

Aspectos da participação social e a percepção da vizinhança: ELSI-Brasil

Fabiane Ribeiro Ferreira^I, Cibele Comini César^{II,III}, Fabíola Bof de Andrade^{VVI}, Paulo Roberto Borges de Souza Junior^{IV}, Maria Fernanda Lima-Costa^{VVI}, Fernando Augusto Proietti^{III}

^I Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Departamento de Fisioterapia. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Ciências Econômicas. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Fundação Oswaldo Cruz. Instituto René Rachou. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{IV} Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^V Fundação Oswaldo Cruz. Instituto René Rachou. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{VII} Fundação Oswaldo Cruz. Instituto René Rachou. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Belo Horizonte, MG, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Determinar o impacto do entorno físico e social da vizinhança, que se apresentam como facilitadores ou barreiras, para a participação social de adultos mais velhos brasileiros.

MÉTODOS: O estudo foi conduzido em amostra probabilística representativa da população brasileira, residente em áreas urbanas, com 50 anos ou mais de idade (n = 7.935). A variável resposta foi participação social, definida a partir de duas perguntas sobre atividades realizadas com outras pessoas: visitou seus amigos ou familiares em suas casas nos últimos 12 meses (sim, não); saiu com outras pessoas para lugares públicos, como restaurante, cinema, clube, praça, nos últimos 12 meses (sim, não). As variáveis explicativas incluíram medo de cair por causa de defeitos nos passeios, preocupação com a dificuldade de subir em ônibus, metrô ou trem, dificuldade em atravessar a rua e percepção de violência na vizinhança. As potenciais variáveis de confusão incluíram faixa etária, situação conjugal, escolaridade, autoavaliação da saúde, residência em rua asfaltada ou pavimentada, tempo de moradia no município e escore de indicador de posição socioeconômica. Razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança foram estimados por meio da regressão de Poisson.

RESULTADO: A dificuldade em atravessar a rua apresentou associação independente com a restrição para participação social (RP = 0,95; IC95% 0,93–0,98), tanto entre as mulheres (RP = 0,96; IC95% 0,92–0,99) quanto entre os homens (RP = 0,94; IC95% 0,90–0,99). A preocupação com a dificuldade de subir em ônibus, metrô ou trem apresentou associação com o desfecho somente entre os homens (RP = 0,95; IC95% 0,91–0,99). O medo de cair por causa de defeitos nos passeios e a percepção de violência na vizinhança não foram associados à participação social.

CONCLUSÕES: Características urbanas que ocasionam dificuldade em atravessar a rua e a acessibilidade ao transporte público podem ser inferidas como importantes barreiras para a participação social de adultos mais velhos brasileiros.

DESCRITORES: Envelhecimento. Idoso. Participação Social. Fatores Socioeconômicos. Redes Comunitárias. Planejamento Ambiental. Inquéritos Epidemiológicos.

Correspondência:

Fabiane Ribeiro Ferreira
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 sala 3126
31270-901 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: fabianerf@ufmg.br

Recebido: 22 dez 2017

Aprovado: 18 mai 2018

Como citar: Ferreira FR, César CC, Bof de Andrade F, Souza-Junior PRB, Lima-Costa MF, et al. Aspectos da participação social e a percepção da vizinhança: ELSI-Brasil. Rev Saude Publica. 2018;52 Supl 2:18s

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

O envelhecimento urbano brasileiro é uma transformação social significativa e vem despertando grande interesse científico e político. Cerca de 86% dos indivíduos idosos vivem atualmente em cidades¹, cujas características físicas e sociais manifestam-se enquanto facilitadores ou barreiras para a participação social.

A participação social é reconhecida como estratégia para o envelhecimento ativo^{2,3}, o que reforça a importante associação entre o cenário de vida e o protagonismo do indivíduo que envelhece. Programas da Organização Mundial da Saúde (OMS) como Envelhecimento Ativo² e Cidade Amiga do Idoso⁴ apresentam a participação social como um dos três pilares no primeiro programa, e como uma das oito áreas a serem consideradas para uma cidade acessível, no segundo. Ainda, a participação e o contexto são conceitos presentes no modelo também proposto pela OMS para explicar a funcionalidade⁵, que é o paradigma do envelhecimento. Nesse modelo, a participação é apresentada como um dos componentes da funcionalidade, e esta, o resultado da interação do indivíduo ou da população com determinada condição de saúde e fatores contextuais.

Embora o interesse pelo constructo participação social seja notoriamente crescente em vários campos do conhecimento, não existe consenso quanto a sua definição^{6,7}, resultando em dificuldades para a comunicação entre pares, comparações entre estudos, e ainda, na definição de instrumentos para avaliação⁶⁻⁸. Levasseur et al.⁸, após análise de 43 definições de participação social, relata que esta pode ser definida como o envolvimento da pessoa em atividades que favoreçam interações com outros na sociedade ou comunidade. Em relação a essas atividades, seis níveis de envolvimento do indivíduo são possíveis, desde atividades básicas e instrumentais de vida diária, a atividades que contribuem mais amplamente para o coletivo, como a participação em organizações políticas. Os autores propõem distinção entre os conceitos participação, participação social e engajamento social com base nesses seis níveis de envolvimento (Figura). Nessa perspectiva, participação social está contida em um conceito mais amplo de participação e agrega o construto de engajamento social, que seria o conjunto das atividades praticadas para outras pessoas⁶⁻⁸.

As relações sociais nas cidades, principalmente aquelas que demandam níveis mais elevados de envolvimento, ocorrem em sua maioria em ambientes construídos no entorno físico e social das vizinhanças, que compõem o contexto onde as pessoas vivem e se movem. As características desses espaços e sua acessibilidade podem ser determinantes para o delineamento e o favorecimento de participação social e saúde^{7,9,10}. Noreau e Bouchen¹⁰ reconhecem o contexto como um dos principais fatores que influenciam a participação social, e que as relações entre ambos se dão de forma complexa e individualizada.

Nesse sentido, os indivíduos mais velhos são sabidamente mais vulneráveis às características e recursos do ambiente urbano^{2-4,9,11}. Quando esses recursos e as particularidades dos indivíduos

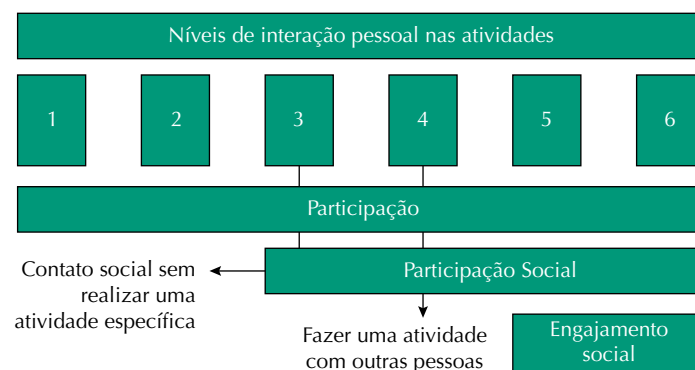


Figura. Construção da variável resposta de acordo com Levasseur et al.⁸

interagem e impactam negativamente a mobilidade, o resultado é o desencadeamento de processos de exclusão⁴. Portanto, as características da vizinhança podem ser medidas com base na percepção dos indivíduos que dela usufruem^{9,12,13}. Atributos tipicamente externos ao indivíduo são de extrema relevância para que o mesmo possa exercer sua cidadania, além de serem potencialmente modificáveis⁹.

Deslocar-se no ambiente urbano é um direito individual e coletivo e denota importante fator para a participação social das pessoas, com implicações para a sua saúde^{4,9,10,13}. Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar o impacto do entorno físico e social da vizinhança, entendidos como facilitadores ou barreiras, para aspectos da participação social de adultos mais velhos brasileiros.

MÉTODOS

Desenho do Estudo

Trata-se de estudo transversal, utilizando a linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso no Brasil (ELSI-Brasil). O inquérito da linha de base foi conduzido entre 2015 e 2016.

Amostra

A amostra foi desenhada para ser representativa da população brasileira não institucionalizada, com 50 anos ou mais de idade. A base operacional geográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁴ foi utilizada para a estratificação e seleção das áreas. Para a amostragem do ELSI-Brasil, utilizamos diferentes estratégias, combinando estratificação das unidades primárias de amostragem (municípios), setores censitários e domicílios. Os municípios foram alocados a quatro estratos, dependendo do tamanho da população. Todos os residentes dos domicílios selecionados com idade igual ou superior a 50 anos eram elegíveis para entrevista e demais procedimentos. A amostra final contemplou 9.412 pessoas, residentes em 70 municípios das diferentes regiões brasileiras. Para este estudo, a amostra foi restrita aos 7.935 moradores em áreas urbanas. Mais detalhes sobre o ELSI-Brasil podem ser encontrados na *homepage* da pesquisa^a e em outra publicação¹⁴.

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais (CAAE 34649814.3.0000.5091). Participantes assinaram diferentes termos de consentimentos livre e esclarecido para cada etapa: entrevista, medidas físicas, testes laboratoriais armazenamento de amostras e acesso a dados administrativos.

Variáveis

Participação Social

A construção da variável participação social teve como referência a definição sugerida por Levasseur et al.⁸, bem como suas distinções entre os construtos participação, participação social e engajamento social, propostas com base no nível de envolvimento do indivíduo em suas interações. Dentro dessa perspectiva, participação social compreende atividades do terceiro ao sexto nível de envolvimento do indivíduo. O interesse deste estudo encontra-se em aspecto da participação social que envolve atividades praticadas com outras pessoas (níveis 3 e 4, Figura) em detrimento às atividades realizadas para outras pessoas (engajamento social). Portanto, este estudo mede aspectos da participação social e não o constructo em toda a sua amplitude, embora a variável resposta seja referida como participação social.

Nesse sentido, a variável resposta resultou da composição das seguintes variáveis: visitou seus amigos ou familiares em suas casas nos últimos 12 meses (sim, não); saiu com outras pessoas para lugares públicos, como restaurante, cinema, clube, praça, nos últimos 12 meses (sim, não). Aqueles que responderam *não* para ambas as variáveis foram considerados não participantes (categoria de referência) e os demais, como participantes.

^a Fundação Oswaldo Cruz. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. Rio de Janeiro; c2015 [citado 28 nov 2017]. Disponível em: <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br>

Quatro diferentes variáveis foram, independentemente, consideradas como variáveis explicativas principais, a saber: 1) “Quando vai sair de casa, tem medo de cair por causa de defeitos nos passeios?” (sim, não); 2) “Quando vai sair de casa, tem preocupação com a dificuldade de subir em ônibus, metrô ou trem?” (sim, não); 3) “Quando vai sair de casa, tem preocupação com a dificuldade em atravessar a rua?” (sim, não); 4) “Pensando em crimes e violência, qual das opções que vou ler a seguir define melhor a sua vizinhança?” (muito segura, segura, muito insegura); aqueles que reportaram muito segura ou segura foram considerados como os que percebem a vizinhança segura, e os demais, como insegura. A seguinte definição de vizinhança foi lida para o entrevistado a priori: “Vizinhança é o local onde o senhor (a) vive e realiza tarefas de rotina, como ir à padaria, mercado, sacolão, comércio local, visitar seus vizinhos, caminhar. Pode-se entender como vizinhança também o local onde o senhor (a) reconhece a maioria das pessoas”. As variáveis explicativas estão altamente correlacionadas ($p < 0,0005$, dados não apresentados).

Foram consideradas como potenciais variáveis de confusão: faixa etária: 50–59, 60–69 e 70–79, 80 anos ou mais; situação conjugal: vive com companheiro (a) [se casado (a), amasiado (a), união estável], não vive com companheiro (a) [divorciado (a), separado (a), viúvo (a)]; escolaridade: não frequentou escola, 1–4, 5–8 e 9 anos ou mais; autoavaliação da saúde (muito boa ou boa, regular, ruim ou muito ruim); residir em rua asfaltada ou pavimentada: (sim, não); tempo de moradia no município em anos: (< 10; 10–19; 20–29; 30–39; 40–49; 50 anos ou mais); escore de posição socioeconômica, construído por meio de análise de componentes principais, com base no número de eletrodomésticos e de veículos existentes no domicílio e na presença de trabalhadores domésticos, e categorizado em quintis.

Análise estatística

Para determinar e quantificar o efeito das variáveis explicativas na participação social, usamos o modelo de regressão de Poisson. Para assegurar a comparabilidade entre os quatro diferentes modelos de regressão, todas as variáveis potencialmente consideradas variáveis de confusão foram incluídas nos modelos. O desenho amostral foi incorporado na análise utilizando o comando *svy*. As magnitudes das associações foram estimadas pela razão de prevalência (RP) e respectivo intervalo de confiança de 95%. Em todas as análises, usamos o pacote estatístico Stata versão 14.0 (StataCorp LP, College Station, Texas, Estados Unidos).

RESULTADOS

Participaram do presente estudo, 7.935 moradores em áreas urbanas, sendo 4.516 (56,9%) do sexo feminino (Tabela 1). Na Tabela 2 estão apresentados os resultados da análise univariada da associação entre participação social e características selecionadas e respectivas RP.

Para o conjunto da população estudada foram observadas associações estatisticamente significantes e positivas entre participação social e pessoas que vivem com companheiro (a), com mais anos de educação formal, com maior escore de posição socioeconômica e os que residem em ruas asfaltadas. Também apresentaram associação significativa com a variável resposta, porém negativas, as variáveis idade e auto percepção da saúde. As variáveis educação formal, escore de posição socioeconômica e autoavaliação apresentaram gradiente de associação com a participação social, o que indica associação dose-resposta.

As variáveis reside em ruas asfaltadas e tempo de moradia no município foram as únicas que se diferenciaram para homens e mulheres, sendo a primeira significativa para o grupo masculino e a segunda, para o feminino.

No que se refere às exposições de interesse, o relato de dificuldade em atravessar a rua e a preocupação com a dificuldade de subir em ônibus, metrô ou trem restringiram a participação social do conjunto de todos os participantes, independente do sexo, o que

Tabela 1. Frequências relativas a características selecionadas para adultos mais velhos (50 anos ou mais). Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Característica	Mulheres	Homens	p
	%	%	%
Participação social			0,900
Sim	81,8	82,0	
Não	18,1	18,0	
Medo de cair por causa de defeito no passeio			< 0,001
Sim	60,3	43,4	
Não	39,7	56,6	
Dificuldade em atravessar a rua			< 0,001
Sim	50,4	35,8	
Não	49,6	64,2	
Preocupação com a dificuldade de subir em ônibus, metrô ou trem			< 0,001
Sim	42,7	24,1	
Não	57,3	75,9	
Percepção de violência na vizinhança			< 0,001
Não violenta	61,5	62,0	
Violenta	38,5	38,0	
Faixa etária (anos)			0,012
50–59	45,0	51,4	
60–69	30,0	28,9	
70 ou mais	25,0	19,7	
Situação conjugal			< 0,001
Não vive com companheiro (a)	48,2	25,3	
Vive com companheiro (a)	51,8	74,7	
Educação formal (anos)			< 0,001
Não frequentou a escola	12,1	9,2	
1–4	36,3	35,0	
5–8	22,1	24,2	
9 ou mais	29,5	31,6	
Escore de posição socioeconômica (quintis)			0,002
1 (pior)	16,4	14,1	
2	20,5	17,2	
3	21,2	20,0	
4	20,6	24,2	
5 (melhor)	21,3	24,5	
Índice de massa corporal			< 0,001
Baixo peso	6,3	7,5	
Adequado	28,5	33,5	
Sobrepeso	65,2	59,0	
Autoavaliação da saúde			0,05
Muito boa/Boa	44,8	45,7	
Regular	43,0	44,2	
Ruim/Muito ruim	12,2	10,1	
Reside em rua asfaltada/pavimentada			0,05
Não	11,5	10,5	
Sim	88,5	89,5	
Tempo de moradia no município (anos)			0,002
< 10	6,3	7,3	
10–19	6,8	7,5	
20–29	10,4	11,0	
30–39	16,1	17,5	
40–49	15,2	17,5	
50 ou mais	45,2	39,2	

Número máximo de informações faltantes: n = 235 para a variável percepção de violência na vizinhança no grupo das mulheres e n = 148 para a variável índice de massa corporal no grupo dos homens.

Tabela 2. Análise univariada relativa à participação social, segundo características selecionadas para adultos mais velhos, 50 anos ou mais. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Característica	Participação social		
	Mulheres	Homens	Total
	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Medo de cair por causa de defeito no passeio			
Não	1,00	1,00	1,00
Sim	1,00 (0,97–1,04)	0,97 (0,94–1,01)	0,99 (0,96–1,02)
Dificuldade em atravessar a rua			
Não	1,00	1,00	1,00
Sim	0,91 (0,88–0,96)*	0,89 (0,85–0,93)*	0,91 (0,88–0,93)*
Preocupação com a dificuldade de subir em ônibus, metrô ou trem			
Não	1,00	1,00	1,00
Sim	0,93 (0,90–0,97)*	0,88 (0,84–0,92)*	0,92 (0,89–0,95)*
Percepção de violência na vizinhança			
Não violenta	1,00	1,00	1,00
Violenta	1,00 (0,96–1,04)	1,03 (0,97–1,07)	1,01 (0,98–1,04)
Faixa etária (anos)			
50–59	1,00	1,00	1,00
60–69	0,96 (0,92–1,00)	0,96 (0,91–1,01)	0,96 (0,93–0,99)*
70–79	0,86 (0,80–0,92)*	0,89 (0,83–0,95)*	0,87 (0,83–0,91)*
80 ou mais	0,85 (0,78–0,94)*	0,76 (0,65–0,88)*	0,82 (0,76–0,88)*
Situação conjugal			
Não vive com companheiro (a)	1,00	1,00	1,00
Vive com companheiro (a)	1,06 (1,02–1,10)*	1,15 (1,08–1,21)*	1,09 (1,05–1,13)*
Educação formal (anos)			
Não frequentou a escola	1,00	1,00	1,00
1–4	1,20 (1,13–1,28)*	1,26 (1,13–1,40)*	1,22 (1,15–1,30)*
5–8	1,28 (1,20–1,37)*	1,36 (1,22–1,53)*	1,31 (1,23–1,40)*
9 ou mais	1,39 (1,29–1,49)*	1,48 (1,33–1,66)*	1,42 (1,33–1,53)*
Escore de posição socioeconômica (quintis)			
1 (pior)	1,00	1,00	1,00
2	1,15 (1,06–1,25)*	1,10 (1,01–1,18)*	1,13 (1,06–1,20)*
3	1,23 (1,13–1,33)*	1,14 (1,05–1,23)*	1,19 (1,11–1,26)*
4	1,27 (1,20–1,35)*	1,22 (1,14–1,31)*	1,25 (1,19–1,32)*
5 (melhor)	1,33 (1,23–1,44)*	1,34 (1,25–1,43)*	1,34 (1,27–1,41)*
Índice de massa corporal			
Adequado	1,00	1,00	1,00
Baixo peso	0,93 (0,83–1,04)	0,96 (0,87–1,05)	0,95 (0,88–1,02)
Obeso	0,99 (0,96–1,02)	1,01 (0,96–1,05)	1,00 (0,97–1,03)
Autoavaliação da saúde			
Muito boa/Boa	1,00	1,00	1,00
Regular	0,94 (0,91–0,98)*	0,93 (0,90–0,97)*	0,94 (0,91–0,97)*
Ruim/Muito ruim	0,81 (0,76–0,88)*	0,78 (0,71–0,85)*	0,80 (0,75–0,85)*
Reside em rua asfaltada/pavimentada			
Não	1,00	1,00	1,00
Sim	1,02 (0,97–1,09)	1,09 (1,01–1,17)*	1,05 (1,01–1,10)*
Tempo de moradia no município (anos)			
≤ 10	1,00	1,00	1,00
11–20	0,91 (0,85–0,98)*	1,01 (0,91–1,13)	0,96 (0,90–1,03)
> 20	0,93 (0,88–0,99)*	1,02 (0,95–1,10)	0,98 (0,94–1,01)

* p < 0,05

Todas as variáveis foram ajustadas para idade.

Tabela 3. Resultado final da análise multivariada para participação social relativa a variáveis explicativas selecionadas para adultos mais velhos, 50 anos ou mais. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Variável explicativa	Participação social		
	Mulheres	Homens	Total
	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Medo de cair por causa de defeito no passeio	1,02 (0,99–1,05)	0,99 (0,96–1,03)	1,01 (0,99–1,04)
Dificuldade em atravessar a rua	0,95 (0,92–0,99)*	0,94 (0,90–0,99)*	0,96 (0,93–0,98)*
Preocupação com a dificuldade de subir em ônibus, metrô ou trem	0,98 (0,95–1,03)	0,95 (0,91–0,99)*	0,98 (0,96–1,00)
Percepção de violência na vizinhança	1,00 (0,96–1,03)	1,03 (0,99–1,08)	1,02 (0,99–1,04)

* $p < 0,05$

Ajustados para: faixa etária, situação conjugal, educação formal, escore de posição socioeconômica, índice de massa corporal, autoavaliação da saúde, residência em rua asfaltada ou pavimentada e tempo de residência no município.

não ocorreu para o medo de cair por causa dos defeitos no passeio e para a percepção de violência na vizinhança.

Os resultados finais da análise multivariada podem ser vistos na Tabela 3. Relato de dificuldade em atravessar a rua é fator limitador para participação social de homens e mulheres com mais de 50 anos. A preocupação quanto à dificuldade em utilizar o transporte público foi significativa apenas para os homens. Assim como na análise univariada, o medo de cair por causa dos defeitos no passeio e a percepção de violência na vizinhança não se associaram à participação social.

DISCUSSÃO

Existem na literatura várias definições para a participação social^{6–8,15}. Neste estudo, a participação social foi definida a partir do modelo de Levasseur et al.⁸, e, portanto, optou-se por delinear a variável dependente de acordo com os níveis três e quatro de envolvimento do indivíduo com a atividade. A participação social foi então medida por duas perguntas que remetem à convivência e interação social por meio do encontro entre pessoas, sem a realização de atividade específica (visitou seus amigos ou familiares em suas casas nos últimos 12 meses), e realizando uma atividade específica (saiu com outras pessoas para lugares públicos, como restaurante, cinema, clube, praça, nos últimos 12 meses). Dessa forma, mediu-se um aspecto da participação social que não envolve o engajamento social.

A prevalência de participação social não foi diferente para homens e mulheres (81% em ambos os grupos), embora pesquisas demonstrem contrastes, biológicos ou não, em vários aspectos do envelhecimento entre os sexos^{16,17}. Os estudos enfatizam a importância de reconhecer a heterogeneidade de enfrentamento dos desafios para a participação, incluindo a diferença de gênero¹⁸. No modelo de Levasseur et al.⁸, adotado no presente estudo, são determinados quatro níveis de envolvimento com a atividade, sendo os níveis cinco e seis relativos ao engajamento social. Segundo os autores, engajamento social está contido na participação social. É possível que a ausência de variáveis para contemplar estes níveis possa ter suscitado a semelhança das prevalências de participação social entre os sexos e que, portanto, diferentes aspectos da participação podem apresentar relações também diferentes quando avaliados separadamente¹⁵. Contudo, o objetivo deste trabalho era avaliar aspectos da participação social que envolvam atividades realizadas com os outros, em detrimento daquelas realizadas para os outros.

A maior parte dos indivíduos deste estudo é do sexo feminino, o que nos remete ao panorama atual do envelhecimento e confirma a feminização desse processo, em que as mulheres constituem a maioria da população com mais de 60 anos e vivem em média até sete anos a mais que os homens¹⁹. O IBGE estima para 2060 um contingente de 33 milhões de homens idosos e 40,6 milhões de mulheres idosas, o que significa um excedente feminino de 7,6 milhões de mulheres. Explicações para essas diferenças ancoram-se nos modos distintos de

comportamentos de homens e mulheres ao longo da vida, determinados por suas diferenças biológicas e por suas trajetórias sociais desiguais^{16,17,19}, o que reforça a importância de estudos que contemplem fatores não biológicos.

As análises univariadas mostraram que, para esse grupo de adultos mais velhos brasileiros, a participação social favorável esteve associada a fatores como faixas etárias mais baixas, viver com companheiro (a), tempo maior em anos de educação formal, melhor posição socioeconômica e melhor autopercepção da saúde; e a fatores relacionados ao local de moradia, como residir em ruas asfaltadas, ter menor tempo de moradia no município (apenas para as mulheres) e não relatar dificuldade em atravessar a rua e nem preocupação em subir em transporte público.

A situação conjugal é um aspecto da vida do idoso constantemente explorado em estudos sobre o envelhecimento^{9,12,20}. Por um lado, o fato de viver com companheiro (a) pode incrementar a vida social do idoso e favorecer sua participação e cuidado com a saúde. Por outro lado, situações como viuvez e dependência modificam a estrutura das redes sociais e das relações familiares ao longo do tempo e podem conduzir a comportamentos de isolamento nos anos mais tardios da vida²⁰, embora Donnelly e Hinterlong²¹ tenham relatado a manutenção ou mesmo o aumento dos níveis de participação do idoso após a perda do cônjuge, como forma de compensação.

Já a autopercepção da saúde tem se mostrado um indicador confiável e muito utilizado para estimar o estado de saúde, as incapacidades e a mortalidade em idosos²². Neste estudo, a prevalência da autopercepção ruim ou muito ruim da saúde não variou entre os sexos (12%), e esteve associada à participação social com gradiente dose-resposta. Silva²³, em seu estudo com idosos portugueses, também encontrou associação entre uma autoavaliação do estado de saúde mais positiva e a participação social, o voluntariado e a atividade cultural. Ao mesmo tempo, Sirven e Debrand²⁴, com dados do *Survey of Health, Ageing & retirement in Europe* (SHARE), mostraram que a maior participação social pode melhorar a percepção da saúde entre pessoas com 50 anos ou mais. A direção dessas associações ainda precisa ser melhor explorada²⁴. O reconhecimento da importância da convivência em sociedade para a saúde do indivíduo no processo de envelhecimento²⁵ pode ser encontrado no estudo de Torres et al.²⁰, em que variáveis como a ausência de encontros com amigos e a insatisfação ou a indiferença no que se refere às relações pessoais mostraram forte associação com limitações nas atividades da vida diária, mesmo após ajustes para características sociais e demográficas, estado de saúde e outros indicadores das relações sociais.

No presente estudo, as variáveis posição socioeconômica e número de anos de educação formal também apresentaram um comportamento dose resposta em relação à participação do idoso, independentemente do sexo. A posição socioeconômica da população está diretamente relacionada com o nível de escolaridade; o aumento na renda e no nível de escolaridade significa maior acesso aos serviços básicos²⁶. As perguntas que operacionalizaram participação social neste estudo envolvem atividades que promovem o encontro entre amigos e parentes; a segunda pergunta sugere a utilização de lugares públicos como restaurante e cinema. Hipoteticamente, pessoas com melhor posição socioeconômica poderão desfrutar com maior frequência de lazeres que envolvam investimento financeiro e, possivelmente, apresentem maior participação social dentro dessa perspectiva.

O tempo de moradia mais longo no mesmo município poderia sugerir maior participação social do indivíduo pela oportunidade do desenvolvimento de laços afetivos. Porém, essa variável foi significativa apenas para as mulheres, e em uma lógica inversa. Mulheres com tempo de moradia inferior a 10 anos relataram maior participação social do que aquelas com tempo de residência entre 10 e 20 anos ou maior que 20 anos. Por suposição, como a variável participação social neste estudo envolve o deslocamento do indivíduo à residência de amigos e parentes ou a locais públicos, mesmo possuindo uma rede social satisfatória, o indivíduo pode ser considerado não participativo, o que poderia ser explicado por outros fatores relacionados ao indivíduo ou à sua vizinhança. Ainda, o mesmo fator temporal pode

indicar que essas pessoas, pelo avançar da idade, tenham sofrido grandes perdas, o que pode ter contribuído para uma convivência menos ativa.

A avaliação multivariada do presente estudo mostrou que a participação social do conjunto de homens e mulheres é negativamente influenciada pelo relato de ter dificuldade em atravessar a rua, sendo este relato mais frequente entre as mulheres (58%). Estudo recentemente publicado²⁷ sobre a velocidade da marcha de idosos na cidade de São Paulo mostrou que o tempo de 1,2 m/s dos semáforos que regulam os cruzamentos de pedestres não correspondem às necessidades de tempo dos idosos comunitários para a travessia das ruas com segurança, o que pode contribuir para o isolamento social do idoso, além de promover acidentes^{18,28}. Praticamente 98% dos indivíduos do estudo caminham em um ritmo inferior ao dos semáforos, com uma associação positiva para as mulheres e os indivíduos de baixa escolaridade²⁷.

A preocupação com a dificuldade em atravessar a rua foi frequentemente relatada pelos participantes do inquérito Programa Cidade Amiga do Idoso da OMS, realizado em 33 cidades ao redor do mundo⁴. Como mencionado anteriormente, essa é também uma preocupação dos adultos mais velhos brasileiros e está associada com a participação social do conjunto dos participantes. A falta de segurança para a travessia de ruas e cruzamentos reflete-se nos dados de mortalidade e morbidade por causas externas, divulgados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)²⁹. No último ano (set 2016 a set 2017), 51% das mortes de pedestres no trânsito das cidades brasileiras envolveram indivíduos acima dos 50 anos. Quanto às internações pela mesma causa, estas corresponderam a 33% para a mesma faixa etária.

A preocupação em embarcar e desembarcar de veículos, embora mais prevalente entre as mulheres (42%) do que entre os homens (25%), esteve associada à participação social apenas entre os homens, na análise multivariada. Esse resultado pode estar associado a questões de gênero, por remeter à preocupação diante da necessidade de receber ajuda, o que para muitos homens pode representar uma violação de sua masculinidade³⁰. Entretanto, estudo desenvolvido em Porto Rico revelou as mulheres como mais propensas a experimentarem restrição em participação devido à falta de acessibilidade aos sistemas de transporte¹⁸.

Embora não tenham apresentado associação significativa com a participação social neste estudo, é relevante ressaltar que as preocupações em sair de casa devido a defeitos nos passeios (51%) e a percepção de vizinhança muito insegura (37%) são fatores identificados como dificultadores para a participação social de idosos em outras pesquisas^{4,9,12}. Segundo a OMS, as calçadas inadequadas nos centros urbanos são problemas quase universais. As condições das calçadas impactam na funcionalidade de idosos^{9,12} e afetam seu desempenho no deslocamento nas cidades⁴. Em relação à percepção da violência na vizinhança, isso interfere na motivação das pessoas em saírem de suas casas; diminui a autonomia, independência e atividade física; prejudica a saúde física e emocional; e repercute negativamente na participação social^{1,4,9,13}.

Algumas limitações deste estudo devem ser mencionadas, como o fato de ele ser transversal, impossibilitando estabelecimento de temporalidade. Outra possível limitação é o viés de fonte comum, pois os participantes relataram tanto o desfecho quanto as variáveis explicativas principais. Ainda, o fato de a variável dependente não incluir o parâmetro de frequência da atividade desenvolvida pode ter superestimado a participação dos indivíduos.

O impacto social decorrente do envelhecimento populacional urbano tem, entre suas consequências, a necessidade de a infraestrutura das cidades ser aprimorada a fim de permitir que pessoas com diversidade funcional possam continuar a desempenhar seus papéis sociais e exercer sua cidadania. Ambas as perguntas feitas para medir a participação social neste estudo reportam-se à necessidade de deslocamento do indivíduo utilizando o espaço urbano. Para o planejamento e a organização das cidades e de seus espaços, devemos considerar a acessibilidade para o exercício do direito coletivo de participação, independentemente de características pessoais como a idade^{2,4,9}.

Enquanto a mobilidade da pessoa idosa refere-se ao seu desempenho em movimentar-se e executar tarefas fora do ambiente domiciliar, a mobilidade urbana relaciona-se com atributos do ambiente urbano que favorecem o deslocamento das pessoas para desenvolver diversas atividades na cidade utilizando veículos, auxílios locomotores e caminhando. Atravessar ruas e cruzamentos, embarcar e desembarcar de veículos e deslocar-se nos passeios públicos com segurança são tarefas essenciais para a mobilidade e consequente participação social^{4,18,27,28}.

Diante do exposto, torna-se irrefutável o fato de a participação social ser um constructo indissociável do contexto das cidades, mesmo que suas relações sejam complexas e ainda necessitem ser exploradas. Os dados analisados neste estudo são representativos da população brasileira. Portanto, características urbanas que ocasionam dificuldade em atravessar a rua e na acessibilidade ao transporte público podem ser inferidas como importantes barreiras para a participação social de adultos mais velhos brasileiros.

REFERENCES

1. Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CDL, Camargos VP, Proietti FA. Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(6):1785-96. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600013>
2. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. *Aging Male*. 2002;5(1):1-37.
3. Aw S, Koh G, Oh YJ, Wong ML, Vrijhoef HJM, Harding SC, et al. Explaining the continuum of social participation among older adults in Singapore: from “closed doors” to active ageing in multi-ethnic community settings. *J Aging Stud*. 2017;42:46-55. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.07.002>
4. World Health Organization. Global Age-Friendly Cities: a guide. Geneva: WHO; 2007.
5. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
6. Chang FH, Coster WJ. Conceptualizing the construct of participation in adults with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(9):1791-8. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.05.008>
7. Eysen IC, Steultjens MP, Dekker J, Terwee CB. A systematic review of instruments assessing participation: challenges in defining participation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(6):983-97. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.01.006>
8. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2141-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
9. Ferreira FR, César CC, Camargos VP, Lima-Costa MF, Proietti FA. Aging and urbanization: the neighborhood perception and functional performance of elderly persons in Belo Horizonte Metropolitan Area-Brazil. *J Urban Health*. 2010;87(1):54-66. <https://doi.org/10.1007/s11524-009-9406-z>
10. Noreau L, Boschen K. Intersection of participation and environmental factors: a complex interactive process. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(9 Suppl):S44-53. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.10.037>
11. Hand C, Retrum J, Ware G, Iwasaki P, Moaalii G, Main DS. Understanding social isolation among urban aging adults: informing occupation-based approaches. *OTJR (Thorofare N J)*. 2017;37(4):188-98. <https://doi.org/10.1177/1539449217727119>
12. Ortiz RJF, Ferreira FR, Lima-Costa MF, César CC. Perceived neighborhood characteristics and the functional performance of elderly people in the Belo Horizonte Metropolitan Area, Minas Gerais State, Brazil: a quantile regression analysis. *Cad Saude Publica*. 2016;32(11):e00073515. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00073515>
13. Wen M, Hawkey LC, Cacioppo JT. Objective and perceived neighborhood environment, individual SES and psychosocial factors, and self-rated health: an analysis of older adults in Cook County, Illinois. *Soc Sci Med*. 2006;63(10):2575-90. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.025>
14. Lima-Costa MF, Andrade FB, Souza Jr PRB, Neri AL, Duarte YAO, Castro-Costa E, et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brasil): objectives and design. *Am J Epidemiol*. 2018;187(7):1345-53. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>

15. Katagiri K, Kim JH. Factors determining the social participation of older adults: a comparison between Japan and Korea using EASS 2012. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194703. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194703>
16. Kornadt AE, Voss P, Rothermund K. Multiple standards of aging: gender-specific age stereotypes in different life domains. *Eur J Ageing*. 2013;10(4):335-44. <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0281-9>
17. Olinto MTA. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. *Rev Bras Epidemiol*. 1998;1(2):161-9. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X1998000200006>
18. Orellano-Colón EM, Mountain GA, Rosario MCZ, Acevedo S, Tirado J. Environmental restrictors to occupational participation in old age: exploring differences across gender in Puerto Rico. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(9):11288-303. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911288>
19. Ostan R, Monti D, Guerresi P, Bussolotto M, Franceschi C, Baggio G. Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. *Clin Sci (Lond)*. 2016;130(19):130:1711-25. <https://doi.org/10.1042/CS20160004>
20. Torres JL, Dias RC, Ferreira FR, Macinko J, Lima-Costa MF. Functional performance and social relations among the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a population-based epidemiological study. *Cad Saude Publica*. 2014;30(5):1018-28. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00102013>
21. Donnelly EA, Hinterlong JE. Changes in social participation and volunteer activity among recently widowed older adults. *Gerontologist*. 2010;50(2):158-69. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp103>
22. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):415-28. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200019>
23. Silva PA. Individual and social determinants of self-rated health and well-being in the elderly population of Portugal. *Cad Saude Publica*. 2014;30(11):2387-400. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00173813>
24. Sirven N, Debrand T. Social participation and healthy ageing: an international comparison using SHARE data. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2017-26. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.056>
25. Pinto JM, Neri AI. Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(2):259-72. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160077>
26. Melo NCV, Ferreira MAM, Teixeira KMD. Life conditions of the elderly people in Brazil: an analysis based on the income and education level. *Oikos Rev Bras Econ Dom*. 2014;25(1):4-19.
27. Duim E, Lebrão ML, Antunes JLF. Walking speed of older people and pedestrian crossing time. *J Transp Health*. 2017;5:70-6. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2017.02.001>
28. Webb EA, Bell S, Lacey RE, Abell JG. Crossing the road in time: inequalities in older people's walking speeds. *J Transp Health*. 2017;5:77-83. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2017.02.009>
29. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília (DF); 2017 [citado 2 dez 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/fruf.def>
30. Nogueira IRR, Alcântara AO. Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando? *Rev Kairos Gerontol*. 2014;17(1):263-82.

Financiamento: A linha de base do ELSI-Brasil foi financiada pelo Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE – Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Processo 404965/2012-1); COSAPI/DAPES/SAS – Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (Processos 20836, 22566 e 23700); e Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação.

Contribuição dos Autores: Análise e interpretação dos dados: FRF, CCC, FAP. Redação do manuscrito: FRF, CCC, FAP. Revisão crítica do manuscrito: FRF, CCC, FBA, PRBSJ, MFLC, FAP.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.