

Artigo Original

Associação entre autopercepção de saúde, marcadores de alimentação e estado nutricional: inquérito Vigitel do estado de São Paulo

Luciane Simões Duarte^[1] , Aline Yukari Kurihayashi^[2] , Adriana Bouças Ribeiro^[1] , Marco Antonio de Moraes^[1] , Mirian Matsura Shirassu^[1] 

^[1]Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis | Centro de Vigilância Epidemiológica | Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado de Saúde. São Paulo-SP, Brasil.

^[2]Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição Josué de Castro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Autor para correspondência

Luciane Simões Duarte

E-mail: lucianeduarte@alumni.usp.br

Instituição: DDCNT | CVE | CCD/SES-SP

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, nº 351, 6º andar. Cerqueira César. CEP: 01246-000. São Paulo-SP, Brasil.

Associação entre autopercepção de saúde, marcadores de alimentação e estado nutricional: inquérito Vigitel do estado de São Paulo

Duarte LS, Kurihayashi AY, Ribeiro AB, Moraes MA, Shirassu MM

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de autopercepção de saúde em adultos (18 a 59 anos) e pessoas idosas (≥ 60 anos) do estado de São Paulo e analisar a associação entre autopercepção negativa de saúde e marcadores de padrões de alimentação saudável e não saudável e estado nutricional.

Métodos: Estudo transversal com 8.420 indivíduos (4.723 adultos e 3.697 pessoas idosas) do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 2020 do estado de São Paulo. A autopercepção de saúde foi categorizada em positiva e negativa. Foram considerados marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação e estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal. Utilizou-se regressão logística, com nível de significância de 5%.

Resultados: No total, 74,2% e 25,8% relataram autopercepção positiva e negativa, respectivamente. A autopercepção negativa foi superior entre pessoas idosas do que entre adultos (34,9% vs. 23,4%, $p < 0,001$). Adultos que consumiram regularmente frutas e hortaliças (OR=0,5; IC 95%:0,3-0,7) e cinco ou mais grupos de alimentos minimamente processados (OR=0,7; IC 95%:0,5-0,9) tinham menor chance de autopercepção negativa, mas os que consumiram refrigerantes cinco ou mais dias da semana (OR=1,4; IC 95%:1,0-1,9) tinham maior chance de autopercepção negativa. Adultos obesos apresentaram maior chance de autopercepção negativa (OR=1,9; IC 95%:1,4-2,5). Entre as pessoas idosas, nenhuma variável permaneceu associada à autopercepção negativa. **Conclusões:** Considerável percentual de adultos e de pessoas idosas relatou autopercepção negativa, e os fatores associados foram distintos entre esses grupos populacionais. Recomenda-se a realização de análises estratificadas que considerem as particularidades das faixas etárias.

PALAVRAS-CHAVE: Autoimagem, adulto, idoso, dieta, estado nutricional.

ABSTRACT

Objective: To assess prevalence of self-perception of health in adults (18 to 59 years) and older people (≥ 60 years) in the state of São Paulo; and to analyze the association between negative self-perception of health and markers of healthy and unhealthy eating patterns and nutritional status. **Methods:** Cross-sectional study with 8,420 individuals (4,723 adults and 3,697 elderly people) from the Surveillance System of Risk and Protection Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (Vigitel) 2020 of the state of São Paulo. Self-perception of health was categorized as positive and negative. We considered markers of healthy and unhealthy eating patterns, and nutritional status according to Body Mass Index. Logistic regression was used, with a 5% significance level. **Results:** Overall, 74.2% and 25.8% reported positive and negative self-perception, respectively. Negative self-perception was higher among elderly people than among adults (34.9% vs. 23.4%, $p < 0.001$). Adults who regularly

consumed fruits and vegetables (OR=0.5; 95%CI:0.3-0.7) and five or more minimally processed food groups (OR=0.7; 95%CI:0.5-0.9) had a lower chance of negative self-perception, but those who consumed soft drinks five or more days a week (OR=1.4; 95%CI:1.0-1.9) had a higher chance of negative self-perception. Obese adults had a greater chance of negative self-perception (OR=1.9; 95%CI:1.4-2.5). Among older people, no variable remained associated with negative self-perception. **Conclusions:** Significant percentual of adults and elderly people reported negative self-perception, and the associated factors were distinct between these groups. It is recommended stratified analyses that consider the particularities of the age groups.

KEYWORDS: Self-concept, adult, aged, diet, nutritional status.

INTRODUÇÃO

A autopercepção de saúde é um indicador do estado de saúde bastante utilizado em inquéritos populacionais e que tem se mostrado como um bom preditor de mortalidade.¹⁻³ Além disso, esse indicador é influenciado por aspectos biológicos, mentais, sociais e funcionais do indivíduo, incluindo crenças pessoais e culturais, e comportamentos de saúde. Isso, por sua vez, poderia ser considerado uma limitação, porém permite identificar a influência desses aspectos na saúde e na percepção do indivíduo sobre sua própria saúde.⁴

Aspectos demográficos e sociais têm se relacionado à autopercepção de saúde e apontam as diferenças e as necessidades em saúde entre os grupos populacionais. Em relação aos aspectos demográficos, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) para a capital São Paulo em 2019 apontou que as pessoas com 75 anos ou mais relataram maiores percentuais de autopercepção de saúde ruim ou muito ruim (13,5%) em comparação com as pessoas de 18 a 29 anos de idade (1,4%); também ocorreu diferença entre pessoas dos sexos masculino e feminino: as mulheres apresentaram maiores percentuais de autopercepção de saúde ruim ou muito ruim (7,1%) em comparação com os homens (4,3%). Quanto aos aspectos sociais, a PNS para a capital São Paulo em 2019 mostrou diferença para o grau de escolaridade, pois as pessoas com ensino fundamental incompleto relataram maiores percentuais de autopercepção de saúde ruim ou muito ruim (11,6%) em relação às pessoas com nível superior de ensino (1,6%). Essas diferenças demográficas e sociais também ocorreram nas outras capitais brasileiras.⁵

Ademais, tem sido observada associação da autopercepção de saúde com aspectos relativos à saúde. Há evidências de que a autopercepção de saúde negativa está associada à presença de

diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis,⁶ prática insuficiente de atividade física^{6,7} e diminuição do consumo de frutas e hortaliças.⁷

Os estudos nacionais e internacionais desenvolvidos para analisar essas associações são, em grande parte, de delineamento transversal;^{8,9} portanto, o conhecimento sobre a causalidade dessas associações ainda é incipiente. Dessa forma, não se sabe ao certo se foram os comportamentos de saúde que conduziram à autopercepção de saúde negativa ou se foi o contrário. De qualquer forma, para o alcance das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis,¹⁰ é preciso considerar a autopercepção de saúde, bem como as associações com os aspectos de saúde, como padrões de alimentação e estado nutricional. Dessa forma, o profissional de saúde promoverá, na sua integralidade, a alimentação saudável e a atividade física.

Investigar a autopercepção de saúde e essas associações torna-se ainda mais relevante no ano de 2020, o qual foi marcado pela pandemia de COVID-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2, pois estudo nacional conduzido para avaliar os fatores que afetaram a autopercepção de saúde dos brasileiros durante pandemia de COVID-19 apontou que 29,4% relataram piora do estado de saúde nesse período.¹¹ Assim, o presente estudo, que avaliou dados do inquérito do estado de São Paulo sobre Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) em 2020, teve como objetivos avaliar a prevalência de autopercepção de saúde em adultos (18 a 59 anos) e pessoas idosas (≥60 anos) do estado de São Paulo e analisar a associação entre autopercepção negativa de saúde e os marcadores de padrões de alimentação saudável e não saudável e o estado nutricional.

MÉTODOS

Delineamento, população e amostra

Estudo transversal de base populacional com 8.420 indivíduos (4.723 adultos de 18 a 59 anos e 3.697 pessoas idosas com mais de 60 anos) residentes no estado de São Paulo, Brasil. Os dados foram obtidos com base em amostras probabilísticas da população adulta a partir do cadastro de, pelo menos, uma linha telefônica fixa, e coletados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) em 2020 do estado de São Paulo (Vigitel-SP). O projeto Vigitel foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (CAAE: 65610017.1.0000.0008).

Os procedimentos de amostragem empregados pelo Vigitel-SP consideraram tanto o estado de São Paulo como as 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).¹²

Estabeleceu-se um tamanho amostral mínimo de 8.500 indivíduos, cerca de 500 indivíduos em cada uma das 17 RRAS. Assim, a frequência de todos os indicadores estudados pelo Vigitel apresenta erro máximo de um ponto percentual para mais ou para menos no estado de São Paulo, e de quatro pontos percentuais para mais ou para menos nas 17 RRAS.¹²

A amostragem consistiu em três etapas. Na primeira etapa, foi realizado o sorteio sistemático e estratificado por código de endereçamento postal (CEP) de cerca de 10.000 endereços por RRAS, e foi utilizado o cadastro de endereços para fins estatísticos do Censo 2010. Nesses endereços sorteados, foi avaliado um número de linha telefônica no guia de assinantes da principal empresa de telefonia fixa que serve o estado de São Paulo, e foram obtidas 5.000 linhas telefônicas em cada RRAS. Na segunda etapa, as linhas foram novamente sorteadas e divididas em réplicas de 100 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por CEP da amostra. Na terceira etapa, houve o sorteio de um dos adultos residentes no domicílio correspondente à linha sorteada. Essa etapa foi executada após a identificação, dentre as linhas sorteadas, daquelas que eram elegíveis para o sistema. Não foram consideradas elegíveis para o sistema as linhas que: correspondiam a empresas, não mais existiam ou se encontravam fora de serviço, além das linhas que não responderam a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondiam a domicílios fechados.¹²

O Vigitel permite inferências para a população adulta que reside em domicílios cobertos pela rede de telefonia fixa, já que a amostra de adultos entrevistados foi extraída de um cadastro de linhas telefônicas residenciais. Sabe-se que a cobertura dessa rede não é universal, sendo, portanto, necessária a utilização de fatores de ponderação para compensar esse viés.¹²

Inicialmente, dois fatores foram considerados para atribuir peso a cada indivíduo entrevistado. O primeiro fator corrige a maior chance de indivíduos de domicílios com mais de uma linha telefônica terem de ser selecionados para a amostra. O segundo fator corrige a menor chance de indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas terem de ser selecionados para a amostra. O produto desses dois fatores fornece um peso amostral que permite a obtenção de estimativas confiáveis para a população adulta com telefone.¹²

O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado é denominado peso pós-estratificação e objetiva a inferência estatística dos resultados alcançados no estudo com a composição sociodemográfica estimada da população de adultos com telefone em cada RRAS do estado. Para

tanto, as variáveis consideradas na composição sociodemográfica da população total e da população com telefone foram: sexo (feminino e masculino), faixa etária (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65 e mais anos de idade) e nível de instrução (sem instrução ou fundamental incompleto, fundamental completo ou médio incompleto, médio completo ou superior incompleto e superior completo).¹²

O peso pós-estratificação de cada indivíduo da amostra foi calculado pelo método 'rake'^{13,14} utilizando o pacote SURVWGT do programa Stata.¹⁵ Esse método considera diferentes comparações de estimativas da distribuição de cada variável sociodemográfica. A distribuição estimada das variáveis idade e sexo foi obtida na Fundação SEADE segundo cada município. A escolaridade foi calculada a partir de projeções dos Censos Demográficos de 2000 e 2010, considerando a variação anual média (taxa geométrica) no período intercensitário para o grupo de municípios da Grande São Paulo, São Paulo Capital e demais municípios.¹²

O peso pós-estratificação foi empregado para gerar estimativas para o conjunto do estado de São Paulo e para cada uma das RRAS.

Procedimento e coleta de dados

A coleta de dados do inquérito Vigitel-SP ocorreu entre fevereiro e dezembro de 2020. Nesse período, foram realizadas ligações para 61.500 linhas telefônicas distribuídas em 615 réplicas, sendo 11.893 linhas elegíveis. Ao final, foram completadas 8.537 entrevistas, o que indica uma taxa de sucesso do sistema de 71,8%. A equipe responsável pelas entrevistas recebeu treinamento prévio e foi supervisionada durante a operação por pesquisadores do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo (NUPENS/USP).¹²

O questionário do Vigitel inclui aproximadamente 94 questões, que são divididas em módulos: características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos, padrão de alimentação e atividade física, peso e altura referidos, morbidade referida, autopercepção do estado de saúde, dentre outros assuntos.¹²

A variável dependente foi a autopercepção de saúde, a qual foi avaliada segundo a pergunta "O(A) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde como?" O entrevistado poderia escolher as seguintes respostas: muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim ou não sabe/não quis informar. As respostas foram agrupadas em duas categorias: (0) autopercepção positiva – "muito boa" e "boa", e (1) autopercepção negativa – "regular", "ruim" e "muito ruim". A resposta "não sabe/não quis informar" foi classificada como perda no estudo.

As variáveis independentes principais ou covariáveis foram os marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação e o estado nutricional. Os marcadores de padrões de alimentação saudável representam indicadores de saúde positivos, pois, quanto maior sua magnitude, melhor o estado de saúde dos indivíduos. Esses marcadores seguiram a metodologia do Vigitel e foram incluídos no estudo: consumo de frutas e hortaliças regularmente (cinco ou mais dias da semana); consumo de frutas e hortaliças conforme recomendado (cinco porções diárias); consumo de feijão (cinco ou mais dias da semana); e consumo de grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas no dia anterior à entrevista (de cinco ou mais grupos). Os marcadores de padrões de alimentação não saudável representam indicadores de saúde negativos, porque, quanto maior sua magnitude, pior o estado de saúde dos indivíduos. Esses marcadores também seguiram a metodologia do Vigitel e foram avaliados o consumo de refrigerantes (cinco ou mais dias da semana) e o consumo de grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista (cinco ou mais grupos). O estado nutricional foi avaliado segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autorreferidos. Para adultos (18 a 59 anos), IMC <18,5 Kg/m² foi classificado como baixo peso; IMC ≥18,5 e <25 Kg/m², como peso adequado; IMC ≥25 e <30 Kg/m², como sobrepeso; e IMC ≥30 Kg/m², como obesidade (Brasil, 2011). Para pessoas idosas (≥60 anos), IMC ≤22 Kg/m² foi classificado como baixo peso; IMC >22 e <27 Kg/m², como adequado; e IMC ≥27 Kg/m², como obesidade.¹⁶

As variáveis independentes foram idade (faixas etárias [18-29, 30-39, 40-49, 50-59, ≥60]), escolaridade (≤8, 9-11, ≥12), estado civil (casado [casado ou união estável], solteiro [solteiro, viúvo, divorciado/separado]) e número de comorbidades autorreferidas (0, 1, ≥2). As comorbidades autorreferidas foram hipertensão arterial, diabetes mellitus e depressão.

Análise estatística

Os dados foram analisados pelo *software* Stata versão 15 (StataCorp., CollegeStation, EUA), utilizando-se o comando *survey* que considera os fatores de ponderação e o caráter complexo da amostra. Foram estimadas prevalências de autopercepção de saúde e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo as variáveis independentes mencionadas. Para testar a associação entre prevalência de autopercepção de saúde e as variáveis independentes, foi utilizado o teste de Qui-quadrado. A seguir, foi utilizada regressão logística univariada e múltipla para avaliar associação dos marcadores padrão da alimentação saudável e não saudáveis e do estado nutricional com autopercepção negativa de saúde, por meio do odds ratio (OR) e do IC95%. Na análise de regressão logística múltipla, as variáveis foram inseridas simultaneamente no modelo. Nível de significância de 5% foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Foram entrevistados 8.537 indivíduos, porém 117 não souberam ou não quiseram informar a autopercepção de saúde e foram classificados como perdas para o estudo. Assim, a amostra final foi 8.420. Desse total, 5.590 classificaram sua autopercepção de saúde como positiva (1.532 “muito boa” e 4.458 “boa”) e 2.430 como negativa (2.069 “regular”, 271 “ruim” e 90 “muito ruim”) ([Tabela 1](#)).

[A Tabela 1](#) apresenta a caracterização da amostra e a associação da autopercepção de saúde com as variáveis sociodemográficas, marcadores de padrões de alimentação e estado nutricional para o total da população entrevistada. A amostra foi composta por indivíduos com idade média de 44 anos (dp=16,8), escolaridade média de 10,2 anos (dp=4,5), a maioria era do sexo feminino (52,0%), casada (52,0%) e não relatou comorbidades (62,3%). Sobre os marcadores de padrões de alimentação saudável, a maioria não consumia frutas e hortaliças regularmente (64,5%) e nem conforme o recomendado (73,8%), não consumia cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados (69,8%), mas consumia feijão em cinco ou mais dias da semana (63,3%). Para os marcadores de padrões de alimentação não saudável, a maior parte não consumia refrigerantes em cinco ou mais dias da semana (81,7%) e não consumia cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados (81,0%). Em relação ao estado nutricional referido na população adulta, devido ao baixo percentual (2,0%) de adultos com baixo peso, essa categoria foi analisada em conjunto com o peso adequado (dados não apresentados em Tabela). A quantidade de adultos com baixo peso/peso adequado e sobrepeso referidos apresentou valores próximos (41,0% e 36,9%, respectivamente). Para os idosos, o estado nutricional referido com maior destaque foi o sobrepeso (46,5%).

A autopercepção negativa de saúde foi relatada por indivíduos do sexo feminino (30,7%), idosos (34,9%), com tempo de escolaridade menor ou igual a oito anos (34,2%), solteiros (28,3%) e com duas ou mais comorbidades (54,2%). Além disso, a autopercepção negativa de saúde foi reportada por indivíduos que referiram não consumir os marcadores de alimentação saudável: não consumiam frutas e hortaliças regularmente (28,1%) nem conforme o recomendado (27,4%), não consumiam feijão em cinco ou mais dias da semana (27,4%) e não consumiam cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados (27,1%). Por outro lado, para os marcadores de padrões de alimentação não saudável, a autopercepção negativa de saúde foi referida pela maioria dos indivíduos que consumiam refrigerantes em cinco ou mais dias da semana (29,8%), mas não pela maioria dos que consumiam cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados (23,8%). A autopercepção negativa de saúde foi referida por indivíduos adultos com obesidade (37,4%) e por pessoas idosas com baixo peso (36,2%) ([Tabela 1](#)).

Tabela 1. Caracterização da amostra e a associação da autopercepção de saúde com as variáveis sociodemográficas, marcadores de padrões de alimentação e estado nutricional para o total da população entrevistada. Vigitel do estado de São Paulo, 2020.

Variável	Total (=8.420)		Autopercepção de saúde				p
			Positiva (n=74,2%, 5.990)		Negativa (n=25,8%, 2.430)		
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Sexo							
Masculino	48,0	45,9-50,2	79,6	77,0-81,9	20,4	18,1-23,0	<0,000
Feminino	52,0	49,8-54,1	69,3	66,9-71,5	30,7	28,5-33,1	
Idade em anos: média (dp)							
	44,0 (16,8)		42,8 (16,4)		47,4 (17,7)		
18-29	22,4	20,4-24,4	77,5	73,1-81,3	22,5	18,7-26,9	<0,000
30-39	21,3	19,4-23,4	79,0	74,4-83,0	21,0	17,0-25,5	
40-49	19,5	18,0-21,1	77,4	73,9-80,1	22,6	19,3-26,1	
50-59	15,8	14,4-17,3	71,2	66,8-75,3	28,8	24,7-33,2	
≥60	21,0	19,7-22,2	65,1	62,4-67,6	34,9	32,4-35,6	
Escolaridade em anos: média (dp)							
	10,2 (4,5)		10,6 (4,4)		9,2 (4,6)		
≤8	35,0	32,9-37,2	65,8	63,3-69,1	34,2	30,9-67,7	<0,000
9-11	35,9	34,0-37,8	77,2	74,6-79,6	22,8	20,4-25,4	
≥12	29,1	27,3-31,0	80,7	77,3-83,7	19,3	16,3-22,7	
Estado civil							
Casado	52,0	50,1-54,2	76,4	73,9-78,7	23,6	21,3-26,1	0,008
Solteiro	48,0	45,8-49,9	71,7	69,3-74,1	28,3	25,9-30,7	
Número de comorbidades							
0	62,3	60,3-64,3	82,7	80,6-84,6	17,3	15,4-19,4	<0,000
1	28,4	26,5-30,3	64,9	61,3-68,4	35,1	31,6-38,7	
≥2	9,3	8,4-10,2	45,8	41,0-50,6	54,2	49,4-59,0	
Consumo de frutas e hortaliças regularmente							
Não	64,5	62,5-66,5	71,9	69,7-74,0	28,1	26,0-30,3	<0,000
Sim	35,5	33,5-37,5	78,4	75,5-81,1	21,6	18,9-24,5	
Consumo de frutas e hortaliças conforme recomendado							
Não	73,8	71,9-75,7	72,6	70,6-74,6	27,4	25,4-29,4	0,005
Sim	26,2	24,3-28,0	78,7	74,9-82,0	21,3	18,0-25,1	
Consumo de feijão em cinco ou mais dias da semana							
Não	36,7	34,7-38,8	72,6	69,6-75,5	27,4	24,5-30,4	0,170
Sim	63,3	61,2-65,3	75,1	73,0-77,2	24,9	22,8-27,0	

Associação entre autopercepção de saúde, marcadores de alimentação e estado nutricional: inquérito Vigitel do estado de São Paulo

Duarte LS, Kurihayashi AY, Ribeiro AB, Moraes MA, Shirassu MM

Variável	Total (=8.420)		Autopercepção de saúde				p
			Positiva (n=74,2%, 5.990)		Negativa (n=25,8%, 2.430)		
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas no dia anterior à entrevista							
Não	69,8	67,9-71,6	71,9	69,7-74,0	27,1	26,0-30,3	<0,000
Sim	30,2	28,4-32,1	79,5	76,7-82,1	20,5	17,9-23,3	
Consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana							
Não	81,7	79,9-83,3	75,1	73,2-76,9	24,9	23,1-26,8	0,037
Sim	18,3	16,7-20,1	70,2	65,6-74,4	29,8	25,6-34,4	
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista							
Não	81,0	79,2-82,7	73,7	71,8-75,6	26,3	24,4-28,2	0,289
Sim	19,0	17,3-20,8	76,2	71,9-80,0	23,8	20,0-27,5	
Estado nutricional para adultos							
Baixo peso e peso adequado	41,0	38,4-45,6	81,2	77,8-84,1	18,8	15,8-22,2	<0,000
Sobrepeso	36,9	34,5-39,4	80,0	76,7-83,0	20,0	17,0-23,3	
Obesidade	22,1	20,3-24,1	62,6	58,0-66,9	37,4	33,1-42,0	
Estado nutricional para pessoas idosas							
Peso adequado	34,3	31,8-36,9	66,3	61,7-70,5	33,7	29,5-38,3	0,793
Baixo peso	19,2	17,1-21,6	63,8	57,1-70,1	36,2	29,9-42,9	
Sobrepeso	46,5	43,7-49,2	64,7	60,9-68,3	35,3	31,7-39,1	

A [Tabela 2](#) apresenta a associação entre autopercepção de saúde e variáveis demográficas, marcadores de padrões de alimentação saudável e não saudável e estado nutricional segundo população de adultos. Autopercepção negativa de saúde foi referida por mais indivíduos do sexo feminino (29,1%), com escolaridade menor ou igual a oito anos (30,0%), solteiros (26,5%), com duas ou mais comorbidades (58,3%) e que não relataram consumo de frutas e hortaliças regularmente (25,5%) ou de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados (25,4%), mas que relataram consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana (28,1%) e que apresentaram estado nutricional referido de obesidade (37,4%).

Em relação às pessoas idosas, a autopercepção negativa de saúde foi referida em mais indivíduos do sexo feminino (36,1%), com escolaridade menor ou igual a oito anos (40,0%), com duas ou mais comorbidades (50,8%) e que não relataram consumo de frutas e hortaliças regularmente (39,8%) nem conforme recomendado (38,3%), ou de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados (38,4%) ([Tabela 3](#)).

Tabela 2. Associação entre autopercepção de saúde e variáveis demográficas, marcadores de padrões de alimentação saudável e não saudável e estado nutricional segundo população de adultos. Vigitel do estado de São Paulo, 2020.

Variável	Autopercepção de saúde Adultos (18 a 59 anos)				p
	Positiva (n=3.584, 76,6%)		Negativa (n=1.139, 23,4%)		
	%	IC95%	%	IC95%	
Sexo					
Masculino	82,5	79,5-85,1	17,5	14,9-20,5	<0,000
Feminino	70,9	68,0-73,6	29,1	36,4-32,0	
Escolaridade em anos					
≤8	70,0	64,6-74,9	30,0	25,1-35,4	0,001
9-11	77,6	74,8-80,1	22,4	19,9-25,2	
≥12	80,6	76,9-83,9	19,4	16,1-23,1	
Estado civil					
Casado	79,2	76,3-81,9	20,8	18,1-23,7	0,006
Solteiro	73,5	70,4-76,4	26,5	23,6-29,5	
Número de comorbidades					
0	83,0	80,6-85,1	17,0	14,9-19,4	<0,000
1	66,3	61,4-70,8	33,7	29,2-38,6	
≥2	41,7	33,6-50,2	58,3	49,8-66,4	
Consumo de frutas e hortaliças regularmente					
Não	74,5	72,0-77,0	25,5	23,0-28,0	0,006
Sim	80,8	77,1-84,0	19,2	16,0-22,9	
Consumo de frutas e hortaliças conforme recomendado					
Não	75,4	73,0-77,6	24,6	22,4-27,0	0,063
Sim	80,3	75,6-84,3	19,7	15,7-24,4	
Consumo de feijão em cinco ou mais dias da semana					
Não	74,5	70,9-77,8	24,5	22,1-29,1	0,121
Sim	77,9	75,3-80,3	22,1	19,7-24,7	
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas no dia anterior à entrevista					
Não	74,6	71,9-77,0	25,4	23,0-28,1	0,001
Sim	81,6	78,1-84,6	18,4	15,4-21,9	
Consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana					
Não	77,8	75,5-80,0	22,2	20,0-24,5	0,024
Sim	71,9	66,8-76,5	28,1	23,4-33,2	

Associação entre autopercepção de saúde, marcadores de alimentação e estado nutricional: inquérito Vigitel do estado de São Paulo

Duarte LS, Kurihayashi AY, Ribeiro AB, Moraes MA, Shirassu MM

Variável	Autopercepção de saúde Adultos (18 a 59 anos)				p
	Positiva (n=3.584, 76,6%)		Negativa (n=1.139, 23,4%)		
	%	IC95%	%	IC95%	
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista					
Não	76,4	74,0-78,7	23,6	21,3-26,0	0,691
Sim	77,4	72,8-81,5	22,6	18,5-27,2	
Estado nutricional para adultos					
Baixo peso e peso adequado	81,2	77,8-84,1	18,8	15,8-22,2	<0,000
Sobrepeso	80,0	76,7-83,0	20,0	17,0-23,3	
Obesidade	76,6	58,0-66,9	37,4	33,1-42,0	
Estado nutricional para pessoas idosas					
Peso adequado					
Baixo peso					
Sobrepeso					

Tabela 3. Associação entre autopercepção de saúde e variáveis demográficas, marcadores de padrões de alimentação saudável e não saudável e estado nutricional segundo população de pessoas idosas. Vigitel do estado de São Paulo, 2020.

Variável	Autopercepção de saúde Pessoas idosas (60 anos e mais)				p
	Positiva (n=2.406, 65,1%)		Negativa (n=1.291, 34,9%)		
	%	IC95%	%	IC95%	
Sexo					
Masculino	66,7	62,2-70,8	33,3	29,2-37,8	0,322
Feminino	63,9	60,6-67,1	36,1	32,9-39,4	
Escolaridade em anos					
≤8	60,0	56,6-63,3	40,0	36,7-43,4	<0,000
9-11	73,1	67,8-77,8	26,9	22,2-32,1	
≥12	81,3	75,6-85,9	18,7	14,1-24,4	
Estado civil					
Casado	64,0	59,9-67,8	36,0	32,2-40,1	0,467
Solteiro	65,9	62,3-69,3	34,1	30,7-37,7	

Variável	Autopercepção de saúde				
	Pessoas idosas (60 anos e mais)				
	Positiva (n=2.406, 65,1%)		Negativa (n=1.291, 34,9%)		p
	%	IC95%	%	IC95%	
Número de comorbidades					
0	80,4	76,7-83,6	19,6	16,4-23,3	<0,000
1	62,1	57,5-66,4	37,9	33,6-42,5	
≥2	49,2	43,9-54,5	50,8	45,5-56,1	
Consumo de frutas e hortaliças regularmente					
Não	60,2	56,5-63,7	39,8	36,2-43,5	<0,000
Sim	71,5	67,6-75,0	28,5	25,0-32,3	
Consumo de frutas e hortaliças conforme recomendado					
Não	61,7	58,6-64,8	38,3	35,2-41,4	<0,000
Sim	73,2	68,2-77,7	26,8	22,3-31,7	
Consumo de feijão em cinco ou mais dias da semana					
Não	65,6	61,1-69,8	34,4	30,1-38,9	0,759
Sim	64,7	61,4-67,9	35,3	32,1-38,5	
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas no dia anterior à entrevista					
Não	61,6	58,2-64,8	38,4	35,2-41,8	<0,000
Sim	72,4	68,3-76,1	27,6	23,8-31,6	
Consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana					
Não	65,8	63,1-68,5	34,2	31,5-36,9	0,148
Sim	59,3	50,5-67,6	40,7	32,4-49,5	
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista					
Não	65,2	63,4-67,8	34,8	32,1-37,6	0,785
Sim	64,0	55,6-71,6	36,0	28,4-44,4	
Estado nutricional para adultos					
Baixo peso e peso adequado					
Sobrepeso					
Obesidade					
Estado nutricional para pessoas idosas					
Peso adequado	66,3	61,7-70,5	33,7	29,5-38,3	0,793
Baixo peso	63,8	57,1-70,1	36,2	29,9-42,9	
Sobrepeso	64,7	60,9-68,3	35,3	31,7-39,1	

Associação entre autopercepção de saúde, marcadores de alimentação e estado nutricional: inquérito Vigitel do estado de São Paulo

Duarte LS, Kurihayashi AY, Ribeiro AB, Moraes MA, Shirassu MM

A [Tabela 4](#) destaca a autopercepção negativa de saúde segundo as variáveis sociodemográficas, marcadores de padrão de alimentação saudável e não saudável e estado nutricional na população de adultos. A análise univariada mostrou as variáveis associadas ($p < 0,05$): consumo de frutas e hortaliças regularmente, consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados, consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana e a categoria obesidade do estado nutricional. Verificou-se, na análise univariada, que os indicadores de saúde positivos foram fatores de proteção para a autopercepção negativa de saúde e os indicadores de saúde negativos foram fatores de risco. No modelo final de regressão logística múltipla ajustado para sexo, escolaridade, estado civil e número de comorbidades, essas mesmas variáveis permaneceram associadas. Adultos que referiram consumo de frutas e hortaliças regularmente apresentaram menor chance de autopercepção negativa de saúde (OR=0,5; IC 95%:0,3-0,7) em comparação com os adultos que não relataram consumo regular de frutas e hortaliças. Adultos que referiram consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados apresentaram menor chance de autopercepção negativa de saúde (OR=0,7; IC 95%:0,5-0,9) em comparação com os adultos que consumiam cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados. Enquanto adultos que referiram consumo de refrigerantes cinco ou mais dias da semana apresentaram maior chance de autopercepção negativa de saúde (OR=1,9; IC 95%:1,4-2,5) em comparação com os adultos que não consumiam refrigerantes cinco ou mais dias da semana. Em relação ao estado nutricional, adultos classificados com obesidade referida apresentaram maior chance de autopercepção negativa de saúde (OR=1,8; IC 95%:1,4-2,5).

Tabela 4. Regressão logística da autopercepção negativa de saúde na população de adultos. Vigitel do estado de São Paulo, 2020.

Variável	Autopercepção negativa de saúde em adultos (18 a 59 anos)					
	Análise univariada			Análise múltipla*		
	OR ^{bruto}	IC95%	p	OR ^{ajustado}	IC95%	p
Consumo de frutas e hortaliças regularmente						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,7	0,5-0,9	0,006	0,5	0,3-0,7	<0,000
Consumo de frutas e hortaliças conforme recomendado						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,7	0,6-1,0	0,064	1,4	0,9-2,2	0,132
Consumo de feijão em cinco ou mais dias da semana						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,8	0,7-1,0	0,121	0,9	0,7-1,1	0,326

Associação entre autopercepção de saúde, marcadores de alimentação e estado nutricional: inquérito Vigitel do estado de São Paulo

Duarte LS, Kurihayashi AY, Ribeiro AB, Moraes MA, Shirassu MM

Variável	Autopercepção negativa de saúde em adultos (18 a 59 anos)					
	Análise univariada			Análise múltipla*		
	OR ^{bruto}	IC95%	p	OR ^{ajustado}	IC95%	p
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas no dia anterior à entrevista						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,6	0,5-0,8	0,002	0,7	0,5-0,9	0,049
Consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	1,4	1,1-1,8	0,025	1,4	1,0-1,9	0,022
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	1,0	0,7-1,2	0,691	1,0	0,7-1,3	0,890
Estado nutricional						
Baixo peso e peso adequado	1,0	-	-	1,0	-	-
Sobrepeso	1,1	0,4-1,4	0,620	1,0	0,7-1,4	0,915
Obesidade	2,6	1,9-3,4	<0,000	1,9	1,4-2,5	<0,000

*Modelo ajustado para sexo, escolaridade, estado civil e número de comorbidades.

A [Tabela 5](#) destaca a autopercepção negativa de saúde segundo as variáveis sociodemográficas, marcadores de padrão de alimentação saudável e não saudável e estado nutricional na população de pessoas idosas. A análise univariada mostrou as variáveis associadas ($p < 0,05$): consumo de frutas e hortaliças regularmente e conforme recomendado e consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados. No modelo final de regressão logística múltipla ajustado para sexo, escolaridade e número de comorbidades, nenhuma variável permaneceu associada a autopercepção negativa de saúde.

Tabela 5. Regressão logística da autopercepção negativa de saúde na população de pessoas idosas. Vigitel do estado de São Paulo, 2020.

Variável	Autopercepção negativa de saúde em pessoas idosas (60 anos e mais)					
	Análise simples			Análise múltipla*		
	OR bruto	IC95%	p	OR ajustado	IC95%	p
Consumo de frutas e hortaliças regularmente						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,6	0,5-0,8	<0,000	0,9	0,6-1,2	0,380
Consumo de frutas e hortaliças conforme recomendado						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,6	0,4-0,8	<0,000	0,9	0,6-1,2	0,409
Consumo de feijão em cinco ou mais dias da semana						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	1,0	0,8-1,3	0,759	0,9	0,7-1,2	0,697
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas no dia anterior à entrevista						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	0,6	0,5-0,8	<0,000	0,8	0,6-1,0	0,106
Consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	1,3	0,9-1,9	0,149	1,3	0,9-2,0	0,127
Consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista						
Não	1,0	-	-	1,0	-	-
Sim	1,0	0,7-1,5	0,786	1,1	0,7-1,6	0,726
Estado nutricional						
Peso adequado	1,0	-	-	1,0	-	-
Baixo peso	1,1	0,8-1,6	0,543	1,1	0,8-1,6	0,538
Sobrepeso	1,1	0,8-1,4	0,587	0,8	0,6-1,1	0,124

*Modelo ajustado para sexo, escolaridade e número de comorbidades.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de autopercepção de saúde em adultos (18 a 59 anos) e pessoas idosas (≥ 60 anos) do estado de São Paulo e analisar a associação entre autopercepção negativa de saúde e os marcadores de padrões de alimentação saudável e não saudável e o estado nutricional. Verificou-se que cerca de um quarto dos entrevistados tiveram uma autopercepção negativa

de saúde, sendo essa prevalência maior em pessoas idosas. Os fatores associados à autopercepção negativa foram diferentes entre a população de adultos e a de pessoas idosas.

Para os adultos, a autopercepção negativa associou-se, tanto na análise univariada quanto no modelo final ajustado, com consumo de refrigerantes, consumo irregular de frutas e hortaliças, consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados e obesidade. Porém, para as pessoas idosas, as associações foram presentes apenas na análise univariada.

Inquérito domiciliar nacional realizado em 2008 denominado Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades (PDSO) e que avaliou adultos e idosos apontou, para o total da amostra, prevalência de autopercepção negativa de saúde de cerca de 40%.¹⁷ Contudo, esse valor foi diferente entre os grupos etários e foi verificado aumento da prevalência de autopercepção de saúde com o aumento da idade, sendo 20,3% para os adultos até 39 anos de idade, 44,3% para os adultos entre 40 e 64 anos de idade e, a maior prevalência, 62,2% para as pessoas idosas.¹⁷ Além disso, o estudo mostrou que as regiões Sudeste e Centro-Oeste tiveram as menores prevalências, cerca de 35%, de autopercepção negativa de saúde.¹⁷

Outros inquéritos nacionais mais recentes apontaram resultados distintos daqueles do estudo PDSO de 2008. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS 2019) mostra que 5,8% dos brasileiros com 15 anos ou mais de idade referiram autopercepção negativa de saúde, sendo que a capital São Paulo apresentou prevalência um pouco menor, 4,4%.⁵ O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) realizado em 2020 em âmbito nacional mostrou resultados da autopercepção de saúde discretamente inferiores aos da PNS de 2019. No Vigitel 2020 nacional, 4,5% dos adultos de 18 anos ou mais de idade relataram autopercepção negativa de saúde, sendo esse valor superior na capital São Paulo, 5,0%.¹⁸

Especificamente entre os idosos, revisão sistemática da literatura sobre autopercepção de saúde na população idosa brasileira mostrou uma elevada variação nas prevalências de autopercepção negativa de saúde, de 12,6% até 51,9%, sendo a maior prevalência proveniente do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), realizado no município de São Paulo em 2005.¹⁹ Ainda na região Sudeste, no município de Montes Claros, em Minas Gerais, pesquisa realizada em um serviço de referência de saúde para as pessoas idosas mostrou que 60,5% dos idosos apresentaram autopercepção negativa de saúde.²⁰

Ressalta-se a acentuada variação na forma de avaliação da autopercepção de saúde entre os estudos. Revisão sistemática desenvolvida por Pagotto *et al.* (2013) discute três pontos dessa discrepância. O primeiro diz respeito ao questionário, já que alguns estudos possuem quatro e outros, cinco categorias de respostas para a pergunta autopercepção de saúde. O segundo refere-se

às categorias utilizadas, que não são totalmente discordantes, mas também não são iguais, e que variam entre os estudos; são elas: “excelente”, “muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim”, e “muito ruim”. O terceiro e último ponto é sobre a forma de análise, ou seja, como essas categorias serão agrupadas para a construção da variável autopercepção de saúde, que pode ter duas categorias (variável dicotômica) ou três. Ainda no terceiro ponto, para os estudos que avaliam a autopercepção de saúde de forma dicotômica, a categoria “razoável” ora é agrupada entre as opções de respostas positivas (bom, muito bom), ora entre as negativas (ruim, muito ruim).¹⁹

Assim, essa falta de padronização de respostas e de análises dificulta a comparação das prevalências entre os estudos. Entretanto, é possível observar que esta pesquisa apresenta prevalências coerentes com outros estudos,^{6,7,17,19,20} quando comparada aos inquéritos nacionais da PNS (2019) e do Vigitel (2020), os quais avaliaram a categoria “regular” junto com a autopercepção positiva de saúde. No presente estudo, a inclusão das subcategorias “regular”, “ruim” e “muito ruim” na categoria de autopercepção negativa foi definida por ser verificada em vários estudos.^{6,7,17,19,20,21} De toda forma, destaca-se que não é objetivo desta pesquisa comparar a prevalência de autopercepção negativa de saúde observada com a de outros.

Uma vez que aspectos socioeconômicos, como estado civil e escolaridade, e biológicos, como número de comorbidades, foram associados a autopercepção de saúde nas análises univariadas, essas características foram consideradas como variáveis de ajuste no modelo múltiplo de regressão. Autopercepção negativa de saúde foi relatada por indivíduos que não tinham companheiro,^{7,22} e talvez a explicação para isso seja tanto social, ou seja, a presença de um companheiro proporciona benefícios à saúde dos indivíduos, quanto de seleção biológica, isto é, as pessoas que encontram companheiros já eram mais saudáveis do que aquelas que não encontram.²³

Em relação à escolaridade, a literatura também aponta a associação com autopercepção negativa de saúde,^{6,8,21} e a justificativa para essa associação talvez seja o gradiente social em saúde, fruto das iniquidades socioeconômicas. Assim, quanto mais elevado o nível de escolaridade, melhores serão as chances de gozar de boa saúde e de uma vida mais longa.²⁴ O número de comorbidades também foi relacionado com autopercepção negativa de saúde, pois a presença de múltiplas doenças pode levar a limitações na capacidade funcional e, por conseguinte, os indivíduos relacionam essa incapacidade com uma autopercepção negativa de saúde.^{6,8,21,25}

No que diz respeito aos marcadores de padrões de alimentação saudável e não saudável, a literatura aponta associação da autopercepção de saúde com o consumo de frutas e hortaliças. Por exemplo, estudo longitudinal prospectivo, com indivíduos de 40 anos ou mais de idade e residentes na região Sul do país, verificou que a diminuição no consumo de frutas e hortaliças foi fator de risco

para a incidência de autopercepção negativa de saúde (RR=1,95; IC95% 1,15-3,28); ao passo que essa mesma diminuição no consumo de frutas e hortaliças ao longo dos anos foi fator de proteção para a incidência de autopercepção positiva de saúde (RR = 0,51; IC95%: 0,29-0,90).² Em relação aos demais padrões de comportamentos de alimentação, consumo de alimentos minimamente processados e refrigerantes, devido à escassez de literatura sobre o assunto, a interpretação sobre a associação com autopercepção negativa de saúde é questionável, sendo recomendado que se façam mais estudos.

Especificamente entre as pessoas idosas, a literatura não tem mostrado associação da autopercepção de saúde com os marcadores de padrões de alimentação. Pagotto (2013), em revisão sistemática, mostrou que os aspectos predominantemente associados a autopercepção negativa de saúde são referentes a características biológicas como: presença de doenças, número de medicamentos em uso, internações, consultas médicas, dificuldade/incapacidade para atividades da vida diária, presença de sintomas depressivos e de ansiedade e queixa de insônia; e à característica social de renda familiar/domiciliar mensal.

Acerca do estado nutricional, a literatura não mostra associação com autopercepção de saúde tanto em adultos quanto em pessoas idosas. Da mesma forma que o consumo de alimentos minimamente ultraprocessados e refrigerantes, a falta de estudos dificulta comparações. Talvez essa associação entre estado nutricional e autopercepção de saúde seja mediada por aspectos mais abrangentes, como atividade física e satisfação com a imagem corporal,²⁶ o que necessitaria de estudos que analisassem esses outros fatores.

Este estudo tem algumas limitações. Primeiro, o desenho transversal da pesquisa excluiu quaisquer conclusões sobre a direção da causalidade. Segundo, os dados foram baseados em autorrelatos e, portanto, sujeitos a um viés de memória. Terceiro, embora as análises tenham sido controladas para covariáveis importantes como idade, estado civil, escolaridade e número de comorbidades, a possibilidade de confusão residual por variáveis não mensuráveis é plausível. No entanto, o estudo apresenta como pontos fortes a utilização de uma amostra de base populacional e representativa do estado de São Paulo; a utilização de método e questionário já reconhecido e validado pelo Vigitel Nacional, o qual é aplicado desde 2006 em todas as capitais brasileiras; a realização de análises estatísticas estratificadas para a população de adultos e de pessoas idosas; e a inclusão de marcadores de padrões de alimentação e do estado nutricional.

As políticas públicas direcionadas às mudanças nos padrões de alimentação e à promoção da atividade física precisam agir além dos exames laboratoriais, conhecido como avaliação da saúde “testada”, e da análise clínica, conhecida como avaliação da saúde “observada”.²⁷ Assim, é preciso

também considerar a saúde “percebida”, que é fundamentada na autopercepção de saúde, ou seja, nos conhecimentos e nas crenças pessoais de cada indivíduo.¹⁹

CONCLUSÃO

Verifica-se relevante percentual de adultos e pessoas idosas com autopercepção negativa de saúde, e os fatores associados foram distintos entre esses grupos populacionais. Isso demonstra a necessidade de análises estratificadas que considerem as particularidades dos indivíduos, uma vez que a autopercepção de saúde representa valores e pensamentos distintos entre as faixas etárias, além de assistência à saúde que considere autopercepção de adultos e pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Benyamini Y. Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists. *Psychol Health*. 2011; 26(11):1407-13.
2. Wuorela M, Lavonius S, Salminen M, Vahlberg T, Viitanen M, Viikari L. Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: a prospective study with a 5-, 10-, and 27-year follow-up. *BMC Geriatr*. 2020; 20:120.
3. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J. Gen. Intern. Med*. 2006; 21(3):267-75.
4. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc. Sci. Med*. 2009; 69(3):307-16.
5. Fundação Oswaldo Cruz [homepage na internet]. Painel de Indicadores de Saúde – Pesquisa Nacional de Saúde [acesso em: 8 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>
6. Lindemann IL, Reis NR, Mintem GC, Mendoza-Sassi RA. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciê. Saúde Coletiva* 2019; 24(1): 45-52.
7. Andrade GF, Loch MR, Silva AMR. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(4):e00151418.

8. Gomes MMF, Paixão LAR, Faustino AM, Cruz RCS, Moura LBA. Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. *Acta Paul Enferm.* 2021; 34:eAPE02851.
9. Sargent-Cox K, Cherbuin N, Morris L, Butterworth P, Anstey KJ. The effect of health behavior change on self-rated health across the adult life course: a longitudinal cohort study. *Prev. Med.* 2014; 58:75-80.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
11. Szwarcwald CL, Damacena GN, Barros MBA, Malta DC, Souza Júnior PRB, Azevedo LO et al. Factors affecting Brazilians' self-rated health during the COVID-19 pandemic. *Cad. Saúde Pública.* 2021 30;37(3):e00182720.
12. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo [inquérito na internet]. VIGITEL São Paulo 2020 – Vigilância de Fatores de Risco ou Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico no Estado de São Paulo. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco ou proteção para doenças crônicas no estado de São Paulo em 2020. [acesso em: 8 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/documentos-tecnicos>
13. Graham, K. Compensating for missing survey data. Institute for Social Research, The University of Michigan. Michigan: Ann Arbor, 1983.
14. Bernal RTI. Inquéritos por telefone: inferências válidas em regiões com baixa taxa de cobertura de linhas residenciais. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública – USP]. São Paulo, 2011 [acesso em: 8 ago. 2021]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-09092011-120701/pt-br.php>
15. Nick Winter, 2002. "SURVWGT: Stata module to create and manipulate survey weights", Statistical Software Components S427503, Boston College Department of Economics, revised 11 Feb 2018.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
17. Pavão, Ana Luiza Braz, Werneck, Guilherme Loureiro e 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.* 2013; 29(4): 723-34.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e

proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

19. Pagotto, Valeria; Bachion, Maria Márcia; Silveira, Erika Aparecida da. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(4): 302-10.
20. Carneiro, Jair Almeida et al. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2020; 25(3):909-18.
21. Zanesco C, Bordin D, Santos CB, Müller EV, Fadel CB. Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2018; 21(3):283-92.
22. Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escribà-Agüir V, Cascant L. Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Soc Sci Med*. 2011;72(4):600-7.
23. von der Lippe E, Rattay P. Association of partner, parental, and employment statuses with self-rated health among German women and men. *SSM – population health* 2016; 2:390-8.
24. Vincens N, Emmelin M, Stafström M. Social capital, income inequality and the social gradient in self-rated health in Latin America: A fixed effects analysis. *Soc Sci Med*. 2018; 196:115-22.
25. Vaz C, Andrade AC, Silva U, et al. Physical Disorders and Poor Self-Rated Health in Adults Living in Four Latin American Cities: A Multilevel Approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):8956.
26. Condello G, Capranica L, Stager J, et al. Physical Activity and Health Perception in Aging: Do Body Mass and Satisfaction Matter? A Three-Path Mediated Link. *PLoS One*. 2016;11(9):e0160805.
27. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, World Health Organization [boletim na internet]. 2002 Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. [acesso em: 8 ago. 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42439>

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à população do estado de São Paulo que participou da entrevista telefônica, disponibilizando atenção e tempo para responder ao questionário do Vigitel.

Histórico

Recebimento

23/08/2022

Aprovação

21/10/2022

Publicação

29/12/2022

Como citar

Duarte LS, Kurihayashi AY, Ribeiro AB, Moraes MA, Shirassu MM. Associação entre autopercepção de saúde, marcadores de alimentação e estado nutricional: inquérito Vigitel do estado de São Paulo. Bepa [Internet]. 13º de dezembro de 2022 [citado 13º de dezembro de 2022];19. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/38120>

Acesso aberto



Associação entre autopercepção de saúde, marcadores de alimentação e estado nutricional: inquérito Vigitel do estado de São Paulo

Duarte LS, Kurihayashi AY, Ribeiro AB, Moraes MA, Shirassu MM