



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MANUELA OLIVEIRA DE CERQUEIRA MAGALHÃES**

**AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE POR PESSOAS IDOSAS NO  
ELSA–Brasil**

Salvador

2018

**MANUELA OLIVEIRA DE CERQUEIRA MAGALHÃES**

**AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE POR PESSOAS IDOSAS NO  
ELSA–Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, na área de concentração em Epidemiologia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino

Salvador  
2018

## AGRADECIMENTOS

Aos participantes do ELSA-Brasil e à equipe do estudo na UFBA.

A Estela Aquino, pela orientação e compreensão no meu processo de desconstrução clínica e construção na epidemiologia. Sem isto não poderia chegar a este final.

A Conceição Almeida, pela ajuda, impossível de ser medida, em todos os momentos que precisei.

A Terezinha Pacheco, coordenadora do Centro de Geriatria e Gerontologia das OSID, e Elvira Cortes, ex-coordenadora da Geriatria da MED B29 – FMB-UFBA, por me apoiarem ao entender a importância do doutorado na minha vida acadêmica, flexibilizando os horários das minhas atividades profissionais.

Às amigas e colegas de trabalho Josecy Peixoto, Juliana Rocha e Christiane Machado, pelo incentivo e apoio ao assumirem algumas de minhas funções profissionais neste processo.

A Anunciação Dias e Beatriz Magalhães, funcionárias do ISC, pelo carinho, sempre.

A Leila Amorim, pela disponibilidade em conversar sobre as dúvidas estatísticas.

A Roque Aras, pela amizade e incentivo à minha carreira acadêmica.

A Greice Menezes, que me disse que eu havia sido aprovada no ISC, pelo seu carinho.

Aos colegas que iniciaram a jornada na Pós-graduação do ISC em 2014, por todas as alegrias, risos e angústias compartilhadas.

A Maria Engrácia, Paloma Pinho e Emanuelle Góes, que junto comigo formam “as Esteletes” e Laio Magno. Minha filha Júlia me disse uma vez... “Mãe, meus coleguinhas fazem parte da minha família”. Sempre chamei vocês de “coleguinhas” por entender que vocês representam exatamente o que Júlia me disse, uma família acadêmica.

Novamente a você Laio, pelo seu desprendimento, apoio e ensinamentos; e a você Maria, amiga constante em todos estes momentos, com quem dividi muitas experiências. O meu eterno MUITO OBRIGADA.

A Günter, amigo querido, pela presteza em ajudar no fechar das cortinas.

Aos meus pais, Sonia e Manoelito, e meus irmãos, Alexsandra, Cosme e Solange, e minha sobrinha Rafaela, pelo apoio e respeito às minhas não presenças.

A Mauricio, “Meu Lovinho”, esposo, amigo, companheiro, mas acima de tudo, meu cúmplice nesta vida e na “eternidade”; e minhas filhas, Júlia e Laura, inspiradoras para que eu queira ser sempre melhor. Obrigada por fazerem este Doutorado junto comigo. Amo vocês.

## RESUMO

O aumento da expectativa de vida faz com que as pessoas alcancem idades mais avançadas, essa, no Brasil em 2015, segundo o IBGE, foi de 79,1 anos para as mulheres e 71,9 anos para os homens. O envelhecimento é mais expressivo nas mulheres devido à sobremortalidade masculina por diversas causas e durante todas as fases da vida. Mas as diferenças entre homens e mulheres não podem ser explicadas com base somente nas diferenças biológicas, visto que as desigualdades econômicas, políticas e sociais resultam de construções sociais e culturais. Portanto, ao estudar esta população não podemos deixar de levar em consideração que “o envelhecimento é também uma questão de gênero”. O aumento de anos vividos proporcionado pela maior expectativa de vida pode ser acrescido de incapacidades provenientes das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes nessa faixa etária, impactando na qualidade de vida e em como as pessoas avaliam sua saúde. O desejo de que o envelhecimento ocorra de forma saudável e com a melhor qualidade possível, traz a necessidade de identificarmos marcadores de risco à saúde desta população. A autoavaliação da saúde é a percepção que o indivíduo tem das diferentes dimensões do seu estado de saúde. É utilizada em inquéritos de saúde, desde 1950, como uma medida preditora de risco de complicações e morbimortalidade na população. Além disto, promove modificação no estilo de vida ao influenciar os comportamentos de saúde, e permite uma avaliação dinâmica da trajetória da saúde. Vulnerabilidades em pessoas idosas podem ser identificadas pelo conhecimento dos aspectos envolvidos na autoavaliação da saúde, o que pode ser utilizado para adequar serviços de saúde, estabelecendo prioridades nos cuidados. Este conhecimento pode embasar a elaboração de programas e ações de saúde pública para a promoção de saúde e a prevenção de doenças, visando melhorar a qualidade de saúde. Por outro lado, ao se estudar a autoavaliação da saúde deve-se levar em consideração os seus distintos significados de saúde para mulheres e homens, o que vai influenciar a forma em que esta é avaliada. A presente tese objetiva investigar a autoavaliação da saúde em pessoas idosas no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), coorte que estuda fatores que influenciam a manutenção da saúde e o desenvolvimento de doenças crônicas em 15.105 funcionários de seis instituições públicas de ensino superior e pesquisa no Brasil. Seus resultados são apresentados em três artigos científicos: 1. Autoavaliação da saúde entre mulheres e homens idosos do ELSA-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto): quais as similaridades e as diferenças? 2. Influência da morbidade crônica na autoavaliação da saúde em mulheres e homens idosos no ELSA-Brasil. 3. Preditores de mudanças na autoavaliação da saúde por

mulheres e homens idosos em um estudo longitudinal: o que indicam os resultados do ELSA-Brasil? Os resultados desta pesquisa mostraram que as mulheres e os homens com 60 anos ou mais, ao contrário de outros estudos, não só avaliaram sua saúde de maneira positiva na linha de base, mas também apresentaram melhora nessa avaliação após quatro anos. A ausência ou menor número de morbidades crônicas teve um papel preponderante para uma melhor avaliação da saúde, o que reforça a importância da prevenção e controle das doenças crônicas no envelhecimento.

Palavras-chave: autoavaliação da saúde; morbidade crônica; envelhecimento; gênero e saúde; trajetória; estudos longitudinais.

## ABSTRACT

The increase in life expectancy in Brazil in 2015, according to IBGE, was 79.1 years for women and 71.9 years for men. Aging is more expressive in women due to male overmortality for different causes and during all phases of life. But the differences between men and women cannot be explained on the basis of biological differences alone, since economic, political and social inequalities result from social and cultural constructions. Therefore, in studying this population we cannot fail to take into account that "aging is also a matter of gender". The increase in years lived because of higher life expectancy may be increased by incapacities from chronic non-communicable diseases, more prevalent in this age group, impacting on the quality of life and how people evaluate their health. For aging to occur in a healthy way and with the best quality possible, makes it necessary to identify risk markers for the health of this population. Self-rated health is an individual's perception of the different dimensions of his state of health. It has been used in health surveys since 1950 as a predictive measure of risk of complications and morbidity and population mortality. In addition, it promotes lifestyle modification by influencing health behaviors, and allowing a dynamic assessment of the health trajectory. Vulnerabilities in older people can be identified through knowledge of the aspects involved in self-rated health, which can be used to adapt health services by setting priorities in care. This knowledge can be used to design public health programs for health promotion and disease prevention. On the other hand, when studying self-rated health, one must take into account the different meanings of health for women and men, which will influence the way in which it is evaluated. The present thesis aims to investigate the self-rated health in the elderly in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). This cohort studies factors that influence health maintenance and the development of chronic diseases in 15,105 employees from six public educational institutions and research in Brazil. It will be presented in the form of three scientific papers as follows: 1. Self-rated health among older women and men of the ELSA-Brasil (Brazilian Longitudinal Study of Adult Health): What are the similarities and differences? 2. Influence of chronic morbidity on self-rated health in older women and men in the ELSA-Brasil; 3. Predictors of changes in the self-rated health by elderly women and men in a longitudinal study: What do ELSA-Brasil results indicate? The results of this research showed that women and men 60 years of age or older, unlike other studies, not only evaluated their health in a positive way at the baseline, but also improved after four years. The absence or lower number

of chronic morbidities had a preponderant role for a better health evaluation, which reinforces the importance of the prevention and control of chronic diseases in aging.

Keywords: self-rated health; chronic morbidity, Aging; gender and health; trajectory, longitudinal studies

**LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS****Artigo 1**

Gráfico 1 .....	42
Tabela 1 .....	43
Tabela 1 (cont.) .....	44
Tabela 2 .....	45
Tabela 2 (cont.) .....	46
Tabela 3 .....	47
Tabela 3 (cont.) .....	48
Tabela 4 .....	49
Tabela 4 (cont.) .....	50
Gráfico 2 .....	51

**Artigo 2**

Gráfico 1 .....	64
Tabela 1 .....	65
Tabela 2 .....	66
Tabela 3 .....	67
Tabela 4 .....	68

**Artigo 3**

Tabela 1 .....	83
Tabela 2a .....	84
Tabela 2b .....	85
Tabela 3a .....	86
Tabela 3b .....	87
Tabela 4a .....	88
Tabela 4b .....	89
Gráfico 1a .....	90
Gráfico 1b .....	91

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	08
<b>OBJETIVOS</b> .....	20
<b>METODOLOGIA</b> .....	21
<b>RESULTADOS</b> .....	28
Artigo 1. Autoavaliação da saúde entre mulheres e homens idosos do ELSABrasil (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto): quais as similaridades e as diferenças?	
Introdução .....	28
Métodos .....	30
Resultados .....	32
Discussão .....	34
Referências .....	38
Artigo 2. Influência da morbidade crônica na autoavaliação da saúde em mulheres e homens idosos no ELSA-Brasil.	
Introdução .....	52
Métodos .....	54
Resultados .....	56
Discussão .....	57
Referências .....	60
...Artigo 3. Preditores de mudanças na autoavaliação da Saúde por mulheres e homens idosos em um estudo longitudinal: o que indicam os resultados do ELSA-Brasil?	
Introdução .....	69
Métodos .....	72
Resultados .....	74
Discussão .....	76
Referências .....	79
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	92
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	

## 1. INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade em todas as faixas etárias resultou no aumento da expectativa de vida e em que mais pessoas alcançassem idades avançadas, em quase todo o mundo em desenvolvimento (CAMARANO; KANSO, 2009).

Com o envelhecimento populacional surgem questionamentos sobre quais os impactos deste na sociedade, na família, nos sistemas de saúde e previdenciário. Medidas que possibilitem identificar situações de risco à saúde devem ser utilizadas com o objetivo de prevenir e retardar o impacto negativo de doenças crônicas e incapacidades, fazendo com que o aumento dos anos de vida seja acompanhado de melhores condições de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A longevidade não pode ser o único ponto a ser considerado para definir o envelhecimento como saudável, ativo, robusto e bem-sucedido, visto que este processo envolve múltiplos aspectos e depende de uma avaliação individual que se baseia no bem-estar subjetivo. Existem inúmeras formas de sentir e avaliar a própria vida, sendo a percepção individual sobre as possibilidades de adaptação às mudanças ocorridas com o envelhecimento e condições associadas que dão sentido a este processo (TEIXEIRA; NERI, 2008).

Em uma revisão sistemática, que teve como objetivo analisar e sintetizar estudos qualitativos sobre como os idosos definem a saúde, as autoras identificaram cinco aspectos relevantes: capacidade de ser independente, que não necessariamente significa não precisar de ajuda; ausência ou manejo adequado de sintomas / doenças crônicas, sendo a ausência de dor o mais mencionado; aceitação ou ajustamento com otimismo realista e atitude positiva diante das mudanças, limitações, perdas, incapacidades; conexão com os outros, expressa como apoio recíproco, envolvimento social e ambiental; e sentir-se cheio de energia, sendo que este último pode representar uma dimensão física e/ou emocional (SONG; KONG, 2015).

Investigadores da Universidade de Washington, interessados em estudar o envelhecimento, principalmente em mulheres bem mais idosas ( $\geq 80$  anos), diante de vários descritores sobre o tema, definiram envelhecer bem como uma experiência multidimensional e, dentre as várias nomenclaturas utilizadas para defini-lo, optaram por utilizar

“envelhecimento bem sucedido”, “envelhecimento eficaz” e “envelhecimento ideal” (WOODS, 2016).

O “envelhecimento bem sucedido” foi definido por Rowe & Kahn (1997) como a combinação de ausência de doença, manutenção da capacidade funcional e engajamento ativo com a vida. Mas, mesmo nos estudos mais recentes sobre este conceito, há pouco consenso sobre quais seriam seus indicadores, já que as pessoas idosas valorizam diferentes aspectos do envelhecimento bem sucedido tais como manter boa saúde e estar apto a cuidar de si mesmo até próximo à morte, manter-se livre de doenças, ter satisfação com a vida, ter apoio da família e de amigos, manter a capacidade de enfrentar desafios, entre outros.

A longevidade é, portanto, apenas um dos componentes do “envelhecimento bem sucedido”, mas sua qualidade também deve ser levada em consideração (WOODS, 2016).

A experiência de pessoas que não estão livres de doenças, mas são capazes de se adaptar e mesmo de ultrapassar os desafios advindos do processo de envelhecer, foi chamado de “envelhecimento eficaz ou compensatório”, que permite que as pessoas vivessem com funcionalidade preservada, mesmo com problemas de saúde comuns nesta etapa. Outros fatores, além das doenças e incapacidades, como bem estar psicológico e econômico, ter apoio social, disponibilidade e acesso a serviços de saúde, influenciam o envelhecer eficazmente e a escolha de estilos de vida que o promovam (CURB, 1990).

O “envelhecimento eficaz” tem sido relacionado com o conceito de resiliência, que neste caso, é definido como a capacidade de se recuperar de situações estressantes e adaptar-se às mudanças funcionais provenientes de doenças crônicas (WOODS, 2016).

O “envelhecimento ideal” foi exemplificado em trabalho de Carol Ryff e baseia-se em indicadores de felicidade, satisfação com a vida e afeto positivo, integrando a estes o conceito de resiliência (WOODS, 2016).

Segundo Jylha (2009) a autoavaliação de saúde sintetiza informações sobre condições corporais que estão envolvidas nas cadeias biológicas. Tem habilidade para refletir o estado do organismo humano, sendo por isto considerado um preditor estatístico de mortalidade. “A

autoavaliação da saúde é provavelmente a mais factível, mais inclusiva e mais informativa medida do estado de saúde”.

A autoavaliação da saúde vem sendo utilizada em inquéritos de saúde como um indicador de medida de saúde global, preditor de risco de complicações e morbimortalidade na população (SZWARCOWALD, 2015).

A idade é um importante condicionante da autoavaliação da saúde, e as chances das pessoas idosas relatarem uma percepção negativa da saúde aumentam com a idade. Todavia, houve um declínio com idades mais avançadas no estudo SABE, realizado em países da América Latina e Caribe (no Brasil, em São Paulo), o que foi interpretado como decorrente da necessidade dessas pessoas mostrarem que mantêm sua autossuficiência, seja por sentirem medo de serem institucionalizados ou de que seus familiares achem que precisam ser cuidados por terceiros (ALVES; RODRIGUES, 2005; DACHS, 2002).

Em relação à associação com a ocorrência de morbidades, há muita controvérsia e é um tema que merece ainda ser investigado. Enquanto alguns estudos evidenciam aumento do número de morbidades influenciando negativamente na autoavaliação da saúde das pessoas idosas (ALVES; RODRIGUES, 2005; BARRETO; FIGUEIREDO, 2009; BORIM, 2014; LIMA-COSTA, 2012), há outros, como a pesquisa qualitativa realizada com 17 idosos da comunidade de Bambuí (MG), onde a autoavaliação positiva da saúde não esteve associada à ausência de doença. Neste caso, os autores chegam à seguinte conclusão:

Um sujeito envelhecido, ao definir sua saúde como boa ou razoável, não se caracteriza como um indivíduo livre de doenças, mas como um ser intersubjetivo que reclama para si a liberdade de elaborar conhecimento sobre o significado de sua saúde (FONSECA, 2010, p. 164).

Nas pesquisas sobre o tema, deve-se atentar para a resposta fornecida pela população estudada, já que esta pode ser divergente daquela obtida por informantes secundários; enquanto esses relacionam uma autoavaliação negativa da saúde à presença de morbidades, as pessoas idosas a associam à perda de capacidade funcional (JARDIM; BARRETO; GIATTI, 2010).

O processo de envelhecimento é heterogêneo e as diferenças de gênero se refletem na autoavaliação da saúde, com os estudos, ora evidenciando que autoavaliação é preditor de risco só para mulheres, ora apenas para homens ou para ambos. As divergências observadas nestes estudos podem ter diversas explicações, e duas delas são: primeiro, porque o significado de saúde difere entre homens e mulheres, consequentemente influenciando a autoavaliação da saúde; e segundo, há diferenças de gênero na experiência de vida, o que introduz diferentes potenciais confundidores da associação entre autoavaliação e mortalidade (DEEG; KRIEGSMAN, 2003).

Associação entre autoavaliação de saúde e gênero tem sido evidenciada, com as mulheres avaliando melhor sua saúde do que os homens. A interpretação desta avaliação positiva, mesmo divergindo de outros estudos, pode ser atribuída aos novos papéis das mulheres na família e sociedade, influenciando em como elas percebem a saúde. Esta diferença poderia ser também explicada pela associação de doenças crônicas e capacidade funcional ou que as mulheres poderiam avaliar melhor sua saúde quando as doenças crônicas estão controladas (ALVES; RODRIGUES, 2005; CONFORTIN, 2015; MEIRELES, 2015).

Todavia, uma investigação sobre diferenças de gêneros em saúde, com um grande número de participantes, nos estudos SHERE, ELSA e HRS, realizados em 11 países europeus, na Inglaterra e nos EUA, respectivamente, evidenciou não haver diferença de gênero quanto à autoavaliação da saúde, quando homens e mulheres têm as mesmas doenças e incapacidades (CRIMMINS; KIM, 2010).

Os estilos de vida e a presença de excesso de peso e obesidade são também associados à autoavaliação da saúde de diferentes maneiras, sendo aspectos importantes por serem fatores de risco modificáveis, que devem fazer parte de programas públicos para controle de doenças crônicas não transmissíveis (MEIRELES, 2015).

A posição socioeconômica é considerada um dos determinantes sociais da autoavaliação da saúde (SANTOS et al., 2007), pois, além de atuar como gradiente social, condições econômicas e sociais desfavoráveis afetam a saúde no curso de vida com um acúmulo de exposição aos fatores de risco, tornando a saúde das pessoas idosas mais susceptíveis a estes determinantes (GEIB, 2012).

O capital social, constituído pelas relações de confiança e cooperação recíprocas desenvolvidas nas redes sociais e comunitárias com parentes, amigos, vizinhos, grupos sociais, clubes e agremiações, podem ser uma fonte de alívio para as situações da vida cotidiana (GEIB, 2012). A participação das pessoas idosas nestas atividades pode estar diminuída em virtude de limitações provenientes de doenças crônicas, contribuindo para isolamento social (GEIB, 2012). A presença de apoio social estimula atividade física no tempo de lazer. O suporte social pode ser emocional, material, para obtenção de informações, interação social positiva ou em forma de afeto (CAETANO; SILVA; VETTORE, 2013).

As relações sociais representam condição crucial para a qualidade de vida para as pessoas idosas, visto que o ser humano, enquanto ser social tem necessidade de relacionar-se com outras pessoas para ter bem estar. O apoio social, seja estrutural ou funcional, independente de gênero, classe social, idade e condições de saúde, é um preditor de mortalidade. Mais que o apoio efetivo em si, saber que este apoio pode ser recebido já produz um efeito mais consistente na saúde e bem estar das pessoas idosas (SILVA, 2014).

No Brasil, o arranjo familiar mais comum entre as pessoas com 60 anos ou mais foi de casal sem filhos (35,8%), seguido de casal com filhos (25,3%). O arranjo unipessoal também teve destaque (15,7%), assim como o formado com outros parentes (9,9%) (IBGE, 2015). Relações sociais pobres ou insuficientes são associadas à autoavaliação ruim da saúde (LIMA-COSTA, 2005; NUNES, 2012), mas pessoas idosas que moram sozinhas tiveram melhor autoavaliação da saúde, provavelmente por terem menor limitação funcional devido a doenças crônicas, por terem melhores condições econômicas e não necessitarem cuidar de outras pessoas (BORIM, 2012).

Com relação à raça, estudos com idosos brasileiros, diferentemente daqueles em outros países, não evidenciaram, até o momento, influência dessa categoria na autoavaliação da saúde (BORIM, 2012).

Uma revisão sistemática da literatura brasileira (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013) evidenciou, que, no país, só um estudo fez associação entre autoavaliação de saúde e escolaridade. Houve, ainda, a constatação de uma predominância de pesquisas investigando autoavaliação negativa, que teve maior associação com baixa renda familiar, com a presença

de doenças, com o uso de medicamentos e com indicadores relacionados à utilização de serviços de saúde, como consultas médicas e hospitalizações.

Classe social, educação, redes sociais, capital social, padrão de vida e características de vizinhança tem associação com a autoavaliação da saúde não por descreverem o estado da saúde, mas por influenciar condições de saúde subjetiva e por influenciar nas avaliações (JYLHÄ, 2009).

Meireles (2015) reforça a importância da autoavaliação de saúde como um constructo multidimensional, sendo esta influenciada por fatores individuais e ambientais. A autora reforça a necessidade de serem incluídas variáveis marcadoras de saúde psicológica em estudos sobre o tema.

O crescente aumento da população idosa torna necessário que sejam buscadas maneiras de conhecer o processo de envelhecimento na sua complexidade, com o intuito de desenvolver programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, para identificar marcadores de risco de saúde nesta população.

A autoavaliação de saúde é um marcador de saúde individual e coletivo, além de, principalmente na população idosa, ser um preditor de mortalidade, morbidade e riscos à saúde. Subgrupos de pessoas idosas vulneráveis podem ser identificados através do conhecimento dos aspectos envolvidos na autoavaliação da sua saúde, e este conhecimento pode embasar a elaboração de programas que visem à qualidade de saúde desta população (BORIM, 2012).

Questões sobre como a autoavaliação da saúde se comporta diante do aumento do número de morbidades associadas em pessoas idosas e da presença de sintomas provocados por essas, além do impacto da escolaridade e das diferenças de gênero, ainda necessitam de maior investigação. A análise de dados provenientes de estudos longitudinais, que permitam acompanhar novos eventos de saúde, familiares e socioeconômicos, pode proporcionar um maior entendimento do impacto das mudanças do processo de envelhecimento sobre a autoavaliação da saúde destas pessoas.

Em síntese, em que pese a autoavaliação da saúde já ter sido largamente estudada, há lacunas do conhecimento dentre as quais podem ser destacados duas que são objeto da presente tese: o papel dos determinantes das diferenças de gênero e a relação desta com as condições de saúde, como morbidades crônicas e o impacto de sua sintomatologia. Além disto, especialmente em países de média e baixa renda, ainda são insuficientes as análises de dados longitudinais, o que se pretende superar com os dados do ELSA-Brasil, maior estudo de coorte sobre saúde de adultos na América Latina.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

As questões que cercam a velhice estão presentes ao longo da História, seja através da preocupação em como acontece essa fase da vida, seja pela busca da eterna juventude ou prolongamento da vida. Contudo, quem primeiro apresentou um trabalho científico sobre a senilidade e doenças crônicas foi o médico francês Jean Marie Charcot, em 1867, dando relevância às causas e às consequências do envelhecimento sobre o organismo humano (apud ARAÚJO; CARVALHO, 2005; PINHEIRO JÚNIOR, 2005).

No começo do século XX, Metchnikoff defendeu a criação da “gerontologia”, uma nova especialidade que estuda o envelhecimento, e em 1909 Nascher propôs que esta fosse chamada “geriatria”, ou estudo clínico da velhice. Na década de 1930, Marjory Warren defendeu a ideia de uma avaliação clínica multidimensional da pessoa idosa e enfatizou a importância da interdisciplinaridade na gerontologia. Os estudos tinham ênfase no envelhecimento biológico, que era visto como um processo de declínio do organismo (apud PAPALÉO NETO, 2002).

Várias dúvidas ainda existem com relação aos termos que se referem ao indivíduo que envelhece, visto que não é possível definir um marco biológico para isto, tal como acontece na adolescência com a puberdade.

Velhice é um termo impreciso, e sua realidade difícil de perceber. Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, patológica e social. (...) Não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente utilizável com relação ao envelhecimento. (...) Do ponto de vista cultural, a velhice deve ser percebida diferente em um país com expectativa de vida de 37 anos, como Serra Leoa, e outro de 78 anos de vida, como é o caso do Japão (VERAS, 1994, p 26).

Os ciclos biológicos envolvem o nascimento, o crescimento e a morte, e as categorias etárias são socialmente construídas, levando-se em consideração contextos históricos, sociais e culturais distintos (DEBERT, 1998). “As categorias e grupos etários dão conta da plasticidade cultural e das transformações históricas” (DEBERT, 1999). O reconhecimento da velhice como uma etapa única é parte de um processo histórico, mas também da emergência de novos estágios de vida como a infância e adolescência (SILVA, 2008a).

A divisão de idades se dá de forma arbitrária, mas tem seu valor estabelecido ao definir direitos e deveres entre as gerações e retratar a visão social - nas instituições educativas, no mercado de consumo e nas políticas públicas, indo desde a inserção na escola, passando pela vida laboral até a aposentadoria (MYRIAM LINS DE BARROS, 1998). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais nos países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A velhice e o envelhecimento deixaram de ser vistos com uma situação natural e passaram a ser encarados como uma construção cultural a partir do momento que se documentou as diferentes formas de envelhecer em cada cultura (UCHÔA, 2003). O envelhecimento apresenta uma diversidade de formas, dependendo de como é vivido, simbolizado e interpretado em cada sociedade (MYRIAM LINS DE BARROS, 1998). As sociedades constroem práticas e representações sobre a velhice, estabelecendo as funções e posições que os velhos exercem na família e na comunidade (MINAYO; COIMBRA JR, 2002).

Trata-se, portanto, de um fenômeno heterogêneo, que atinge todos os seres vivos e, ao mesmo tempo, varia de indivíduo para indivíduo, é difícil de ser definido devido aos múltiplos aspectos que o compõem (PAPALÉO NETO, 2002). O envelhecimento vai ser vivenciado de forma individual, levando-se em consideração as experiências ao longo da vida, assim como os aspectos estruturais como etnia, classe e gênero, além de saúde, educação e condições econômicas (MINAYO; COIMBRA JR, 2002).

O avanço nos conhecimentos médicos e a implementação da aposentadoria tiveram papel fundamental para o entendimento da velhice com categoria. Os primeiros sistemas de aposentadoria começaram a surgir no século XVIII, mas só com o envelhecimento dos operários na segunda metade do século XIX, na França, as questões relacionadas às pensões passaram a ser de interesse coletivo. Neste período, a velhice passou a ser confundida com a invalidez, representando a fase da vida que as pessoas não podem mais trabalhar (SILVA, 2008b).

Até o final da década de 1960, havia duas teorias sobre o envelhecimento, que se destacavam na gerontologia social, sendo que para ambas a velhice era definida como um

momento de perda de papéis sociais e era importante entender como se dava o ajustamento a esta situação. Na teoria da atividade de Cavan (1965), os idosos mais felizes eram aqueles que encontravam atividades compensatórias, permanecendo ativos. Já na teoria do desengajamento de Cumming Henry (1961) o desengajamento voluntário das atividades seria responsável por um envelhecimento bem sucedido (apud DEBERT, 1999; SILVA, 2008b)

Na década de 1970, os estudos sobre envelhecimento passaram a envolver as transformações sociais, e não somente os aspectos físicos e mentais decorrentes deste processo. Do ponto de vista psicológico, gradualmente, o envelhecimento passou a ser visto como um processo fisiológico, e não patológico (PINHEIRO JÚNIOR, 2005).

A transformação do envelhecimento em objeto de saber científico põe em jogo múltiplas dimensões, como o desgaste fisiológico e o prolongamento da vida, o desequilíbrio demográfico e os custos financeiros das políticas sociais (DEBERT, 1999, p. 293).

Só na década de 1980 a categoria “terceira idade” foi legitimada, apesar de ter surgido nos anos 1950 na França e Inglaterra, sendo considerada uma das maiores transformações pela qual passou a história da velhice. O termo “velho”, associado à decadência física e incapacidade produtiva foi substituído por “idoso”, pretendendo-se atribuir uma imagem positiva para a velhice (SILVA, 2008b).

A “terceira idade” surgiu como uma categoria entre a maturidade e a velhice, não tendo como objetivo a negação desta, mas este termo causou e causa polêmica, com os questionamentos direcionando-se à ideia de que o termo seria a negação da velhice, que seria uma nova identidade diferente de velhice ou que seria um termo para uma geração específica (SILVA, 2008a).

Debert interpretou o surgimento da categoria “terceira idade” como a “reprivatização da velhice”, na qual esta teria que ser, obrigatoriamente, autônoma, ativa e prazerosa, e os indivíduos que não pudessem, não quisessem ou não conseguissem criar esta imagem, seriam considerados fracos, dependentes ou ausentes. Essa imagem, apesar de sua visão depreciativa, poderia representar outra forma de identificação para as pessoas que não se enquadravam no senso comum da terceira idade e para as quais esta visão idealizada não seria adequada (DEBERT, 1999).

Para Laslett (1991) a terceira idade traria uma reorganização do ciclo de vida. Teríamos a primeira idade (infância), segunda idade (idade adulta), terceira idade (novo período entre adulto e velhice) e quarta idade (velhice), onde a divisão entre as etapas seria feita por características específicas e a terceira idade seria a etapa da satisfação pessoal, não sendo mais necessário cumprir as obrigações da vida adulta.

Estas formulações sofreram críticas de outros estudiosos e, posteriormente, do próprio Laslett, visto que restringia a satisfação pessoal à terceira idade, pois não parecia haver uma suposição de que haveria uma reformulação de todo o ciclo de vida em função desta nova categoria; e, apesar de ser uma escolha individual, o caráter coletivo era fundamental em sua determinação (DEBERT, 1999; SILVA, 2008a).

A velhice é tratada como uma questão social nas sociedades ocidentais contemporâneas, mas, ao contrário do que se imagina, isto não se deve somente ao crescente aumento do número de pessoas idosas nas populações, mas também porque estas vêm conquistando o reconhecimento por meio do esforço para promover e inserir as questões relacionadas ao envelhecimento nas preocupações sociais do momento (legitimação); e com as pessoas idosas sendo porta-vozes em tornar públicas e dar visibilidade a estas questões (pressão). Estão envolvidas nesta transformação as novas definições da velhice e do envelhecimento, que ganharam nova dimensão com o termo “terceira idade” (DEBERT, 1994).

Guerra e Caldas (2010) realizaram investigação de trabalhos sobre a percepção do sujeito idoso no processo do envelhecimento e perceberam que o resultado final tem inúmeras possibilidades conforme os caminhos escolhidos por cada pessoa e os determinantes deste envelhecimento, sendo de intensidades diferentes de acordo com o nível socioeconômico da pessoa idosa. Estas pessoas descrevem dificuldades e recompensas na velhice.

As dificuldades são resultado de circunstâncias anteriores como declínios físicos e perdas sociais, familiares e laborais, entre outras, e as recompensas, apoio familiar e social, independência, experiências, dependem das escolhas e possibilidades internas destas pessoas. As autoras colocam que as imagens e representações das pessoas idosas sobre o envelhecimento não devem ser generalizadas para toda uma população, pois elas podem

variar de acordo com a cultura, condições socioeconômicas e à individualidade de cada um (GUERRA; CALDAS, 2010).

No Brasil, desde a década de 1990, as pessoas idosas têm se tornado atores sociais e políticos, reivindicando direitos, modificando o cenário de organização social e estabelecendo interlocução política (MINAYO; COIMBRA JR, 2002).

Outro ponto a ser considerado com a evidência do aumento do número de pessoas idosas aposentadas de classe média, foi um maior interesse dos profissionais de *marketing*, que enxergam uma força emergente em um potencial mercado consumidor formado por estas pessoas (SILVA, 2008b).

Em pesquisa realizada no Reino Unido em 2011, depois de estimar custo com pensões, cuidados com saúde e outros gastos, as pessoas idosas tiveram uma contribuição de £40 milhões, com tendência a aumentar nas décadas futuras. Estas estimativas são difíceis de serem realizadas em países de baixa e média renda, mas podem ser aferidas de forma não financeira ao levar-se em consideração o papel das pessoas idosas na lavoura, e como prestadores de cuidados a outras gerações, tal como ocorre em alguns países da África (OMS, 2015)

Em uma visão biogerontológica, o geriatra Papaléo define o envelhecimento como:

Um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETO, 2002).

Este processo tem repercussões, do ponto de vista etário, alterando a vida dos indivíduos, mas em virtude da heterogeneidade deste segmento populacional, sofrem também alterações as estruturas familiares e a demanda por políticas públicas, o que leva a uma necessidade de distribuição de recursos na sociedade (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; CAMARANO; KANSO, 2009).

Sob o ponto de vista demográfico, o envelhecimento é o resultado da manutenção de taxas de crescimento da população idosa superiores às da população mais jovem, implicando

uma mudança relativa dos diversos grupos etários em relação ao total. Este grupo etário é bastante amplo, pois além de ter havido um aumento das pessoas com 60 anos ou mais, houve também um aumento da população “mais idosa”, de 80 anos e mais, o que faz com que o envelhecimento englobe um intervalo de 30 anos ou mais (CAMARANO; KANSO, 2009).

A proporção da população de 60 anos e mais no total da população brasileira passou de 4,1% em 1940 para 8,6% em 2000 (CAMARANO; KANSO, 2009). Em 2005 era de 9,8%, passando a 14,3% em 2015. Além do aumento da proporção de idosos na população, devemos atentar que este vem acontecendo rapidamente (IBGE, 2015).

A estimativa da expectativa de vida, no Brasil, em 2015 foi de 79,1 anos para as mulheres e 71,9 anos, para os homens. O envelhecimento é mais expressivo entre elas, devido à sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias e por diversas causas. A população brasileira, segundo a PNAD 2015, foi composta de 51,5% de mulheres e 48,5% de homens (IBGE, 2015).

O fato das mulheres viverem mais do que os homens não necessariamente significa que elas terão mais anos saudáveis de vida, visto que elas são portadoras de um maior número de doenças crônicas e incapacidades, sobrevivendo por mais tempo com problemas de saúde e limitações decorrentes (BELON; LIMA; BARROS, 2014; MORENO, 2014).

O predomínio da população feminina é maior nas áreas urbanas, devido à migração. As mulheres idosas tem maior chance de ficarem viúvas e em condições socioeconômicas desvantajosas, visto que durante a vida tiveram participação menor no mercado de trabalho formal, com benefícios pequenos de aposentadoria; ainda assim, frequentemente assumem o papel de chefe da família na velhice (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; GEIB, 2012; LEBRÃO, 2007; VAN KAN et al., 2010).

Com base nestas expectativas, devemos ter em mente, que “o envelhecimento é também uma questão de gênero” e que não podemos desconsiderar este fato ao estudar esta população (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). As desigualdades econômicas, políticas e sociais entre homens e mulheres são construções resultantes de relações sociais, não podendo ser explicadas somente como decorrente das diferenças biológicas entre os sexos.

Estas relações são históricas e se modificam de acordo com cada cultura, sendo orientadas em modelos e ideais do que é o feminino e o masculino (FIGUEIREDO, 2007).

A classe social, o gênero, as raças e as gerações são categorias que se inter-relacionam e estruturam a vida social, mas que isoladamente não dão conta de sua complexidade. “Gênero e idade/geração são dimensões fundantes na análise da vida social” (BRITTO DA MOTTA, 1999, pg.207). Por outro lado, não há como fazer uma análise da população idosa sem levar em consideração o gênero e a classe social.

Os idosos “diferem quanto a atitudes, práticas e representações, porque as relações de gênero, como construções sociais de formas de dominação e subordinação, têm resultado, historicamente, em experiências e trajetórias sociais diferenciadas para homem e para mulher” (BRITTO DA MOTTA, 1999, p.209).

A visão geral é de que a velhice ocorre de forma “assexuada”, havendo certa negação das questões de gênero, e mascarando-se as perdas e ganhos decorrentes do processo do envelhecimento. O advento da aposentadoria traria uma perda de poder para os homens, que passam a estar um maior tempo no espaço privado. Para as mulheres, mesmo as que não trabalharam fora do lar, existe o benefício previdenciário pela idade, promovendo certa liberdade financeira (FIGUEIREDO, 2007).

Outra questão para as mulheres é a saída dos filhos de casa e a diminuição das obrigações domésticas, esta também, muitas vezes, decorrentes da viuvez. Desta forma, mesmo com a manutenção do espaço doméstico da mulher, pode haver nesta etapa da vida uma conquista de maior autonomia e liberdade (FIGUEIREDO, 2007).

Com a globalização e a urbanização, as normas de gênero também estão mudando em vários lugares do mundo. O papel das mulheres, que era principalmente o de cuidadoras, tanto de crianças quanto de parentes idosos, vem se modificando e incluindo outras funções. Além disto, com o avanço da tecnologia, a conexão pela internet permite o apoio e cuidado da família, mesmo que à distância. Estes avanços permitem que as mulheres permaneçam no mercado de trabalho, possibilitando maior satisfação e uma maior segurança financeira em idades mais avançadas (OMS, 2015).

Segundo o IBGE, em 2010, a população de pessoas com 60 anos ou mais era de 14.536.029, com uma média de idade de 69 anos e 3,4 anos de estudo. Desta população, 62,4% eram responsáveis pelos domicílios e tinham um rendimento médio de R\$ 657,00. A maioria vivia nas grandes cidades, sendo o Rio de Janeiro (12,8%) e Porto Alegre (11,8%) as capitais com maior destaque no número de pessoas idosas no Brasil (<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>).

Entre 2005 e 2015, no Brasil, houve um aumento da participação no mercado de trabalho de pessoas com 60 a 64 anos, indo de 47,6% para 52,3%. Isto pode se dever a mudanças nas regras previdenciárias quanto à concessão de aposentadorias. Mas o nível de ocupação destes não aumentou, passando de 30,2% para 26,3%, o que pode ser decorrente de discriminação em função da idade e pelo nível de escolaridade, fundamental, mais baixo que as outras faixas etárias. Estas situações tornam as pessoas idosas mais vulneráveis no mercado de trabalho (IBGE, 2015).

Muitos aposentados necessitam continuar trabalhando devido à renda insuficiente para a manutenção das despesas do dia a dia. Nestas despesas deve ser levado em consideração o consumo de parte dos recursos com medicamentos, visto que há um aumento da morbidade nesta população. A maioria dos idosos vive com familiares, por uma necessidade de suporte ou porque os filhos não possuem recursos financeiros para viver de forma independente (GEIB, 2012).

Ao contrário do que sempre se supôs, apesar de haver um aumento nas necessidades de saúde e cuidados com o envelhecimento, tem-se percebido que os custos relacionados à saúde na população idosa em alguns países de alta renda, apesar de variável e de difícil previsão, tem sofrido uma queda por volta dos 75 anos de idade, em virtude de anos de vida mais saudáveis, e que os maiores gastos de saúde estão relacionados aos últimos dois anos de vida. Análises históricas sugerem que os gastos de saúde seriam mais influenciados pelos avanços tecnológicos do que pelo envelhecimento. Por exemplo, entre 1940 e 1990 os gastos com saúde nos Estados Unidos foram de cerca de 2% com o envelhecimento e entre 38 e 65% com tecnologia (OMS, 2015)

A mortalidade da população idosa brasileira em 2011, segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, teve como principais responsáveis

as doenças do aparelho circulatório (38,36%), as neoplasias (17,98%) e as doenças do aparelho respiratório (15,04%) (<http://www.datasus.gov.br/idb>). Os avanços da medicina têm proporcionado que as pessoas vivam cada vez mais, evitando que elas morram em decorrência de doenças agudas graves. A sobrevivência pode ser acrescida de incapacidades provenientes das doenças crônicas não transmissíveis, o que resulta na chamada “retangularização” da curva de mortalidade. Esta situação promove que as pessoas vivam mais tempo, mas não necessariamente de forma saudável e independente, impactando em sua qualidade e de vida e como elas avaliam sua saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

Mas uma nova questão tem surgido diante do envelhecimento e da concomitância deste com várias doenças crônicas (comorbidades), que é a percepção de que, independente do número de doenças, as pessoas idosas consideram-se saudáveis se mantêm sua autonomia e permaneçam integradas socialmente. O bem estar na velhice resulta do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional, sem significar necessariamente a ausência de doenças (RAMOS, 2003).

Como questão pública, o envelhecimento deve ser pensado de uma forma positiva para o desenvolvimento humano, dando-se ênfase às transformações que os idosos trazem para a reorganização das estruturas socioeconômica e cultural, colocando este tema nas políticas sociais e de saúde (MINAYO; COIMBRA JR, 2002).

Ao compreender o envelhecimento de forma mais ampla, novas abordagens têm sido propostas para esse grupo social. Dentre elas, a do envelhecimento ativo, que é definido como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece”, inclusive nos indivíduos frágeis, fisicamente incapacitados e que requerem cuidados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O termo “ativo” refere-se à participação nas atividades sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não só na vida laboral ou simplesmente estar fisicamente ativo. Depende de uma diversidade de fatores e, apesar de não ser possível atribuir uma causa direta a qualquer um destes pontos, há evidências de que a interação entre estes fatores reflete como os indivíduos e as populações envelhecem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Isolda Belo (2013) chama atenção para o risco de que o conceito de “envelhecimento ativo”, no Brasil, se torne uma “apologia à juventude na velhice”, com a obrigatoriedade da velhice ser vivida como “melhor idade”, visto que com este termo houve a criação de um novo mercado de consumo, com amplo apoio da mídia. Segundo a autora, a euforia gerada pela expectativa trazida com o conceito de velhice ativa, omitiria as desigualdades de classe e gênero nos grupos com maiores dificuldades. Ressalta ainda a necessidade de uma visão crítica para que o conceito de “envelhecimento ativo” não siga a “tendência de homogeneização das pessoas idosas”.

Independentemente de como é nomeado o envelhecimento, as pessoas que envelhecem têm uma expectativa de fazê-lo da melhor forma possível, enfrentando e ultrapassando as demandas de saúde, sociais, econômicas e emocionais que advenham deste processo.

A percepção ruim da própria saúde pode ser uma característica comum que articule várias situações adversas, tais como o isolamento social, enfrentamento de eventos negativos da vida, a depressão e o estresse no trabalho. Desse modo, a autoavaliação de saúde pode ser a chave para se compreender outras influências psicossociais sobre a saúde (KAPLAN; CAMACHO, 1983).

Apesar do uso generalizado do termo, a autopercepção da saúde não tem uma conceituação clara na literatura científica, mas pode ser definida como a visão que o indivíduo tem dele mesmo ao longo da vida. Autoavaliação da saúde, por sua vez, representa a percepção que o indivíduo tem das diferentes dimensões do seu estado de saúde, sofrendo influência da presença de doenças, suas causas e consequências (OCAMPO, 2010).

É uma medida global do estado de saúde, do bem estar psicológico, do nível de satisfação com a vida e da qualidade de vida relacionada à saúde, além de ser um importante indicador para ser monitorado nos serviços de saúde (OCAMPO, 2010; PAGOTTO; NAKATANI; AND SILVEIRA, 2011).

Idler e Benyamini (1997), ao avaliarem 27 estudos sobre autoavaliação da saúde concluíram que esta representa uma fonte de dados de muito valor sobre o estado de saúde e propuseram quatro possíveis explicações que a validam como modificadora da saúde futura:

- a. É uma medida de estado e de risco de saúde mais inclusiva que outras;

- b. Permite uma avaliação dinâmica da trajetória de saúde e não só o nível de saúde atual;
- c. Influencia os comportamentos de saúde, promovendo modificações no estilo de vida;
- d. Reflete presença ou ausência de recursos que atenuam o declínio da saúde

A autoavaliação de saúde foi melhor preditor de sobrevivência em sete anos do que o relato de comorbidades, em estudo longitudinal no Canadá (MOSSEY; SHAPIRO, 1982) e associa-se a um maior risco de morte, mesmo após ajuste para variáveis como estado funcional, depressão e comorbidades, tanto para homens quanto para mulheres, tendo uma validade preditiva em pessoas idosas (DESALVO, 2006; LIMA-COSTA, 2012b).

Por ser um indicador associado ao estado de saúde e à mortalidade da população, pode ser usado para determinar necessidades de cuidados de saúde e se comporta como um teste de rastreio, ajudando a identificar indivíduos em alto risco de desenvolvimento de eventos adversos de saúde, tais como quedas e hospitalizações. Em nível individual pode prever a mortalidade na pessoa idosa, além de poder ser utilizada para adequar serviços de saúde e estabelecer prioridades em cuidados de saúde (OCAMPO, 2010). Pode também ser utilizado como indicador para avaliar tendências de saúde na população idosa (LIMA-COSTA, 2011).

A autoavaliação da saúde tem sido incluída em projetos de pesquisa desde os anos 1950 (OCAMPO, 2010). No Brasil, foi empregada pela primeira vez, em 1998, pela PNAD, como desfecho para avaliar a percepção negativa de saúde da população em geral. Especificamente na população idosa, foi estudado como desfecho pela primeira vez em 2004, no Projeto Bambuí (GUERRA et al., 2001).

Útil e de fácil aplicação, a autoavaliação da saúde é obtida por meio da pergunta: “De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como o(a) senhor(a) considera o seu estado de saúde”? As respostas são classificadas como: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004). Esta pergunta pode também ser feita de forma comparativa, em que a pessoa se compara a ela mesma em situação prévia ou, simplesmente, como a pessoa percebe seu estado de saúde, sem comparações com ela mesma previamente ou com pessoas da mesma idade (OCAMPO, 2010).

Ao pensar em investigar a autoavaliação da saúde entre pessoas idosas, deve-se considerar a existência de diferenças de gênero decorrente dos distintos significados atribuídos à saúde pelos homens e pelas mulheres. Por outro lado, a relação entre autoavaliação da saúde e mortalidade pode diferir entre eles, a depender de múltiplos fatores que podem ser confundidores ou modificadores de efeito e, a depender do modo como estes são selecionados, e integram as análises, isto pode levar a um erro na estimação da associação principal (DEEG; KRIEGSMAN, 2003).

Algumas das possíveis explicações para as diferenças de gênero na autoavaliação da saúde (IDLER, 2003) são:

1º) A expectativa de vida das mulheres é maior que a dos homens, ao nascer e em qualquer outra fase da vida, e para todos os países em que os dados de autoavaliação da saúde são publicados. Isto resulta em uma menor mortalidade ajustada por idade e em proporções menores de mortes para as mulheres, nas amostras estudadas.

2º) As taxas de doenças crônicas incapacitantes, as comorbidades e a incapacidade funcional são maiores nas mulheres nos estudos realizados, influenciando sua autoavaliação de saúde. As mulheres procuram mais os serviços de saúde durante a vida, além de viverem mais anos com suas doenças e limitações, fazendo com que elas conheçam melhor sua saúde.

3º) Os homens avaliam sua saúde levando em consideração situações que tem relevância para uma maior mortalidade (melhor preditor de mortalidade), enquanto as mulheres conhecem melhor sua saúde e levam em consideração causas de maior morbidade (melhor acurácia na avaliação).

As diferentes formas como as morbidades influenciam a autoavaliação de saúde ainda precisam ser investigadas, tais como: se há diferença entre ter várias doenças crônicas, se há associação com a presença de sintomas; e se há diferenças relacionadas ao gênero.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Geral**

Investigar a autoavaliação da saúde em pessoas idosas no ELSA-Brasil.

#### **Específicos**

1. Mensurar as diferenças na autoavaliação de saúde em mulheres e homens idosos e buscar explicá-las à luz da perspectiva de gênero.
2. Investigar a influência das morbidades crônicas na autoavaliação da saúde por mulheres e homens idosos.
3. Identificar os fatores associados às modificações temporais na autoavaliação da saúde por mulheres e homens idosos.

#### 4. METODOLOGIA

Este é um estudo integrado ao Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), maior estudo de coorte sobre saúde em adultos na América Latina, o qual tem como objetivo principal investigar doenças crônicas não transmissíveis em uma coorte de 15.105 funcionários ativos e aposentados, de ambos os sexos, com idades entre 35 e 74 anos e recrutados em seis instituições de ensino superior e pesquisa (Universidades Federais da Bahia, do Espírito Santo, de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul; Universidade de São Paulo e Fundação Osvaldo Cruz) (AQUINO, 2012, 2013a).

Para melhor distribuição, foram definidas metas de recrutamento por sexo, idade e categoria ocupacional. Foram excluídos, no ELSA-Brasil, os participantes com prejuízo cognitivo e de comunicação severos que comprometessem responder a entrevista e realização de exames; aposentados que residiam fora da área metropolitana correspondente; aqueles com intenção de sair da instituição; e mulheres grávidas ou que estiveram grávidas nos últimos quatro meses que antecederam ao recrutamento (AQUINO, 2013a; SCHMIDT, 2015).

A Onda 1 do ELSA-Brasil ocorreu entre 2008 e 2010, e os dados foram produzidos em duas fases: a primeira, com obtenção do consentimento informado e realização de entrevista face a face no local de trabalho dos voluntários ou na sede dos Centros de Investigação; e a segunda, nos Centros de Investigação, que compreendeu a segunda parte da entrevista e realização dos exames complementares (CHOR, 2013). Anualmente é realizado o seguimento por meio de entrevista telefônica para saber do seu estado de saúde, novos diagnósticos, hospitalizações e procedimentos realizados. Os desfechos potenciais foram investigados, e a cada quatro anos todos os participantes são convidados para novas entrevistas e exames (SCHMIDT, 2015).

Um questionário estruturado e multidimensional foi elaborado levando-se em consideração as características sociais e disparidades socioeconômicas da população brasileira, sendo abordadas condições socioeconômicas, condições do curso de vida, contexto familiar, de gênero e de vizinhança, mobilidade social, experiência de discriminação, estresse do trabalho, entre outras, com relação à saúde e desfechos de interesse durante a vida, além da aplicação de escalas de saúde mental e avaliação cognitiva (AQUINO, 2012).

Os instrumentos de pesquisa, para entrevistas e exames, foram de validade e confiabilidade conhecidas, padronizados, especificando-se os aspectos conceituais e metodológicos dos instrumentos, logística de aplicação, além da relação com os objetivos e adequações ao contexto do projeto. Foram realizados pré-testes dos instrumentos utilizados e a equipe de entrevistadores e aferidores foi treinada, garantindo assim, uniformidade na investigação. Estudos-piloto foram realizados em série, testando o fluxograma até completar todas as fases da pesquisa (CHOR, 2013; SCHMIDT, 2013).

Para garantir o controle de qualidade ao longo do estudo, foram realizadas revisões dos formulários e questionários, assim como monitoramento pela rede de supervisores e visitas periódicas aos Centros de Investigação. Novos treinamentos da equipe foram feitos, quando necessário, além de manutenção de certificação e re-certificação (BENSENOR, 2013; CHOR, 2013; SCHMIDT, 2013).

No período de 2012 a 2014 (Onda 2) os participantes foram convidados a realizar uma nova entrevista e exames complementares (SCHMIDT, 2015). O questionário da Onda 2 manteve algumas das perguntas do anterior, sendo esta escolha baseada na avaliação da frequência e intensidade de modificação da exposição, assim como a necessidade de atualização de dados, acrescido de novos itens, tais como a satisfação com a vida. A mesma metodologia da produção dos dados foi aplicada em ambas as ondas (CHOR, 2013).

Para este estudo foram selecionados todos os participantes que, na linha de base estavam com 60 ou mais anos, correspondendo a 3263 pessoas. Os artigos um e dois dessa tese, ambos de corte transversal, utilizaram dados de 3260 participantes com 60 anos ou mais na linha de base, pois foram excluídos três que não responderam à pergunta sobre autoavaliação da saúde. O artigo três utilizou dados da linha de base e da Onda 2. Dos 3260 participantes com 60 a 74 anos, 2882 continuaram na Onda 2 e esta foi a população estuda.

A informação sobre “autoavaliação da saúde” foi obtida pela pergunta “*De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o(a) senhor(a) considera o seu estado de saúde?*”, com as seguintes alternativas de resposta única e estimulada: “*muito bom*”, “*bom*”, “*regular*”, “*ruim*” e “*muito ruim*”.

A “autoavaliação da saúde” (AAS) foi considerada como variável desfecho em todas as análises. No artigo um ela foi recategorizada em “muito bom”, “bom” e “regular/ruim/muito ruim”; no artigo dois foi dicotomizada em “positiva” (muito bom e bom) e “negativa” (regular, ruim e muito ruim) A opção de agrupar as respostas se deu devido ao pequeno número de participantes nas duas últimas categorias, justificando não analisá-las separadamente.

Para o terceiro artigo, um estudo longitudinal que teve como objetivo investigar mudanças na autoavaliação da saúde, a resposta foi dicotomizadas em “boa” (“muito bom” e “bom”) e “ruim” (“regular”, “ruim” e “muito ruim”). Foi analisada a mudança da AAS entre as ondas 1 e 2, construindo-se uma variável derivada com quatro categorias: manutenção da avaliação como - “boa” – “boa” ou “ruim” – “ruim”; piora de “boa” – “ruim”; melhora de “ruim” – “boa”. A análise foi efetuada em dois momentos: 1) para avaliar a melhora foi considerado o grupo que passou de ruim para bom (ruim-bom) como desfecho e o que se manteve com AAS ruim nas duas ondas (ruim-ruim) como categoria; 2) para avaliar a piora, considerou-se como desfecho quem passou de bom para ruim entre as ondas (bom-ruim) e os que permaneceram com boa avaliação (boa-boa) como categoria.

Com base na literatura sobre determinantes sociais da saúde e particularmente sobre gênero, envelhecimento e saúde, foram considerados os seguintes conjuntos de variáveis independentes: **Sociodemográficas:** faixa etária; raça/cor; escolaridade; situação funcional. **Familiares:** união conjugal atual; ter filhos; com quem mora; chefia da família; cuidado de pessoa com necessidades especiais. **Contexto social:** capital social, apoio social, atividades religiosas. **Eventos de vida produtores de estresse:** hospitalização, rompimento amoroso, morte de familiar, dificuldades financeiras maiores que as habituais, assalto. **Condições de saúde:** atividade física no lazer; estado do peso corporal; e “morbidade crônica autorreferida”.

A variável “morbidade crônica autorreferida” foi construída com as respostas à pergunta “*Alguma vez um médico lhe informou que o (a) senhor(a) teve ou tem alguma das seguintes doenças?*”, sendo elas: hipertensão arterial, infarto do miocárdio, angina do peito, doença de chagas, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, doença renal, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças articulares, cirrose e neoplasia. Para o primeiro artigo foi categorizada em “não” ter morbidades, “uma” e “mais de uma”; para o segundo e terceiro artigos em: “uma ou nenhuma” e “mais de uma” morbidade crônica.

O apoio social foi medido com base em um bloco de itens de escala de capital social (GRIEP et al., 2013; SOUTO et al., 2016) “*O(a) Sr(a) conhece alguém que possa dar conselhos a respeito de seus conflitos no ambiente de trabalho? possa te ajudar a fazer uma mudança de casa (empacotar, ajudar a carregar)? ...possa te ajudar em pequenas tarefas domésticas? ...possa fazer compras para o(a) Sr(a), se o(a) Sr(a) estiver doente? ...possa lhe emprestar uma boa quantidade de dinheiro se o(a) Sr(a) precisar? ...possa te abrigar em casa por uma semana se o(a) Sr(a) precisar? ...possa te dar conselhos a respeito de conflitos entre membros de sua família? ...possa dar boas referências sobre o(a) Sr(a) quando estiver procurando emprego? ...possa tomar conta das crianças enquanto o(a) Sr(a) estiver fora? ...possa conversar com o(a) Sr(a) a respeito de assuntos muito importantes?*”.

Foi categorizado em baixo (0 a 7 pontos), médio (8 e 9 pontos) e alto (10 pontos) seguindo a mesma orientação de outros estudos que vem sendo realizados no ELSA-Brasil (GRIEP et al., 2013; SOUTO et al., 2016). Para o artigo sobre mudança da autoavaliação da saúde, o apoio social foi recategorizado em “baixo” (baixo e médio) e “alto”, para diminuir subdivisões, visto que a variável desfecho foi classificada em quatro categorias.

A coesão social foi mensurada a partir dos itens da escala de vizinhança (SANTOS et al., 2013) formando um bloco avaliado conjuntamente: “*Na sua vizinhança as pessoas estão dispostas a ajudar seus vizinhos; Sua vizinhança é bem unida (...); As pessoas na sua vizinhança são de confiança; Em geral, as pessoas na sua vizinhança NÃO se dão bem umas com as outras; As pessoas na sua vizinhança NÃO compartilham os mesmos padrões culturais, de comportamento, princípios éticos ou morais, entre outros?* As possibilidades de resposta foram “*concordo totalmente*”, “*concordo parcialmente*”, “*não concordo nem discordo*”, “*discordo parcialmente*”, e “*discordo totalmente*”, que foram categorizadas em “melhor”, para as duas primeiras opções ou “pior”, para as restantes.

Os eventos de vida produtores de estresse foram avaliados a partir de questões relativas à ocorrência de eventos nos últimos doze meses (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; LOPES; FAERSTEIN, 2001) “*Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) senhor(a) foi assalto(a) ou roubado(a) (...); esteve hospitalizado(a) por uma noite ou mais (...); faleceu algum parente próximo; enfrentou dificuldades financeiras mais graves do que as habituais; passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?*”

Para informações referentes à realização de atividade física no lazer foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), que contém perguntas em relação à frequência, duração e intensidade da atividade ([www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se); MATSUDO et al., 2012).

O estado do peso corporal, classificado de acordo com o IMC (índice de massa corporal), foi calculado como peso em quilogramas dividido pela altura ao quadrado em metros. O peso corporal e a altura em pé foram aferidos de acordo com padrões e critérios técnicos consolidados (FEDELI et al., 2013; MILL et al., 2013). Considera-se magreza ou baixo peso o  $IMC < 18,5$ , eutrofia quando  $18,5 < IMC \leq 24,9$ ; sobrepeso é definido como  $30 < IMC \leq 25Kg/m^2$  e obesidade é considerada quando o  $IMC \geq 30Kg/m^2$  (ABESO, 2016).

O construto “presença de sintomas” foi resultado da técnica Análise de Classes Latentes (LCA) (WANG, JICHUAN; WANG, 2012) utilizando-se variáveis observadas, consideradas como possíveis influenciadores na autoavaliação de saúde, as quais foram obtidas a partir dos seguintes itens da escala de depressão CIS-R (Clinical Interview Schedule – Revised version) (NUNES et al., 2011): *Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) teve* 1. *Algum tipo de dor?* 2. *Sentiu-se cansado(a) ou com menos energia?* 3. *Teve problemas de memória/concentração?* 4. *Teve dificuldade para dormir?* 5. *Tornou-se mais irritado(a)/impaciente?* 6. *Teve preocupações com sua saúde física?* 7. *Tem se sentido triste ou deprimido(a).* 8. *Percebeu-se mais preocupado(a) com coisas que não deveria?* 9. *Sentiu-se ansioso(a) ou nervoso(a)?*.

A LCA identifica grupos distintos baseados em variáveis categóricas observadas, discriminando subgrupos não observados composto de indivíduos com características semelhantes (WANG, JICHUAN; WANG, 2012). Nos modelos de classe latente os indivíduos são distribuídos nas classes com base na probabilidade de pertencer a esta classe (likelihood), sendo a unidade de análise o conjunto de padrões de resposta fornecido pelas variáveis indicadoras (JIANG; HESSER, 2008).

O modelo de LCA permite identificar duas probabilidades, condicional e marginal. A probabilidade condicional deve ser considerada primeiro, e é a probabilidade de resposta de cada classe. A probabilidade marginal representa a proporção da população em cada classe, podendo ser compreendida como sua prevalência. Esta probabilidade é mutuamente

excludente, com o indivíduo só podendo pertencer a uma classe. A soma das classes deve ser 1,00 (JIANG; HESSER, 2008).

A satisfação com a vida foi mensurada através da escala Likert proposta por Diener et al., (1985) e composta por cinco perguntas: “*Em geral minha vida está próxima do meu ideal*”; “*As minhas condições de vida são excelentes*”; “*Estou satisfeito(a) com a vida*”; “*Até agora eu consegui as coisas importantes que eu quero na vida*”; “*Se eu pudesse viver minha vida outra vez, eu não mudaria quase nada*”. As repostas “*concordo plenamente*”, “*concordo*” e “*concordo parcialmente*” foram dicotomizadas em “concordo” (sim) e as “*nem concordo nem discordo*”, “*discordo parcialmente*”, “*discordo*” e “*discordo totalmente*”, em “discordo” (não).

Foi estabelecida a mudança na resposta entre a Onda 1 e a Onda 2 para a variável “situação funcional”, sendo esta categorizada em “aposentado(a)”, “aposentou entre as ondas”, e “ativo(a)”. O mesmo não foi estabelecido para as outras variáveis devido às mudanças não terem sido significativas.

Toda a análise foi estratificada por sexo. Para o processamento e a análise dos dados, nos três artigos, foi utilizado o software estatístico Stata versão 12. O software estatístico Mplus versão 5 foi utilizado para a construção da variável latente (artigo dois).

No artigo um, um estudo exploratório, inicialmente foi procedida análise descritiva com distribuição das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Posteriormente foi realizada a análise bivariada para observar as possíveis associações entre as variáveis independentes e a variável desfecho, utilizando o teste  $\chi^2$  de Pearson. Foram selecionadas na análise bivariada as variáveis independentes que tiveram associação com o desfecho com uma significância  $p \leq 0,20$ , permanecendo no modelo apenas aquelas com  $p < 0,05$ .

No artigo dois, um estudo de teste de hipótese, foi criado modelo para identificar o construto latente com duas classes seguido de modelo com três e quatro classes, sendo optado pelo modelo de duas classes. Esta escolha se deu através de considerações sob o ponto de vista teórico e o melhor ajuste, comparando-se os critérios de informação Baesyana (BIC), AIC e entropia, sendo escolhida esta última. Foram avaliados confundimento e modificação

de efeito, mas estes não foram identificados. No modelo final foi investigada a associação de “morbidade crônica autorreferida” com “autoavaliação da saúde”, com cálculo da odds ratio bruta e ajustada para as variáveis de interesse, definidas a partir de conhecimento teórico da importância dessas.

A análise multivariada foi realizada por regressão logística multinomial, no artigos um, e regressão logística, no artigos dois, adotando-se o procedimento *forward stepwise* para introdução das variáveis no modelo. Após a introdução de cada variável, assim como na avaliação do modelo final, foi realizado teste de bondade do ajuste (BIC) para determinar a contribuição de cada uma delas. Foi realizado cálculo da razão do risco relativo bruto e ajustado, com um intervalo de confiança (IC) de 95%.

No artigo três, um estudo de dados longitudinais, foi utilizada estratégia hierarquizada de entrada das variáveis no modelo de regressão logística. Inicialmente foram introduzidas na modelagem as variáveis independentes que tiveram associação com o desfecho em um nível de significância de até 20% ( $p \leq 0,20$ ), permanecendo, no modelo final, apenas aquelas com  $p < 0,05$  em cada bloco.

Foram adotadas medidas que garantissem o sigilo das informações, assim como o conforto dos participantes da pesquisa. A equipe executora assinou Termo de Responsabilidade sobre a Confidencialidade dos Dados e todos os participantes aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordaram com a divulgação dos dados em artigos científicos (AQUINO, 2013b).

O estudo ELSA-Brasil, na linha de base e Onda 2, teve apoio do Ministério da Saúde Brasileiro (Departamento de Ciência e Tecnologia) e do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (Agência Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP, e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq) (concessões 01 06 0010.00 RS, 01 06 0212.00 BA, 01 06 0300.00 ES, 01 06 0278.00 MG, 01 06 0115.00 SP, 01 06 0071.00 RJ).

Este trabalho é apresentado na forma de três artigos científicos, onde podem ser encontradas informações mais detalhadas sobre as questões investigadas e os procedimentos de análise específicos utilizados para respondê-las.

## 5. RESULTADOS

### **ARTIGO 1. Autoavaliação da saúde entre mulheres e homens idosos do ELSA-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto): quais as similaridades e as diferenças?**

#### INTRODUÇÃO

A autoavaliação da saúde (AAS) representa a percepção que o indivíduo tem das diferentes dimensões de sua própria saúde, expressa como uma medida global e única de um construto complexo, que abrange o estado de saúde, o bem estar psicológico, o nível da satisfação com a vida e a qualidade de vida relacionada à saúde (OCAMPO, 2010). Envolve experiências do passado e expectativas futuras, sendo utilizada em inquéritos de saúde como preditor de risco de complicações e morbimortalidade na população (CRAIGS et al., 2014; SZWARCOWALD, 2015).

As diferenças dos significados de saúde entre homens e mulheres refletem-se na forma como ambos avaliam sua saúde (IDLER; BENYAMINI, 1997). A literatura aponta estes diferenciais de gênero, de modo recorrente, porém há controvérsias sobre o potencial preditor de morbimortalidade da AAS para homens e para mulheres (ALVES; RODRIGUES, 2005; CRIMMINS; KIM, 2010; DEEG; KRIEGSMAN, 2003; IDLER; BENYAMINI, 1997).

Os estudos investigam se esses diferenciais se explicam por distintas condições de saúde ou desigualdades socioeconômicas e culturais (FRENCH et al., 2012) ou mesmo pelo grau de conhecimento a respeito da própria saúde e pelo que valorizam para classificá-la (HARDY; ACCIAI; REYES, 2015). A maneira como vivenciam as interações sociais e as relações interpessoais pode influenciar os diferenciais de gênero, já que o apoio social e a rede social têm efeitos diretos e indiretos sobre a AAS. Por exemplo, as mulheres, em vários contextos, costumam ter apoio e rede sociais mais amplos do que os homens (CAETANO; SILVA; VETTORE, 2013; CHEMAITELLY et al., 2013; TOMIOKA; KURUMATANI; HOSOI, 2017).

É ainda sabido que as mulheres têm contatos mais frequentes com os serviços de saúde ao longo da vida, o que resulta em maior conhecimento sobre seu estado de saúde e maior adesão às concepções biomédicas (DEEG; KRIEGSMAN, 2003). Os homens, ao avaliarem sua saúde, costumam considerar mais a fatalidade das doenças, fazendo com que a avaliação de sua saúde tenha maior relevância quando utilizada para definir risco de mortalidade, enquanto as mulheres levam mais em consideração as doenças que causam incapacidades,

avaliando assim condições de maior morbidade (DEEG; KRIEGSMAN, 2003; IDLER, 2003; SPIERS; JAGGER; CLARKE; ARTHUR, 2003).

Entretanto, os resultados das pesquisas não são sempre convergentes. Em estudo multicêntrico realizado na Europa (SHARE) as mulheres avaliaram mais positivamente a saúde do que os homens em quase todos os países, quando consideradas as mesmas condições socioeconômicas e de saúde (VERROPOULOU, 2009). Contudo, brasileiras e chilenas idosas, tiveram uma percepção mais negativa da saúde do que os homens seus compatriotas (CAMPOS et al., 2015). Confortin (2015), em estudo realizado no sul do Brasil, encontrou também uma autoavaliação mais positiva da saúde entre os homens. A autora atribuiu este achado às diferenças de gênero nas condições de saúde no envelhecimento, decorrentes da combinação de fatores biológicos, sociais e comportamentais, o que influenciaria a percepção da saúde.

Diferenças entre países distintos permitem pensar que a extensão das desigualdades de gênero, principalmente na saúde, pode influenciar a magnitude dos diferenciais entre mulheres e homens na AAS e os fatores que os influenciam (FRENCH et al., 2012). Por exemplo, na Suécia - país conhecido pela maior equidade de gênero - entre quarenta e dois fatores explicativos da AAS foram encontrados poucos com papéis distintos entre mulheres e homens com idade acima de 17 anos (UNDÉN; ELOFSSON, 2006). Essas diferenças foram a duração do sono e o uso de consultas médicas apenas para elas, e a escolaridade, a atividade física e a participação em atividades culturais para eles.

Jylhä (2009), em seu modelo conceitual sobre o processo de AAS, argumenta que as histórias de vida e situações individuais influenciam como as pessoas respondem a esta questão. Em estudo comparando AAS em países com características distintas, discute-se que as diferenças nas respostas podem decorrer de questões culturais como expectativas de gênero, além de, por exemplo, pressões para o autoaperfeiçoamento nos Estados Unidos, ou a autocrítica no Japão, assim como quanto a aspectos históricas (experiências de guerras e recessões financeiras), e o grau de acesso a bens e serviços como educação e saúde (FRENCH et al., 2012).

Uma questão relevante para o presente trabalho diz respeito à influência do aumento da idade na piora da autopercepção da saúde. Estudo comparando várias regiões do Brasil, com homens e mulheres maiores de 18 anos, evidenciou que a AAS era pior em pessoas mais velhas. Esta piora foi mais significativa em pessoas com mais de 60 anos para ambos os sexos (BARROS, 2009). Todavia, notou-se um declínio na autoavaliação negativa da saúde em idades mais avançadas ( $\geq 80$  anos) (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Isto pode ser atribuído a um viés de sobrevivência segundo o qual as pessoas com melhor saúde vivem mais. Pode ser também que os idosos bem mais velhos não queiram demonstrar incapacidade ou dependência aos seus familiares, ou ainda por terem se adaptado e aprendido a conviver com as mudanças decorrentes do envelhecimento (ALVES; RODRIGUES, 2005; CURB, 1990).

O objetivo deste artigo é mensurar as diferenças na AAS em mulheres e homens idosos e buscar explicá-las à luz da perspectiva de gênero, entendido aqui como um princípio de organização social e de distribuição de recursos e poder, o qual influencia a saúde, o adoecimento, a busca de cuidados e a morte (WHARTON, 2012).

## MÉTODOS

Este estudo se insere no ELSA-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto), que investiga doenças crônicas em uma coorte de mulheres e homens, nascidos entre 1934 e 1975, funcionários ativos e aposentados recrutados em seis instituições públicas de ensino superior e pesquisa (Universidades Federais da Bahia, do Espírito Santo, de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul; Universidade de São Paulo e Fundação Osvaldo Cruz) (AQUINO, 2012; SCHMIDT, 2015).

O presente estudo tem corte transversal e utiliza dados de 3263 participantes com 60 anos ou mais na linha de base (ocorrida entre 2008-2010). Foram excluídos três participantes que não responderam à pergunta sobre AAS.

Os dados foram produzidos por meio de realização de medidas antropométricas e pela aplicação de questionário estruturado e multidimensional em entrevistas face a face, o qual inclui, entre outras, perguntas de interesse para o presente estudo como características sociodemográficas, contexto familiar e social, experiência de eventos estressores e condições de saúde (CHOR, 2013).

Foram realizados pré-testes dos instrumentos utilizados e a equipe executora foi treinada, garantindo assim, uniformidade na investigação. Estudos-piloto foram realizados em série, testando o fluxograma até completar todas as fases da pesquisa. (CHOR, 2013; SCHMIDT, 2013).

A informação sobre “autoavaliação da saúde” foi obtida pela pergunta “*De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o(a) senhor(a) considera o seu estado de saúde?*”, com as seguintes alternativas de resposta única e estimulada: “*muito bom*”, “*bom*”, “*regular*”, “*ruim*” e “*muito ruim*”. Na análise, foi considerada como variável desfecho e categorizada em “muito bom”, “bom” e “regular/ruim/muito ruim”.

Com base na literatura sobre determinantes sociais da saúde e particularmente sobre gênero, envelhecimento e saúde, foram considerados os seguintes conjuntos de variáveis independentes: **Sociodemográficas:** faixa etária; raça/cor; escolaridade; situação funcional. **Familiares:** união conjugal atual; ter filhos; com quem mora; chefia da família; cuidado de pessoa com necessidades especiais. **Contexto social:** capital social, apoio social, atividades religiosas. **Eventos de vida produtores de estresse:** hospitalização, rompimento amoroso, morte de familiar, dificuldades financeiras maiores que as habituais, e ter sofrido assalto. **Condições de saúde:** atividade física no lazer; estado do peso corporal; “morbidade crônica autorreferida”.

A coesão social foi mensurada a partir dos itens da escala de vizinhança (SANTOS et al., 2013) formando um bloco avaliado conjuntamente: *“Na sua vizinhança, as pessoas estão dispostas a ajudar seus vizinhos; Sua vizinhança é bem unida (...); As pessoas na sua vizinhança são de confiança; Em geral, as pessoas na sua vizinhança NÃO se dão bem umas com as outras; As pessoas na sua vizinhança NÃO compartilham os mesmos padrões culturais, de comportamento, princípios éticos ou morais, entre outros?”*

O apoio social foi medido com base em um bloco de itens de escala de capital social (GRIEP et al., 2013; SOUTO et al., 2016) *“O(a) Sr(a) conhece alguém que possa dar conselhos a respeito de seus conflitos no ambiente de trabalho?...possa te ajudar a fazer uma mudança de casa (empacotar, ajudar a carregar)? ...possa te ajudar em pequenas tarefas domésticas? ...possa fazer compras para o(a) Sr(a), se o(a) Sr(a) estiver doente? ...possa lhe emprestar uma boa quantidade de dinheiro se o(a) Sr(a) precisar? ...possa te abrigar em casa por uma semana se o(a) Sr(a) precisar? ...possa te dar conselhos a respeito de conflitos entre membros de sua família? ...possa dar boas referências sobre o(a) Sr(a) quando estiver procurando emprego? ...possa tomar conta das crianças enquanto o(a) Sr(a) estiver fora? ...possa conversar com o(a) Sr(a) a respeito de assuntos muito importantes?”*

Os eventos de vida produtores de estresse foram avaliados a partir de questões relativas à ocorrência dos eventos nos últimos doze meses (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; LOPES; FAERSTEIN, 2001) *“Nos ÚLTIMOS 12 MESES, o(a) senhor(a) foi assalto(a) ou roubado(a) (...); esteve hospitalizado(a) por uma noite ou mais (...); faleceu algum parente próximo; enfrentou dificuldades financeiras mais graves do que as habituais; passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?”*

Para informações referentes à realização de atividade física no lazer foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), que contém perguntas em relação à frequência, duração e intensidade da atividade ([www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se); (MATSUDO et al., 2012).

O peso corporal e a altura em pé foram aferidos de acordo com padrões e critérios técnicos consolidados (FEDELI et al., 2013; MILL et al., 2013). O estado do peso corporal, classificado de acordo com o IMC (índice de massa corporal), foi calculado como peso em quilogramas dividido pela altura ao quadrado em metros (ABESO, 2016)

A variável “morbidade crônica autorreferida” foi construída com as respostas à pergunta “*Alguma vez um médico lhe informou que o (a) senhor(a) teve ou tem alguma das seguintes doenças?*”, sendo elas: hipertensão arterial, infarto do miocárdio, angina do peito, doença de chagas, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, doença renal, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças articulares, cirrose e neoplasia.

Para o processamento e a análise dos dados foi utilizado o software estatístico Stata versão 12. Inicialmente foi procedida análise descritiva com distribuição das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Em seguida foi realizada análise bivariada para observar as possíveis associações entre as variáveis independentes e a variável desfecho, utilizando o teste  $\chi^2$  de Pearson.

A análise multivariada foi realizada por regressão logística multinomial, adotando-se o procedimento *forward stepwise* para introdução das variáveis no modelo. Para tanto, foram selecionadas na análise bivariada as variáveis independentes que tiveram associação com o desfecho com uma significância  $p \leq 0,20$ , permanecendo no modelo final apenas aquelas com  $p < 0,05$ . Após a introdução de cada variável, assim como na avaliação do modelo final, foi realizado teste de bondade do ajuste (BIC) para determinar a contribuição de cada uma delas. Foi realizado cálculo da razão do risco relativo bruto e ajustado, com um intervalo de confiança (IC) de 95%. Toda a análise foi estratificada por sexo.

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP – 976/2006) e pelos Comitês de Ética de cada uma das Instituições participantes. Todos os participantes assinaram termo de consentimento informado (AQUINO, 2013b).

## RESULTADOS

Da população idosa do ELSA-Brasil, mais da metade dos participantes (53,2%) eram mulheres, as quais eram um pouco mais jovens que os homens (menos de 15% delas e 23% deles tinham 70 anos ou mais). Mais da metade tinha escolaridade superior/pós-graduação (51,5% das mulheres e 60% dos homens) e se declararam de raça/cor branca (54% delas e 60% deles). Mais homens (37,3%) que mulheres (26,7%) estavam em atividade laboral na instituição, e mesmo entre os aposentados, um percentual um pouco maior deles (33,6%) em relação a elas (27,7%) continuavam trabalhando. Mais de 80% dos homens estavam em uma

união conjugal, enquanto entre as mulheres, 42% estavam separadas ou viúvas e 15,5% eram solteiras (dados não apresentados).

A maioria absoluta avaliou sua saúde como muito boa e boa e os diferenciais de gênero foram muito pequenos: um pouco mais das mulheres tendendo à classificar sua saúde como “muito boa” (Gráfico 1).

Não foi observada pior AAS quando à idade, ao se comparar as duas faixas etárias estudadas. Mulheres e homens avaliaram sua saúde predominantemente de forma positiva (Tabela 1 e 2).

A AAS foi melhor entre pessoas brancas, com maior escolaridade, que permaneciam ativas ou, embora aposentadas, mantinham-se trabalhando, e isso ocorreu independente do sexo. Algumas características familiares e sociais influenciaram positivamente a AAS, tais como, não morar com netos, ter mais apoio social, não ter vivenciado hospitalização ou dificuldades financeiras maiores que as habituais nos últimos doze meses, praticar atividade física no lazer e não apresentar morbidade crônica. Esta última variável mostrou uma associação inversa com efeito gradiente. Para as mulheres, adicionalmente, quanto mais magra melhor a AAS, assim como estar em uma união conjugal e morar com o cônjuge; mas ser chefe de família, ter filhos, cuidar de pessoas com necessidades especiais e participar de atividades religiosas influenciaram negativamente a sua avaliação da saúde. Para os homens os aspectos familiares não influíram, exceto morar com os netos, mas ter uma maior coesão social na vizinhança melhorou a AAS (Tabela 1 e 2).

Na análise simultânea pela regressão logística, a associação positiva com melhor AAS para mulheres e homens manteve-se mais acentuada com escolaridade e “morbidade crônica”. Houve um gradiente nas duas situações. Quanto melhor a escolaridade e quanto menor o relato de morbidade maior a associação. Esta foi mais expressiva nos homens com nível superior/pós-graduação e quase igual naqueles de ambos os sexos que relataram não ter “morbidade crônica” (Tabela 3 e 4).

A atividade laboral associou-se a uma melhor percepção da saúde nos homens que trabalhavam, assim como para estes e para as mulheres que estavam aposentados e continuavam trabalhando (Tabela 3 e 4).

Avaliaram a saúde de forma mais positiva as mulheres brancas, que não cuidavam de pessoas com necessidades especiais, não tinham sido hospitalizadas ou sofreram dificuldades financeiras maiores que as habituais nos últimos 12 meses. Presença de apoio social alto, realizar atividade física e estar com o peso corporal normal igualmente se relacionaram a uma saúde melhor avaliada por elas (Tabela 3).

Para os homens ter melhor coesão social na vizinhança também se associou a uma avaliação positiva da sua saúde (Tabela 4).

Resumo dos resultados encontra-se no gráfico 2.

## DISCUSSÃO

A autoavaliação positiva (boa e muito boa) da saúde teve distribuição parecida para mulheres e homens neste estudo. Ambos os grupos têm condições semelhantes de trabalho e um alto nível de escolaridade, são funcionários públicos, portanto têm mecanismos equivalentes de acesso por concurso público e progressão funcional segundo os mesmo critérios, além de maior estabilidade no emprego e segurança quanto à aposentadoria, fatores que conferem maior homogeneidade social e de gênero, e podem ter influenciado estes achados.

A coorte do ELSA-Brasil difere da maioria dos estudos sobre idosos brasileiros, quanto à escolaridade e situação funcional e financeira, e não inclui estratos extremos como os muito pobres e aqueles com escolaridade muito baixa. A falta de segurança financeira pode levar a uma pior avaliação da saúde e uma maior incidência de doenças como depressão e hipertensão arterial (RODRIGUES; MAIA, 2010). Na maioria dos estudos, as mulheres mais velhas têm menor escolaridade, mais baixa renda, visto que não trabalharam durante sua vida ou, quando trabalharam, o fizeram em trabalhos precários e obtinham uma renda menor do que a dos homens (LEBRÃO, 2007).

A associação de melhor AAS com uma maior escolaridade pode ser atribuída, em primeiro lugar, a condições objetivas, que determinam melhores condições de saúde. Pessoas com maior acesso à informação costumam adotar hábitos mais saudáveis, promovendo modificação positiva no estilo de vida, tanto no que se refere à promoção da saúde, quanto à prevenção de doenças (PAGOTTO; NAKATANI; AND SILVEIRA, 2011). A escolaridade parece ter efeito de proteção quanto à percepção ruim da saúde, e o aumento da escolarização feminina pode reduzir as diferenças entre os sexos (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Os presentes resultados não evidenciaram influência do aumento da idade com uma pior AAS, tal como é descrito na literatura (BARROS, 2009; DACHS, 2002), principalmente naqueles com idades mais avançadas (ALVES; RODRIGUES, 2005). Provavelmente, isto se deve ao fato de que a coorte é ainda relativamente jovem, e não inclui a experiência dos muito mais velhos, especialmente os maiores de 80 anos. Tratando-se de um estudo longitudinal, novas análises poderão ser feitas em um futuro próximo, incluindo os dados da Onda 2 (2012-

2014) e da Onda 3, iniciada em 2016 e com conclusão prevista para 2018, quando o conjunto da coorte estará cerca de dez anos mais velha.

As mulheres que se autodeclararam brancas avaliaram mais positivamente sua saúde, porém isso não foi identificado entre os homens. De fato, não há um consenso sobre o tema nos estudos no Brasil, enquanto uns não confirmam tal associação (BORIM, 2012), outros encontraram pior avaliação entre as mulheres não brancas (RODRIGUES; MAIA, 2010). Nos Estados Unidos, observou-se que as mulheres negras, mesmo ao melhorar sua trajetória de saúde, continuam em pior situação quando comparadas com homens e mulheres brancas e homens negros. Esse fato pode ser atribuído às desigualdades socioeconômicas vivenciadas por estas (CUMMINGS, 2008).

Os presentes achados de melhor avaliação da saúde entre as mulheres, aposentadas que trabalham e as que não cuidam de pessoas com necessidades especiais mostram a relevância de investigar os papéis desempenhados pelas mulheres no mercado de trabalho e na sociedade, adotando uma perspectiva de gênero (CAMARANO, 2003; KÜCHEMANN, 2012; WHARTON, 2012).

Na literatura avaliada, não há consenso quanto à associação da avaliação da saúde e cuidar de pessoas com necessidades especiais. Discute-se que esta atribuição pode afetar negativamente a saúde física e mental, a vida laboral e social como também o bem estar, em virtude da carga emocional e de trabalho exigidos (CHANG; CHIOU; CHEN, 2010). Existem também relatos de que a função de cuidar pode promover sensação de bem estar, sendo discutido se, mesmo havendo uma clara divisão sexual do trabalho, com as mulheres sendo as principais cuidadoras (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2011; HIRATA, 2004), haveria a tendência a este tipo de atribuição ser desempenhada por aquelas com melhores condições emocionais (KIM et al., 2018).

Uma questão merece ser discutida na perspectiva de gênero e envelhecimento: apesar de fatores familiares serem descritos como importantes na vida das pessoas idosas (CAETANO, 2011; SILVA, 2014), no presente estudo não foi confirmada associação entre AAS e estado conjugal, morar sozinho ou com familiares, e participação em atividades religiosas, que havia sido observada entre as mulheres na análise bivariada. Entretanto, manteve-se com o maior apoio social, o que converge com os resultados de estudo realizado nos EUA (WHITE et al., 2009).

Em outros estudos, viver sozinho não foi um preditor do estado subjetivo da saúde, assim como a rede de apoio (BORIM, 2012; SILVA, 2014). Os presentes resultados

convergem nesta direção quanto a falta de influência sobre a AAS de morar sozinho para homens e mulheres, mas diferem com relação ao efeito positivo do apoio social para elas.

Para os homens idosos do ELSA-Brasil, mas não para as mulheres, haver coesão social na vizinhança esteve associado à melhor avaliação da saúde. Outros autores evidenciaram que, no contexto urbano, a vizinhança frequentemente é considerada como a unidade primordial de solidariedade, real ou potencial, e de coesão social (SANTOS et al., 2007). Indicadores de atividades sociais, tais como rede social e atividades sociais, principalmente fora do domicílio, parecem diminuir a importância de condições socioeconômicas, mas estas mantêm seu poder explicativo no estado de saúde subjetivo (SILVA, 2014).

A associação da melhor AAS com a não participação em atividades religiosas para mulheres não se manteve no modelo final. Há controvérsias quanto ao papel da religião na saúde. Alguns autores afirmam que o compromisso religioso individual melhora a autoestima e influencia positivamente a saúde (STROOPE; BAKER, 2018) e aumenta a probabilidade de se envelhecer de forma bem sucedida (BATTINI; MACIEL; FINATO, 2006). Entretanto, estudo brasileiro já havia observado uma melhor avaliação da saúde entre pessoas sem religião (BORIM, 2012). A discussão gira em torno de que o impacto protetor da religião sobre a saúde seria relevante nas regiões em que as pessoas têm mais religiosidade (VANDERWEELE, 2017), ou seja, a religiosidade individual sofre influência do contexto religioso local (STROOPE; BAKER, 2018), o que não parece ocorrer entre os participantes do ELSA-Brasil.

Com relação às condições de saúde, resultados deste estudo mostraram que praticar atividade física associou-se a autoavaliação positiva da saúde, em mulheres e homens. Diversos outros estudos encontram associação da AAS com atividade física no lazer, obesidade (principalmente nas mulheres) e morbidades crônicas (maior número em homens) (BARROS, 2009; BORIM, 2012; CONFORTIN, 2015; PAVÃO, 2013).

A associação da avaliação da saúde muito boa com estado de eutrofia pode reforçar uma preocupação com a saúde devido à relação de aumento do peso com piora das doenças crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão, mas também pode estar relacionada a uma preocupação excessiva das mulheres ocidentais em adequar-se ao modelo hegemônico de beleza vinculado a magreza (TIGGEMANN, 2004).

A ausência de morbidades crônicas esteve fortemente associada à autoavaliação positiva da saúde, mesmo quando ajustada para as outras variáveis, em mulheres e homens. Isso é convergente com a extensa literatura internacional que enfatiza a presença de doenças

como um dos principais determinantes da AAS em pessoas idosas (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009; CRIMMINS; KIM, 2010).

A generalização dos presentes resultados deve ser feita com cautela por se tratar de uma coorte composta por voluntários. Cabe ressaltar, no entanto, que o ELSA-Brasil tem como principal vantagem ser um estudo longitudinal com grande aderência de seus participantes, o que, aliado a um modelo explicativo abrangente, tem permitido a geração de hipóteses com os dados da linha de base, que poderão ser testadas em análises longitudinais.

Adicionalmente, 1/5 de seus participantes tinham 60 anos ou mais ao serem recrutados e mais da metade (55,2%) destes tinham nível de escolaridade superior/pós-graduado. O estudo traz, portanto, novas contribuições para a explicação dos fatores relacionados à AAS em idosos, especialmente sobre o papel da escolaridade, em um país de média renda, onde a maioria dos estudos utilizou amostras predominantemente de baixa escolaridade.

Outra contribuição relevante diz respeito à abordagem da AAS positiva, enquanto os estudos identificados no Brasil e na maior parte da literatura internacional enfocaram a autoavaliação negativa do estado de saúde. Essa opção metodológica visou produzir conhecimentos que orientem a prática clínica de reforço ao envelhecimento mais saudável e autônomo, bem como embasem políticas e ações de promoção da saúde e não apenas do cuidado de doenças nessa etapa da vida.

É inegável a relevância da ausência ou menor presença de morbidades crônicas, bem como a prática de atividade física no lazer, para a avaliação positiva da saúde, sem diferencial de gênero, o que confere importância às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Entretanto, a adoção da perspectiva de gênero na seleção de variáveis e na interpretação dos resultados, permitiu tornar evidente o papel da escolarização, principalmente para as mulheres, ao avaliarem positivamente sua saúde. Mas são as mulheres brancas que se encontram em melhor situação o que aponta a necessidade de incorporar uma abordagem interseccional de raça, classe e gênero em estudos futuros (VEENSTRA, 2011). Os achados indicam também que, mantidas condições semelhantes de acesso e progressão nas carreiras, tal como ocorre em instituições públicas de ensino superior e pesquisa, as experiências de mulheres e homens se aproximam quanto ao papel do trabalho profissional (mesmo após a aposentadoria) em termos da saúde e bem estar no envelhecimento.

A abordagem de gênero permite ainda arriscar a interpretação das principais diferenças entre mulheres e homens, que ficaram circunscritas aos preditores sociais e familiares da AAS.

Ao avaliar positivamente sua saúde, ressaltam para elas as relações interpessoais de apoio social e cuidado no âmbito privado, enquanto para eles contam mais as relações sociais na vizinhança. Chama a atenção que a eutrofia só influenciou a AAS entre as mulheres, possivelmente pela pressão do modelo de beleza feminina associada à magreza.

Os achados de que a experiência de hospitalização e de dificuldades financeiras maiores que as habituais mostraram-se associados a AAS só para as mulheres merecem ser mais bem investigados em pesquisas futuras, inclusive em análises longitudinais no ELSA-Brasil.

Em conclusão, o melhor conhecimento sobre como mulheres e homens idosos percebem sua saúde promoverão benefícios na adoção de medidas nas políticas públicas, e também na abordagem individual pelos diversos profissionais da saúde que trabalham com essa população.

#### Financiamento

O estudo ELSA-Brasil na linha de base teve apoio do Ministério da Saúde Brasileiro (Departamento de Ciência e Tecnologia) e do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (Agência Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP, e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq) (concessões 01 06 0010.00 RS, 01 06 0212.00 BA, 01 06 0300.00 ES, 01 06 0278.00 MG, 01 06 0115.00 SP, 01 06 0071.00 RJ). A profa. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino é Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D, com o brenq nº 308173/2013-9.

#### Agradecimentos

Aos participantes do ELSA-Brasil, que voluntariamente participaram deste estudo.

#### REFERÊNCIAS

- ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO. 4.ed. - São Paulo, SP., p. 188, 2016.
- ALVES, LC; RODRIGUES, RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2005;17(5/6);333–41.
- AQUINO, E. M. ET AL. Brazilian Longitudinal Study of Adult health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. **American Journal Epidemiology**. v. 175, n. 4, p. 315–324, 2012.
- AQUINO, Estela M L. et al. Aspectos éticos em estudos longitudinais : o caso do ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 2, p. 19–26, June 2013.
- BARRETO, Sandhi Maria; FIGUEIREDO, Roberta Carvalho de. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 38–47, Nov. 2009.

- BARROS, Marilisia Berti de Azevedo et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 27–37, Nov. 2009.
- BATTINI, Elissa; MACIEL, Evelise Martinelli; FINATO, Mariza da Silva Santos. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. **Estud. psicol (Campinas)**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 455–462, Dec. 2006.
- BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; NERI, Anita Liberalesso. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 769-780, Apr. 2012.
- CAETANO, Silvana Costa. Associação entre Rede e Apoio Social com Auto-Avaliação da Saúde em Idosos Residentes do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 92 f. Dissertação Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2012.
- CAETANO, S C; SILVA, C M; VETTORE, M V. Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. **BMC Geriatrics**, v. 13, n. 1, p. 122, Nov. 2013.
- CAMARANO, Ana Amélia. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35–63, Dec. 2003.
- CAMPOS, A C V. et al. Gender differences in predictors of self-rated health among older adults in Brazil and Chile. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 365, Apr. 2015.
- CHANG, H Y.; CHIOU, C J; CHEN, N S. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. **Arch Gerontol Geriatrics**, v. 50, n. 3, p. 267–271, May-June 2010.
- CHEMAITELLY, H. et al. The role of gender in the association of social capital, social support, and economic security with self-rated health among older adults in deprived communities in Beirut. **Quality of Life Research**, v. 22, n. 6, p. 1371–1379, Aug 2013.
- CHOR, Dóra et al. Questionário do ELSA-Brasil: desafios na elaboração de instrumento multidimensional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, suppl 2, p. 27–36, June 2013.
- CONFORTIN, Susana Cararo et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1049–1060, May 2015.
- CRAIGS, C L et al. Understanding causal associations between self-rated health and personal relationships in older adults: A review of evidence from longitudinal studies. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 59, n. 2, p. 211–226, Sep-Oct 2014.
- CRIMMINS, EM; KIM, JK, SOLÉ-AURÓ A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. **Eur J Public Health**, v. 21, n. 1, p. 81–91, Feb 2010.
- CUMMINGS, J. L. Race, Gender, and SES Disparities in Self-Assessed Health, 1974-2004. **Research on Aging**, v. 30, n. 2, p. 137–168, Mar 2008.
- CURB, J D et al. Effective Aging. Meeting the Chanlleng of Growing Older. **J Am Geriatr Soc.**, v. 38, n. 7, p. 827–828, Jul 1990.
- DACHS, J. Norberto W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil : análise dos dados da PNAD / 1998. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641–657, 2002.
- DEEG, D J; KRIEGSMAN, D M. Concepts of self-rated health: specifying the gender difference in mortality risk. **The Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 376–386; discussion 372–375, 2003.
- FEDELI, Ligia G et al. Logística de coleta e transporte de material biológico e organização do laboratório central no ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, suppl 2, p. 63–71, June 2013.
- FRENCH, D J et al. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. **BMC Public**

**Health**, v. 12, n. 1, p. 649, Aug. 2012.

GRIEP, Rosane Härter et al. Capital social no ELSA-Brasil: confiabilidade teste-reteste do Resource Generator scale. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 2, p. 131-139, June 2013.

GUIMARAES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. CUIDADO E CUIDADORAS: O TRABALHO DE CARE NO BRASIL, FRANÇA E JAPÃO. **Sociol. Antropol.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 151-180, June 2011.

HARDY, MA.; ACCIAI, F.; REYES, AM. How health conditions translate into self-ratings: a comparative study of older adults across Europe. **J Health Soc Behav**, v. 55, n. 3, p. 320-341, Sep. 2014.

IDLER, E. L. Discussion: Gender Differences in Self-Rated Health, in Mortality, and in the Relationship Between the Two. **Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 372-375, June 2003.

IDLER, E L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **J Health Social Behav**, v. 38, n. 1, p. 21-37, Mar. 1997.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Soc Sci Med**, v. 69, n. 3, p. 307-316, Aug 2009.

KIM, G. et al. The Relation Between Multiple Informal Caregiving Roles and Subjective Physical and Mental Health Status Among Older Adults: Do Racial/Ethnic Differences Exist? **Gerontologist**, p. 1-10, Jan. 2018.

KÜCHEMANN, B. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, Apr. 2012.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil : aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, Editorial Bolina, São Paulo, v. 4, n 017, p. 135-140, 2007.

LOPES, Cláudia S.; FAERSTEIN, Eduardo. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: Estudo Pró-Saúde. **Rev. Bras.Psiquiatr**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 126-133, Sept. 2001.

LOPES, Cláudia S.; FAERSTEIN, Eduardo.; CHOR, Dóra. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, Dec. 2003.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (Ipaq): Estupo de Validade e Reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2012.

MILL, José Geraldo et al. Aferições e exames clínicos realizados nos participantes do ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Publica**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 54-62, June 2013.

OCAMPO, JM. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. **Colombia Medica**, v. 41, n. 3, p. 275-289, May 2010.

PAGOTTO, Valeria; NAKATANI, Adelia Yaeko Kyosen; Silveira, Érica Aparecida. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1593-1602, Aug. 2011.

RODRIGUES, Cristina Guimarães; MAIA, Alexandre Gori. Como a posição social influencia a auto-avaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 762-774, Apr. 2010.

SANTOS, Simone M. et al. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2533-2554, Nov. 2007.

SANTOS, Simone M et al. Adaptação transcultural e confiabilidade de medidas de características autorreferidas de vizinhança no ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 122-130, June 2013.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Strategies and development of quality assurance and control in the ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl 2, p. 105-112, June 2013.

- SCHMIDT, MI et al. Cohort profile: Longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Int J Epidemiol**, v. 44, n. 1, p. 68–75, Feb. 2015.
- SILVA, Pedro Alcântara da. Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sênior de Portugal Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sênior de Portugal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2387–2400, Nov. 2014.
- SOUTO, Eester Paiva et al. Validade da estrutura fatorial da escala de capital social utilizada na linha de base no ELSA-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, p. 1–12, 2016.
- SPIERS N; JAGGER C; CLARKE M; ARTHUR A. Are Gender Differences in the Relationship Between Self-Rated Health and Mortality Enduring? Result from Three British Cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. **Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 406–411, Jun. 2003.
- STROOPE, S; BAKER, JO. Whose Moral Community? Religiosity, Secularity, and Self-rated Health across Communal Religious Contexts. **J Health Soc Behav**, p. 002214651875569, Jan. 2018.
- SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis : resultados da Pesquisa Nacional de Saúde , 2013. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v. 18, supl 2, p. 33–44, Dec. 2015.
- TIGGEMANN, M. Body image across the adult life span: Stability and change. **Body Image**, v. 1, n. 1, p. 29–41, Jan. 2004.
- TOMIOKA, K; KURUMATANI, N; HOSOI, H. Association between the frequency and autonomy of social participation and self-rated health. **Geriatr Gerontol Int**, v. 17, n. 12, p. 2537–2544, Dec. 2017.
- UNDÉN, AL; ELOFSSON, S. Do different factors explain self-rated health in men and women? **Gend Med**, v. 3, n. 4, p. 295–308, Dec. 2006.
- VANDERWEELE, TJ. Religion and health in Europe: cultures, countries, context. **Eur J Epidemiol**, v. 32, n. 10, p. 857–861, Oct. 2017.
- VEENSTRA, G. Race, gender, class, and sexual orientation: Intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. **Int J Equity Health**, v. 10, p. 1–11, Jan. 2011.
- VERROPOULOU, G. Key elements composing self-rated health in older adults: A comparative study of 11 European countries. **Eur J Ageing**, v. 6, n. 3, p. 213–226, Aug. 2009.
- WHARTON, Amy S. The sociology of gender: An introduction to theory and research. Second ed., 2009.
- WHITE, AM. et al. Social support and self-reported health status of older adults in the United States. **Am J Public Health**, v. 99, n. 10, p. 1872–1878, Oct. 2009.
- WWW.IPAQ.KI.SE. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. [www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se), n. November, p. 1–15, 2005.

Gráfico 1. Autoavaliação da saúde de mulheres e homens de 60-74 anos  
ELSA-Brasil 2008-2010

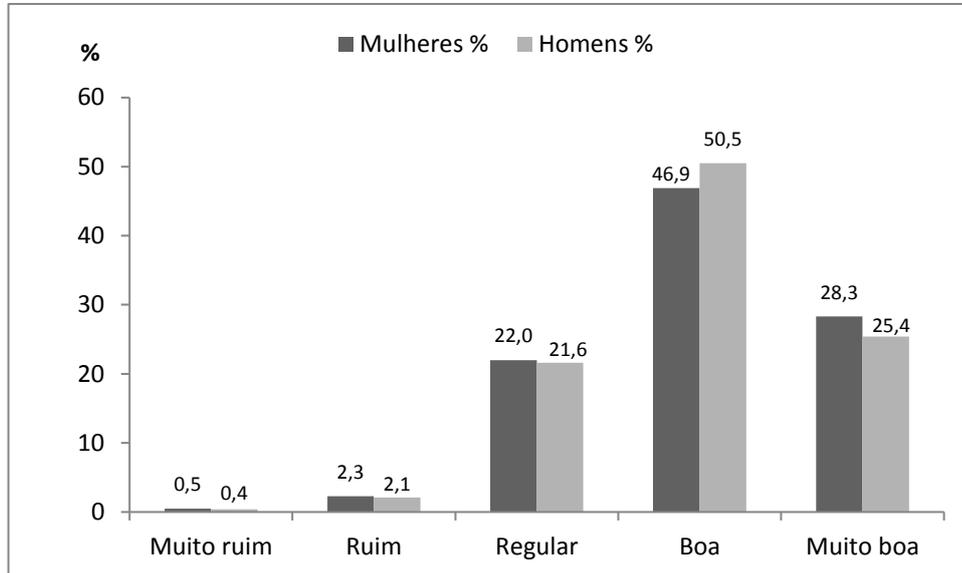


Tabela 1. Distribuição da Autoavaliação da Saúde de mulheres de 60-74 anos, segundo características selecionadas, ELSA-Brasil 2008-2010

		Muito boa	Boa	Regular, ruim e muito ruim	
	n	%	%	%	p
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>					
<b>Faixa etária</b>					0,270
60-69 anos	257	26,5	44,7	28,8	
70-74 anos	1478	28,6	47,3	24,1	
<b>Raça/cor</b>					<b>0,000</b>
Preta/parda	696	16,6	46,0	37,4	
Branca	932	37,6	47,0	15,4	
Amarela/indígena	107	23,4	52,3	24,3	
<b>Escolaridade</b>					<b>0,000</b>
≤ Fundamental	341	9,7	41,6	48,7	
Médio	501	20,0	47,5	32,5	
≥ Superior	893	40,1	48,6	11,3	
<b>Situação funcional</b>					<b>0,000</b>
Aposentada	790	19,5	47,2	33,3	
Aposentada e trabalha	481	41,0	44,5	14,5	
Ativa	464	30,2	48,9	20,9	
<b>CONTEXTO FAMILIAR</b>					
<b>União conjugal atual</b>					<b>0,001</b>
Solteira	268	28,0	49,6	22,4	
Separada/Viúva	731	25,2	45,3	29,5	
Casada	736	31,5	47,6	20,9	
<b>Chefia de família</b>					<b>0,040</b>
Não	627	30,8	47,7	21,5	
Sim	1108	26,9	46,5	26,6	
<b>Tem filhos</b>					<b>0,025</b>
Não	396	29,3	51,0	19,7	
Sim	1339	28,0	45,7	26,3	
<b>Mora sozinho</b>					0,602
Não	416	27,0	49,0	24,0	
Sim	1319	28,7	46,3	25,0	
<b>Mora com cônjuge</b>					<b>0,002</b>
Não	1030	25,8	46,7	27,5	
Sim	705	31,9	47,2	20,9	
<b>Mora com filhos/enteados</b>					<b>0,151</b>
Não	961	29,2	47,8	23,0	
Sim	774	27,1	45,9	27,0	
<b>Mora com netos</b>					<b>0,000</b>
Não	1508	30,0	46,8	23,2	
Sim	227	16,7	48,0	35,3	
<b>Mora com pais/sogros</b>					0,259
Não	1649	28,0	47,4	24,6	
Sim	86	33,7	38,4	27,9	
<b>Cuidado de pessoa com necessidades especiais</b>					<b>0,003</b>
Sim	211	22,8	43,1	34,1	
Não	1519	29,1	47,5	23,4	

Tabela 1 (cont.). Distribuição da Autoavaliação da Saúde de mulheres de 60-74 anos, segundo características selecionadas, ELSA-Brasil 2008-2010

	n	Muito boa %	Boa %	Regular, ruim e muito ruim %	p
<b>CONTEXTO SOCIAL</b>					
<b>Apoio social</b>					<b>0,000</b>
Baixo	868	22,2	45,3	32,5	
Alto	855	34,4	48,8	16,8	
<b>Coesão social na vizinhança</b>					<b>0,176</b>
Pior	1156	27,1	47,7	25,2	
Melhor	567	31,4	45,0	23,6	
<b>Atividades religiosas</b>					<b>0,000</b>
Não realiza/ocasional	775	33,9	49,3	16,8	
Regular	959	23,8	44,9	31,3	
<b>EVENTOS ESTRESSORES (NOS ÚLTIMOS 12 MESES)</b>					
<b>Hospitalização</b>					<b>0,000</b>
Sim	177	19,8	39,5	40,7	
Não	1558	29,3	47,7	23,0	
<b>Falecimento de familiar</b>					<b>0,171</b>
Sim	270	24,1	47,8	28,1	
Não	1465	29,1	46,8	24,1	
<b>Dificuldades financeiras maiores que as habituais</b>					<b>0,000</b>
Sim	310	14,2	42,9	42,9	
Não	1423	31,4	47,7	20,9	
<b>Rompimento amoroso</b>					0,878
Sim	46	30,4	47,8	21,8	
Não	1689	28,2	46,9	24,9	
<b>Assalto</b>					0,864
Sim	108	26,9	46,3	26,8	
Não	1627	28,4	47,0	24,6	
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>					
<b>IMC</b>					<b>0,000</b>
Obesidade	481	17,5	50,5	32,0	
Sobrepeso	678	27,6	48,2	24,2	
Eutrofia/magreza	576	38,2	42,4	19,4	
<b>Atividade física no lazer</b>					<b>0,000</b>
Não	715	19,4	47,3	33,3	
Sim	1005	34,3	46,8	18,9	
<b>Morbidade crônica</b>					<b>0,000</b>
Mais de uma	925	18,2	46,5	35,3	
Uma	516	34,9	51,2	13,9	
Nenhuma	280	50,0	42,5	7,5	

Tabela 2. Distribuição da Autoavaliação da Saúde de homens de 60-74 anos, segundo características selecionadas, ELSA-Brasil 2008-2010

		Muito boa	Boa	Regular, ruim e muito ruim	
	n	%	%	%	p
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>					
<b>Faixa etária</b>					<b>0,053</b>
60-69 anos	356	20,5	53,4	26,1	
70-74 anos	1169	26,9	49,6	23,5	
<b>Raça/cor</b>					<b>0,000</b>
Preta/parda	505	19,0	45,9	35,1	
Branca	918	29,6	53,3	17,1	
Amarela/indígena	102	18,6	48,1	33,3	
<b>Escolaridade</b>					<b>0,000</b>
≤ Fundamental	344	10,2	44,7	45,1	
Médio	274	17,2	49,6	33,2	
≥ Superior	907	33,6	52,9	13,5	
<b>Situação funcional</b>					<b>0,000</b>
Aposentado	445	17,1	49,2	33,7	
Aposentado trabalha	512	30,3	52,1	17,6	
Ativo	568	27,5	50,0	22,5	
<b>CONTEXTO FAMILIAR</b>					
<b>União conjugal atual</b>					0,421
Solteiro	62	30,7	53,2	16,1	
Separado/Viúvo	179	23,5	48,6	27,9	
Casado	1284	25,4	50,6	24,0	
<b>Chefia de família</b>					<b>0,057</b>
Não	762	27,0	51,3	21,7	
Sim	763	23,7	49,7	26,6	
<b>Tem filhos</b>					0,662
Não	139	24,5	53,9	21,6	
Sim	1386	25,5	50,1	24,4	
<b>Mora sozinho</b>					0,436
Não	156	29,5	48,7	21,8	
Sim	1369	24,9	50,7	24,4	
<b>Mora com cônjuge</b>					0,931
Não	259	25,9	49,4	24,7	
Sim	1266	25,3	50,7	24,0	
<b>Mora com filhos/enteados</b>					0,375
Não	726	27,0	49,2	23,8	
Sim	799	23,9	51,7	24,4	
<b>Mora com netos</b>					<b>0,001</b>
Não	1375	25,8	51,4	22,8	
Sim	150	21,3	42,0	36,7	
<b>Mora com pais/sogros</b>					0,962
Não	1473	25,3	50,5	24,2	
Sim	52	26,9	50,0	23,1	
<b>Cuidado de pessoa com necessidades especiais</b>					<b>0,069</b>
Sim	154	18,2	53,2	28,6	
Não	1366	26,3	50,3	23,4	

Tabela 2 (cont.). Distribuição da Autoavaliação da Saúde de homens de 60-74 anos, segundo características selecionadas, ELSA-Brasil 2008-2010

	n	Muito boa %	Boa %	Regular, ruim e muito ruim %	p
<b>CONTEXTO SOCIAL</b>					
<b>Apoio social</b>					<b>0,000</b>
Baixo	766	20,6	49,9	29,5	
Alto	747	30,7	51,0	18,3	
<b>Coesão social na vizinhança</b>					<b>0,015</b>
Pior	1063	23,5	50,9	25,6	
Melhor	452	29,6	50,0	20,4	
<b>Atividades religiosas</b>					<b>0,084</b>
Não realiza/ocasional	954	25,6	52,1	22,3	
Regular	568	24,8	47,9	27,3	
<b>EVENTOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>					
<b>Hospitalização</b>					<b>0,002</b>
Sim	195	19,5	46,7	33,8	
Não	1330	26,2	51,1	22,7	
<b>Falecimento de familiar</b>					0,624
Sim	175	22,9	53,7	23,4	
Não	1350	25,7	50,1	24,2	
<b>Dificuldades financeiras maiores que as habituais</b>					<b>0,000</b>
Sim	174	18,4	45,4	36,2	
Não	1349	26,3	51,2	22,5	
<b>Rompimento amoroso</b>					0,435
Sim	46	17,4	54,3	28,3	
Não	1479	25,6	50,4	24,0	
<b>Assalto</b>					<b>0,168</b>
Sim	88	18,2	51,1	30,7	
Não	1436	25,8	50,4	23,8	
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>					
<b>IMC</b>					<b>0,180</b>
Obesidade	296	21,6	49,3	29,1	
Sobrepeso	718	25,8	50,7	23,5	
Eutrofia/magreza	511	27,0	50,9	22,1	
<b>Atividade física no lazer</b>					<b>0,000</b>
Não	484	16,1	51,5	32,4	
Sim	1034	29,5	50,2	20,3	
<b>Morbidade crônica</b>					<b>0,000</b>
Mais de uma	792	18,6	50,4	31,0	
Uma	458	27,5	53,1	19,4	
Nenhuma	260	42,7	46,5	10,8	

Tabela 3. Razão de Risco Relativo bruto e ajustado da Autoavaliação da Saúde positiva em mulheres de 60-74 anos, ELSA-Brasil 2008-2010

	Bruta		Ajustada	
	Muito boa RRR (95% IC)	Boa RRR (95% IC)	Muito boa RRR (95% IC)	Boa RRR (95% IC)
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>				
<b>Raça/cor</b>				
Preta/parda	1	1	1	1
Branca	5,4 (4,1-7,3)	2,5 (1,9-3,2)	<b>2,2 (1,5-3,2)</b>	<b>1,5 (1,1-2,0)</b>
Amarela/indígena	2,2 (1,2-3,9)	1,8 (1,1-2,9)	0,8 (0,4-1,6)	1,0 (0,6-1,7)
<b>Escolaridade</b>				
≤ Fundamental	1	1	1	1
Médio	3,1 (2,0-4,8)	1,7 (1,3-2,3)	<b>2,4 (1,5-4,0)</b>	<b>1,5 (1,1-2,1)</b>
≥ Superior	17,8 (11,6-27,5)	5,0 (3,7-6,9)	<b>6,7 (4,0-11,2)</b>	<b>3,1 (2,1-4,8)</b>
<b>Situação funcional</b>				
Aposentada	1	1	1	1
Aposentada e trabalha	4,8 (3,4-6,7)	2,2 (1,6-2,9)	<b>3,0 (2,0-4,4)</b>	<b>1,6 (1,1-2,2)</b>
Ativa	2,5 (1,8-3,4)	1,7 (1,2-2,2)	<b>1,9 (1,3-2,8)</b>	1,4 (1,0-1,9)
<b>CONTEXTO FAMILIAR</b>				
<b>União conjugal atual</b>				
Solteira	1	1		
Separada/Viúva	0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,5-1,0)		
Casada	1,2 (0,8-1,8)	1,0 (0,7-1,5)		
<b>Chefe de família</b>				
Não	1	1		
Sim	0,7 (0,5-0,9)	0,8 (0,6-1,0)		
<b>Tem filhos</b>				
Não	1	1		
Sim	0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,5-0,9)		
<b>Mora com cônjuge</b>				
Não	1	1		
Sim	1,6 (1,2-2,1)	1,3 (1,0-1,7)		
<b>Mora com filhos/enteados</b>				
Não	1	1		
Sim	0,8 (0,6-1,0)	0,8 (0,6-1,0)		
<b>Mora com netos</b>				
Não	1	1		
Sim	0,4 (0,2-0,6)	0,7 (0,5-0,9)		
<b>Cuidado de pessoa com necessidades especiais</b>				
Sim	1	1	1	1
Não	1,9 (1,3-2,8)	1,6 (1,1-2,2)	<b>2,2 (1,3-3,5)</b>	<b>1,8 (1,2-2,5)</b>

IC 95% - intervalo de confiança a 95%

Categoria de referência autoavaliação regular/ruim/muito ruim da saúde

Tabela 3 (cont.). Razão de Risco Relativo bruto e ajustado da Autoavaliação da Saúde positiva em mulheres de 60-74 anos, ELSA-Brasil 2008-2010

	Bruta		Ajustada	
	Muito boa RRR (95% IC)	Boa RRR (95% IC)	Muito boa RRR (95% IC)	Boa RRR (95% IC)
<b>CONTEXTO SOCIAL</b>				
<b>Apoio social</b>				
Baixo	1	1	1	1
Alto	3,0 (2,3-3,9)	2,1 (1,6-2,7)	<b>1,5 (1,1-2,1)</b>	1,3 (1,0-1,8)
<b>Coesão social na vizinhança</b>				
Pior	1	1		
Melhor	1,2 (0,9-1,6)	1,0 (0,8-1,3)		
<b>Atividades religiosas</b>				
Não realiza/ocasional	1	1		
Regular	0,4 (0,3-0,5)	0,5 (0,4-0,6)		
<b>EVENTOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>				
<b>Hospitalização</b>				
Sim	1	1	1	1
Não	2,6 (1,7-4,0)	2,1 (1,5-3,0)	<b>2,2 (1,3-3,8)</b>	<b>2,0 (1,4-3,0)</b>
<b>Falecimento de familiar</b>				
Sim	1	1		
Não	1,4 (1,0-2,0)	1,1 (0,8-1,6)		
<b>Dificuldades financeiras maiores que as habituais</b>				
Sim	1	1	1	1
Não	4,5 (3,1-6,6)	2,3 (1,7-3,0)	<b>2,2 (1,4-3,4)</b>	<b>1,4 (1,1-2,0)</b>
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>				
<b>IMC</b>				
Obesidade	1	1	1	1
Sobrepeso	2,1 (1,5-2,9)	1,3 (1,0-1,7)	1,4 (1,0-2,2)	1,0 (0,8-1,4)
Eutrofia/magreza	3,6 (2,5-5,1)	1,4 (1,0-1,9)	<b>1,7 (1,1-2,7)</b>	0,9 (0,7-1,3)
<b>Atividade física no lazer</b>				
Não	1	1	1	1
Sim	3,1 (2,4-4,1)	1,7 (1,4-2,2)	<b>1,8 (1,3-2,5)</b>	1,3 (1,0-1,7)
<b>Morbidade crônica</b>				
Mais de uma	1	1	1	1
Uma	4,9 (3,5-6,8)	2,8 (2,1-3,8)	<b>4,8 (3,3-7,0)</b>	<b>2,8 (2,0-3,8)</b>
Nenhuma	13,0 (7,9-21,3)	4,3 (2,7-7,0)	<b>9,2 (5,3-15,8)</b>	<b>3,5 (2,1-5,8)</b>

IC 95% - intervalo de confiança a 95%

Categoria de referência autoavaliação regular/ruim/muito ruim da saúde

Tabela 4. Razão de Risco Relativo bruto e ajustado da Autoavaliação da Saúde positiva em homens de 60-74 anos, ELSA-Brasil 2008-2010

	Bruta		Ajustada	
	Muito boa RRR (95% IC)	Boa RRR (95% IC)	Muito boa RRR (95% IC)	Boa RRR (95% IC)
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>				
<b>Faixa etária</b>				
60-69 anos	1	1		
70-74 anos	1,5 (1,0-2,1)	1,0 (0,8-1,4)		
<b>Raça/cor</b>				
Preta/parda	1	1		
Branca	3,2 (2,3-4,4)	2,4 (1,8-3,1)		
Amarela/indígena	1,0 (0,6-1,9)	1,1 (0,7-1,8)		
<b>Escolaridade</b>				
≤ Fundamental	1	1	1	1
Médio	2,3 (1,4-3,8)	1,5 (1,1-2,1)	<b>2,6 (1,5-4,7)</b>	<b>1,6 (1,1-2,3)</b>
≥ Superior	11,1 (7,3-16,9)	4,0 (2,9-5,3)	<b>11,5 (7,2-18,4)</b>	<b>4,2 (3,0-5,8)</b>
<b>Situação funcional</b>				
Aposentado	1	1	1	1
Aposentado e trabalha	3,4 (2,3-5,0)	2,0 (1,5-2,8)	<b>1,7 (1,1-2,7)</b>	1,3 (0,9-1,8)
Ativo	2,4 (1,7-3,4)	1,5 (1,1-2,0)	<b>1,6 (1,1-2,4)</b>	1,2 (0,8-1,7)
<b>CONTEXTO FAMILIAR</b>				
<b>Chefia de família</b>				
Não	1	1		
Sim	0,7 (0,5-1,0)	0,8 (0,6-1,0)		
<b>Mora com netos</b>				
Não	1	1		
Sim	0,5 (0,3-0,8)	0,5 (0,3-0,7)		
<b>Cuidado de pessoa com necessidades especiais</b>				
Sim	1	1		
Não	1,8 (1,1-2,9)	1,2 (0,8-1,7)		
<b>CONTEXTO SOCIAL</b>				
<b>Apoio social</b>				
Baixo	1	1		
Alto	2,4 (1,8-3,2)	1,6 (1,3-2,1)		
<b>Coesão social na vizinhança</b>				
Pior	1	1	1	1
Melhor	1,6 (1,2-2,2)	1,2 (0,9-1,6)	<b>1,7 (1,2-2,4)</b>	1,2 (0,9-1,7)
<b>Atividades religiosas</b>				
Não realiza/ocasional	1	1		
Regular	0,8 (0,6-1,1)	0,8 (0,6-1,0)		

IC 95% - intervalo de confiança a 95%

Categoria de referência autoavaliação regular/ruim/muito ruim da saúde

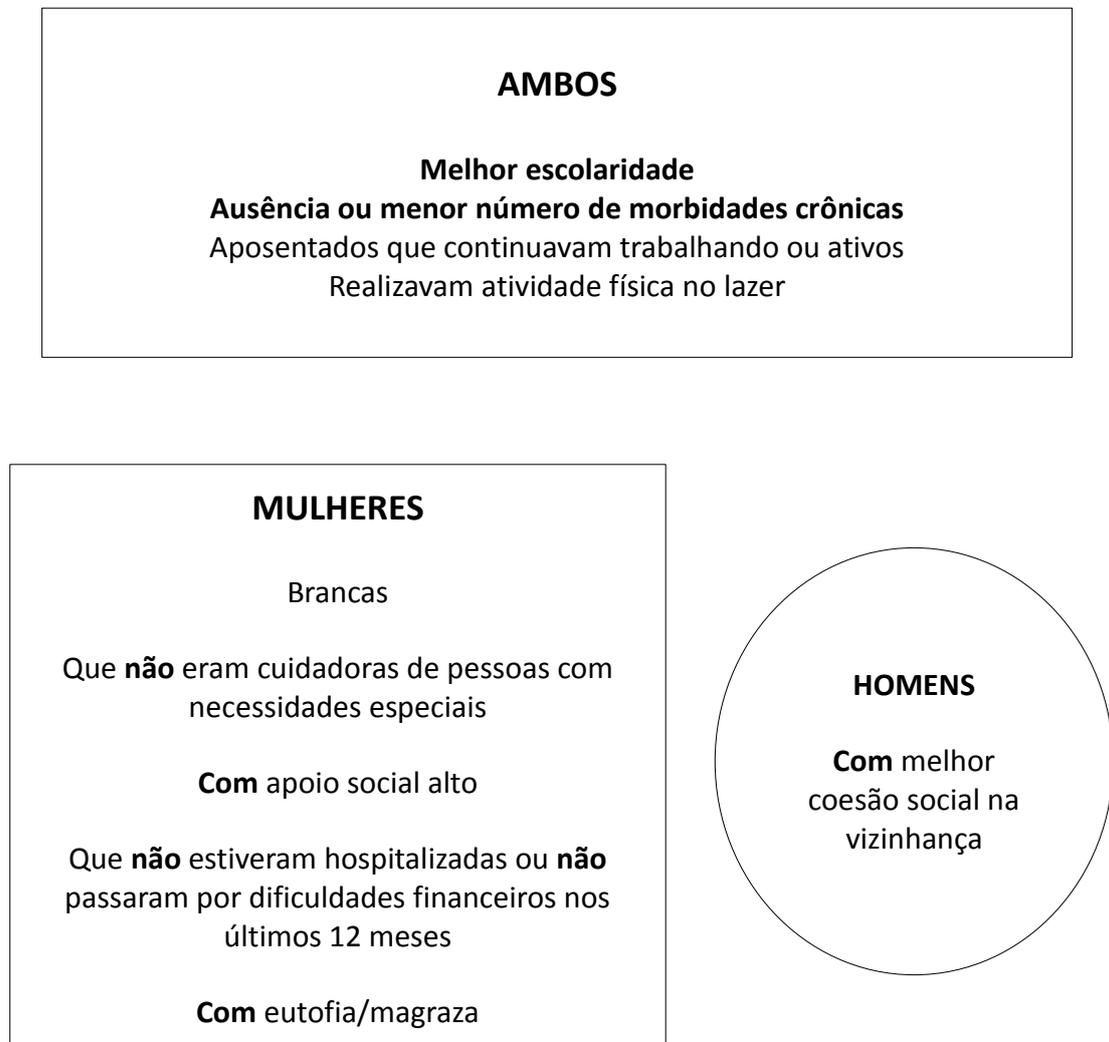
Tabela 4 (cont.). Razão de Risco Relativo bruto e ajustado da Autoavaliação da Saúde positiva em homens de 60-74 anos, ELSA-Brasil 2008-2010

	Bruta		Ajustada	
	Muito boa RRR (95% IC)	Boa RRR (95% IC)	Muito boa RRR (95% IC)	Boa RRR (95% IC)
<b>EVENTOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>				
<b>Hospitalização</b>				
Sim	1	1		
Não	2,0 (1,3-3,1)	1,6 (1,2-2,3)		
<b>Dificuldades financeiras maiores que as habituais</b>				
Sim	1	1		
Não	2,3 (1,5-3,6)	1,8 (1,3-2,6)		
<b>Assalto</b>				
Sim	1	1		
Não	1,8 (1,0-3,5)	1,3 (0,8-2,1)		
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>				
<b>IMC</b>				
Obesidade	1	1		
Sobrepeso	1,5 (1,0-2,2)	1,3 (0,9-1,8)		
Eutrofia/magreza	1,6 (1,1-2,5)	1,4 (1,0-1,9)		
<b>Atividade física no lazer</b>				
Não	1	1	1	1
Sim	2,9 (2,1-4,0)	1,6 (1,2-2,0)	<b>2,1 (1,5-3,0)</b>	1,3 (0,9-1,7)
<b>Morbidade crônica</b>				
Mais de uma	1	1	1	1
Uma	2,4 (1,7-3,3)	1,7 (1,3-2,3)	<b>2,7 (1,8-3,9)</b>	<b>1,8 (1,3-2,5)</b>
Nenhum	6,6 (4,2-10,5)	2,7 (1,7-4,1)	<b>9,8 (5,9-16,2)</b>	<b>3,4 (2,1-5,3)</b>

IC 95% - intervalo de confiança a 95%

Categoria de referência autoavaliação regular/ruim/muito ruim da saúde

Gráfico 2. Modelo final da Autoavaliação positiva da Saúde de mulheres e homens de 60-74 anos, ELSA-Brasil 2008-2010



## **Artigo 2. Influência da morbidade crônica na autoavaliação da saúde em mulheres e homens idosos no ELSA-Brasil**

### **INTRODUÇÃO**

A experiência de pessoas que não estão livres de doenças, mas são capazes de se adaptar e mesmo de ultrapassar os desafios advindos do processo de envelhecer, foi chamada de “envelhecimento eficaz ou compensatório”. Entende-se, que este permite viver com a funcionalidade preservada, mesmo com problemas de saúde comuns nesta faixa etária (CURB, 1990). Esse tem sido relacionado com o conceito de resiliência, que neste caso, é definido como a capacidade de se recuperar de situações estressantes e adaptar-se às mudanças funcionais provenientes de doenças crônicas (WOODS, 2016).

No Brasil, as doenças crônicas que mais respondem pela mortalidade da população idosa são as doenças cardiovasculares (38,36%), as neoplasias (17,98%), as doenças do aparelho respiratório (15,04%) e o diabetes mellitus (8%), acompanhando o padrão mundial (<http://www.datasus.gov.br/idb>; DUNCAN et al., 2012), sendo esta população, proporcionalmente, a que mais usa os serviços de saúde. As doenças crônicas não transmissíveis são também as principais responsáveis pela carga de doença, responsáveis por anos vividos em incapacidade, sendo as desordens neuropsiquiátricas quem mais contribui para isso (19%) (IBGE, 2015; SCHMIDT et al., 2011).

Os avanços da medicina têm aumentado a sobrevivência, ao evitar morte em decorrência de doenças agudas graves. Esta situação promove que as pessoas vivam mais tempo, mas não necessariamente de forma saudável e independente, com impacto sobre a qualidade de vida e como as pessoas avaliam sua própria saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

A autoavaliação da saúde (AAS) representa a percepção que o indivíduo tem das diferentes dimensões do seu estado de saúde (OCAMPO, 2010). É uma medida global das condições de saúde, do bem estar psicológico, do nível da satisfação com a vida e da qualidade de vida relacionada à saúde (PAGOTTO; NAKATANI AND SILVEIRA, 2011). É multidimensional e tem características subjetiva e avaliativa (SINGH-MANOUX et al., 2006).

Subgrupos de pessoas idosas vulneráveis podem ser identificados através do conhecimento dos aspectos envolvidos na AAS (BORIM, 2012; LIMA-COSTA, 2011). Esta se comporta como um teste de rastreio, ajudando a identificar indivíduos em alto risco de desenvolvimento de eventos adversos de saúde, tais como quedas e hospitalizações, além de poder ser utilizada para adequar serviços de saúde e estabelecer prioridades em cuidados de saúde (OCAMPO, 2010).

O envelhecimento, no Brasil, tem sido mais acentuado e intenso para as mulheres, como consequência da sobremortalidade masculina em todas as idades (IBGE, 2015). Este fenômeno é registrado na maioria dos países de alta e média renda, porém, apesar de sobreviverem mais tempo, as mulheres experimentam maior morbidade e mais doenças incapacitantes do que os homens e utilizam mais do que eles os serviços de saúde. Esse aparente paradoxo tem suscitado interesse, desde a década de 1980, na literatura nacional e internacional (AQUINO; MENEZES; AMOEDO, 1992; OKSUZYAN; BRØNNUM-HANSEN; JEUNE, 2010; PINHEIRO et al., 2002).

Estas diferenças se devem à combinação e interação das diferenças biológicas, sociais e comportamentais. Estudos confirmam que as mulheres apresentam maior prevalência de doenças, sendo estas não fatais, mas mais debilitantes (osteoartrite, asma, depressão e déficit cognitivo), enquanto os homens apresentam maior prevalência de doenças cardiovasculares, entre outras (CRIMMINS, KIM, 2010). Segundo Idler (2003), o fato das mulheres terem uma vida mais longa e com maior tempo de vida com doenças crônicas pode resultar em um maior conhecimento de sua saúde, permitindo que esta avaliação seja mais precisa.

Ao avaliar a saúde, as mulheres levam mais em consideração as doenças que causam incapacidades, enfatizando a maior morbidade, enquanto os homens privilegiam condições de maior relevância para mortalidade, pois costumam considerar mais a fatalidade das doenças (DEEG; KRIEGSMAN, 2003; IDLER, 2003; SPIERS; JAGGER; CLARKE; ARTHUR, 2003).

Sabe-se que as condições de saúde têm muita influência na autoavaliação da saúde, seja qual for a medida utilizada: presença de sintomas, problemas de saúde de longa data ou no último ano, e medidas de morbidades psiquiátricas menores (SINGH-MANOUX et al., 2006). Estudos evidenciam a importância do relato de sintomas e doenças tanto do ponto de vista individual com relação à AAS, quanto do ponto de vista populacional (MOLARIUS; JANSON, 2002).

Na literatura, há evidências de que a sensação de cansaço ou fraqueza e a dor musculoesquelética, assim como depressão contribuem mais para uma AAS negativa do que a presença de doenças crônicas (MOLARIUS; JANSON, 2002). A associação pode estar relacionada ao tipo de trabalho realizado, mas também porque essa pode ser uma medida importante de saúde (SINGH-MANOUX et al., 2006)

A AAS tem sido correlacionada com fatores psicossociais, com frequência de modo distinto para mulheres e homens (por exemplo, com “satisfação com o trabalho” entre eles e com “reações emocionais” entre elas) (SINGH-MANOUX et al., 2006). Análises de dados

comparando mulheres e homens em países europeus e nos EUA encontraram que, levando-se em consideração as mesmas doenças e deficiências, eles relatariam pior saúde em cinco destes países, enquanto elas não (CRIMMINS; KIM, 2010).

Estudo realizado em pessoas idosas no Brasil e no Chile evidenciou que saúde física foi o preditor mais importante da AAS (CAMPOS et al., 2015). A relação direta do aumento do número de morbidades crônicas com a piora da AAS por pessoas idosas foi confirmada em vários estudos brasileiros (ALVES; RODRIGUES, 2005; BARRETO; FIGUEIREDO, 2009; BORIM, 2014; LIMA-COSTA, 2012). Contudo, a ausência de doença não se associa necessariamente à autoavaliação positiva da saúde (FONSECA, 2010).

Evidências oriundas de estudos transversais apontam que uma pior AAS está relacionada principalmente com a saúde física. Mas que, por outro lado, a melhor avaliação é uma construção ligada não apenas à ausência de doença, mas também a características sociodemográficas, dentre elas, escolaridades, idade, gênero e situação funcional (VERROPOULOU, 2012).

Embora muito estudada, a relação entre a AAS e a experiência de morbidades crônicas por idosos ainda requer investigação, especialmente em países de baixa e média renda como o Brasil, de modo a identificar os fatores intervenientes nesta relação e o papel da presença ou não de sintomas como modificadora de efeito. Este estudo tem por objetivo investigar a influência das morbidades crônicas na autoavaliação da saúde por mulheres e homens idosos do ELSA-Brasil.

## MÉTODOS

Este é um estudo de corte transversal e está inserido no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) que tem como objetivo principal investigar doenças crônicas não transmissíveis em uma coorte composta por 15.105 funcionários ativos e aposentados, de ambos os sexos e com idade entre 35 e 74 anos, recrutados em seis instituições de ensino superior e pesquisa (Universidades Federais da Bahia, do Espírito Santo, de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul; Universidade de São Paulo e Fundação Oswaldo Cruz) (AQUINO, 2012, 2013a).

A população do presente estudo foi de 3263 participantes com 60 anos ou mais na linha de base do ELSA-Brasil, destes, três foram excluídos da análise por não responderem à pergunta sobre autoavaliação da saúde.

A produção de dados da linha de base da coorte (Onda 1) teve início em agosto de 2008 e foi concluída em dezembro de 2010. Aconteceu em duas fases, a primeira com a

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realização da primeira etapa da entrevista, e a segunda, com a etapa final da entrevista e realização dos exames complementares (AQUINO, 2012).

Os dados foram produzidos a partir de entrevista face a face, com a aplicação de um questionário estruturado e multidimensional, que englobou características sociodemográficas e condições de saúde, entre outras. (CHOR, 2013).

A informação sobre “autoavaliação da saúde” foi obtida pela pergunta “*De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o(a) senhor(a) considera o seu estado de saúde?*”, com as seguintes alternativas de resposta única e estimulada: “*muito bom*”, “*bom*”, “*regular*”, “*ruim*” e “*muito ruim*”. Na análise, “autoavaliação da saúde” foi considerada como variável desfecho e dicotomizada em “positiva” (muito bom e bom) e “negativa” (regular, ruim e muito ruim). A opção de agrupar as respostas se deu devido ao pequeno número de participantes nas duas últimas categorias, justificando não analisá-las separadamente.

A variável “morbidade crônica autorreferida” foi construída com as respostas à pergunta “*Alguma vez um médico lhe informou que o (a) senhor(a) teve ou tem alguma das seguintes doenças?*”, sendo elas: hipertensão arterial, infarto do miocárdio, angina do peito, doença de chagas, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, doença renal, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças articulares, cirrose e neoplasia. Foi categorizada em presença de uma ou nenhuma e mais de uma morbidade.

O construto “presença de sintomas” foi resultado da técnica Análise de Classes Latentes (LCA) (WANG; WANG, 2012) utilizando-se variáveis observadas, consideradas como possíveis influenciadores na AAS, as quais foram obtidas a partir dos seguintes itens da escala de depressão CIS-R (Clinical Interview Schedule – Revised version) (NUNES et al., 2011): *Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) teve 1. Algum tipo de dor? 2. Sentiu-se cansado(a) ou com menos energia? 3. Teve problemas de memória/concentração? 4. Teve dificuldade para dormir? 5. Tornou-se mais irritado(a)/impaciente? 6. Teve preocupações com sua saúde física? 7. Tem se sentido triste ou deprimido(a). 8. Percebeu-se mais preocupado(a) com coisas que não deveria? 9. Sentiu-se ansioso(a) ou nervoso(a)?*

A LCA evidencia grupos distintos baseados em variáveis categóricas observadas, identificando subgrupos não observados composto de indivíduos com características semelhantes. Nos modelos de classe latente os indivíduos são distribuídos nas classes com base na probabilidade de pertencer a esta classe (likelihood). A unidade de análise é o

conjunto de padrões de resposta fornecido pelas variáveis indicadoras (JIANG; HESSER, 2008).

O modelo de LCA permite identificar duas probabilidades, condicional e marginal. A probabilidade condicional deve ser considerada primeiro, e é a probabilidade de resposta de cada classe. A probabilidade marginal representa a proporção da população em cada classe, podendo ser compreendida como sua prevalência. Esta probabilidade é mutuamente excludente, com o indivíduo só podendo pertencer a uma classe. A soma das classes deve ser 1,00 (JIANG; HESSER, 2008).

Como potenciais variáveis confundidoras foram selecionadas para a análise: idade; raça/cor; escolaridade; união conjugal atual; situação funcional; realização de atividade física no lazer; e morbidade crônica autorreferida. Confundimento e modificação de efeito foram avaliados, mas não foram identificados, contudo, realizamos ajuste para algumas variáveis com base em questões teóricas. Foi realizado cálculo da *odds ratio* bruta e ajustada para as variáveis de interesse, com um intervalo de confiança (IC) de 95%. Adotou-se a estratégia “*forward stepwise*” para a introdução das variáveis no modelo de regressão logística, permanecendo apenas as variáveis que tiveram  $p < 0,05$ .

No modelo final da regressão logística foi investigada a associação de morbidade crônica autorreferida com a AAS. A análise foi estratificada para mulheres e homens, e procedeu-se ajuste para raça/cor, escolaridade, atividade física e presença de sintomas.

O software estatístico Mplus versão 5 foi utilizado para a construção da variável latente e o software estatístico Stata versão 12 para realizar as análises descritivas e multivariada.

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP – 976/2006) e pelos Comitês de Ética de cada uma das Instituições participantes. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado (AQUINO, 2013b).

## RESULTADOS

Das 3260 pessoas idosas participantes deste estudo, 53,2% são mulheres e na linha de base a maioria absoluta não havia alcançado os 70 anos (85,2% delas vs 76,7% deles). Pouco menos da metade (42,7% de mulheres e 35,4% de homens) autodeclararam-se de cor/raça parda ou preta. Os homens eram um pouco mais escolarizados (59,6% deles vs 51,5% delas tinham nível de escolaridade superior/pós graduação). Maior proporção delas estavam aposentadas (73,3% vs 62,7% deles), mas 27,7% das mulheres e 33,6% dos homens voltaram a trabalhar. A ampla maioria deles (84,2%) estava em uma união conjugal, o que contrasta

com proporção bem mais baixa (42,4%) das mulheres na mesma situação. A maior parte (58,4% das mulheres e 68,2% homens respectivamente) praticava atividade física regular (dados não apresentados).

A hipertensão arterial foi a doença crônica mais relatada pelas pessoas com 60 anos ou mais de idade no ELSA-Brasil. Além desta, as mulheres relataram mais doenças articulares (44,6%), enquanto os homens referenciam mais doença renal (23,4%) e diabetes (19,6%) (Gráfico 1a).

Dos sintomas avaliados nos trinta dias que antecederam à entrevista, a “preocupação com coisas que não deveria” foi o mais relatado pelas mulheres (78,1%) e pelos homens (71,5%). Entre elas também foi registrada maiores proporções de presença de sintomas, sendo aqueles mais frequentes: cansaço/menos energia (66,9%), ansiedade (66,1%), algum tipo de dor (64,7%) e alteração da memória (63,3%) (Gráfico 1b).

Como resultado da análise de classes latentes, foi obtido o construto “presença de sintomas” com duas, três e quatro classes latentes. A escolha do melhor modelo se deu comparando-se os critérios de informação Baesyana (BIC), AIC e entropia. Optou-se pelo modelo de duas classes, por ser o melhor do ponto de vista teórico e por ter o melhor ajuste, levando-se em conta a entropia (Tabela 1).

A probabilidade das pessoas estudadas apresentarem um maior número de sintomas é de 59%, pertencendo à classe 1. Esta é a probabilidade marginal (proporção) da classe latente e é excludente, ou seja, as pessoas que estão na classe 1 não podem estar na classe 2. Por outro lado, a probabilidade condicional expressa a chance de cada sintoma estar nesta classe latente (Tabela 1).

A avaliação negativa da saúde foi maior nas mulheres e homens pretos e pardos, com menor escolaridade, que não realizavam atividade física de forma regular, relataram mais de uma morbidade crônica e tinham um maior número de sintomas. Isso também foi observado para as mulheres que não estavam em união conjugal e que estavam aposentadas (Tabela 2).

Na análise simultânea pela regressão logística, confirmou-se a associação de morbidade crônica autorreferida com autoavaliação negativa da saúde, mesmo ajustada para raça/cor, escolaridade, atividade física e presença de sintomas, para mulheres e homens, sendo mais expressiva nas mulheres (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

A autoavaliação negativa da saúde em mulheres e homens de 60 a 74 anos, no presente estudo, foi associada a morbidade crônica autorreferida, convergindo com outros estudos que

encontraram uma pior avaliação da saúde relacionada, principalmente, com a saúde física (MEIRELES, 2015; VERROPOULOU, 2012).

No presente estudo não foram evidenciadas diferenças de gênero quanto às características investigadas, convergindo com estudo realizado nos EUA (IDLER, 1993). Outros estudos (BORIM, 2012; CRIMMINS; KIM, 2010; CUMMINGS, 2008) encontraram resultados semelhantes, exceto quanto à raça/cor. Nesses, a associação com AAS negativa foi observada somente para as mulheres pretas e pardas, assim como em estudo no Brasil (BARROS, 2009). Existem controvérsias quanto à influência da raça/cor na AAS, mas esta associação chama atenção para as desvantagens da saúde que muito provavelmente decorrem de desigualdades sociais passadas e persistentes, principalmente para as mulheres negras quando comparadas com os outros grupos estudados (CUMMINGS, 2008; DACHS, 2002).

Na literatura, se discute os benefícios da união conjugal para a promoção de saúde pelo apoio mútuo e o maior controle dos comportamentos prejudiciais à saúde, tais como abuso de álcool e uso tabaco (CULLATI et al., 2014; JOUTSENNIEMI et al., 2006; LIU & UMBERSON, 2008). Contudo, na presente investigação o achado de pior AAS nas mulheres que não estavam em união conjugal só foi constatado na análise bivariada mas desapareceu após ajustamento para outras variáveis.

Observou-se em mulheres e homens a associação de avaliação negativa da saúde com menor nível de escolaridade, convergindo com alguns estudos (BARROS, 2009; DACHS, 2002), mas apenas parcialmente com outros que só a registram para homens (MOLARIUS et al., 2007). Interpreta-se que pessoas com melhor nível educacional tenham condições sociais e econômicas mais vantajosas e, além disso, estejam em maior contato com informações sobre condições de saúde e tenham maior acesso aos serviços (IDLER, 1993).

Os resultados do presente estudo indicam que a autoavaliação negativa da saúde associa-se a não realização atividade física regular. Outros estudos igualmente identificam a inatividade física como fator de risco para pior AAS (MACKENBACH et al., 1994). A inatividade física é responsável pela morte de 3,2 milhões de pessoa/ano, sendo considerado o quarto fator de risco para mortalidade. Pessoas que não realizam atividade física ou realizam de forma insuficiente, tem um aumento de 20-30% no risco de mortalidade por todas as causas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

As diferenças de gênero podem variar de acordo com as condições e países estudados, mas estas não foram encontradas quando as doenças e incapacidades são controladas por outras condições (CRIMMINS, KIM, 2010).

A presença de sintomas, principalmente aqueles relacionados à saúde mental, associou-se a AAS negativa em mulheres e homens, confirmando resultados observados em outros estudos (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA, 2004; SEGOVIA; BARTLETT; EDWARDS, 1989).

Na avaliação clínica das pessoas idosas faz-se investigação de queixas/sintomas para rastreio das doenças mais prevalentes nesta população (COSTA, 2003). O uso isolado de dados de uma escala de depressão ocorreu anteriormente, onde foi utilizada a questão da escala de depressão geriátrica (GDS-15) “você se sente cheio de energia?”, como um item para identificar fragilidade, uma síndrome clínica em pessoas idosas (ENSRUD et al., 2008).

O relato de sentir cansaço físico (sentir-se sem energia) associou-se a AAS negativa na presente pesquisa. Sensação de cansaço/fraqueza e dor musculoesquelética, assim como depressão, contribuem mais para uma AAS negativa do que a presença de doenças crônicas (MOLARIUS; JANSON, 2002). A associação pode estar relacionada ao tipo de trabalho realizado, mas também porque essa pode ser uma medida importante de saúde (SINGH-MANOUX et al., 2006).

No presente estudo, não foi possível investigar se há comprometimento da capacidade funcional e qual o impacto que este promove na avaliação da saúde desta população, assim como não pode ser avaliado se o aumento da idade influenciaria na AAS. Entretanto, tratando-se de um estudo longitudinal, em ondas futuras podem ser aprofundadas estas questões com a inclusão de perguntas que produzam estas informações.

A generalização dos resultados produzidos pelo estudo ELSA-Brasil deve ser feita com cautela, pois apesar de ser uma coorte grande, esta é composta por voluntários e não pode ser considerada como representativa da população brasileira. São funcionários públicos, com estabilidade no emprego e mais da metade tem alto nível de escolaridade, por isso não avalia extratos mais baixos da população, que em virtude das diversidades socioeconômicas e de saúde, poderiam ter uma pior avaliação da saúde.

Não pode ser afastada a possibilidade de um possível viés de informação, visto que a população que disse ser portadora de morbidades crônicas pode tender a lembrar e valorizar mais informações referentes à saúde, além de considerar a “carga da doença”, ao fazer a avaliação.

Em que pese os limites apontados, este estudo traz contribuições relevantes ao mapear co-variáveis que influenciam a relação entre morbidade crônica e a autoavaliação negativa da saúde, em um país de média renda, quando a imensa maioria das pesquisas anteriores é oriunda de países europeus e da América do Norte.

A melhoria dos níveis de escolaridade, estímulo à adoção de hábitos saudáveis como realização de atividades físicas no lazer, assim como diminuição ou controle de sintomas e das doenças crônicas não transmissíveis, são medidas sociais e de saúde possíveis de serem adotadas no intuito de melhorar a saúde da população. As condições de saúde são responsáveis não só pela mortalidade nas pessoas idosas, mas também pelos anos vividos em incapacidade, comprometendo sua qualidade de vida. Caracterizar e entender as diferentes influências sobre a relação entre morbidade crônica e AAS pode ajudar a ampliar o espectro de abordagens, tanto do ponto de vista individual quanto do populacional, que melhorem o status de saúde e a qualidade de vida.

Por acompanhar um número grande de pessoas com 60 anos ou mais na linha de base e que aumentará nas ondas em andamento, serão possíveis estudos futuros que confirmem as hipóteses aqui investigadas e produzam conhecimentos relevantes sobre a complexa relação entre morbidade crônica e autoavaliação da saúde no processo de envelhecimento.

#### Financiamento

O estudo ELSA-Brasil na linha de base teve apoio do Ministério da Saúde Brasileiro (Departamento de Ciência e Tecnologia) e do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (Agência Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP, e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq) (concessões 01 06 0010.00 RS, 01 06 0212.00 BA, 01 06 0300.00 ES, 01 06 0278.00 MG, 01 06 0115.00 SP, 01 06 0071.00 RJ). A profa. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino é Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D, com o brenn n° 308173/2013-9.

#### Agradecimentos

Aos participantes do ELSA-Brasil, que voluntariamente participaram deste estudo.

#### REFERÊNCIAS

- ALVES, LC; RODRIGUES, RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2005;17(5/6);333–41.
- AQUINO, E. M. ET AL. Brazilian Longitudinal Study of Adult health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. **American Journal Epidemiology**. v. 175, n. 4, p. 315–324, 2012.
- AQUINO, Estela M L et al. Recrutamento de participantes no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 2, p. 10–18, June. 2013.
- AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice M. S.; AMOEDO, Marúcia B.. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 195-202, June 1992.
- AQUINO, Estela M L. et al. Aspectos éticos em estudos longitudinais : o caso do ELSA-

- Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 2, p. 19–26, June 2013.
- BARRETO, Sandhi Maria; FIGUEIREDO, Roberta Carvalho de. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 38–47, Nov. 2009.
- BARROS, Marilisia Berti de Azevedo et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 27–37, Nov. 2009.
- BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; NERI, Anita Liberalesso. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 769–780, Apr. 2012.
- BORIM, Flávia Silva Arbex et al. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 714–722, Oct. 2014.
- CAMPOS, A C V. et al. Gender differences in predictors of self-rated health among older adults in Brazil and Chile. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 365, Apr. 2015.
- CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: Problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184–200, Apr. 1997.
- CHOR, Dóra et al. Questionário do ELSA-Brasil: desafios na elaboração de instrumento multidimensional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl 2, p. 27–36, June 2013.
- COSTA, E F A.; MONEGO, E T. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA (AGA). **Revista da UFG**, Goiás, v. 5, n. 2, p. 11–15, Dez 2003.
- CRIMMINS, EM; KIM, JK, SOLÉ-AURÓ A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. **Eur J Public Health**, v. 21, n. 1, p. 81–91, Feb 2010.
- CULLATI, S. et al. Factors of change and cumulative factors in self-rated health trajectories: A systematic review. **Advances in Life Course Research**, v. 19, n. 1, p. 14–27, Mar 2014.
- CUMMINGS, J. L. Race, Gender, and SES Disparities in Self-Assessed Health, 1974–2004. **Research on Aging**, v. 30, n. 2, p. 137–168, Mar 2008.
- CURB, J D et al. Effective Aging. Meeting the Chanlleng of Growing Older. **J Am Geriatr Soc.**, v. 38, n. 7, p. 827–828, Jul 1990.
- DACHS, J. Norberto W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil : análise dos dados da PNAD / 1998. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641–657, 2002.
- DEEG, D J; KRIEGSMAN, D M. Concepts of self-rated health: specifying the gender difference in mortality risk. **Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 376–386; discussion 372–375, 2003.
- DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Prioridade para enfrentament e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, suppl.1, p. 126–134, Dec. 2012.
- ENSRUD, K. E. et al. Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women. **Arch Intern Med**, v. 168, n. 4, p. 382–389, Feb. 2008.
- FONSECA, Maria das Graças Uchôa Penido et al. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 159–165, Feb. 2010.
- IBGE. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: **IBGE**, 137p, 2015.
- IDLER, E L. Age differences in self-assessments of health: age changes, cohort differences, or survivorship? **J Gerontol**, v. 48, n. 6, p. S289–300, Nov. 1993.
- IDLER, E. L. Discussion: Gender Differences in Self-Rated Health, in Mortality, and in the Relationship Between the Two. **Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 372–375, June 2003.
- JIANG, Y.; HESSER, J E. Patterns of health-related quality of life and patterns associated with health risks among Rhode Island adults. **Health Quality Life Outcomes**, v. 6, p. 49, Jul 2008.

- JOUTSENNIEMI, K. E. et al. Official marital status, cohabiting, and self-rated health - Time trends in Finland, 1978-2001. **Eur J Public Health**, v. 16, n. 5, p. 476-483, Apr 2006.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FIRMO, Josélia O A; UCHOA, Elizabeth. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-834, Dec. 2004.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, Sept. 2011.
- LIMA-COSTA, M F et al. The influence of socioeconomic status on the predictive power of self-rated health for 6-year mortality in English and Brazilian older adults: The ELSA and Bambui cohort studies. **Ann Epidemiol**, v. 22, n. 9, p. 644-648, Sep. 2012.
- LIU, H; UMBERSON D J. The Times They Are a Changin': Marital Status and Health Differentials from 1972 to 2003. **J Health Soc Behav**, v. 49, n. 3, p. 239-253, Sep. 2008.
- MACKENBACH, J P et al. The determinants of excellent health: Different from the determinants of ill-health? **International Journal of Epidemiology**, v. 23, n. 6, p. 1273-1281, Dec. 1994.
- MEIRELES, Adriana Lúcia et al. 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, v. 31, n. Supl. 1, p. 120-135, Nov. 2015.
- MOLARIUS, A. et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. **Eur J Public Health**, v. 17, n. 2, p. 125-133, Apr. 2007.
- MOLARIUS, A.; JANSON, S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. **J Clin Epidemiol**, v. 55, n. 4, p. 364-370, Apr. 2002.
- NUNES, MA et al. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule- Revised Version) para o português no Estudo Longitudinal De Saúde Do Adulto (ELSA) Cross-cultural adaptation of CIS-R (Clinical Interview Schedule-Revised Version) for the portuguese in Longit. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 487-490, 2011.
- OCAMPO, JM. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. **Colombia Medica**, v. 41, n. 3, p. 275-289, May 2010.
- OKSUZYAN, A.; BRØNNUM-HANSEN, H.; JEUNE, B. Gender gap in health expectancy. **Eur J Ageing**, v. 7, n. 4, p. 213-218, 2010.
- OMS. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, v. 1, p. 1- 29, 2015.
- PAGOTTO, Valeria; NAKATANI, Adelia Yaeko Kyosen; Silveira, Érica Aparecida. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1593-1602, Aug. 2011.
- PINHEIRO, Rejane Sobrinho et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, Mar. 2002.
- SANTOS, Simone M. et al. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2533-2554, Nov. 2007.
- SCHMIDT, MI et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, Jun. 2011.
- SEGOVIA, J; BARTLETT, RF; EDWARDS, AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. **Soc Sci Med**, v. 29, n. 6, p. 761-8, 1989.
- SINGH-MANOUX, A. et al. What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, n. 4, p. 364-72, Apr. 2006.
- SPIERS N; JAGGER C; CLARKE M; ARTHUR A. Are Gender Differences in the Relationship Between Self-Rated Health and Mortality Enduring? Result from Three British

Cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. **Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 406–411, Jun. 2003.

VERROPOULOU, G. Key elements composing self-rated health in older adults: A comparative study of 11 European countries. **Eur J Ageing**, v. 6, n. 3, p. 213–226, Aug. 2009.

WANG, JICHUAN; WANG, Xiaoqian. *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus*. New York: **John Wiley**: Wiley Series in Probability and Statistics, 478p, Oct. 2012.

WOODS, NF et al. Aging Well: Observations From the Women's Health Initiative Study. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 71 Suppl 1, n. 1, p. S3–S12, Mar. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. World Health, p. 176, 2010.

[www.datasus.gov.br/idb](http://www.datasus.gov.br/idb)

Gráfico 1. Frequência de Doenças e Presença de Sintomas em mulheres e homens de 60-74 anos, ELSA-Brasil 2008 - 2010

Gráfico a. Morbidade Crônica Autorreferida

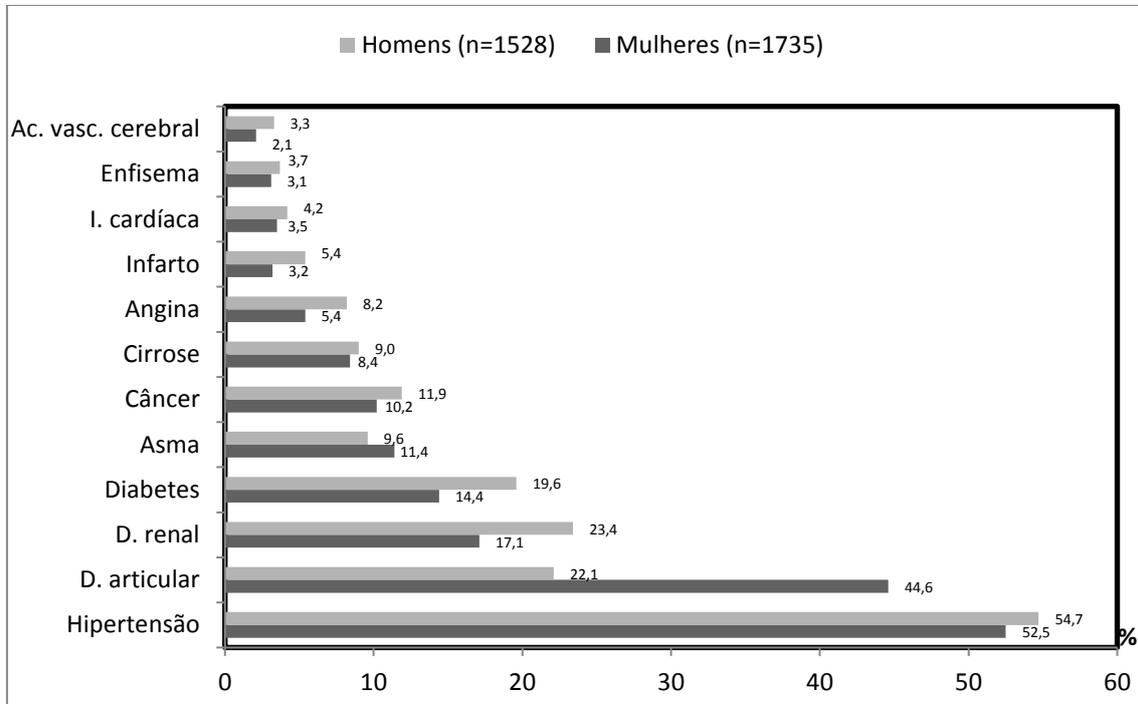


Gráfico b. Presença de Sintomas

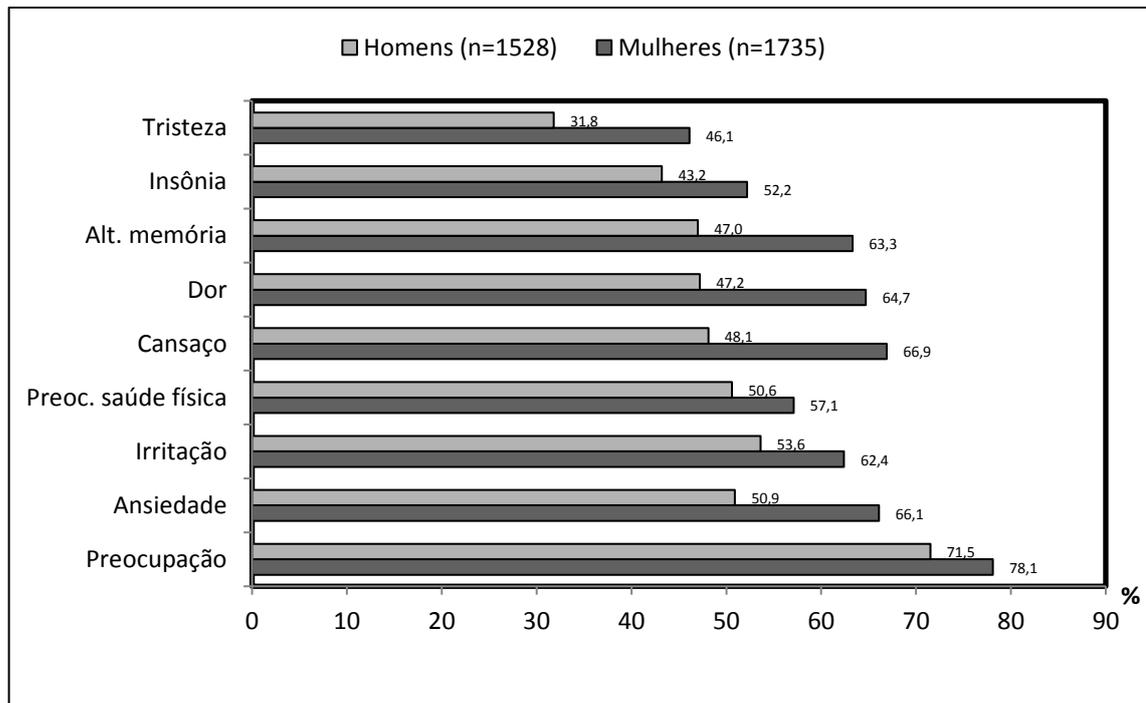


Tabela 1. Probabilidades marginal e condicional dos parâmetros estimados do modelo de 2 classes latentes (LCA) padrão de presença de sintomas em mulheres e homens de 60-74 anos ELSA-Brasil, 2008-2010

Indicadores	Presença de sintomas		
	Maior (Classe 1)	Menor (Classe 2)	
Probabilidade marginal (proporção)	0,591	0,409	
Probabilidade condicional			
Alt. do sono	0,773	0,304	
Irritado(a)	0,636	0,254	
Preocupado(a) (coisas indevidas)	0,792	0,281	
Ansioso(a)	0,699	0,313	
Alt. memória	0,920	0,508	
Triste/deprimido	0,616	0,076	
Preoc. saúde física	0,870	0,187	
Dor	0,677	0,403	
Cansaço/menos energia	0,751	0,276	
	Indicadores de bondade do ajuste do modelo		
Critérios	2 classes	3 classes	4 classes
AIC	89551.691	89221.010	89123.047
BIC	89685.679	89421.993	89391.025
Simple-Size Adjusted BIC	89615.776	89317.138	89251.218
Entropia	0,759	0,652	0,587

AIC = critério de informação de AKAIKE

BIC = critério de informação Baesyana

Tabela 2. Distribuição da Autoavaliação da Saúde em mulheres e homens de 60-74 anos, segundo variáveis selecionadas, ELSA-Brasil 2008-2010

	Autoavaliação da Saúde										
	Mulheres					Homens					
	Positiva		Negativa		p	Positiva		Negativa		p	
n	%	n	%	n		%	n	%			
<b>Idade</b>										0,107	0,316
60-69 anos	1122	75,9	356	24,1		894	76,5	275	23,5		
70-74 anos	183	71,2	74	28,2		263	73,9	93	26,1		
<b>Raça/cor*</b>										0,000	0,000
Branca	788	84,6	144	15,5		761	82,9	157	17,1		
Preta/parda	436	62,6	260	37,4		328	65,0	177	35,0		
<b>Escolaridade</b>										0,000	0,000
≥ Superior	792	88,7	101	11,3		785	86,6	122	13,5		
≤ Médio	513	60,9	329	39,1		372	60,2	246	39,8		
<b>Situação funcional</b>										0,024	0,262
Ativo(a)	367	79,1	97	20,9		440	77,5	128	22,5		
Aposentado(a)	938	73,8	333	26,2		717	74,9	240	25,1		
<b>União conjugal atual</b>										0,001	0,762
Sim	582	79,1	154	20,9		976	76,0	308	24,0		
Não	723	72,4	276	27,6		181	75,1	60	24,9		
<b>Atividade física no lazer</b>										0,000	0,000
Sim	815	81,1	190	18,9		824	79,7	210	20,3		
Não	477	66,7	238	33,3		327	67,6	157	32,4		
<b>Morbidade crônica</b>										0,000	0,000
Nenhuma/uma	703	88,3	93	11,7		601	83,7	117	16,3		
Mais de uma	598	64,7	327	35,3		546	68,9	246	31,1		
<b>Presença de sintomas</b>										0,000	0,000
Menor	494	87,0	74	13,0		636	83,0	130	17,0		
Maior	811	69,5	356	30,5		521	68,6	238	31,4		

\*Foram excluídos os que se declararam de raça/cor amarela (3,5%) e indígena (1,2%)

Tabela 3. Associação entre Autoavaliação Negativa da Saúde e Morbidade Crônica Autorreferida (OR bruta e ajustada) em mulheres e homens de 60-74 anos, segundo estratos específicos, ELSA-Brasil 2008-2010

	Mulheres				Homens			
	n	%	OR**	IC 95%	n	%	OR**	IC 95%
<b>Bruta</b>			4,1	3,2-5,3			2,3	1,8-3,0
<b>Idade</b>								
60-69 anos	1478	24,1	4,0	3,0-5,2	1199	23,5	2,5	1,9-3,3
70-74 anos	257	28,8	5,3	2,6-10,6	356	26,1	1,8	1,1-3,0
<i>Ajustada</i>			4,1	3,2-5,3			2,3	1,8-3,0
<b>Raça/cor*</b>								
Branca	932	15,5	4,3	2,8-6,6	918	17,1	2,8	1,9-4,0
Preta/parda	696	37,4	4,2	3,0-6,0	505	35,1	2,3	1,6-3,4
<i>Ajustada</i>			4,3	3,2-5,6			2,5	1,9-3,3
<b>Escolaridade</b>								
≥ Superior	893	11,3	3,6	2,3-5,8	907	17,1	3,1	2,0-4,7
≤ Médio	842	39,1	3,8	2,8-5,2	618	39,8	2,3	1,7-3,3
<i>Ajustada</i>			3,7	2,9-4,9			2,6	2,0-3,4
<b>Situação funcional</b>								
Ativo(a)	464	20,9	4,1	2,5-6,7	568	22,5	2,6	1,7-3,9
Aposentado(a)	1271	26,2	4,1	3,0-5,5	957	25,1	2,1	1,6-2,9
<i>Ajustada</i>			4,1	3,2-5,3			2,3	1,8-2,9
<b>União conjugal atual</b>								
Casado(a)	736	20,9	5,0	3,2-7,8	1284	24,0	2,2	1,7-2,9
Não casado(a)	999	27,6	3,8	2,8-5,2	241	24,9	3,1	1,7-5,9
<i>Ajustada</i>			4,2	3,2-5,4			2,3	1,8-3,0
<b>Atividade física no lazer</b>								
Sim	1005	18,9	4,2	2,9-6,1	1034	20,3	2,2	1,6-3,0
Não	715	33,3	4,0	2,8-5,7	484	32,4	2,5	1,6-3,7
<i>Ajustada</i>			4,1	3,2-5,3			2,3	1,8-2,9
<b>Presença de sintomas</b>								
Menor	568	13,0	5,7	3,2-10,4	766	17,0	2,7	1,8-4,1
Maior	1176	30,5	3,5	2,6-4,7	759	31,4	1,9	1,4-2,6
<i>Ajustada</i>			3,9	3,0-5,0			2,2	1,7-2,8

IC 95% = intervalo a 95% de confiança

Categoria de referência = morbidade crônica nenhuma ou uma

\*Foram excluídos os participantes que se declararam de raça/cor amarela (3,5%) e indígena (1,2%)

\*\* OR = odds ratio

Tabela 4. Modelo final da associação entre Morbidade Crônica Autorreferida e Autoavaliação Negativa da Saúde, em mulheres e homens de 60-74 anos, ELSA-Brasil 2008-2010

	Mulheres	Homens
	OR* (IC 95%)	OR* (IC 95%)
<b>Bruta</b>	4,1(3,2-5,3)	2,3 (1,8-3,0)
<b>Ajustada</b>	<b>3,8 (2,9-5,1)</b>	<b>2,4 (1,9-3,2)</b>
Raça/cor preta e parda	1,9 (1,4-2,5)	1,2 (0,9-1,7)
Escolaridade ≤ média	3,5 (2,6- 4,7)	4,2 (3,0-5,8)
Ativ. física no lazer (não)	1,4 (1,1-1,8)	1,4 (1,1-2,5)
Presença de sintomas (maior)	2,5 (1,8-3,4)	1,9 (1,4-2,5)

IC 95% = intervalo a 95% de confiança

Categoria de referência = nenhuma ou uma morbididade crônica

\*OR = odds ratio

### **Artigo 3. Preditores de mudanças na Autoavaliação da Saúde por mulheres e homens idosos em um estudo longitudinal: o que indicam os resultados do ELSA-Brasil?**

#### INTRODUÇÃO

As pessoas que envelhecem têm uma expectativa de fazê-lo da melhor forma possível, enfrentando e ultrapassando as demandas de saúde, sociais, econômicas e emocionais, que advém deste processo. É primordial, portanto, identificar, tanto do ponto de vista clínico quando epidemiológico, situações que façam com que o aumento da expectativa de vida não seja em anos vividos em incapacidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O envelhecimento modifica a vida dos indivíduos, mas promove também alterações nas estruturas familiares, e em nível populacional, gera demandas por políticas públicas, o que leva à necessidade de redistribuição de recursos em uma sociedade (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; CAMARANO; KANSO, 2009).

O “envelhecimento eficaz”, proposto por Curb (1990), considera que, além das doenças e incapacidades, outros fatores como o bem estar psicológico e econômico, assim como a escolha de estilos de vida, influenciam o processo de envelhecer. Outra autora, Carol Ryff, defende que o “envelhecimento ideal” se baseia também em indicadores de felicidade, satisfação com a vida e afeto positivo, integrando a estes o conceito de resiliência quanto aos impactos das doenças e limitações da funcionalidade (WOODS, 2016).

Enkvist et al. (2012), por sua vez, ao investigarem fatores associados à satisfação com a vida no envelhecimento postulam que “uma pessoa tem alta satisfação com a vida quando encontra prazer no cotidiano, avalia a própria vida como significativa e sente que alcançou a maioria dos objetivos”.

A autoavaliação da saúde (AAS) é uma medida que abrange dimensões de saúde e do bem estar, envolvendo experiências passadas e expectativas futuras (CRAIGS et al., 2014; SZWARCOWALD, 2015). É válida como modificadora da saúde, pois avalia a sua trajetória e não só seu estado atual (DESALVO, 2006; IDLER; BENYAMINI, 1997; MOSSEY; SHAPIRO, 1982).

Por se comportar como um teste de rastreio que ajuda a identificar indivíduos em alto risco de eventos adversos tais como quedas e hospitalizações, a AAS é utilizada em inquéritos de saúde como uma medida de saúde global, preditora de risco de complicações e morbimortalidade na população (CRAIGS et al., 2014; SZWARCOWALD, 2015). É também um indicador para ser monitorado com o objetivo de avaliar tendências de saúde na população idosa (LIMA-COSTA, 2011; OCAMPO, 2010).

A existência de diferenças de gênero decorrentes dos distintos significados atribuídos à saúde por mulheres e homens deve ser levada em consideração ao se investigar a AAS entre pessoas idosas (DEEG; KRIEGSMAN, 2003).

Para Idler (2003) essas diferenças podem ser explicadas por fatores como: a maior expectativa de vida das mulheres do que dos homens, ao nascer e em qualquer outra fase da vida, decorrente da sobremortalidade masculina por diversas causas; as mulheres, devido às maiores taxas de doenças crônicas, vivem mais anos com suas doenças e limitações e procuram mais os serviços de saúde, conseqüentemente, conhecem melhor sua saúde; e os critérios considerados relevantes ao avaliar a saúde pelos homens envolvem situações em que o risco de morte é maior, enquanto as mulheres privilegiariam condições em que há maior risco de incapacidades.

Estudo com pessoas idosas na Espanha encontrou aumento, ao longo do tempo, na AAS boa em mulheres e homens menores de 75 anos e, para os mais velhos, esta se manteve inalterada, mas eles classificaram a saúde como boa de forma mais frequente do que elas. As mulheres tiveram, no decorrer do tempo, mais incapacidades que os homens, e estas aumentaram com a idade. A diferença observada foi que ao avaliar sua saúde, os homens associaram incapacidade à pior saúde, enquanto o mesmo não aconteceu para as mulheres (GIRON, 2016).

Um estudo longitudinal em países europeus (SHARE) identificou que, para as mulheres, a chance de relatar declínio na AAS reduziu significativamente com o tempo, assim como aumentou a chance de haver melhora desta (VERROPOULOU, 2012). Percebe-se uma interação entre gênero e idade, com as mulheres permanecendo relativamente estáveis ao avaliar sua saúde, enquanto os homens tendem a responder de forma mais negativa ao se tornarem mais velhos. Apesar destas evidências, as mudanças na AAS ao longo do tempo não podem ser explicadas somente por gênero ou diferenças de idade (SARGENT-COX; ANSTEY; LUSZCZ, 2010).

Avaliar a saúde como boa não é, necessariamente, garantia de que a saúde física está sendo bem avaliada, mas deve ser considerado importante quando as pessoas avaliam a saúde como ruim (JYLHÄ, 2009). Uma piora da AAS em pessoas com muito mais idade pode ser atribuída a um maior declínio da saúde física, mas fatores como as mudanças próprias desta etapa da vida, tais como a aposentadoria e o estado civil, por exemplo, que também influenciam a percepção da saúde, apesar de não serem, propriamente, condições de saúde (GUNASEKARA; CARTER; BLAKELY, 2012; MCCULLOUGH; LAURENCEAU, 2004).

Um maior número de doenças crônicas preexistentes, sintomas somáticos ou depressivos, e comprometimentos da mobilidade estão associados ao declínio na AAS (LESKINEN et al., 2012; VERROPOULOU, 2012), mas o diagnóstico de novas doenças, a piora de condições preexistentes, eventos ocorridos ao longo do tempo e a diminuição da prática de atividade física podem influenciar mudanças na AAS principalmente o declínio desta, mais do que a presença de morbidades crônicas prévias (LIANG et al., 2005; RODIN, 1992; VERROPOULOU, 2012).

A piora da AAS é frequentemente associada à saúde física, mas a melhora se associa não só a ausência de doença, mas também às condições sociais e econômicas, à rede social e ao estilo de vida (LEE et al., 2012). Aquelas mais importantes relacionadas à excelente saúde são educação e o status de estar empregado. A não realização de atividade física no lazer é considerada um fator de risco para uma piora da AAS (MACKENBACH et al., 1994).

Um alto nível educacional tem significativo efeito protetor contra o declínio da AAS (VERROPOULOU, 2012), parecendo ser um dos principais fatores entre a população mais velha. As pessoas com melhor escolaridade parecem desenvolver mecanismos mentais para o enfrentamento de eventos estressoras de vida, modulando a avaliação da saúde (LEE et al., 2012).

Acredita-se que a união conjugal tem um efeito de promoção de saúde, que é explicado por um maior controle dos comportamentos prejudiciais à saúde (ex., uso de álcool e tabaco) e melhores recursos materiais, entre outros (JOUTSENNIEMI et al., 2006). Espera-se que pessoas que estão em união conjugal se beneficiem com apoio mútuo nesta parceria, mas esta influência positiva tem sido divergente (CULLATI et al., 2014). Pesquisa nos EUA evidenciou que a AAS comporta-se, ao longo do tempo, de modo semelhante entre pessoas casadas e solteiras, mas apresenta piora para os viúvos e separados/divorciados (LIU; UMBERSON, 2008). A associação com a melhora da avaliação da saúde também foi observada com viuvez, que pode ser explicada ao se comparar sua saúde com a do cônjuge que faleceu (ROHLFSEN; JACOBS KRONENFELD, 2014). Entretanto, estudo na Finlândia registrou melhora em todos os grupos de situação conjugal, mas esta foi mais acentuada entre os homens e, principalmente, entre as mulheres em união conjugal (JOUTSENNIEMI et al., 2006).

A análise de dados de estudos longitudinais, que permite observar não só o aparecimento de desfechos de interesse, mas também acompanhar mudanças nos fatores de exposição pode proporcionar um maior entendimento do impacto de transformações

decorrentes do processo de envelhecimento sobre a AAS das pessoas idosas, permitindo a adoção de medidas preventivas (GIRON, 2016).

Este artigo tem por objetivo identificar os fatores associados às modificações temporais na autoavaliação da saúde por mulheres e homens idosos.

## MÉTODOS

Este é um estudo integrado ao Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), maior estudo de coorte sobre saúde em adultos na América Latina, o qual tem como objetivo principal investigar doenças crônicas não transmissíveis em uma coorte de 15.105 funcionários ativos e aposentados, de ambos os sexos, com idades entre 35 e 74 anos e recrutados em seis instituições de ensino superior e pesquisa (Universidades Federais da Bahia, do Espírito Santo, de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul; Universidade de São Paulo e Fundação Osvaldo Cruz) (AQUINO, 2012, 2013a).

O seguimento é feito anualmente por meio de entrevista telefônica e a cada quatro anos todos os participantes são convidados para novas entrevistas e exames (SCHMIDT, 2015).

O presente estudo utilizou dados da linha de base ou Onda 1 (2008-2010) e da Onda 2 (2012-2014), dos participantes com 60 a 74 anos na linha de base.

Na linha de base (Onda 1) 3260 participantes responderam à pergunta sobre AAS, enquanto na Onda 2 foram 2882, mas só 2879 responderam nas duas ondas, e esta foi a população deste estudo.

A produção de dados em ambas as ocasiões se deu pela aplicação, em entrevista face-a-face, de questionário estruturado e multidimensional que abordou, dentre outras, questões sobre as características sociodemográficas, o contexto familiar e profissional, e condições de saúde. O questionário da Onda 2 manteve algumas das perguntas do anterior, sendo esta escolha baseada na avaliação da frequência e intensidade de modificação da exposição, assim como a necessidade de atualização de dados, acrescido de novos itens, tais como a satisfação com a vida. A mesma metodologia da coleta de dados foi aplicada em ambas as ondas (CHOR, 2013).

Revisões dos formulários e questionários, monitoramento da rede de supervisores e visitas periódicas aos Centros de Investigação foram realizadas para garantir o controle de qualidade ao longo do estudo. Ocorreram novos treinamentos, quando necessário, além de manutenção de certificação e recertificação da equipe (BENSENOR, 2013; CHOR, 2013; SCHMIDT, 2013).

Foram considerados dados, da linha de base, os seguintes conjuntos de variáveis independentes: sociodemográficas (idade; raça/cor e escolaridade); familiares (união conjugal; morar sozinho); condições de saúde (atividade física no lazer; uso de medicação para diabetes mellitus e para hipertensão arterial, e morbidade crônica autorreferida). Da Onda 2 foram utilizados dados relativos à presença de sintomas e satisfação com a vida. Foi mensurada a mudança na situação funcional entre a linha de base e a Onda 2. A AAS foi medida nas duas ocasiões.

A informação sobre “autoavaliação da saúde” foi obtida pela pergunta *“De um modo geral, em comparação com pessoas da sua idade, como o(a) senhor(a) considera o seu estado de saúde?”*, com as seguintes alternativas de resposta única e estimulada: *“muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”*. A resposta foi dicotomizada em “boa” (muito bom e bom) e “ruim” (regular, ruim e muito ruim).

O indicador “morbidade crônica autorreferida” foi construído a partir das respostas à pergunta *“Alguma vez um médico lhe informou que o (a) senhor(a) teve ou tem alguma das seguintes doenças?”*, sendo elas: hipertensão arterial, infarto do miocárdio, angina do peito, doença de chagas, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, doença renal, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças articulares, cirrose e neoplasia.

A “presença de sintomas” foi mensurada a partir de três itens selecionados da escala de depressão CIS-R (Clinical Interview Schedule – Revised version) (NUNES et al., 2011): *Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) Sentiu-se cansado(a) ou com menos energia?; Teve dificuldade para dormir? e Tem se sentido triste ou deprimido(a)?*

Para informações referentes à realização de atividade física no lazer foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), que contém perguntas em relação à frequência, duração e intensidade da atividade ([www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se); MATSUDO et al., 2012).

A satisfação com a vida foi mensurada através da escala Likert proposta por Diener et al., (1985) e composta por cinco perguntas: *“Em geral minha vida está próxima do meu ideal”; “As minhas condições de vida são excelentes”; “Estou satisfeito(a) com a vida”; “Até agora eu consegui as coisas importantes que eu quero na vida”; “Se eu pudesse viver minha vida outra vez, eu não mudaria quase nada”*. As repostas *“concordo plenamente”, “concordo” e “concordo parcialmente”* foram dicotomizadas em “concordo” (sim) e as *“nem concordo nem discordo”, “discordo parcialmente”, “discordo” e “discordo totalmente”*, em “discordo” (não).

Foi analisada a mudança da AAS entre as ondas 1 e 2, construindo-se um indicador com quatro categorias: manutenção da avaliação como - “boa” – “boa” ou “ruim” – “ruim”;

piorou a avaliação - “boa” – “ruim”; melhorou a avaliação - “ruim” – “boa”. A análise foi efetuada em dois momentos: 1) para avaliar a melhora foi considerado o grupo que passou de ruim para bom (ruim-bom) como desfecho e o que se manteve com AAS ruim nas duas ondas (ruim-ruim) como referência; 2) para avaliar a piora, considerou-se como desfecho quem passou de bom para ruim entre as ondas (bom-ruim) e os que permaneceram com boa avaliação (boa-boa) como referência.

A associação entre o desfecho de interesse e as variáveis independentes foi inicialmente examinada em análise bivariada, utilizando-se o teste  $\chi^2$  de Pearson na análise estratificada.

A análise simultânea de fatores foi realizada por meio da regressão logística não condicional para avaliar fatores associados às mudanças na AAS, utilizando-se estratégia hierarquizada de entrada das variáveis no modelo. Inicialmente foram introduzidas na modelagem as variáveis independentes que tiveram associação com o desfecho em um nível de significância de até 20% ( $p \leq 0,20$ ), permanecendo, no modelo final, apenas aquelas com  $p < 0,05$  em cada bloco.

Foi adotada uma estratégia hierarquizada de análise com três blocos de variáveis: 1. Características sociodemográficas: idade, raça/cor, escolaridade e mudança na situação funcional; 2. Contexto familiar: união conjugal e morar sozinho; 3. Condições de saúde: realizar atividade física no lazer, relato de ser portador de morbidades crônicas, uso de medicação para diabetes mellitus e para hipertensão arterial; relato de apresentar cansaço, insônia e tristeza nos últimos 30 dias; e satisfação com a vida.

O software estatístico Stata versão 12 foi utilizado para o processamento e para a análises dos dados, e estas foram estratificadas por sexo.

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP – 976/2006) e pelos Comitês de Ética de cada uma das Instituições participantes. Todos os participantes assinaram termo de consentimento informado (AQUINO, 2013b).

## RESULTADOS

No período de quatro anos entre as ondas houve um aumento na proporção, que já era alta na linha de base, de participantes que avaliaram sua saúde como boa, em ambos os sexos. Dos 2879 participantes com 60 anos ou mais do ELSA-Brasil, dois terços avaliaram seu estado de saúde como bom (muito bom e bom) na Onda 1, e mais de 80% na Onda 2 (Tabela 1).

Além do aumento do percentual de pessoas acima de 70 anos, outras mudanças observadas entre as ondas foram: o aumento da proporção de aposentados, a diminuição daqueles com menor escolaridade e dos que usam medicação para diabetes mellitus e hipertensão arterial; o decréscimo de pessoas em união conjugal e daqueles que moram sozinhos (Tabela 1).

Vale ressaltar que as perdas na Onda 2 estavam relacionadas a óbito, recusas e participantes que não foram localizados. Essas foram de 193 mulheres e 185 homens, respectivamente 11,1% e 12,1% do total de idosos entrevistados na linha de base. A perda foi maior entre aqueles com pior AAS (muito ruim, ruim e regular), que estavam aposentados, com escolaridade mais baixa ( $\leq$  médio) e que não realizavam atividade física na Onda 1; as mulheres tinham, com maior frequência, mais de uma morbidade crônica autorreferida e usavam medicação para hipertensão, e os homens eram mais velhos ( $\geq$  70 anos) (dados não apresentados).

Maiores proporções de mulheres e de homens brancos, os que tinham melhor escolaridade e os que não relataram tristeza nos últimos 30 dias, apresentaram melhora na AAS, assim como aquelas que estavam casadas, realizavam atividade física no lazer e estavam satisfeitas com a vida e aqueles que não relataram cansaço ou alteração do sono nos últimos 30 dias (Tabela 2a).

Os homens que não realizavam atividade física no lazer e usavam medicação para diabetes, as mulheres que usavam medicação para hipertensão arterial, e aqueles de ambos os sexos que se declararam de raça/cor preta e parda, com menor escolaridade, que relataram mais de uma morbidade crônica, assim como cansaço, alteração do sono e tristeza nos últimos 30 dias, e não estavam satisfeitos apresentaram piora da AAS (Tabela 2b).

Na análise simultânea pela regressão logística, a melhora da AAS para as mulheres foi associada a estar casada e estar satisfeita com a vida (Tabela 3a); e nos homens, ter se declarado branco, não referir cansaço e não ter alteração do sono nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista (Tabela 3b).

As mulheres pretas e pardas, com mais de uma morbidade crônica e que sentiram cansaço nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista, foram as que apresentaram piora na avaliação da sua saúde (Tabela 4a). Entre os homens, os preditores de piora foram a menor escolaridade, não realizar atividade física, o uso de medicação para diabetes, o relato de cansaço nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista e não estar satisfeito com a vida (Tabela 4b). O modelo final das mudanças para melhor e pior na AAS encontra-se representado nos gráficos 1a e 1b.

## DISCUSSÃO

Houve um aumento da proporção de mulheres e homens que avaliaram sua saúde de forma positiva, no presente estudo. Esses resultados discordam de outros em que a autoavaliação piorou com o aumento da idade (FRENCH; SARGENT-COX; LUSZCZ, 2012; GIRÓN, 2010; LEE et al., 2012; MCCULLOUGH; LAURENCEAU, 2004).

Antes de tudo, cabe discutir as perdas de participantes entre as ondas 1 e 2 que, embora correspondam a pouco mais de dez por cento, foram diferenciais. A perda maior entre as mulheres e os homens com pior AAS (muito ruim, ruim e regular) afeta diretamente a medida, ao que se conjuga a maior representação de aposentados, com escolaridade mais baixa ( $\leq$  médio) e que não realizavam atividade física na Onda 1. As mulheres que não participaram do estudo em 2012/2014 tinham, com maior frequência, mais de uma morbidade crônica autorreferida e usavam medicação para hipertensão, e os homens eram mais velhos ( $\geq$  70 anos).

Todavia, o achado de maior proporção de autoavaliação positiva da saúde na Onda 2 pode igualmente ser explicado por um viés de seleção de sobrevivência, uma vez que as pessoas que alcançam maior idade seriam aquelas com melhores condições de saúde (ALVES; RODRIGUES, 2005). As mudanças relacionadas à idade geralmente são discretas, sugerindo que as pessoas mais velhas avaliam sua saúde de maneira mais flexível e condescendente (VERROPOULOU, 2012). A influência positiva da própria participação no ELSA-Brasil não pode ser afastada, visto que pode ter contribuído para que estas pessoas, ao perceberem comportamentos de risco para sua saúde, tenham adotado mudanças no estilo de vida e melhorado suas condições de saúde (DESALVO, 2006).

Os dados da literatura são controversos quanto às diferenças de gênero na AAS, sendo estes maiores em idades mais jovens, diminuindo em pessoas mais velhas (MCCULLOUGH; LAURENCEAU, 2004; SARGENT-COX; ANSTEY; LUSZCZ, 2010). No entanto, embora tenham sido pequenos os diferenciais na distribuição da AAS entre mulheres e homens, os presentes resultados evidenciaram uma distinção mais acentuada nos preditores de melhora ou piora ao longo do tempo.

A influência da raça autodeclarada é digna de nota, já que ser branco foi um preditor de melhora para os homens, enquanto, inversamente ser preta ou parda associou-se à piora entre as mulheres. Apesar de não haver consenso quanto à influência da raça na AAS (BORIM, 2012; RODRIGUES; MAIA, 2010), os dados convergem com um estudo onde mulheres negras americanas, que mesmo apresentando melhora em sua trajetória de saúde, continuavam em pior situação que os outros grupos investigados, sendo os homens brancos os

que tiveram uma melhora mais expressiva (CUMMINGS, 2008). A persistência das desigualdades socioeconômicas é um dos fatores para que negros americanos idosos tenham pior avaliação da saúde do que os idosos brancos (YAO; ROBERT, 2008).

Outro ponto que merece atenção foi o achado de que ser casada foi um preditor de melhora somente para as mulheres. Outros autores encontraram associação de que estar em união conjugal melhora a AAS (ENKVIST; EKSTRÖM; ELMSTÅHL, 2012), mas não há consenso na literatura quanto a isto (CRAIGS et al., 2014). É possível que a união conjugal propicie melhores condições socioeconômicas e mesmo apoio social e psicológico, definido como compromisso, cuidado, conselhos e ajuda nas relações pessoais (LIU; UMBERSON, 2008).

Os homens com menor nível de escolaridade tiveram piora da autoavaliação convergindo com outros estudos (BARROS, 2009; MEIRELES, 2015; PAVÃO, 2013; SARGENT-COX; ANSTEY; LUSZCZ, 2010). Pessoas com nível educacional mais elevado tendem a perceber melhor sua saúde, mesmo na presença de doenças (LEE et al., 2012), e esse foi considerado protetor contra o declínio da AAS (VERROPOULOU, 2012).

Os homens que não realizavam atividade física e faziam uso de medicação para diabetes mellitus, as mulheres com maior número de morbidades crônicas, e as mulheres e os homens que sentiram cansaço nos 30 dias que antecederam a entrevista, relataram piora ao avaliarem sua saúde. Esses resultados convergem com outros estudos (LEE et al., 2012; MACKENBACH et al., 1994; NIELSEN et al., 2015) em que condições de saúde e hábitos de vida são importantes fatores ao se avaliar a saúde. Tratamento médico, demandas de cuidado decorrentes de doenças, além da carga emocional e física provocada por essas, e a atitude de considerar a doença como um problema, impactam em como a pessoa avalia sua saúde e associa-se a uma pobre AAS (NIELSEN et al., 2015).

As mulheres que estavam satisfeitas com a vida apresentaram melhora da AAS, enquanto os homens que não estavam, apresentaram piora. Resultado semelhante foi encontrado também por Alves (2005). A satisfação com a vida é visão multidimensional que sofre influencia de gênero, nível educacional, raça, situação conjugal, arranjo familiar, nível de suporte recebido pela família e amigos, e as interações negativas e positivas com estes, além do tamanho da rede social, assim como do bem estar físico e psicológico (CRAIGS et al., 2014; LEE et al., 2012; MENDES DA COSTA et al., 2013).

As mudanças da AAS entre as ondas não foram expressivas, o que pode refletir o curto intervalo de tempo para que mudanças mais acentuadas fossem percebidas. Isto é apoiado

pelos resultados de outros estudos onde não foram observadas grandes mudanças em seguimento de uma coorte por cinco e dez anos (LEINONEN; HEIKKINEN; JYLHÄ, 2001).

A investigação sobre as trajetória na avaliação da saúde deve considerar a possibilidade do que se chama “efeito teto”, que se explica pelo fato de que as pessoas atribuem valor máximo ou mínimo ao avaliar a saúde no primeiro momento, não havendo outra opção de nível em uma segunda avaliação (GUNASEKARA; CARTER; BLAKELY, 2012; ROHLFSEN; JACOBS KRONENFELD, 2014). Isso poderia ter sido avaliado ao se acrescentar um questionamento sobre se houve modificação de como avaliaria sua saúde no segundo momento (GUNASEKARA; CARTER; BLAKELY, 2012). Apesar do questionário utilizado nesse estudo não ter realizado esta investigação, sendo este um dos nossos limites, este dado poderá ser acrescido em outra onda, enriquecendo análises futuras.

A população acompanhada pelo ELSA-Brasil até a análise destes dados é relativamente jovem, menor de 80 anos, o que não permite avaliar como se comporta a avaliação da saúde nos participantes com idades mais avançadas. Em análises futuras, com o envelhecimento da coorte, este limite poderá ser superado, inclusive com a incorporação de medidas de capacidade funcional, um importante marcador do impacto das doenças na autoavaliação da saúde e que tem sido responsabilizado por um maior número de respostas negativas. Este marcador foi incluído na Onda 3, que se iniciou em 2016 e encontra-se em andamento.

A restrita disponibilidade de informações sobre os eventos ocorridos entre as ondas, principalmente os relacionados à saúde, limitam o número de preditores aqui investigados, o que faz com que as presentes análises sejam apenas o começo da investigação das distintas trajetórias no envelhecimento. Em que pese os limites apontados, os resultados apresentados trazem novas contribuições, especialmente porque a grande maioria dos estudos publicados sobre o tema é de corte transversal.

Diferenças de gênero nas trajetórias de avaliação da saúde certamente expressam desigualdades socioeconômicas, status de emprego, condições de saúde - no curso da vida e no envelhecimento, traduzida com presença de doenças, sintomas e incapacidade, o que influencia como mulheres e homens percebem sua saúde. O melhor entendimento dessas inter-relações permitirá adotar medidas que contribuam para melhorar a saúde no envelhecimento e permitam que a maior sobrevivência seja acompanhada de boa saúde e satisfação com a vida.

## Financiamento

O estudo ELSA-Brasil na linha de base teve apoio do Ministério da Saúde Brasileiro (Departamento de Ciência e Tecnologia) e do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (Agência Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP, e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq) (concessões 01 06 0010.00 RS, 01 06 0212.00 BA, 01 06 0300.00 ES, 01 06 0278.00 MG, 01 06 0115.00 SP, 01 06 0071.00 RJ). A profa. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino é Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D, com o brenn n° 308173/2013-9.

## Agradecimentos

Aos participantes do ELSA-Brasil, que voluntariamente participaram deste estudo.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, LC; RODRIGUES, RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2005;17(5/6);333–41.
- AQUINO, E. M. ET AL. Brazilian Longitudinal Study of Adult health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. **American Journal Epidemiology**. v. 175, n. 4, p. 315–324, 2012.
- AQUINO, Estela M L et al. Recrutamento de participantes no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 2, p. 10–18, June. 2013.
- AQUINO, Estela M L. et al. Aspectos éticos em estudos longitudinais : o caso do ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 2, p. 19–26, June 2013.
- BARROS, Marilisia Berti de Azevedo et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 27–37, Nov. 2009.
- BENSENOR, Isabela M. et al. Rotinas de organização de exames e entrevistas no centro de investigação ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 2, p. 37–47, June 2013.
- BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; NERI, Anita Liberalesso. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 4, p. 769-780, Apr. 2012
- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão e. Como vive o idoso brasileiro? In A. A. Camarano (org), Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60? **IPEA**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 25–73, 2004.
- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. **IPEA**, Brasília, 30p, Out. 2009.
- CHOR, Dóra et al. Questionário do ELSA-Brasil: desafios na elaboração de instrumento multidimensional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, suppl 2, p. 27–36, June 2013.
- CRAIGS, C L et al. Understanding causal associations btween self-rated health and personal relationships in older adults: A review of evidence from longitudinal studies. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 59, n. 2, p. 211–226, Sep-Oct 2014.
- CULLATI, S. et al. Factors of change and cumulative factors in self-rated health trajectories: A systematic review. **Advances in Life Course Research**, v. 19, n. 1, p. 14–27, Mar 2014.
- CUMMINGS, J. L. Race, Gender, and SES Disparities in Self-Assessed Health, 1974-2004. **Research on Aging**, v. 30, n. 2, p. 137–168, Mar 2008.
- CURB, J D et al. Effective Aging. Meeting the Chanlleng of Growing Older. **J Am Geriatr**

*Soc.*, v. 38, n. 7, p. 827–828, Jul 1990.

DEEG, D J; KRIEGSMAN, D M. Concepts of self-rated health: specifying the gender difference in mortality risk. **Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 376–386; discussion 372–375, 2003.

DESALVO, K B et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. **J Gen internMed**, v. 21, n. 3, p. 267–275, Mar 2006.

DIENER, E. et al. The Satisfaction with Life Scale. **J Pers Assess**, v. 49, n. 1, p. 71–75, Feb 1985.

ENKVIST, Å.; EKSTRÖM, H.; ELMSTÅHL, S. What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? **Arch Gerontol Geriatric**, v. 54, n. 1, p. 140–145, Jan-Feb. 2012.

FRENCH, D J; SARGENT-COX, K; LUSZCZ, M A. Correlates of Subjective Health Across the Aging Lifespan. **J Aging Health**, v. 24, n. 8, p. 1449–1469, Dec. 2012.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso Social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123–133, Jan. 2012.

GIRÓN P. Determinants of self-rated health in Spain: Differences by age groups for adults. **Eur J Public Health**, v. 22, n. 1, p. 36–40, Feb. 2010.

GIRON P. Time Trends in Self-Rated Health and Disability in Older Spanish People: Differences by Gender and Age. **Iran J Public Health**, v. 45, n. 3, p. 289–296, Mar. 2016.

GUNASEKARA, F. I.; CARTER, K.; BLAKELY, T. Comparing self-rated health and self-assessed change in health in a longitudinal survey: Which is more valid? **Soc Sci Med**, v. 74, n. 7, p. 1117–1124, Apr. 2012.

IDLER, E. L. Discussion: Gender Differences in Self-Rated Health, in Mortality, and in the Relationship Between the Two. **Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 372–375, June 2003.

IDLER, E L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **J Health Social Behav**, v. 38, n. 1, p. 21–37, Mar. 1997.

JOUTSENNIEMI, K. E. et al. Official marital status, cohabiting, and self-rated health - Time trends in Finland, 1978-2001. **Eur J Public Health**, v. 16, n. 5, p. 476–483, Apr 2006.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Soc Sci Med**, v. 69, n. 3, p. 307–316, Aug 2009.

LEE, H. L. et al. Factors affecting trajectory patterns of self-rated health (SRH) in an older population-A community-based longitudinal study. **Arch Gerontol Geriatric**, v. 54, n. 3, p. 334–341, May-Jun. 2012.

LEINONEN, R.; HEIKKINEN, E.; JYLHÄ, M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people - A 5-year longitudinal study. **Soc Sci Med**, v. 52, n. 9, p. 1329–1341, May 2001.

LESKINEN, R. et al. Determinants of changes in self-rated health among Finnish war veterans: Results from the Veteran Project 1992 and 2004 surveys. **Arch Gerontol Geriatric**, v. 55, n. 2, p. 343–348, Sep-Oct. 2012.

LIANG, J. et al. How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 60, n. 4, p. S224–32, Jul. 2005.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689–3696, Sept. 2011.

LIU, H; UMBERSON D J. The Times They Are a Changin’: Marital Status and Health Differentials from 1972 to 2003. **J Health Soc Behav**, v. 49, n. 3, p. 239–253, Sep. 2008.

MACKENBACH, J P et al. The determinants of excellent health: Different from the determinants of ill-health? **International Journal of Epidemiology**, v. 23, n. 6, p. 1273–1281, Dec. 1994.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (Ipaq): Estupio de Validade e Reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 5–18, 2012.

- MCCULLOUGH, M. E.; LAURENCEAU, J.-P. Gender and the Natural History of Self-Rated Health: A 59-Year Longitudinal Study. **Health Psychol**, v. 23, n. 6, p. 651–655, Nov. 2004.
- MEIRELES, Adriana Lúcia et al. 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, v. 31, n. Supl. 1, p. 120–135, Nov. 2015.
- MENDES DA COSTA, E. et al. [Analysis of factors influencing self-rated health among older persons: synthesis of the biomedical literature]. **Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil**, v. 11, n. 4, p. 339–50, Dec. 2013.
- MOSSEY, J M; SHAPIRO, E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. **Am J Public Health**, v. 72, n. 8, p. 800–8, Aug 1982.
- NIELSEN, ABS et al. Change in self-rated general health is associated with perceived illness burden: a 1-year follow up of patients newly diagnosed with type 2 diabetes. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1–11, Apr. 2015.
- NUNES, MA et al. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule- Revised Version) para o português no Estudo Longitudinal De Saúde Do Adulto (ELSA) Cross-cultural adaptation of CIS-R (Clinical Interview Schedule-Revised Version) for the portuguese in Longit. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 487–490, 2011.
- OCAMPO, JM. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. **Colombia Medica**, v. 41, n. 3, p. 275–289, May 2010.
- PAVAO, Ana Luiza Braz; WERNECK, Guilherme Loureiro; CAMPOS, Mônica Rodrigues. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723–734, Apr. 2013.
- RODIN J, McAvay G. Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. **J Gerontol**, v. 47, n. 6, p. 373–84, Nov. 1992.
- RODRIGUES, Cristina Guimarães; MAIA, Alexandre Gori. Como a posição social influencia a auto-avaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 762–774, Apr. 2010.
- ROHLFSEN, LS.; JACOBS Kronenfeld J. Gender differences in trajectories of self-rated health in middle and old age: An examination of differential exposure and differential vulnerability. **J Aging Health**, v. 26, n. 4, p. 637–662, Jun. 2014.
- SARGENT-COX, KA; ANSTEY, K J; LUSZCZ, MA. Patterns of Longitudinal Change in Older Adults' Self-Rated Health: The Effect of the Point of Reference. **Health Psychol**, v. 29, n. 2, p. 143–152, Mar. 2010.
- SCHMIDT, Maria Inês et al. Strategies and development of quality assurance and control in the ELSA-Brasil. *Rev. de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, supl 2, p. 105–112, June 2013.
- SCHMIDT, MI et al. Cohort profile: Longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Int J Epidemiol**, v. 44, n. 1, p. 68–75, Feb. 2015.
- SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis : resultados da Pesquisa Nacional de Saúde , 2013. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v. 18, supl 2, p. 33–44, Dec. 2015.
- VERROPOULOU, G. Determinants of change in self-rated health among older adults in Europe: A longitudinal perspective based on SHARE data. **Eur J Ageing**, v. 9, n. 4, p. 305–318, Jul 2012.
- WOODS, NF et al. Aging Well: Observations From the Women's Health Initiative Study. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 71 Suppl 1, n. 1, p. S3–S12, Mar. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: 2005.
- WWW.IPAQ.KI.LSE. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International

Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. [www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se), n. November, p. 1–15, 2005.

YAO, L; ROBERT, SA. The Contributions of Race, Individual Socioeconomic Status, and Neighborhood Socioeconomic Context on the Self-Rated Health Trajectories and Mortality of Older Adults. **Research on Aging**, v. 30, n. 2, p. 251–273, Mar. 2008.

Tabela 1. Características das mulheres e homens de 60-74 anos no ELSA-Brasil, Onda 1 (2008-2010) e onda 2 (2012-2014)

	Onda 1 (3260)		Onda 2 (2882)	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
	n %	n %	n %	n %
<b>AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>1735</b>	<b>1525</b>	<b>1542</b>	<b>1340</b>
Ruim	24,8	24,1	18,2	18,5
Boa	75,2	75,9	81,8	81,5
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>				
<b>Faixa etária</b>	<b>1735</b>	<b>1528</b>	<b>1109</b>	<b>1024</b>
≥ 70 anos	14,8	23,3	23,2	34,8
60-69 anos	85,2	76,7	76,8	65,2
<b>Raça/cor</b>	<b>1628</b>	<b>1426</b>	<b>1455</b>	<b>1252</b>
Preta/parda	42,7	35,4	42,1	33,9
Branca	57,3	64,6	57,9	66,1
<b>Escolaridade</b>	<b>1735</b>	<b>1528</b>	<b>1546</b>	<b>1314</b>
≤ Médio	48,5	40,5	45,7	38,7
≥ Superior	51,5	59,5	54,3	61,3
<b>Situação funcional</b>	<b>1735</b>	<b>1528</b>	<b>1529</b>	<b>1335</b>
Aposentado	73,3	62,8	83,6	77,4
Ativo	26,7	37,2	16,4	22,6
<b>CONTEXTO FAMILIAR</b>				
<b>União conjugal</b>	<b>1735</b>	<b>1528</b>	<b>1531</b>	<b>1336</b>
Não casado(a)	57,6	15,8	61,8	18,4
Casado(a)	42,4	84,2	38,2	81,6
<b>Mora só</b>	<b>1735</b>	<b>1528</b>	<b>1531</b>	<b>1336</b>
Sim	24,0	10,3	27,2	12,1
Não	76,0	89,7	72,8	87,9
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>				
<b>Atividade física no lazer</b>	<b>1720</b>	<b>1521</b>	<b>1524</b>	<b>1332</b>
Não	41,6	31,8	39,5	31,2
Sim	58,4	68,2	60,5	68,8
<b>Morbidade crônica</b>	<b>1721</b>	<b>1511</b>	—	—
Mais de uma	46,2	47,5	—	—
Uma ou nenhuma	53,8	52,5	—	—
<b>Medicação para diabetes</b>	<b>1440</b>	<b>1146</b>	<b>1458</b>	<b>1216</b>
Sim	17,0	24,8	15,0	18,3
Não	83,0	75,2	85,0	81,7
<b>Medicação para hipertensão</b>	<b>1441</b>	<b>1146</b>	<b>1458</b>	<b>1214</b>
Sim	58,5	66,7	54,5	61,1
Não	41,5	33,3	45,5	38,9
<b>Cansaço</b>	<b>1734</b>	<b>1526</b>	<b>1524</b>	<b>1330</b>
Sim	66,9	48,2	66,2	44,3
Não	33,1	51,8	33,8	55,7
<b>Alt. do sono</b>	<b>1733</b>	<b>1526</b>	<b>1523</b>	<b>1327</b>
Sim	52,2	43,2	52,3	42,4
Não	47,8	56,8	47,7	57,6
<b>Tristeza</b>	<b>1733</b>	<b>1526</b>	<b>1521</b>	<b>1329</b>
Sim	46,2	31,8	44,6	29,7
Não	53,8	68,2	55,4	70,3
<b>Satisfação com a vida</b>	—	—	<b>1529</b>	<b>1331</b>
Não	—	—	29,6	26,8
Sim	—	—	70,4	73,9

\*Excluídos amarelos e indígenas

Tabela 2. Distribuição de mulheres e homens de 60-74 anos por status de mudança em quatro anos na Autoavaliação da Saúde segundo características selecionadas – ELSA-Brasil, Onda 1 (2008-2010) e onda 2 (2012-2014)

	Autoavaliação da Saúde							
	Mulheres				Homens			
	Ruim-ruim		Ruim-boas		Ruim-ruim		Ruim-boas	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>								
<b>Faixa etária (1)</b>				<b>0,191</b>				<b>0,974</b>
≥ 70 anos	59	61,0	39,0		68	50,0	50,0	
60-69 anos	292	51,7	48,3		223	50,2	49,8	
<b>Raça/cor (1)</b>				<b>0,001</b>				<b>0,006</b>
Preta/parda	216	59,3	40,7		138	58,0	42,0	
Branca	117	41,0	59,0		127	40,9	59,1	
<b>Escolaridade (1)</b>				<b>0,010</b>				<b>0,002</b>
≤ Médio	2665	59,3	40,7		192	56,8	43,2	
≥ Superior	85	41,2	58,8		99	37,4	62,6	
<b>Mudança na situação funcional</b>				<b>0,298</b>				<b>0,193</b>
Aposentado	263	54,0	46,0		182	51,1	48,9	
Aposentou (Onda 1/2)	43	55,8	44,2		49	57,1	42,9	
Ativo	41	41,6	58,5		55	40,0	60,0	
<b>CONTEXTO FAMILIAR</b>								
<b>União conjugal (1)</b>				<b>0,007</b>				<b>0,772</b>
Não casado(a)	221	58,8	41,2		48	52,1	47,9	
Casado(a)	130	43,8	56,2		243	49,8	50,2	
<b>Mora só (1)</b>				<b>0,956</b>				<b>0,152</b>
Sim	83	53,0	47,0		27	37,0	63,0	
Não	268	53,4	46,6		264	51,5	48,5	
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>								
<b>Atividade física no lazer (1)</b>				<b>0,014</b>				<b>0,962</b>
Não	183	59,6	40,4		116	50,0	50,0	
Sim	166	46,4	53,6		175	50,3	49,7	
<b>Morbidade crônica (1)</b>				<b>0,141</b>				<b>0,499</b>
Mais de uma	268	55,6	44,4		200	48,5	51,5	
Uma ou nenhuma	76	46,1	53,9		89	52,8	47,2	
<b>Medicação para diabetes (1)</b>				<b>0,090</b>				<b>0,280</b>
Sim	103	60,2	38,8		85	54,1	45,9	
Não	208	50,0	50,0		160	46,9	53,1	
<b>Medicação para hipertensão (1)</b>				<b>0,103</b>				<b>0,581</b>
Sim	224	56,3	43,7		182	48,4	51,6	
Não	87	46,0	54,0		63	52,4	47,6	
<b>Cansaço (2)</b>				<b>0,213</b>				<b>0,000</b>
Sim	259	54,8	45,2		165	62,4	37,6	
Não	85	47,1	52,9		117	33,3	66,7	
<b>Alt. do sono (2)</b>				<b>0,160</b>				<b>0,001</b>
Sim	222	55,9	44,1		152	59,2	40,8	
Não	121	47,9	52,1		130	40,0	60,0	
<b>Tristeza (2)</b>				<b>0,004</b>				<b>0,051</b>
Sim	184	60,3	39,7		117	57,3	42,7	
Não	159	44,6	55,4		165	45,5	54,5	
<b>Satisfação com a vida (2)</b>				<b>0,000</b>				<b>0,795</b>
Não	144	64,6	35,4		119	51,3	48,7	
Sim	203	44,3	55,7		165	49,7	50,3	

## 2b. Mudança para pior

	Autoavaliação da Saúde							
	Mulheres				Homens			
	Boa-boa		Boa-ruim		Boa-boa		Boa-ruim	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>								
<b>Faixa etária (1)</b>				<b>0,032</b>				<b>0,958</b>
≥ 70 anos	166	87,9	12,1		230	90,4	9,6	
60-69 anos	1025	92,8	7,2		816	90,3	9,7	
<b>Raça/cor (1)</b>				<b>0,000</b>				<b>0,000</b>
Preta/parda	393	87,8	12,2		286	83,6	16,4	
Branca	723	93,9	6,1		696	93,0	7,0	
<b>Escolaridade (1)</b>				<b>0,003</b>				<b>0,000</b>
≤ Médio	451	89,1	10,9		329	82,4	17,6	
≥ Superior	740	93,9	6,1		717	94,0	6,0	
<b>Mudança na situação funcional</b>				<b>0,066</b>				<b>0,817</b>
Aposentado	842	92,6	7,4		640	90,8	9,2	
Aposentou (Onda 1/2)	128	87,5	12,5		157	89,8	10,2	
Ativo	209	94,3	5,7		247	89,5	10,5	
<b>CONTEXTO FAMILIAR</b>								
<b>União conjugal (1)</b>				<b>0,389</b>				<b>0,175</b>
Não casado(a)	659	91,5	8,5		159	87,4	12,6	
Casado(a)	532	92,9	7,1		887	90,9	9,1	
<b>Mora só (1)</b>				<b>0,349</b>				<b>0,844</b>
Sim	288	93,4	6,6		108	89,8	10,2	
Não	903	91,7	8,3		938	90,4	9,6	
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>								
<b>Atividade física no lazer (1)</b>				<b>0,173</b>				<b>0,000</b>
Não	426	90,6	9,4		239	85,0	15,0	
Sim	759	92,8	7,2		747	92,5	7,5	
<b>Morbidade crônica (1)</b>				<b>0,000</b>				<b>0,002</b>
Mais de uma	544	87,7	12,3		488	87,3	12,7	
Uma ou nenhuma	644	95,8	4,2		549	92,9	7,1	
<b>Medicação para diabetes (1)</b>				<b>0,055</b>				<b>0,030</b>
Sim	110	87,3	12,7		159	85,5	14,5	
Não	859	92,5	7,5		598	91,3	8,7	
<b>Medicação para hipertensão (1)</b>				<b>0,004</b>				<b>0,339</b>
Sim	507	89,5	10,5		480	89,2	10,8	
Não	463	94,6	5,4		277	91,3	8,7	
<b>Cansaço (2)</b>				<b>0,003</b>				<b>0,000</b>
Sim	748	90,5	9,5		420	85,5	14,5	
Não	429	95,3	4,7		622	93,6	6,4	
<b>Alt. do sono (2)</b>				<b>0,019</b>				<b>0,005</b>
Sim	573	90,4	9,6		405	87,2	12,8	
Não	604	94,0	6,0		634	92,4	7,6	
<b>Tristeza (2)</b>				<b>0,000</b>				<b>0,016</b>
Sim	495	88,5	11,5		277	86,6	13,4	
Não	680	95,0	5,0		764	91,6	8,4	
<b>Satisfação com a vida (2)</b>				<b>0,000</b>				<b>0,000</b>
Não	307	87,0	13,0		234	83,8	16,2	
Sim	872	94,1	5,9		808	92,4	7,6	

\*Excluídos amarelos e indígenas

(1) = variável da Onda 1

(2) = variável da Onda 2

Tabela 3. Análise hierarquizada por regressão logística dos preditores de mudança para melhor em quatro anos na Autoavaliação da Saúde por mulheres e homens de 60-74 anos no ELSA-Brasil, Onda 1 (2008-2010) e onda 2 (2012-2014)

3a. Melhora entre as mulheres

	n	Bruta		Ajustada	
			Nível I	Nível II	Nível III
		Ruim-boa OR (IC 95%)	Ruim-boa OR (IC 95%)	Ruim-boa OR (IC 95%)	Ruim-boa OR (IC 95%)
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>					
<b>Faixa etária (1)</b>	<b>351</b>				
≥ 70 anos		1,0	1,0		
60-69 anos		1,5 (0,8-2,6)	1,3 (0,7-2,4)		
<b>Raça/cor (1)</b>	<b>333</b>				
Preta/parda		1,0	1,0	1,0	1,0
Branca		2,1 (1,3-3,3)	1,9 (1,2-3,1)	1,9 (1,2-3,1)	1,4 (0,8-2,4)
<b>Escolaridade (1)</b>	<b>351</b>				
≤ Médio		1,0	1,0		
≥ Superior.		1,9 (1,2-3,1)	1,4 (0,8-2,4)		
<b>CONTEXTO FAMILIAR</b>					
<b>União conjugal (1)</b>	<b>351</b>				
Não casada		1,0		1,0	1,0
Casada		1,8 (1,2-2,8)		1,7 (1,1-2,6)	<b>1,7 (1,1-2,9)</b>
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>					
<b>Ativ. física no lazer(1)</b>	<b>349</b>				
Não		1,0			1,0
Sim		1,7 (1,1-2,6)			1,5 (0,9-2,4)
<b>Morbidade crônica (1)</b>	<b>344</b>				
Mais de uma		1,0			1,0
Uma ou nenhuma		1,5 (0,9-2,4)			1,3 (0,7-2,7)
<b>Med. para diabetes (1)</b>	<b>311</b>				
Sim		1,0			1,0
Não		1,5 (0,9-2,4)			1,3 (0,7-2,2)
<b>Med. para hipertensão(1)</b>	<b>311</b>				
Sim		1,0			1,0
Não		1,5 (0,9-2,5)			1,7 (1,0-2,9)
<b>Alt. do sono (2)</b>	<b>343</b>				
Sim		1,0			1,0
Não		1,4 (0,9-2,1)			1,5 (0,9-2,6)
<b>Tristeza (2)</b>	<b>343</b>				
Sim		1,0			1,0
Não		1,9 (1,2-2,9)			1,5 (0,9-2,5)
<b>Satisfação com a vida (2)</b>	<b>347</b>				
Não		1,0			1,0
Sim		2,3 (1,5-3,6)			<b>2,4 (1,5-2,9)</b>

\*Excluídos amarelos e indígenas

Categoria de referência = Autoavaliação ruim (Onda 1) – ruim (Onda 2)

(1) = variável da Onda 1

(2) = variável da Onda 2

## 3b. Melhora entre os homens

	n	Bruta		Ajustada		
				Nível I	Nível II	Nível III
		Ruim-boa	Ruim-boa	Ruim-boa	Ruim-boa	Ruim-boa
		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>						
<b>Raça/cor (1)</b>	<b>265</b>					
Preta/parda		1,0	1,0	1,0	1,0	
Branca		2,0 (1,2-3,2)	1,8 (1,0-3,2)	2,0 (1,2-3,3)	<b>2,6 (1,5-4,5)</b>	
<b>Escolaridade (1)</b>	<b>291</b>					
≤ Médio		1,0	1,0			
≥ Superior.		2,2 (1,3-3,6)	1,4 (0,7-2,6)			
<b>Mudança sit. funcional</b>	<b>286</b>					
Aposentado		1,0	1,0			
Aposentou (Onda 1 – 2)		0,8 (0,4-1,5)	0,7 (0,4-1,5)			
Ativo		1,6 (0,8-2,9)	1,7 (0,9-3,4)			
<b>CONTEXTO FAMILIAR</b>						
<b>Mora só (1)</b>	<b>291</b>					
Sim)		1,0		1,0		
Não		0,6 (0,2-1,3)		0,6 (0,2-1,4)		
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>						
<b>Cansaço (1)</b>	<b>282</b>					
Sim		1,0			1,0	
Não		3,3 (2,0-5,5)			<b>3,8 (2,1-6,6)</b>	
<b>Alt. do sono (2)</b>	<b>282</b>					
Sim		1,0			1,0	
Não		2,2 (1,4-3,5)			<b>1,8 (1,1-3,1)</b>	
<b>Tristeza (2)</b>	<b>282</b>					
Sim		1,0			1,0	
Não		1,6 (1,0-2,6)			1,0 (0,6-1,7)	

\*Excluídos amarelos e indígenas

Categoria de referência = Autoavaliação ruim (Onda 1) – ruim (Onda 2)

(1) = variável da Onda 1

(2) = variável da Onda 2

Tabela 4. Análise hierarquizada por regressão logística dos preditores de mudança para pior em quatro anos na Autoavaliação da Saúde por mulheres e homens de 60-74 anos no ELSA-Brasil, Onda 1 (2008-2010) e onda 2 (2012-2014)

4a. Piora entre as mulheres

	n	Bruta		Ajustada	
				Nível I	Nível II
		Boa-ruim	Boa-ruim	Boa-ruim	Boa-ruim
		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>					
<b>Faixa etária (1)</b>	<b>1191</b>				
60-69 anos		1,0	1,0	1,0	1,0
≥ 70 anos		1,8 (1,0-3,0)	1,9 (1,0-3,4)	1,7 (1,0-3,0)	
<b>Raça/cor (1)</b>	<b>1116</b>				
Branca		1,0	1,0	1,0	1,0
Preta/parda		2,1 (1,4-3,3)	1,8 (1,1-2,9)	<b>2,2 (1,4-3,4)</b>	
<b>Escolaridade (1)</b>	<b>1191</b>				
≥ Superior		1,0	1,0		
≤ Médio		1,9 (1,2-2,9)	1,4 (0,9-2,4)		
<b>Mudança na situação funcional</b>	<b>1179</b>				
Ativa		1,0	1,0	1,0	1,0
Aposentou (Onda 1 – 2)		2,3 (1,1-5,1)	2,2 (1,0-5,0)	2,4 (0,9-6,5)	
Aposentada		1,3 (0,7-2,5)	1,2 (0,6-2,3)	1,3 (0,6-3,2)	
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>					
<b>Atividade física no lazer (1)</b>	<b>1181</b>				
Sim		1,0			
Não		1,3 (0,9-2,1)			
<b>Morbidade crônica (1)</b>	<b>1188</b>				
Uma ou nenhuma		1,0		1,0	
Mais de uma		3,2 (2,0-5,1)		<b>2,9 (1,8-4,7)</b>	
<b>Medicação para diabetes (1)</b>	<b>969</b>				
Não		1,0			
Sim		1,8 (1,0-3,4)			
<b>Medicação para hipertensão (1)</b>	<b>970</b>				
Não		1,0		1,0	
Sim		2,0 (1,2-3,3)		1,1 (0,6-1,9)	
<b>Cansaço</b>	<b>1177</b>				
Não		1,0		1,0	
Sim		2,1 (1,3-3,6)		<b>2,0 (1,2-3,3)</b>	
<b>Alt. do sono (2)</b>	<b>1177</b>				
Não		1,0		1,0	
Sim		1,7 (1,1-2,6)		1,0 (0,6-1,7)	
<b>Tristeza (2)</b>	<b>1175</b>				
Não		1,0		1,0	
Sim		2,5 (1,6-3,8)		1,6 (0,9-2,6)	
<b>Satisfação com a vida (2)</b>	<b>1179</b>				
Sim		1,0		1,0	
Não		2,4 (1,6-3,7)		1,6 (1,0-2,7)	

\*Excluídos amarelos e indígenas

Categoria de referência = Autoavaliação boa(Onda 1) - boa(Onda 2)

(1) = variável da Onda 1

(2) = variável da Onda 2

## 4b. Piora entre os homens

	n	Bruta		Ajustada	
		Boa-ruim	Nível I	Nível II	Nível III
		RRR (IC 95%)	Boa-ruim	Boa-ruim	Boa-ruim
		RRR (IC 95%)	RRR (IC 95%)	RRR (IC 95%)	RRR (IC 95%)
<b>SOCIODEMOGRÁFICAS</b>					
<b>Raça/cor (1)</b>	<b>982</b>				
Branca		1,0	1,0		
Preta/parda		2,6 (1,7-4,0)	1,6 (1,0-2,6)		
<b>Escolaridade (1)</b>	<b>1046</b>				
≥ Superior		1,0	1,0	1,0	1,0
≤ Médio		3,4 (2,2-5,1)	2,5 (1,5-4,1)	3,4 (2,3-5,2)	<b>3,4 (2,1-5,4)</b>
<b>CONTEXTO FAMILIAR E SOCIAL</b>					
<b>União conjugal</b>	<b>1046</b>				
Casado		1,0		1,0	
Não casado		1,4 (0,8-2,4)		1,6 (1,0-2,8)	
<b>CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>					
<b>Ativ. física no lazer (1)</b>	<b>1040</b>				
Sim		1,0			1,0
Não		2,2 (1,4-3,3)			<b>2,1 (1,3-3,3)</b>
<b>Morbidade crônica (1)</b>	<b>1037</b>				
Uma ou nenhuma		1,0			1,0
Mais de uma		1,9 (1,2-2,9)			1,3 (0,8-2,1)
<b>Med para diabetes (1)</b>	<b>757</b>				
Não		1,0			1,0
Sim		1,8 (1,1-3,0)			<b>2,0 (1,2-3,4)</b>
<b>Cansaço</b>	<b>1042</b>				
Não		1,0			1,0
Sim		2,5 (1,6-3,8)			<b>2,1 (1,4-3,4)</b>
<b>Alt. do sono (2)</b>	<b>1039</b>				
Não		1,0			1,0
Sim		1,8 (1,2-2,7)			1,6 (1,0-2,5)
<b>Tristeza (2)</b>	<b>1041</b>				
Não		1,0			1,0
Sim		1,7 (1,1-2,6)			1,0 (0,6-1,7)
<b>Satisfação com a vida (2)</b>	<b>1042</b>				
Sim		1,0			1,0
Não		2,4 (1,5-3,7)			<b>2,5 (1,5-3,9)</b>

\*Excluídos amarelos e indígenas

Categoria de referência = Autoavaliação boa(Onda 1) - boa(Onda 2)

(1) = variável da Onda 1

(2) = variável da Onda 2

Gráfico 1a. Modelo final da análise hierarquizada por regressão logística dos preditores de melhora na Autoavaliação da Saúde entre a Onda 1(2008-2010) e a Onda 2 (2012-2014) por mulheres e homens do ELSA-Brasil

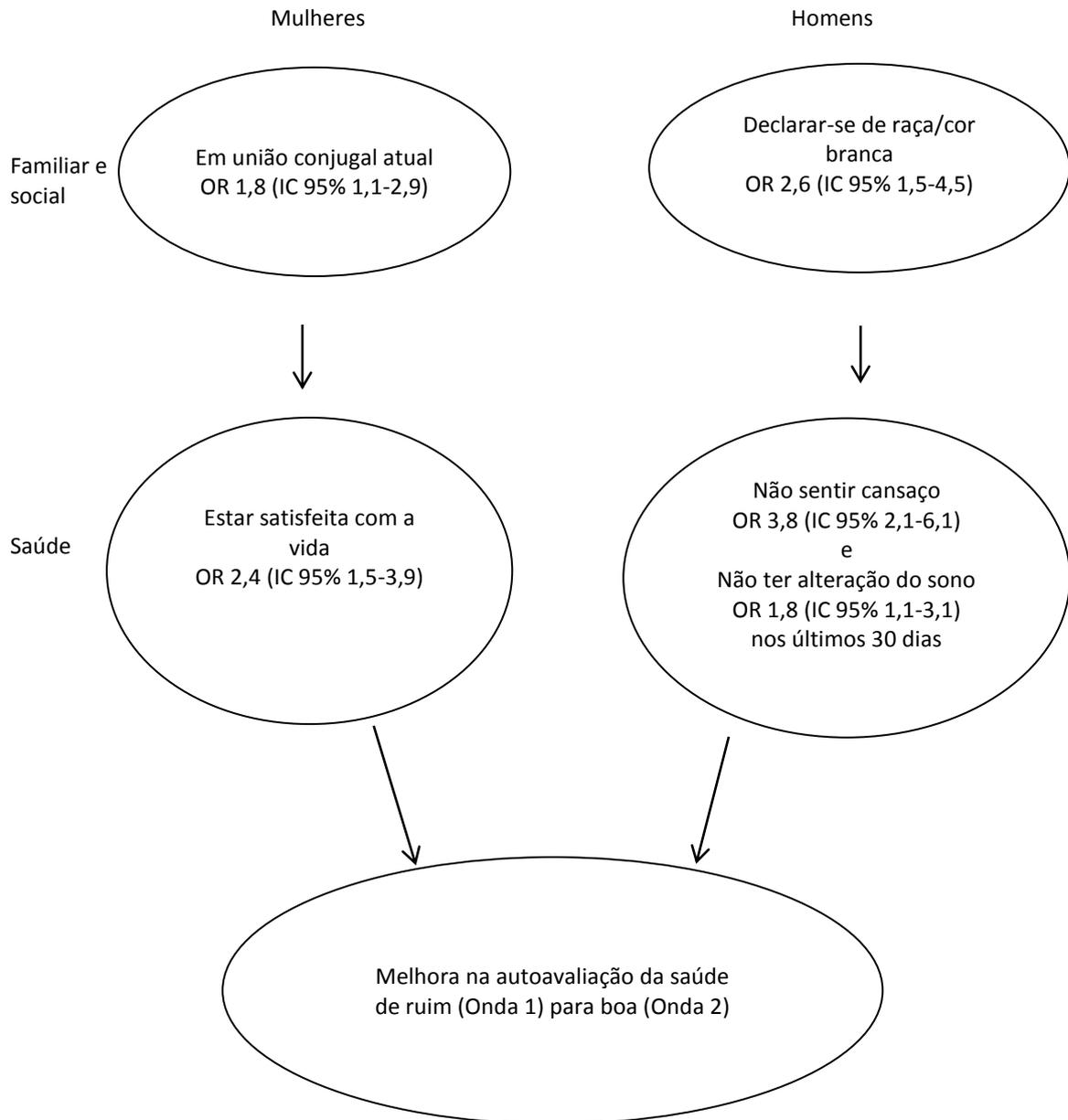
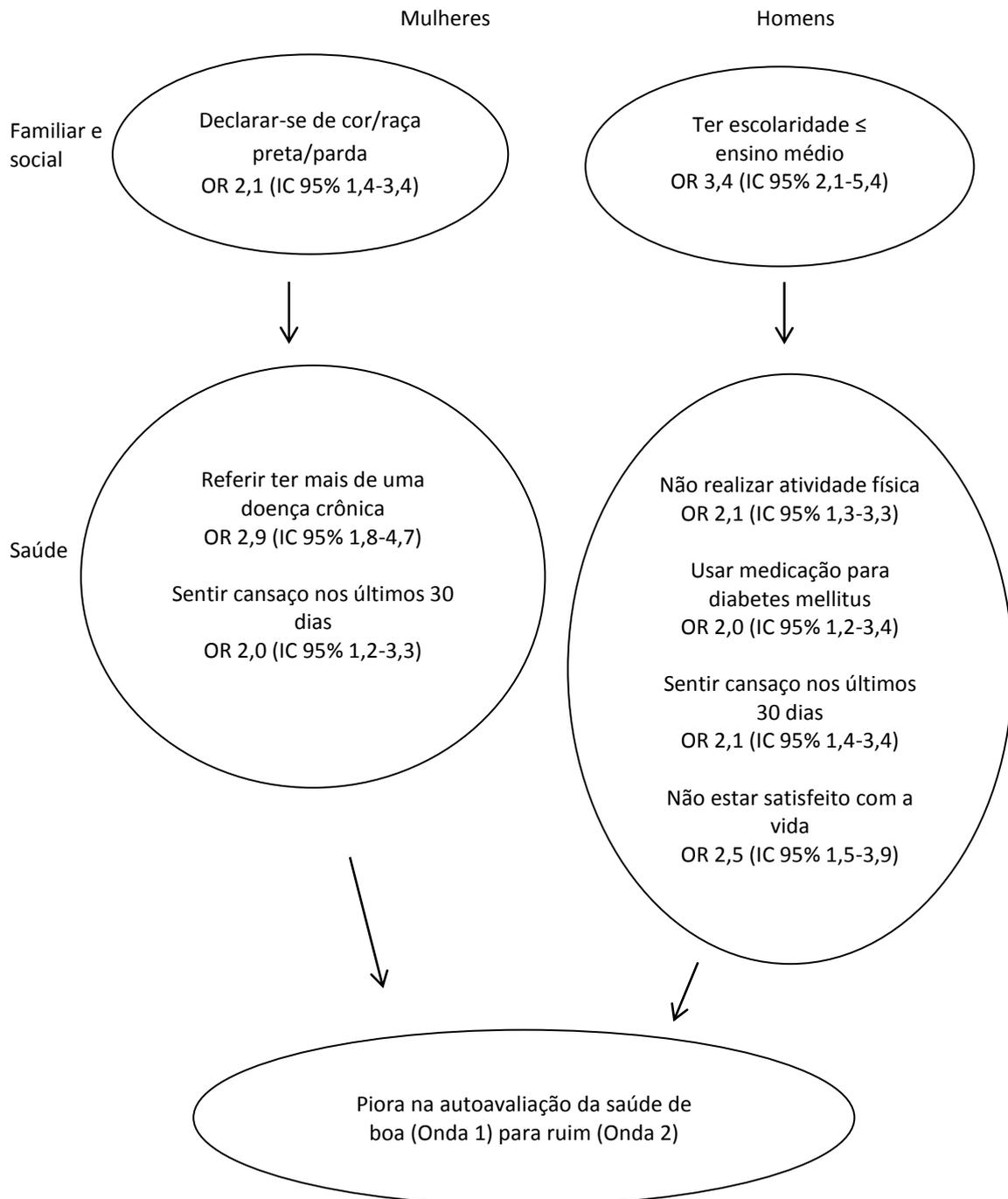


Gráfico 1b. Modelo final da análise hierarquizada por regressão logística dos preditores de piora na Autoavaliação da Saúde entre a Onda 1(2008-2010) e a Onda 2 (2012-2014) por mulheres e homens do ELSA-Brasil



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecer traz desafios, tanto do ponto de vista individual quanto populacional, que vêm se modificando ao longo dos anos. O declínio fisiológico das capacidades funcional e cognitiva, o impacto das perdas socioeconômicas e familiares, e das condições de saúde nesta fase da vida, fazem pensar no envelhecimento como uma “doença”.

Mudanças sociais e culturais nas concepções sobre o envelhecimento trouxeram outras perspectivas de abordagem, as quais se refletem, inclusive, na nomenclatura adotada, “velhos” passando a “idosos” e a “velhice” mudando para “terceira idade”. Contudo, essa mudança de termos tem sido criticada porque reforça o preconceito de que o velho é um ser descartável e a velhice uma situação ruim, precisando ser renomeada para se tornar positiva ou mais “palatável”.

Entretanto também pode ser visto de uma forma positiva, ao definir o envelhecimento como mais uma fase da vida, que pode ter uma maior duração se considerarmos que, em países como o Brasil, ele começa ao 60 anos e, em virtude das mudanças na expectativa de vida, tem alcançado idades mais avançadas, chegando e mesmo ultrapassando os 100 anos.

Neste processo de transformação, várias denominações têm sido dadas ao envelhecimento, e aquela que parece melhor traduzi-lo, é a de envelhecimento “eficaz ou compensatório”, onde as pessoas aprendem a conviver com as modificações adquiridas ao longo da vida e são capazes de se adaptar a elas, sentindo-se satisfeitos com a vida.

Mais importante do que nomear o envelhecimento, é compreender que a pessoa que envelhece almeja ter mais anos vividos em qualidade.

Para que isto seja possível, é preciso situar as diferentes trajetórias que conduzem à velhice. Qual o papel das experiências sociais, econômicas, físicas e emocionais, positivas e negativas, neste processo? A ideia de trajetória é portanto crucial para entender os diferentes estados de saúde nesta etapa da vida.

Como já foi reiterado em vários momentos desta tese, a autoavaliação da saúde é a percepção que o indivíduo tem de sua saúde, levando em consideração dimensões como o

bem estar físico e psicológico, assim como a satisfação com a vida e a qualidade de vida. A maneira como mulheres e homens vivenciam as diferenças biológicas, sociais e comportamentais vão influenciar em como eles envelhecem e avaliam sua saúde.

Ao início dessa pesquisa, a revisão da literatura permitiu constatar que, apesar de ser um tema muito investigado, havia lacunas ao estudar a autoavaliação da saúde, tais como as diferenças entre mulheres e homens de um país de média renda, marcado por desigualdades sociais, como o Brasil. Ou ainda, qual a influência de saber-se portador de doenças crônicas sobre ela, e quais os preditores de mudanças ao longo do tempo.

Os resultados desta pesquisa mostraram que as mulheres e os homens com 60 anos ou mais, ao contrário de outros estudos, não só avaliaram sua saúde de maneira positiva na linha de base, mas também apresentaram melhora nessa avaliação após quatro anos. Mas isso não ocorreu de modo uniforme e o gênero, a raça e a posição social (aqui mensurada pela escolaridade) definiram não apenas diferenças conjunturais, mas influíram no percurso ao longo do tempo.

A ausência ou menor número de morbidades crônicas teve um papel preponderante para uma melhor avaliação da saúde, o que reforça a importância da prevenção e controle dessas doenças mesmo antes de envelhecer. Todavia, esse resultado, assim como achados semelhantes na literatura, ainda deixa em aberto a questão se essa influência é somente pela presença ou ausência dessas ou se a presença de sintomas, independente de serem provocados pelas doenças referidas impactariam na avaliação.

No presente estudo, houve confirmação da associação do relato de morbidades crônicas com uma avaliação negativa da saúde, mesmo após ajuste para raça, escolaridade, atividade física e presença de sintomas. Mas, a hipótese de uma modificação de efeito diante de uma maior ou menor presença de sintomas, não foi confirmada.

Por outro lado, a ausência ou presença de sintomas, como sensação de cansaço e alteração do sono, foram associados a melhora ou piora da autoavaliação entre as ondas para os homens e mulheres, respectivamente. Isso reforça a necessidade de perseguir a investigação do papel dos sintomas na autoavaliação da saúde.

O comprometimento da capacidade funcional provocada por algumas das morbidades crônicas investigadas pode ter influência sobre a avaliação da saúde, mas estes dados só estarão disponíveis nas próximas ondas, o que, apesar de limitar a investigação atual, lançará novos conhecimento em análises futuras.

Diferentes dimensões do capital social se associaram à autoavaliação positiva da saúde, só que de maneira diferente para mulheres e homens. Enquanto elas tiveram melhor avaliação da saúde quando contavam com alto apoio social e não eram cuidadoras de pessoas com necessidades especiais, para eles o que se destacou foi a maior coesão social na vizinhança, ou seja, fatores ligados à vida pública.

O ELSA-Brasil é o maior estudo longitudinal sobre saúde de adultos na América Latina, mas por sua coorte ser formada por voluntários, os resultados devem ser generalizados com cautela. Por outro lado, é uma coorte formada por mulheres e homens, com alto nível de escolaridade e com estabilidade no emprego, que está envelhecendo e vivenciando as mudanças de seus papéis na sociedade. Estas características abrem um leque de perspectivas para estudos mais aprofundados sobre a autoavaliação da saúde, mas também para abordar outras questões relacionadas ao envelhecimento.

Os conhecimentos gerados pela presente pesquisa se somam ao que já foi produzido no Brasil e em contextos semelhantes, ao trazer novas explicações sobre as diferenças e as semelhanças entre mulheres e homens idosos, quanto ao modo como avaliam sua saúde e vivenciam o envelhecimento. Espera-se que essas contribuições e as perguntas geradas a partir delas instiguem futuras investigações e sejam úteis para uma melhor abordagem clínica de pessoas idosas, bem como para orientar ações de saúde pública, com mais benefícios para a assistência à saúde, e a melhoria da qualidade de vida desta população.

## REFERÊNCIAS

- ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO. 4.ed. - São Paulo, SP., p. 188, 2016.
- ALVES, LC; RODRIGUES, RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2005;17(5/6);333–41.
- AQUINO, E. M. ET AL. Brazilian Longitudinal Study of Adult health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. **American Journal Epidemiology**. v. 175, n. 4, p. 315–324, 2012.
- AQUINO, Estela M L et al. Recrutamento de participantes no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 2, p. 10–18, June. 2013.
- AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice M. S.; AMOEDO, Marúcia B.. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 195–202, June 1992.
- AQUINO, Estela M L. et al. Aspectos éticos em estudos longitudinais : o caso do ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 2, p. 19–26, June 2013.
- ARAÚJO, LF; CARVALHO, V. et al. Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. **Revista de Humanidade**, v. 6, n. 13, p. 228–236, 2005.
- BARRETO, Sandhi Maria; FIGUEIREDO, Roberta Carvalho de. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Rev. Saúde Publica**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 38–47, Nov. 2009.
- BARROS, Marilisia Berti de Azevedo et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 27–37, Nov. 2009.
- BATTINI, Elissa; MACIEL, Evelise Martinelli; FINATO, Mariza da Silva Santos. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. **Estud. psicol (Campinas)**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 455–462, Dec. 2006.
- BELO, I. Velhice e mulher: vulnerabilidades e conquistas. **Rev Feminismos da UFBA**, v. 1, n. 3, p. 1–20, Set-Dez. 2013.
- BELON, A P.; LIMA, M G.; BARROS, M B A. Gender differences in healthy life expectancy among Brazilian elderly. **Health Qual Life Outcomes**, v. 12, n. 1, p. 88, Jun 2014.
- BENSENOR, Isabela M. et al. Rotinas de organização de exames e entrevistas no centro de investigação ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 2, p. 37–47, June 2013.
- BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; NERI, Anita Liberalesso. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 4, p. 769–780, Apr. 2012 .
- BORIM, Flávia Silva Arbex et al. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 714–722, Oct. 2014.
- BRITTO DA MOTTA, A. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, n. 13, p. 191–221, 1999.
- CAETANO, Silvana Costa. Associação entre Rede e Apoio Social com Auto-Avaliação da Saúde em Idosos Residentes do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 92 f. Dissertação Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2012.
- CAETANO, S C; SILVA, C M; VETTORE, M V. Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. **BMC Geriatrics**, v. 13, n. 1, p. 122, Nov. 2013.
- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão e. Como vive o idoso brasileiro? In A. A. Camarano (org), Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60? **IPEA**,

Rio de Janeiro, v. 1, p. 25–73, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. **IPEA**, Brasília, 30p, Out. 2009.

CAMARANO, Ana Amélia. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35–63, Dec. 2003.

CAMPOS, A C V. et al. Gender differences in predictors of self-rated health among older adults in Brazil and Chile. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 365, Apr. 2015.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI:

Problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184–200, Apr. 1997.

CHANG, H Y.; CHIOU, C J; CHEN, N S. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. **Arch Gerontol Geriatrics**, v. 50, n. 3, p. 267–271, May-June 2010.

CHEMAITELLY, H. et al. The role of gender in the association of social capital, social support, and economic security with self-rated health among older adults in deprived communities in Beirut. **Quality of Life Research**, v. 22, n. 6, p. 1371–1379, Aug 2013.

CHOR, Dóra et al. Questionário do ELSA-Brasil: desafios na elaboração de instrumento multidimensional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, suppl 2, p. 27–36, June 2013.

CONFORTIN, Susana Cararo et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1049–1060, May 2015.

COSTA, E F A; MONEGO, E T. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA (AGA). **Revista da UFG**, Goiás, v. 5, n. 2, p. 11–15, Dez 2003.

CRAIGS, C L et al. Understanding causal associations between self-rated health and personal relationships in older adults: A review of evidence from longitudinal studies. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 59, n. 2, p. 211–226, Sep-Oct 2014.

CRIMMINS, EM; KIM, JK, SOLÉ-AURÓ A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. **Eur J Public Health**, v. 21, n. 1, p. 81–91, Feb 2010.

CULLATI, S. et al. Factors of change and cumulative factors in self-rated health trajectories: A systematic review. **Advances in Life Course Research**, v. 19, n. 1, p. 14–27, Mar 2014.

CUMMINGS, J. L. Race, Gender, and SES Disparities in Self-Assessed Health, 1974-2004. **Research on Aging**, v. 30, n. 2, p. 137–168, Mar 2008.

CURB, J D et al. Effective Aging. Meeting the Challenge of Growing Older. **J Am Geriatr Soc.**, v. 38, n. 7, p. 827–828, Jul 1990.

DACHS, J. Norberto W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil : análise dos dados da PNAD / 1998. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641–657, 2002.

DEBERT, G. G. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: DEBERT, G. G., org. Antropologia e velhice. **Textos Didáticos**, Campinas, IFCH/INICAMP, p. 7–30, 1994.

DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: Velhice ou terceira idade?: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. **Fundação Getúlio Vargas**, p. 49–67, 1998.

DEBERT, G. G. A reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: **EDUSP, Ed. da Universidad de São Paulo**, 1999.

DEEG, D J; KRIEGSMAN, D M. Concepts of self-rated health: specifying the gender difference in mortality risk. **Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 376–386; discussion 372–375, 2003.

DESALVO, K B et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. **J Gen internMed**, v. 21, n. 3, p. 267–275, Mar 2006.

DIENER, E. et al. The Satisfaction with Life Scale. **J Pers Assess**, v. 49, n. 1, p. 71–75, Feb 1985.

- DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, suppl.1, p. 126–134, Dec. 2012.
- ENKVIST, Å.; EKSTRÖM, H.; ELMSTÅHL, S. What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? **Arch Gerontol Geriatric**, v. 54, n. 1, p. 140–145, Jan-Feb. 2012.
- ENSRUD, K. E. et al. Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women. **Arch Intern Med**, v. 168, n. 4, p. 382–389, Feb. 2008.
- FEDELI, Ligia G et al. Logística de coleta e transporte de material biológico e organização do laboratório central no ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, suppl 2, p. 63–71, June 2013.
- FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes et al. As diferenças de gênero na velhice. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 422–427, Aug. 2007.
- FONSECA, Maria das Graças Uchôa Penido et al. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 159–165, Feb. 2010.
- FRENCH, D J et al. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 649, Aug. 2012.
- FRENCH, D J; SARGENT-COX, K; LUSZCZ, M A. Correlates of Subjective Health Across the Aging Lifespan. **J Aging Health**, v. 24, n. 8, p. 1449–1469, Dec. 2012.
- GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso Social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123–133, Jan. 2012.
- GIRÓN P. Determinants of self-rated health in Spain: Differences by age groups for adults. **Eur J Public Health**, v. 22, n. 1, p. 36–40, Feb. 2010.
- GIRON P. Time Trends in Self-Rated Health and Disability in Older Spanish People: Differences by Gender and Age. **Iran J Public Health**, v. 45, n. 3, p. 289–296, Mar. 2016.
- GRIEP, Rosane Härter et al. Capital social no ELSA-Brasil: confiabilidade teste-reteste do Resource Generator scale. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, suppl. 2, p. 131–139, June 2013.
- GUERRA, Ana Carolina Lima Cavaletti; CALDAS, Célia Pereira. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2931–2940, Sept. 2010.
- GUERRA, Henrique L. et al. The Bambuí Health and Aging Study ( BHAS): factors associated with hospitalization of the elderly Projeto Bambuí: fatores associados a internações hospitalares entre idosos na comunidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1345–1356, Dec. 2001.
- GUIMARAES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. CUIDADO E CUIDADORAS: O TRABALHO DE CARE NO BRASIL, FRANÇA E JAPÃO. **Sociol. Antropol.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 151–180, June 2011.
- GUNASEKARA, F. I.; CARTER, K.; BLAKELY, T. Comparing self-rated health and self-assessed change in health in a longitudinal survey: Which is more valid? **Soc Sci Med**, v. 74, n. 7, p. 1117–1124, Apr. 2012.
- HARDY, MA.; ACCIAI, F.; REYES, AM. How health conditions translate into self-ratings: a comparative study of older adults across Europe. **J Health Soc Behav**, v. 55, n. 3, p. 320–341, Sep. 2014.
- HIRATA, Helena. "Trabalho doméstico: uma servidão “voluntária”?" In. T. Godinho e M. L. da Silveira (orgs.), Políticas públicas e igualdade de gênero. São Paulo, **Cadernos da Coordenadoria Especial da Mulher**, v. 8, 188p. 2004
- IBGE. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: **IBGE**, 137p, 2015.

- IDLER, E L. Age differences in self-assessments of health: age changes, cohort differences, or survivorship? **J Gerontol**, v. 48, n. 6, p. S289–300, Nov. 1993.
- IDLER, E. L. Discussion: Gender Differences in Self-Rated Health, in Mortality, and in the Relationship Between the Two. **Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 372–375, June 2003.
- IDLER, E L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **J Health Social Behav**, v. 38, n. 1, p. 21–37, Mar. 1997.
- JARDIM, Renata; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Auto-relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1120–1129, Dec. 2010.
- JIANG, Y.; HESSER, J E. Patterns of health-related quality of life and patterns associated with health risks among Rhode Island adults. **Health Quality Life Outcomes**, v. 6, p. 49, Jul 2008.
- JOUTSENNIEMI, K. E. et al. Official marital status, cohabiting, and self-rated health - Time trends in Finland, 1978-2001. **Eur J Public Health**, v. 16, n. 5, p. 476–483, Apr 2006.
- JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Soc Sci Med**, v. 69, n. 3, p. 307–316, Aug 2009.
- KAPLAN, G. A.; CAMACHO, T. Perceived Health and Mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. **American Journal of Epidemiology**, Mar. 1983.
- KIM, G. et al. The Relation Between Multiple Informal Caregiving Roles and Subjective Physical and Mental Health Status Among Older Adults: Do Racial/Ethnic Differences Exist? **Gerontologist**, p. 1–10, Jan. 2018.
- KÜCHEMANN, B. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165–180, Apr. 2012.
- LASLETT, P. A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age. London: Ageing and Society, 1991.
- LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil : aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, Editorial Bolina, São Paulo, v. 4, n 017, p. 135–140, 2007.
- LEE, H. L. et al. Factors affecting trajectory patterns of self-rated health (SRH) in an older population-A community-based longitudinal study. **Arch Gerontol Geriatric**, v. 54, n. 3, p. 334–341, May-Jun. 2012.
- LEINONEN, R.; HEIKKINEN, E.; JYLHÄ, M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people - A 5-year longitudinal study. **Soc Sci Med**, v. 52, n. 9, p. 1329–1341, May 2001.
- LESKINEN, R. et al. Determinants of changes in self-rated health among Finnish war veterans: Results from the Veteran Project 1992 and 2004 surveys. **Arch Gerontol Geriatric**, v. 55, n. 2, p. 343–348, Sep-Oct. 2012.
- LIANG, J. et al. How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 60, n. 4, p. S224–32, Jul. 2005.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FIRMO, Josélia O A; UCHOA, Elizabeth. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827–834, Dec. 2004.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FIRMO, Josélia O A; UCHOA, Elizabeth. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 830–839, June 2005.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689–3696, Sept. 2011.
- LIMA-COSTA, M F et al. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the bambu cohort

- study of aging. **American Journal of Epidemiology**, v. 175, n. 3, p. 228–235, Dec. 2011.
- LIMA-COSTA, M F et al. The influence of socioeconomic status on the predictive power of self-rated health for 6-year mortality in English and Brazilian older adults: The ELSA and Bambui cohort studies. **Ann Epidemiol**, v. 22, n. 9, p. 644–648, Sep. 2012.
- LIU, H; UMBERSON D J. The Times They Are a Changin’: Marital Status and Health Differentials from 1972 to 2003. **J Health Soc Behav**, v. 49, n. 3, p. 239–253, Sep. 2008.
- LOPES, Cláudia S.; FAERSTEIN, Eduardo. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: Estudo Pró-Saúde. **Rev. Bras.Psiquiatr**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 126–133, Sept. 2001.
- LOPES, Cláudia S.; FAERSTEIN, Eduardo.; CHOR, Dóra. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713–1720, Dec. 2003.
- MACKENBACH, J P et al. The determinants of excellent health: Different from the determinants of ill-health? **International Journal of Epidemiology**, v. 23, n. 6, p. 1273–1281, Dec. 1994.
- MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (Ipaq): Estupio de Validade e Reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 5–18, 2012.
- MCCULLOUGH, M. E.; LAURENCEAU, J.-P. Gender and the Natural History of Self-Rated Health: A 59-Year Longitudinal Study. **Health Psychol**, v. 23, n. 6, p. 651–655, Nov. 2004.
- MEIRELES, Adriana Lúcia et al. 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, v. 31, n. Supl. 1, p. 120–135, Nov. 2015.
- MENDES DA COSTA, E. et al. [Analysis of factors influencing self-rated health among older persons: synthesis of the biomedical literature]. **Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil**, v. 11, n. 4, p. 339–50, Dec. 2013.
- MILL, José Geraldo et al. Aferições e exames clínicos realizados nos participantes do ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Publica**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 54–62, June 2013.
- MINAYO, MCS; COIMBRA JÚNIOR, CEA., orgs Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora **FIOCRUZ**, 2002.
- MOLARIUS, A. et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. **Eur J Public Health**, v. 17, n. 2, p. 125–133, Apr. 2007.
- MOLARIUS, A.; JANSON, S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. **J Clin Epidemiol**, v. 55, n. 4, p. 364–370, Apr. 2002.
- MORENO, X et al. Global self-rated health and mortality in older people. **Gac Sanit**, v. 28, n. 3, p. 246–252, May-Jun 2014.
- MOSSEY, J M; SHAPIRO, E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. **Am J Public Health**, v. 72, n. 8, p. 800–8, Aug 1982.
- MYRIAM LINS DE BARROS. Velhice ou terceira idade? : estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 4ª edição ed. Rio de Janeiro: **FGV Editora**, 1998.
- NIELSEN, ABS et al. Change in self-rated general health is associated with perceived illness burden: a 1-year follow up of patients newly diagnosed with type 2 diabetes. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1–11, Apr. 2015.
- NUNES, Ana Paula Nogueira; BARRETO, Sandhi Maria; GONCALVES, Luana Giatti. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 415–28, June 2012.
- NUNES, MA et al. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule- Revised Version) para o português no Estudo Longitudinal De Saúde Do Adulto (ELSA) Cross-

- cultural adaptation of CIS-R (Clinical Interview Schedule-Revised Version) for the portuguese in Longit. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 487–490, 2011.
- OCAMPO, JM. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. **Colombia Medica**, v. 41, n. 3, p. 275–289, May 2010.
- OKSUZYAN, A.; BRØNNUM-HANSEN, H.; JEUNE, B. Gender gap in health expectancy. **Eur J Ageing**, v. 7, n. 4, p. 213–218, 2010.
- OMS. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, v. 1, p. 1–29, 2015.
- PAGOTTO, Valeria; NAKATANI, Adelia Yaeko Kyosen; Silveira, Érica Aparecida. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1593–1602, Aug. 2011.
- PAGOTTO, V; BACHION, MM.; SILVEIRA, EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Pública**, v. 33, n. 4, p. 302–10, 2013.
- PAPALÉO NETO, M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2002. p. 2–12.
- PAVAO, Ana Luiza Braz; WERNECK, Guilherme Loureiro; CAMPOS, Mônica Rodrigues. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723–734, Apr. 2013.
- PINHEIRO JÚNIOR, G. Sobre alguns conceitos e características de velhice e terceira idade: uma abordagem sociológica. **Revista Linhas**, v. 6, n. 1, 2005.
- PINHEIRO, Rejane Sobrinho et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687–707, Mar. 2002.
- RAMOS, Luiz Ramos. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793–797, June 2003.
- RODIN J, McAvay G. Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. **J Gerontol**, v. 47, n. 6, p. 373–84, Nov. 1992.
- RODRIGUES, Cristina Guimarães; MAIA, Alexandre Gori. Como a posição social influencia a auto-avaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 762–774, Apr. 2010.
- ROHLFSEN, LS.; JACOBS Kronenfeld J. Gender differences in trajectories of self-rated health in middle and old age: An examination of differential exposure and differential vulnerability. **J Aging Health**, v. 26, n. 4, p. 637–662, Jun. 2014.
- ROWE, JW; KAHN, RL. Successful Aging. **Gerontologist**, v. 37, n. 4, p. 433–440, Aug. 1997.
- SANTOS, Simone M. et al. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2533–2554, Nov. 2007.
- SANTOS, Simone M et al. Adaptação transcultural e confiabilidade de medidas de características autorreferidas de vizinhança no ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 122–130, June 2013.
- SARGENT-COX, KA; ANSTEY, K J; LUSZCZ, MA. Patterns of Longitudinal Change in Older Adults' Self-Rated Health: The Effect of the Point of Reference. **Health Psychol**, v. 29, n. 2, p. 143–152, Mar. 2010.
- SCHMIDT, MI et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, Jun. 2011.
- SCHMIDT, Maria Inês et al. Strategies and development of quality assurance and control in the ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl 2, p. 105–112, June 2013.

- SCHMIDT, MI et al. Cohort profile: Longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Int J Epidemiol**, v. 44, n. 1, p. 68–75, Feb. 2015.
- SEGOVIA, J; BARTLETT, RF; EDWARDS, AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. **Soc Sci Med**, v. 29, n. 6, p. 761–8, 1989.
- SILVA, Pedro Alcântara da. Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sênior de Portugal Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sênior de Portugal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2387–2400, Nov. 2014.
- SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Terceira idade: Nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 801–815, Mar. 2008a.
- SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155–168, Mar. 2008b.
- SINGH-MANOUX, A. et al. What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, n. 4, p. 364–72, Apr. 2006.
- SONG, M; KONG, EH. Older adults' definitions of health: A metasynthesis. **Int J Nurs Stud**, v. 52, n. 6, p. 1097–1106, Jun. 2015.
- SOUTO, Eester Paiva et al. Validade da estrutura fatorial da escala de capital social utilizada na linha de base no ELSA-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, p. 1–12, 2016.
- SPIERS N; JAGGER C; CLARKE M; ARTHUR A. Are Gender Differences in the Relationship Between Self-Rated Health and Mortality Enduring? Result from Three British Cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. **Gerontologist**, v. 43, n. 3, p. 406–411, Jun. 2003.
- STROOPE, S; BAKER, JO. Whose Moral Community? Religiosity, Secularity, and Self-rated Health across Communal Religious Contexts. **J Health Soc Behav**, p. 002214651875569, Jan. 2018.
- SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis : resultados da Pesquisa Nacional de Saúde , 2013. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v. 18, supl 2, p. 33–44, Dec. 2015.
- TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81–94, Mar. 2008.
- TIGGEMANN, M. Body image across the adult life span: Stability and change. **Body Image**, v. 1, n. 1, p. 29–41, Jan. 2004.
- TOMIOKA, K; KURUMATANI, N; HOSOI, H. Association between the frequency and autonomy of social participation and self-rated health. **Geriatr Gerontol Int**, v. 17, n. 12, p. 2537–2544, Dec. 2017.
- UCHOA, Elizabeth. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849–853, June 2003.
- UNDÉN, AL; ELOFSSON, S. Do different factors explain self-rated health in men and women? **Gend Med**, v. 3, n. 4, p. 295–308, Dec. 2006.
- VAN KAN, G. A. et al. The assessment of frailty in older adults. **Clin Geriatr Med**, v. 26, n. 2, p. 275–286, May 2010.
- VANDERWEELE, TJ. Religion and health in Europe: cultures, countries, context. **Eur J Epidemiol**, v. 32, n. 10, p. 857–861, Oct. 2017.
- VEENSTRA, G. Race, gender, class, and sexual orientation: Intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. **Int J Equity Health**, v. 10, p. 1–11, Jan. 2011.

- VERAS, R. P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: **Relume Dumará**, 1994.
- VERROPOULOU, G. Key elements composing self-rated health in older adults: A comparative study of 11 European countries. **Eur J Ageing**, v. 6, n. 3, p. 213–226, Aug. 2009.
- VERROPOULOU, G. Determinants of change in self-rated health among older adults in Europe: A longitudinal perspective based on SHARE data. **Eur J Ageing**, v. 9, n. 4, p. 305–318, Jul 2012.
- WANG, JICHUAN; WANG, Xiaoqian. Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus. New York: **John Wiley**: Wiley Series in Probability and Statistics, 478p, Oct. 2012.
- WHARTON, Amy S. The sociology of gender: An introduction to theory and reserch. Second ed., 2009.
- WHITE, AM. et al. Social support and self-reported health status of older adults in the United States. **Am J Public Health**, v. 99, n. 10, p. 1872–1878, Oct. 2009.
- WOODS, NF et al. Aging Well: Observations From the Women’s Health Initiative Study. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 71 Suppl 1, n. 1, p. S3–S12, MAR. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health, p. 176, 2010.
- YAO, L; ROBERT, SA. The Contributions of Race, Individual Socioeconomic Status, and Neighborhood Socioeconomic Context on the Self-Rated Health Trajectories and Mortality of Older Adults. **Research on Aging**, v. 30, n. 2, p. 251–273, Mar. 2008.
- <http://www.datasus.gov.br/idb>
- <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>
- <http://www.ipaq.ki.se>. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms. [www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se), n. November, p. 1–15, 2005.