

Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde

Social relations and self-rated health: The Ageing and Health Project

Resumo

Objetivo: Investigar a associação entre as relações sociais e a autopercepção da saúde em idosos. **Métodos:** Estudo transversal de amostra representativa de idosos cobertos pelo Programa de Saúde da Família e residentes em uma área de alta vulnerabilidade para a saúde em Belo Horizonte, MG. As informações foram obtidas por meio de entrevista estruturada. Idosos que relataram autopercepção ruim ou muito ruim da saúde foram comparados aos demais e os fatores associados foram determinados por meio de regressão logística múltipla. **Resultados:** 363 dos 371 idosos elegíveis participaram do estudo. A autopercepção ruim da saúde foi relatada por 17,1% dos idosos e foi positivamente associada com o número de doenças crônicas e o grau de dificuldade para realizar as atividades de vida diária, apresentando um gradiente dose resposta. Idosos com auto-avaliação negativa dos relacionamentos pessoais e que não podiam contar com alguém caso ficassem acamados tiveram mais chance de autoperceber sua saúde como ruim. Trabalhar foi associado negativamente com a autopercepção ruim da saúde. **Conclusão:** Os resultados encontrados corroboram a estrutura multidimensional da autopercepção da saúde englobando fatores sociodemográficos, aspectos relacionados à saúde e às relações sociais e reforçam o papel dessas últimas sobre a saúde.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Idoso. Autopercepção. Relação social. Suporte social. Envelhecimento.

Ana Paula Nogueira Nunes¹

Sandhi Maria Barreto^{II}

Luana Giatti Gonçalves¹

¹ Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) . Belo Horizonte, MG.

^{II} Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG.

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Parecer do comitê de ética em pesquisa: Protocolo 065/200.

Correspondência: Sandhi Maria Barreto. Av. Alfredo Balena 190, sala 814, Belo Horizonte, MG CEP 30130-100. E-mail: sbarreto@medicina.ufmg.br

Abstract

Objective: To investigate the association between social relationships and self-perceived health in the elderly. **Methods:** cross-sectional study of a representative sample of elderly individuals covered by the Family Health Program and residents in an area of high health vulnerability in Belo Horizonte, MG. Information was obtained through structured interviews. Factors associated with poor or very poor self-perceived health were identified by multiple logistic regression analysis. **Results:** 363 out of 371 eligible elderly participated; 17.1% of elderly self-perceived their health as poor. There was a positive dose-response relationship between poor self-perceived health and the number of chronic diseases and the degree of difficulty to perform daily life activities. Elderly individuals who perceived their personal relationships as bad and who could not count on anyone if they became bedridden were more likely to self-rate their health as poor. Working was negatively associated with self-perceived poor health. **Conclusion:** The results confirm the multidimensional structure of self-perceived health including the issues related to health and social relationships. Our results strengthen the role of social relations on health.

Keywords: Health of the elderly. Elderly. Self-rated health. Social relationships. Social support. Aging.

Introdução

O Brasil, quando comparado ao grupo dos principais países emergentes da atualidade – BRICs (Brasil, Rússia, Índia, China) –, apresenta um Índice de Envelhecimento (razão entre os número de pessoas com 60 anos ou mais e as menores de 15 anos de idade) de 0,3, ocupando o 3º lugar, após a Rússia e a China. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, entre 1997 e 2007 o incremento relativo do contingente de 60 anos ou mais de idade foi de 47,8%, sendo que o segmento populacional de 80 anos ou mais cresceu 65,0%. As projeções indicam quem, em 2020, a população de idosos no Brasil será mais de 26,2 milhões de indivíduos, representando quase 12,4% da população total².

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea e traz à tona a velhice como uma questão social, relacionada à crise de identidade, mudança de papéis, aposentadoria, perdas diversas e mudanças nos contatos sociais³.

A caracterização das condições de saúde dos idosos requer informações detalhadas sobre diferentes aspectos da vida do indivíduo⁴ e da interação de vários fatores⁵. No presente trabalho, estudaremos alguns aspectos físicos, comportamentais e sociais que podem influenciar a saúde dos idosos. As relações sociais podem ser estudadas por meio das dimensões *rede social*, *apoio* ou *suporte social (formal e informal)*, e *engajamento social* dentre outras. A rede social é caracterizada por Berkman e Kawachi⁶ como as teias de relações sociais que cercam o indivíduo e as características das mesmas. As características da rede incluem a estrutura e tipo da rede, o número e similitude dos membros e a forma como os mesmos estão conectados à rede. As relações entre os indivíduos da rede contemplam a frequência e duração dos contatos, a reciprocidade entre eles e a quantidade de redes a que pertence cada indivíduo.

O apoio social informal, caracterizado como recursos providos de outras pessoas,

pode ser dividido, didaticamente, em *apoio emocional* (amor e carinho disponível), *apoio instrumental/material* (auxílio para cozinhar, limpar e pagar contas), *apoio de avaliação* (auxílio em tomada de decisões) e *apoio de informação* (conselho para questões de necessidade particular); por outro lado, o apoio social formal se refere às relações mantidas devido à posição e aos papéis na sociedade, como, por exemplo, profissionais da saúde, professores e advogados⁶.

O engajamento social é dimensionado pelo envolvimento em atividades como sair com os amigos, exercer trabalhos sociais, participar de grupos de recreação. Esse tipo de atividade promove companheirismo e socialização⁷, além de melhorar a saúde física e mental⁸. Estudos mostram que o engajamento social mantém a função cognitiva em pessoas mais velhas e reduz a mortalidade independente do nível de apoio emocional e instrumental^{9,10}.

Embora a mensuração do estado geral de saúde dos indivíduos seja bastante difícil, a autopercepção da saúde tem se mostrado um método confiável e mais utilizado do que a observação direta para a análise global da saúde^{11,12}. A autopercepção geral da saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional e está fortemente associada com o estado objetivo de saúde das pessoas determinado por avaliações normativas¹³. É um dos indicadores mais usados em pesquisas gerontológicas, porque prediz de forma robusta e consistente o declínio funcional¹⁵, além de ser um poderoso indicador de mortalidade¹⁴. As pessoas que relatam a sua saúde como ruim apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas em comparação com aquelas que relatam a sua saúde como muito boa^{15,16}.

O envelhecimento pode repercutir tanto sobre a condição saúde dos indivíduos quanto sobre suas relações sociais, pois está associado ao aumento da morbidade e ao declínio funcional, com efeito sobre a independência e a participação social, além de acarretar perdas na rede social devido ao adoecimento e à morte de parentes, amigos

e vizinhos, e à maior fragilidade e vulnerabilidade a eventos adversos¹⁷.

Inúmeros trabalhos têm mostrado a importância das relações sociais para o envelhecimento ativo¹⁸⁻²². Estudo prospectivo na França mostrou que a falta de suporte social e a insatisfação com as relações sociais predizem uma pior percepção da própria saúde em doze meses de seguimento²³. Em trabalho realizado por Glass et al.²⁴, o risco de morte foi menor entre americanos idosos que tinham algum tipo de participação social. No Brasil, um estudo do projeto Bambuí²⁵ mostrou forte associação independente entre a insatisfação com a rede social e auto-avaliação ruim da saúde.

Apesar destas evidências, em nosso meio, poucos estudos tiveram como objetivo avaliar a associação independente entre relações sociais e a autopercepção da saúde entre idosos. O presente estudo tem por objetivo contribuir para este conhecimento ao investigar a associação independente entre essas variáveis em idosos residentes em uma área de alta vulnerabilidade para a saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Materiais e Métodos

Área

O estudo foi realizado na área de abrangência do Centro de Saúde Vila Pinho, localizado no distrito sanitário do Barreiro, região sudoeste da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de uma área de ocupação recente, grande parte não legalizada, o que confere ao bairro uma configuração espacial desorganizada. A maioria dos idosos desta população reside a poucas ruas de distância do centro de saúde, enquanto a população mais jovem está localizada mais na periferia.

De acordo com o Índice de Vulnerabilidade à Saúde²⁷, um indicador composto por variáveis socioeconômicas, ambientais e de saúde utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para classificar as áreas da cidade segundo a necessidade de saúde, a área de abrangência

do Centro de Saúde Vila Pinho é classificada como uma área de alto risco para a saúde. O Centro de Saúde tem 100% de cobertura das equipes de Saúde da Família, sendo todos os habitantes cadastrados no mesmo.

População do estudo e coleta de dados

Este estudo transversal faz parte do projeto denominado “Envelhecimento e Saúde”²⁶, que foi planejado e estruturado durante o segundo semestre de 2006 e realizado nos meses de abril a outubro de 2007. O tamanho da amostra (n = 405) foi definido pelos seguintes parâmetros: 95% de intervalo de confiança, 4% de precisão, prevalência de 50% e 20% de perdas. Os indivíduos foram selecionados aleatoriamente em uma lista com todos os moradores com 60 anos ou mais, dos quais 91% participaram do estudo. As perdas da amostra totalizaram 32 (8,6%) indivíduos e foram devidas a mudanças de endereço, falecimentos e recusas. Todos os participantes foram recrutados por meio de carta-convite entregue por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) previamente treinados. A carta-convite continha informações sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos que seriam realizados e o caráter voluntário da participação. Quando o participante era analfabeto, a carta era lida pelo ACS, ou por um familiar do idoso, conforme sua escolha. Caso o idoso aceitasse participar da pesquisa o agente marcava o dia e a hora da entrevista. Só participaram da pesquisa os indivíduos que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações foram obtidas mediante entrevista, com duração média de 80 minutos, realizada em uma sala do Centro de Saúde Vila Pinho ou no domicílio dos idosos. A entrevista foi realizada por cinco estudantes de graduação da área da saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), previamente treinados e supervisionados localmente por duas estudantes de pós-graduação. Todos os procedimentos foram padronizados a fim de aumentar a validade interna do estudo.

O questionário continha 80 questões estruturadas nos seguintes módulos: informações sociodemográficas, modo de vida, informações gerais de saúde, morbidade e uso de serviços de saúde, capacidade física, relações sociais, vizinhança e qualidade de vida relacionada à saúde, mensurada pelo SF-12 (SF-12- Health Survey)²⁸.

Variável dependente

A autopercepção da saúde, variável respondida, obtida pela aplicação do SF-12, foi construída a partir da pergunta “Em geral, o senhor diria que a sua saúde é ...” com as opções de resposta: muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim. Para o presente estudo, a variável foi categorizada em boa (muito boa, boa e regular) e ruim (ruim e muito ruim).

Variáveis independentes

As variáveis independentes foram agrupadas segundo domínios de interesse: domínio I, características sociodemográficas; domínio II, aspectos relacionados à saúde; e domínio III, relações sociais.

As características sociodemográficas incluídas neste estudo foram: *sexo* (masculino, feminino); *faixa etária* (60-69, 70-79 e 80+); *estado civil* (casado/união estável, viúvo e solteiro/separado); *cor/raça* auto referida (branca, parda, preta e indígena/amarela); *renda familiar mensal* em salários mínimos nacionais vigentes à época da entrevista (1, 1,1 - 3, e > 3); *escolaridade* medida em série concluída (nunca frequentou a escola, até a 3ª série e 4ª série ou mais) e *trabalho na semana anterior à entrevista* (não, sim).

Os indicadores de saúde incluíram: atividades de vida diária – AVDs (não tem dificuldade, pequena dificuldade, tem grande dificuldade/não consegue); *tabagismo atual* (não, sim); *qualquer consumo de álcool* nos últimos 30 dias (não, sim); *autopercepção da dependência de outras pessoas* (não depende/depende pouco, depende muito/depende totalmente) e relato de *doença crônica* (0 - 1, 2 - 3 e 4+), que inclui o relato de diagnóstico médico

das seguintes doenças: doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, hipertensão, doença do coração, insuficiência renal crônica, tendinite ou tenossinovite e depressão.

Além desses indicadores, o domínio de saúde também incluiu as seguintes variáveis de utilização de serviços de saúde: *cobertura por plano de saúde* (não, sim); *consultas médicas nos últimos 12 meses* (1-2, 0, 3+) e *internações hospitalares nos últimos 12 meses* (não, sim).

As relações sociais foram avaliadas por meio dos aspectos rede social, engajamento social e apoio social. A investigação da rede social foi feita pelas seguintes variáveis: *número de pessoas co-residentes* (0, 1+); *número de parentes com quem o idoso podia falar sobre quase tudo* (0-1, 2-4 e 5+) e *número de amigos com quem podia falar sobre quase tudo* (0, 1-3, 4+), ambas categorizadas a partir do *tercil* da distribuição dos números de amigos e parentes respectivamente; *ficar sozinho a maior parte do dia* (nunca, raramente/às vezes, quase sempre/sempre) e *autopercepção do idoso em relação à seus relacionamentos pessoais* (muito satisfeito/satisfeito, indiferente/insatisfeito). O *engajamento social* foi investigado por meio da variável participação e frequência da participação em atividades recreativas ou artísticas em grupo ou em qualquer outro tipo ou em associação comunitária, religiosa e outras. Foi considerado “sim” quando o idoso relatou participar pelo menos uma vez na semana de uma ou mais dessas atividades e “não” quando o idoso não participava, participava algumas vezes ou uma vez por ano dessas atividades. O *apoio social informal* foi estudado por sua dimensão instrumental/material, a partir de três perguntas que inquiriam se o idoso podia contar com a ajuda de alguém *se ficasse de cama, para levá-lo ao médico ou para preparar suas refeições*. As três variáveis foram estratificadas em: sempre, quase sempre/às vezes e raramente/nunca.

Análise Estatística

As características dos idosos com

autopercepção ruim da saúde foram comparadas às daqueles que percebiam sua saúde como boa e a significância estatística das diferenças observadas foram aferidas pelo teste de qui-quadrado de Pearson. A magnitude das associações foi estimada pelo *odds ratio* e respectivos intervalos de confiança de 95%, obtidos por meio de regressão logística múltipla. Todas as variáveis que apresentaram associação com a variável dependente em nível de significância inferior a 0,20 na análise univariada foram incluídas na análise multivariada intermediária que consistiu no ajuste das variáveis pertencentes a um mesmo domínio. A seguir as variáveis que apresentaram associação com a variável dependente em nível de significância inferior a 0,05 nos modelos ajustados por domínio foram consideradas no modelo logístico final e retidas aquelas que se mantiveram associadas à autopercepção ruim da saúde ao nível de $p < 0,05$. Foi realizado o teste Hosmer & Lemeshow para verificar a adequação do modelo final. As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico Stata, versão 11.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

Resultados

Dos 371 idosos entrevistados e elegíveis para o presente estudo, 8 foram excluídos por não apresentarem dados relativos à variável de interesse, totalizando 363 participantes. Desse total, 217 eram mulheres (59,8%) e 146 eram homens (40,2%), a idade média dos participantes foi de 69,2 anos (mínima = 60,0 anos e máxima = 95,0 anos). Cerca de 39,0% dos idosos informaram renda familiar mensal de até um salário mínimo, 29,5% nunca haviam frequentado a escola e 31,0% relataram ter trabalhado na semana anterior à entrevista. Em relação às doenças, a que apresentou maior prevalência foi a hipertensão (71,0%) seguida da depressão, com 35,0%.

A autopercepção ruim da saúde foi relatada por 17,1% dos participantes. Essa frequência foi mais elevada entre os idosos

que não haviam trabalhado na semana anterior, apresentavam qualquer nível de dificuldade para realizar as AVDs, relataram depender muito ou totalmente de outras pessoas e informaram mais de duas doenças crônicas (Tabela 1). Quanto às relações sociais, observa-se que autopercepção ruim da saúde foi mais frequente nos idosos que informaram ficar sozinhos a maior parte do dia sempre ou quase sempre, ser indiferente ou estar insatisfeito com seus relacionamentos pessoais, e que não podiam contar com alguém para ajudar se ficassem de cama ou para preparar refeições (Tabela 2).

A Tabela 1 apresenta os resultados da análise univariada dos fatores associados à autopercepção ruim da saúde nos domínios sociodemográficos e de saúde. Entre os fatores sociodemográficos, a

chance de perceber a saúde como ruim foi significativamente menor entre aqueles que trabalharam na semana anterior e que tinham cursado pelo menos a 4ª série. No domínio da saúde, os idosos que tinham pouca dificuldade, que tinham grande dificuldade/não conseguiram realizar as AVD; que avaliaram que dependiam muito/dependiam totalmente de outras pessoas; que relataram duas a três ou quatro e mais doenças crônicas; e que realizaram três ou mais consultas médicas nos últimos 12 meses apresentaram maior chance de relatar sua saúde como ruim ($p < 0,05$). Já o relato de qualquer consumo de álcool nos últimos 30 dias esteve associado negativamente à autopercepção ruim da saúde, mas não chegou a alcançar significância estatística ($p = 0,055$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultado da análise univariada da associação entre fatores sociodemográficos e de aspectos de saúde selecionados e autopercepção ruim da saúde em idosos. Projeto Envelhecimento e Saúde, 2007.

Table 1 - Results of univariate analysis of the association between socio-demographic and selected health aspects and self-perceived poor health in the elderly. Aging and Health Project, 2007.

Variáveis sociodemográficas	Autopercepção da saúde				
	Domínio I	n	Boa (%)	Ruim (%)	OR (IC95%)
Sexo					
Masculino	146	42,2	30,7	1,00	
Feminino	217	57,8	69,3	1,65 (0,91 - 2,96)	
		$p = 0,091$			
Faixa Etária					
60 a 69 anos	220	62,1	53,2	1,00	
70 a 79 anos	100	27,2	29,0	1,24 (0,66 - 2,33)	
80 anos ou mais	43	10,6	17,7	1,94 (0,89 - 4,24)	
		$p = 0,232$			
Estado Civil					
Casado / União Estável	157	41,9	50,0	1,00	
Viúvo	112	31,0	30,6	0,83 (0,44 - 1,56)	
Solteiro / Separado	94	27,2	19,4	0,59 (0,28 - 1,22)	
		$p = 0,364$			
Cor/Raça					
Branca	101	28,9	22,6	1,00	
Parda	190	51,8	54,8	1,35 (0,68 - 2,66)	
Preta	58	15,3	19,4	1,62 (0,69 - 3,79)	
indígena e amarela	14	4,0	3,2	1,03 (0,20 - 5,12)	
		$p = 0,697$			
Renda familiar mensal (salário mínimo*)					
< 1 salário mínimo	141	38,0	43,5	1,00	
1,1 – 3 salários mínimos	156	43,0	43,5	0,88 (0,48 - 1,59)	
> 3 salários mínimos	65	19,0	12,9	0,59 (0,25 - 1,38)	
		$p = 0,479$			

Tabela 1 - Resultado da análise univariada da associação entre fatores sociodemográficos e de aspectos de saúde selecionados e autopercepção ruim da saúde em idosos. Projeto Envelhecimento e Saúde, 2007. (continuação)

Table 1 - Results of univariate analysis of the association between socio-demographic and selected health aspects and self-perceived poor health in the elderly. Aging and Health Project, 2007. (continuation)

Variáveis sociodemográficas		Autopercepção da saúde		
Domínio I	n	Boa (%)	Ruim (%)	OR (IC95%)
Escolaridade (concluída)				
Nunca frequentou escola	96	26,9	40,0	1,00
até a 3ª série	123	37,1	38,1	0,69 (0,35 - 1,35)
4ª série ou mais	111	36,0	21,8	0,40 (0,18-0,87)
p = 0,065				
Trabalho na semana anterior à entrevista				
Não	250	65,4	85,5	1,00
Sim	113	34,5	14,5	0,32 (0,15 - 0,67)
p = 0,002				
Variáveis relacionadas à saúde				
Domínio II				
AVDs				
Não tem dificuldade	309	90,7	58,06	1,00
Pequena dificuldade	32	5,9	22,5	5,89 (2,70 - 12,86)
Grande dificuldade / Não consegue	22	3,3	19,3	9,10 (3,66 - 22,56)
p < 0,001				
Tabagismo atual				
Não fuma	319	86,7	93,5	1,00
Fuma atualmente	44	13,3	6,4	0,44 (0,15 - 1,30)
p = 0,133				
Qualquer consumo de álcool nos últimos 30 dias				
Não	304	82,1	91,9	1,00
Sim	59	17,9	8,1	0,40 (0,15 - 1,0)
p = 0,055				
Autopercepção da dependência das outras pessoas				
Não depende / Depende pouco	224	65,4	44,3	1,00
Depende muito / Depende totalmente	138	34,5	55,7	2,38 (1,36 - 4,16)
p = 0,002				
Doença crônica auto-referida				
0-1	136	41,5	17,7	1,00
2 a 3	142	38,2	43,5	2,66 (1,26 - 5,62)
4 ou mais	85	20,8	38,7	4,47 (2,05 - 9,71)
p < 0,001				
Plano de Saúde				
Não	273	74,4	79,1	1,00
Sim	90	25,8	20,9	0,77 (0,39 - 1,49)
p = 0,444				
Consultas Médicas nos últimos 12 meses				
1-2	117	34,2	22,6	1,00
Zero	75	21,2	17,7	1,26 (0,54 - 2,95)
3 ou mais	171	44,5	59,7	2,03 (1,04 - 3,95)
p = 0,083				
Internação nos últimos 12 meses				
Não	309	86,7	77,4	1,00
Sim	54	13,3	22,6	1,90 (0,96 - 3,76)

*salário mínimo do período: R\$380,00 / [*minimum wage during the period: R\$380.00]

Os resultados da análise univariada entre autopercepção de saúde e relações sociais mostraram que a autopercepção da saúde ruim esteve positivamente associada ao relato de ficar quase sempre/ sempre sozinho a maior parte do dia, de ser indiferente/estar insatisfeito com seus relacionamentos pessoais, de raramente/nunca poder contar com alguém se ficar de cama, bem como de raramente/nunca poder contar com alguém para preparar as refeições e levá-lo ao médico (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra o resultado da análise multivariada entre autopercepção de saúde e cada um dos domínios de interesse separadamente: sociodemográficos, saúde e relações sociais. A autopercepção ruim da saúde manteve-se negativamente associada ao aumento da escolaridade e ao relato de ter trabalhado na semana anterior. No âmbito da saúde, a autopercepção ruim da saúde permaneceu positivamente associada ao relato de ter pequena dificuldade, de não conseguir/ter grande dificuldade para realizar as AVDs, ao relato de duas a três ou quatro ou mais doenças crônicas. No domínio das relações sociais, a chance de perceber a saúde como ruim manteve-se estatisticamente maior entre os que informaram serem indiferentes ou estarem insatisfeitos com os relacionamentos pessoais e raramente/nunca poderem contar com alguém se ficarem de cama.

Após o ajustamento final, considerando todas as variáveis associadas estatisticamente à variável resposta em cada domínio de interesse nos modelos intermediários, as seguintes variáveis permaneceram positivamente associada à autopercepção ruim da saúde: duas a três, quatro ou mais doenças crônicas, ter pequena dificuldade e grande dificuldade/não conseguir realizar as AVDs, estar indiferente/insatisfeito com relacionamentos pessoais e raramente/nunca poder contar com alguém se ficar de cama. Ter trabalhado na semana anterior à entrevista manteve-se negativamente associado à autopercepção de saúde (Tabela 4). O teste Hosmer & Lemeshow mostrou adequação do modelo final (p-valor de 0,279).

Discussão dos resultados

Nossos resultados sugerem que as relações sociais influenciam a autopercepção da saúde dos idosos, independentemente da condição de saúde dos mesmos. Idosos que tinham percepção negativa dos seus relacionamentos pessoais e que não podiam contar com alguém para ajudá-los caso ficassem acamados, perceberam a sua saúde como ruim. Identificamos que quanto maior a dificuldade para realizar as AVDs, maior a chance do idoso de avaliar a sua saúde como ruim. Verificamos também que a inserção no trabalho influenciou positivamente a autopercepção da saúde dos idosos.

A população estudada é bastante semelhante à população idosa participante de um inquérito de saúde realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte²⁹ no que tange à distribuição por sexo e idade, mas apresenta piores indicadores gerais de escolaridade e renda. Os participantes do presente estudo formam um grupo muito homogêneo, caracterizado por poucos recursos não apenas financeiros como também educacionais. Foram poucas as pessoas que apresentaram níveis de escolaridade superiores à quarta série do ensino fundamental e renda acima de três salários mínimos.

A prevalência da autopercepção ruim da saúde não variou significativamente entre os sexos, nem tampouco entre os grupos etários. Uma investigação realizada em Porto Alegre³⁰ e outra com os idosos do município de Bambuí/Minas Gerais²⁵ também não encontraram associação estatística significativa da auto-avaliação de saúde com idade e sexo. Outras pesquisas^{31,32} relataram maior frequência de pior auto-avaliação de saúde entre as mulheres, apesar de elas viverem, em média, mais que os homens. A principal explicação apontada para essa pior percepção do estado de saúde, pela mulher, é o papel desempenhado por elas na sociedade, que as leva a reconhecer a dor e o desconforto com mais facilidade do que os homens. No presente estudo, é possível que as diferenças estatísticas não tenham sido detectadas devido ao tamanho da amostra.

Tabela 2 - Resultado da análise univariada da associação entre fatores indicadores de relações sociais e auto percepção ruim da saúde entre idosos. Projeto Envelhecimento e Saúde, 2007.

Table 2 - Results of univariate analysis of association between indicators of social relations and self-perceived poor health among the elderly. Aging and Health Project, 2007.

Domínio III	n	Auto percepção da saúde		
		Boa (%)	Ruim (%)	OR (IC 95%)
Rede social				
Nº. pessoas co-residentes				
1 ou mais pessoas	333	92,7	90,2	1,00
Nenhuma pessoa	28	7,3	9,8	1,37 (0,53 - 3,55)
		p = 0,505		
Nº. de parentes para falar de quase tudo				
0 a 1	144	29,8	41,7	1,00
2 a 4	117	32,8	31,6	0,69 (0,35 - 1,33)
5 ou mais	128	37,5	26,7	0,50 (0,25 - 1,01)
		p = 0,144		
Nº. de amigos para falar de quase tudo				
Nenhum	106	30,4	26,2	1,00
1 a 3	125	34,5	37,7	1,26 (0,63 - 2,54)
4 ou mais	126	35,1	36,0	1,18 (0,58 - 2,40)
		p = 0,794		
Ficar Sozinho a maior parte do dia				
Nunca	143	39,7	39,3	1,00
Raramente / Às vezes	116	34,7	19,7	0,57 (0,27 - 1,20)
Quase sempre/Sempre	102	25,7	40,9	1,60 (0,85 - 3,02)
		p = 0,021		
Auto percepção em relação aos relacionamentos pessoais				
Muito satisfeito / Satisfeito	288	83,7	60,6	1,00
Indiferente / Insatisfeito	73	16,3	39,3	3,32 (1,82 - 6,04)
		p < 0,001		
Engajamento social				
Participação em atividade recreativas ou artísticas em grupo pelo menos uma vez por semana				
Não	267	72,7	80,3	1,00
Sim	94	27,3	19,7	0,65 (0,32 - 1,28)
		p = 0,214		
Apoio Social				
Pode contar com alguém para:				
... ajudar se ficar de cama				
Sempre	287	83,0	62,3	1,00
Quase sempre / Às vezes	41	11,0	13,1	1,58 (0,68 - 3,69)
Raramente / Nunca	33	6,0	24,6	5,46 (2,53 - 11,74)
		p < 0,001		
... levar ao médico				
Sempre	296	84,3	72,1	1,00
Quase sempre / Às vezes	42	10,7	16,4	1,78 (0,82 - 3,90)
Raramente / Nunca	22	5,0	11,5	2,67 (1,03 - 6,92)
		p = 0,056		
... preparar as refeições				
Sempre	277	80,0	60,6	1,75 (0,80 - 3,82)
Quase sempre/ Às vezes	47	12,3	16,4	3,94 (1,86 - 8,35)
Raramente/Nunca	37	7,7	22,9	
		p = 0,001		

Tabela 3 - Variáveis que permaneceram associadas estatisticamente à autopercepção da ruim saúde em cada domínio, após ajuste pelas variáveis pertencentes ao mesmo domínio de interesse. Projeto Envelhecimento e Saúde, 2007.

Table 3 - Variables that remained statistically associated with self-perceived poor health in each domain, after adjustment for variables within the same domain of interest. Aging and Health Project, 2007.

	OR (IC 95%)
Variáveis sociodemográficas	
Domínio I	
Escolaridade (concluída)	
Nunca frequentou escola	1,00
até a 3ª série	0,73 (0,37 - 1,45)
4ª série ou mais	0,49 (0,22 - 1,07)
Trabalho na semana anterior à entrevista	
Não	1,00
Sim	0,26 (0,10 - 0,64)
Variáveis relacionadas à saúde	
Domínio II	
AVDs	
Não tem dificuldade	1,00
Pequena dificuldade	5,18 (2,31 - 11,64)
grande dificuldade / Não consegue	8,60(3,36 - 21,99)
Doença crônica autorreferida	
0-1	1,00
2 a 3	2,72 (1,25 - 5,93)
4 ou mais	3,59 (1,57 - 8,17)
Variáveis relacionadas às relações sociais	
Domínio III	
Autopercepção em relação aos relacionamentos pessoais	
Muito satisfeito / Satisfeito	1,00
Indiferente / Insatisfeito	3,02 (1,62 - 5,62)
Pode contar com alguém para:	
... ajudar se ficar de cama	
Sempre	1,00
Quase sempre / Às vezes	1,43 (0,60 - 3,40)
Raramente / Nunca	4,91 (2,23 - 10,81)

Estudos realizados em países desenvolvidos mostraram que a autopercepção da saúde é fortemente influenciada pela situação socioeconômica do idoso e/ou de sua família³³⁻³⁶. No nosso estudo, a associação entre autopercepção ruim da saúde e renda não foi encontrada. Entretanto, no estudo realizado com idosos residentes em Bambuí, MG²⁵, essa associação foi verificada mesmo com diferenças de renda relativamente pequenas, como as que observamos em nossa pesquisa. É possível

que pequenas diferenças de renda tenham impacto diferente na qualidade de vida e saúde entre idosos residentes no interior e na capital do Estado. Mas, também não podemos descartar que tal associação não tenha sido detectada devido ao menor poder do nosso estudo.

Os resultados do presente estudo mostraram que aproximadamente um terço dos idosos trabalhava, porcentagem essa semelhante à encontrada em um estudo realizado apenas com indivíduos do sexo

Tabela 4 - Modelo final da análise Multivariada Projeto Envelhecimento e Saúde, 2007.**Table 4** - Final model of multivariate analysis of the Aging and Health Project, 2007.

Variáveis	Modelo final
Trabalho na semana anterior à entrevista	
Não	1,00
Sim	0,43 (0,19 - 1,00)
Doença crônica autorreferida	
0-1	1,00
2 a 3	2,11(0,93 - 4,77)
4 ou mais	3,47 (1,46 - 8,25)
AVDs	
Não tem dificuldade	1,00
Pequena dificuldade	3,46(1,43 - 8,36)
Grande dificuldade / Não consegue	7,11 (2,58 - 19,58)
Autopercepção em relação aos relacionamentos pessoais	
Muito satisfeito / Satisfeito	1,00
Indiferente / Insatisfeito	2,27 (1,15 - 4,47)
Pode contar com alguém para:	
<i>... ajudar se ficar de cama</i>	
Sempre	1,00
Quase sempre / Às vezes	1,22 (0,46 - 3,21)
Raramente / Nunca	5,04 (2,10 - 12,09)

masculino, residentes em dez regiões metropolitanas brasileiras, participantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)³⁷. A associação inversa entre estar trabalhando e autopercepção ruim da saúde encontrada no nosso estudo também foi previamente constatada em uma investigação conduzida entre idosos de Porto Alegre³⁸ e de outras regiões do Brasil^{39,40}. É possível supor que idosos que trabalhem sejam mais independentes, saudáveis e, conseqüentemente, relatem melhor saúde quando comparados aos idosos que não trabalham.

A auto-avaliação ruim da saúde foi independente e fortemente associada à presença de dificuldades para realizar as AVDs, com gradiente dose-resposta. Com menor magnitude, também identificamos uma associação crescente entre o número de doenças crônicas e auto-avaliação ruim da saúde. Esses resultados indicam que estas duas condições influenciam fortemente a autopercepção da saúde. Associações semelhantes foram encontradas em outros estudos no Brasil⁵ e em outros países^{41,42}.

Diversos estudos constataram que avaliações negativas da saúde estão altamente associadas com dependência moderada e grave para as AVDs^{43,44}. Em investigação sobre o envelhecimento ativo, a manutenção das AVDs foi um dos fatores independentes para o envelhecimento bem sucedido⁴⁵.

Apesar de não termos encontrado significância estatística na maioria das variáveis relacionadas à rede social e ao engajamento social, os participantes que relataram estar insatisfeitos com suas relações sociais apresentaram maior chance de auto-avaliar sua saúde como ruim, achado que concorda com outros estudos que investigaram esta associação^{46,47}. Um estudo qualitativo realizado na cidade de Bambuí com mulheres idosas mostrou que a avaliação da gravidade e da relevância de um problema de saúde é determinada pela possibilidade de enfrentá-lo, mais do que pelo problema em si⁴⁷. As associações encontradas, na nossa investigação, são coerentes com essa observação. Cerhan e Wallace⁴⁸ afirmaram que a interação entre as relações sociais e a saúde é bidirecional:

a piora no estado de saúde induz a uma restrição das relações sociais, enquanto um decréscimo dessas últimas, de maneira repetida e prospectiva, prediz a mortalidade e morbidades graves. Isso ocorre tanto em estudos de base populacional quanto em estudos em indivíduos com morbidades específicas^{49,50}. Uma recente meta-análise⁵¹ sobre a associação entre relações sociais e mortalidade encontrou que indivíduos com relações sociais satisfatórias têm uma probabilidade 50% maior de sobrevivência quando comparados àqueles com relações sociais pobres ou insuficientes. Nesse estudo, a magnitude do efeito protetor das relações sociais mostrou-se comparável ao efeito do abandono do tabagismo e superou muitos fatores conhecidos para a redução da mortalidade como o peso adequado e a atividade física.

Os resultados observados em nosso estudo também mostram que a autopercepção ruim da saúde da população estudada está fortemente associada com o relato de raramente ou nunca poder contar com alguém se ficar acamado. Contar com outras pessoas mostrou-se um forte preditor de maior sobrevida entre idosos de uma comunidade do sul da Europa⁵². Os resultados do nosso estudo, considerados em conjunto com a presença das AVDs, reforçam a importância da dependência de cuidado sobre a auto-avaliação da saúde e sugerem que a insegurança de não ter com quem contar contribui para a pior avaliação da saúde.

As diferentes dimensões que compõem as relações sociais não foram investigadas no “Projeto Envelhecimento e Saúde”, impedindo assim uma investigação mais exaustiva sobre a associação entre estas e a autopercepção da saúde. Em relação ao apoio social, especificamente, cabe ressaltar que o mesmo foi aferido apenas na sua dimensão instrumental/material, não permitindo a construção de um indicador mais robusto. Além disso, há diferentes maneiras de mensurar as relações sociais, o que muitas vezes dificulta a comparação dos resultados.

Estudos transversais em populações idosas estão sujeitos ao viés de sobrevivência,

o que pode levar a uma subestimativa das associações observadas⁵³. A natureza seccional do estudo não permite estabelecer as relações temporais evolutivas entre as variáveis independentes e a autopercepção da saúde. Entretanto, dada a natureza dinâmica da auto-avaliação da saúde, estudos transversais são importantes para dimensionar os problemas investigados e entender como os mesmos se correlacionam com a avaliação da saúde em um dado momento do ciclo de vida.

Acreditamos que estudos dessa natureza sejam necessários em grupos populacionais mais pobres e vulneráveis socialmente, como o estudado, para se obter um panorama da realidade de saúde destas populações, possibilitando, assim, contribuir melhor para orientar a atenção integral à saúde dos idosos pertencentes a estes grupos.

As pessoas não existem isoladas; fatores sociais influenciam a saúde do indivíduo. Os dados aqui discutidos e apresentados na literatura reforçam o papel dos aspectos sociais sobre a saúde e a necessidade de inseri-los em programas voltados para a promoção do envelhecimento saudável. Profissionais de saúde podem contribuir para promover melhores relações sociais ativas e estimular redes sociais de apoio aos doentes acamados. Intervenções dentro e fora do setor saúde, voltadas para estimular o engajamento e o apoio social, são baratas e custo-efetivas, contribuindo não apenas para aumentar a sobrevida como para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Concluindo, mesmo considerando que o estudo foi conduzido em uma população idosa relativamente homogênea, os resultados encontrados reforçam a estrutura multidimensional da autopercepção da saúde, englobando fatores sociodemográficos, aspectos relacionados à saúde e às relações sociais. Investigações futuras longitudinais são necessárias para melhor compreender a dinâmica temporal das relações entre os fatores supracitados e a autopercepção da saúde.

Nessa pesquisa não houve conflito de interesse entre os autores.

O projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Federal de Minas Gerais, protocolo 379/2006 e pelo Comitê de Ética da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte protocolo 065/2006.

Referências

1. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese dos indicadores sociais. Uma análise da qualidade de vida da população brasileira*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/> [Acessado em 10 de Outubro de 2009]
2. World Health Organization. *Men, ageing and health – achieving health across the life span*. Genebra: WHO, Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Department; 2001.
3. Mendes MRSS. A situação social dos idosos no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm* 2005; 18(4): 422-6.
4. Portrait F, Lindeboom DEEGD. Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. *Demography* 2001; 38: 525-36.
5. Alves LC. *Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos no município de São Paulo, 1999/2000* [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional; 2004.
6. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Ed. Oxford University Press; 2000.
7. Bassuk S, Glass T, Berkman L. Social Disengagement and incidence of cognitive decline in the community-dwelling elderly. *Ann Intern Med* 1999; 131: 165-7.
8. Berkman LF. The role of social relation in health promotion. *Psychosom Med* 1995; 57: 245-54
9. Ang HX, Winbland B, Fratiglioni L. Late-Life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen Project. *Am J Epidemiol* 2002; 155(12): 1081-7.
10. Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George LK. Disability as a function of social network and support in elderly African Americans and whites: the Duke EPESI 1986-1992. *J Gerontol B Psychol Sci* 2001; 56(3): 179-90.
11. Bailis DS, Segalla A, Chipperfield JG. Two view of self-rated general health status. *Soc Sci Med* 2003; 56(2): 203-17.
12. Martikanen P, Aroma A, Heliovaara M, Klaukka T, Knekt P, Maatela J et al. Reliability of perceived health by sex and age. *Soc Sci Med* 1999; 48(8): 1117-22.
13. Appels A, Bosma H, Grabauskas V, Gostautas A, Sturmans F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Soc Sci Med* 1996; 42(5): 681-9.
14. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1): 21-37.
15. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine- years follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983; 117(3): 292-304.
16. Marcellini F. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr Suppl* 2002; 181-9.
17. Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse JM. Frailty: an emerging concept for general practice. *Br J Gen Pract* 2009; 59: 77-82.
18. Chaix B, Rosvall M, Merlo J. Neighbor socioeconomic deprivation and residential instability: Effects on incidence of ischemic heart disease and survival after myocardial infarct. *Epidemiology* 2007; 18: 104-11.
19. Enarnacion R, Lázaro A, Sanchez'Shanchez A. Social participation and independence in actives of daily living: a cross sectional study. *BMC Geriatrics* 2009; 9: 1-11.
20. Subramanian SV, Kubzansk L, Berkman L, Fay M., Kawachi I. Neighborhood effects on the self-rated health of elder: Uncovering the relative importance of structural and service-related neighborhood environments. *J Gerontol: Série B. Psychological Science and Social Science*. 2006; 61: 153-60.
21. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighborhood socioeconomic context and health outcomes: A critical review. *J Epidemiol Comm Health* 2001; 55: 111-22.
22. Diez Roux AV. Investigating neighborhood and area effects on health. *Am J Public Health* 2001; 91: 1783-9.
23. Melchior M., Berkman LF, Niedhammer I, Chae M, Goldeber RM. Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Soc Sci Med* 2003; 356(8): 1817-30. .
24. Glass TA, Mendes de Leon C, Marottoli RA, Berkman LF. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *Br Med J* 1999; 319: 478-83.

25. Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchoa A. The structure of self-rated among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS). *Rev Saúde Pública* 2004; 38(6): 827-34.
26. Índice de Vulnerabilidade à Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Gerência de Epidemiologia e Informação – GEEPI. <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003.pdf> [Acessada em 06 de outubro de 2009]
27. Carvalho AS, Barreto SMB, Gama ACC, Guerra HL. *Fatores associados ao desempenho na compreensão da linguagem oral em idosos: Projeto Envelhecimento e Saúde* [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
28. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12- item Short- Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34: 220-33.
29. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade física entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(6): 1260-70.
30. Paskulin LMG, Viannal LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 759-68.
31. Szwarcwald CL, Souza PR, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Sociodemographic determinants of self-health in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21S: 55-64.
32. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 783-9.
33. Aberg YM, Diderichsen F, Whitehead M, Holland P, Burstrom B. The role of income differences in explaining social inequalities in self rated health in Sweden and Britain. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 556-61.
34. Bobak M, Pkharth H, Hertzman C, Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities in self rated health: cross sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1343-50.
35. Kennedy B, Kawachi I, Glass R, Prothrow D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multinivel analysis. *BMJ* 1998; 317: 917-21.
36. Lantz PM, Lynch JM, House JS, Lepkowski J, Mero RP, Musick MA et al. Socioeconomic disparities in health change in longitudinal study of US adults: the role of health- risk behaviors. *Soc Sci Med* 2001; 53: 29-40.
37. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3): 759-71.
38. Souza LM, Laurert L, Hilleshein EF. Trabalho voluntário, características demográficas, socioeconômicas e auto percepção as saúde de idosos de Porto Alegre. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3): 561-9.
39. Giatti L, Barreto SM. Trabalho feminino e envelhecimento na terceira idade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 825-39.
40. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública* 2010; 44: 2-11.
41. Ferraro KF, Farmer MM, Wybraniec JA. Health trajectories: long- term dynamics among black and white adults. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1): 38-54.
42. Gama EV, Damián J, Molino JP, López MR, Pérez LM, Iglesias FJG. Association of individual activities of daily living with self- rated health in older people. *Age and ageing* 2000; 29: 267-70.
43. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRD, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1): 40-8.
44. Maciel CCA, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2): 178-89.
45. Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of the Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(4): 302-8.
46. Guedea MTD, Albuquerque FJB, Troccoli BT, Noriegad JV, Seabrae, MAB, Guedea L.D. Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2005; 19(2): 301-8.
47. Uchôa E. Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 849-53.
48. Cerhan JR, Wallace RB. Predictors of decline in social relationships in the rural elderly. *Am J Epidemiol* 1993; 137: 870-80.
49. House JS. Social isolation kills, but how and why? *Psychosom Med* 2001; 63: 273-4.
50. Brummett BH, Barefoot JC, Siegler IC, Clappchanning NE, Lytle BL, Bosworth HB. Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosom Med* 2001; 63: 267-2.
51. Lunstad JH, Smith TB, Layton BB. Social Relationships and mortality risk: A meta- analytic review. *PLOS Med* 2010; 7(7): 1-20.
52. Rodriguez-Laso A, Zunzunegui MV, Otero A. The effect of social relationships on survival in elderly residents of a Southern European community: a cohort study. *BMC Geriatrics* 2007; 7: 2-12.
53. Lima-Costa MFE, Barreto SM. Estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serviço Saúde*. 2003; 12(4): 189-201.

Recebido em: 27/01/2011
Aprovado em: 26/03/2012