

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Associação entre Rede e Apoio Social com Auto-Avaliação da Saúde em Idosos Residentes do Município do Rio de Janeiro”

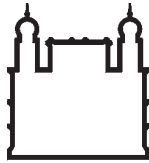
por

Silvana Costa Caetano

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências, na área de Epidemiologia em Saúde Pública.

*Orientador principal: Prof. Dr. Mario Vianna Vettore
Segundo Orientador: Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva*

Rio de Janeiro, junho de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Associação entre Rede e Apoio Social com Auto-Avaliação da Saúde em Idosos Residentes do Município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Silvana Costa Caetano

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Eduardo Faerstein

Prof.^a Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha

Prof. Dr. Mario Vianna Vettore – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 27 de junho de 2011.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C128 Caetano, Silvana Costa
Associação entre rede e apoio social com auto-avaliação da
saúde em idosos residentes do Município do Rio de Janeiro. /
Silvana Costa Caetano. -- 2012.
92 f. : il. ; tab. ; graf.

Orientador: Vettore, Mario Vianna
Silva, Cosme Marcelo Furtado Passos da
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Apoio Social. 2. Rede Social. 3. Saúde do Idoso. 4. Auto-
Avaliação da Saúde. 5. Nível de Saúde. 6. Acesso aos Serviços de
Saúde. 7. Fatores Socioeconômicos. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.6

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
2. Hipóteses do Estudo.....	14
3. Revisão da Literatura.....	15
4. Materiais e Métodos.....	42
5. Artigo.....	50
6. Referências Bibliográfica gerais.....	78
7. Anexos.....	83

Lista de Figuras e Tabelas

Revisão Bibliográfica	Página
Figura 1. Envelhecimento da População Brasileira, por sexo, nos anos 2000, 2025 e 2050	16
Figura 2. Determinantes do Envelhecimento Ativo, OMS, 2003.....	24
Figura 3. Modelo teórico utilizado no estudo de associação entre rede e apoio social e auto-avaliação da saúde de idosos.....	48
 Artigo	
Figura 1 Modelo teórico utilizado no estudo de associação entre rede e apoio social e auto-avaliação da saúde de idosos.....	67
Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas, rede e apoio social (total da amostra) e auto-avaliação da saúde em idosos por sexo, Rio de Janeiro, 2006.....	68
Tabela 2. Características relacionadas ao comportamento relacionado à saúde, capacidade funcional, morbidade referida (total da amostra) e auto-avaliação da saúde em idosos por sexo, Rio de Janeiro, 2006.....	70
Tabela 3. Razões de Chance (Odds Ratio) do modelo de regressão logística binária (auto-avaliação da saúde ruim) multivariada hierarquizada do modelo teórico e modelo final, sexo feminino, Rio de Janeiro, 2006.....	72
Tabela 4. Razões de Chance (Odds Ratio) do modelo de regressão logística binária (auto-avaliação da saúde ruim) multivariada hierarquizada do modelo teórico e modelo final, sexo masculino, Rio de Janeiro, 2006.....	75
 Lista de Anexos	
Anexo 1. Instrumento de Coleta de Dados e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84
Anexo 2. Folder com informações da Pesquisa.....	90
Anexo 3. Carta de aprovação do Comitê de ética e Pesquisa.....	92

Lista de Siglas

Sigla	Significado
AP	Área Programática
AVD	Atividade de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COBAP	Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPP	Instituto Pereira Passos
NIESQ	Núcleo de Informação e Estudos de Conjuntura
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PMS	Pesquisa Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PV	Posto de Vacinação
SESQV	Secretaria Especial de Qualidade de Vida
SM	Salário Mínimo
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas e seus Fatores de Risco e Proteção por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UPS	Unidade Primária de Seleção
USS	Unidade Secundária de Seleção
UTS	Unidade Terciária de Seleção

Ao idosos da minha vida que me ajudam a ser quem sou, Adejar e Adeneia (pais),
Antonia e Luis Gonzaga (in memoriam) – sogros e Anita (tia)
Ao meu amor Cleber que me deu o maior de todos os presentes: Julia.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste
em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”
Marcel Proust

AGRADECIMENTOS

Confesso que para mim esta é uma das partes mais difíceis deste trabalho, acreditem! Por mais que lembre, poderei deixar de registrar pessoas importantes. Mas, vamos começar...

Agradeço primeiramente a Deus. Não consigo viver minha existência, sem ter fé e acreditar que consigo superar as dificuldades e encontrar tantas pessoas que colaboram para meu crescimento por acaso.

Agradeço especialmente ao grupo que fez parte da 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos. Destaco aqui Rosanna Iozzi, Maristela Caridade, Mariza Theme, Alcides Carneiro, Lucia Helena, Carlos Maia e Luiza que recebem meu agradecimento em nome da equipe de profissionais entusiastas e corajosos que fizeram parte desta atividade desde o final de 2004, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, do Instituto Pereira Passos, da Secretaria Especial de Qualidade de Vida, da UERJ, do IBGE, entre tantos parceiros.

Em especial agradeço aos idosos participantes da pesquisa pela valiosa informação prestada que propiciou o melhor entendimento da saúde do idoso na cidade do Rio de Janeiro.

Agradeço a compreensão aos meus amigos e companheiros de trabalho que me apoiaram e motivaram a continuar em frente.

Agradeço aos meus familiares pela compreensão e a apoio aos momentos de dedicação necessários à conclusão deste trabalho.

Agradeço especialmente ao meu esposo e filha pelo amor dedicado, principalmente nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Agradeço ao meu orientador Mario Vettore por toda a ajuda. Ganho muitos presentes na vida e sem dúvida tê-lo em minha caminhada foi importante para ampliar meus horizontes, para consolidar meus conhecimentos na epidemiologia e aprender lições de compreensão e solidariedade. Outro presente foi ter como co-orientador Cosme e também agradeço pelo aprendizado na epidemiologia e estatística, dinamismo, carinho e atenção dada nesta jornada.

A todos não citados aqui, mas que colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A concepção de saúde para o idoso dever incorporar aspectos sociais, além da presença de doenças. Apesar do idoso tender a um maior isolamento familiar e social poucos estudos investigaram se os relacionamentos sociais estão relacionados à medidas subjetivas da saúde no idoso. O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre rede e apoio social com a auto-avaliação da saúde em idosos, segundo sexo. Os dados são provenientes da 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos realizada pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo seccional com idosos de 60 anos ou mais de idade a partir de uma amostra probabilística em dois estágios de seleção durante a campanha de vacinação contra gripe em 2006. O desfecho foi auto-avaliação da saúde (boa e ruim) e as variáveis independentes foram organizadas em seis blocos: 1) rede e apoio social, 2) características sócio-econômicas, 3) comportamentos relacionados à saúde, 4) acesso à serviços de saúde, 5) capacidade funcional e morbidade referida e 6) idade. A análise dos dados foi conduzida por sexo. Regressão logística multivariada hierarquizada foi empregada ($p < 0.05$) após análise bi-variada para seleção das variáveis independentes ($p < 0,20$). Razões de chance e intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados. A amostra compreendeu 3.649 idosos e a faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos. A maioria dos participantes apresentou baixa escolaridade, não trabalhava, não tinha plano de saúde e vivia acompanhado. A auto-avaliação da saúde ruim foi associada com a falta de apoio social entre as mulheres (RC 1,70 IC95% 1,26-2,30) e com a ausência de redes sociais entre os homens (RC 1,56 IC95% 1,10-2,20). Permaneceram associados ainda à auto-avaliação da saúde ruim as variáveis renda (ambos), trabalho atual (mulheres), alimentação (homens), capacidade funcional (ambos), número de doenças (ambos) e depressão (ambos). A hipótese de associação entre rede e apoio social com a auto-avaliação da saúde foi confirmada com diferenciais entre os sexos. Estratégias e políticas públicas para melhorar a saúde do idoso devem considerar dimensões sociais favorecendo o envelhecimento saudável.

ABSTRACT

The concept of health for elderly people must incorporate social aspects apart from the occurrence of diseases. Although the elderly tend to a higher familial and social isolation, few studies investigated if social relations are related to subjective measures of health in elderly people. The aim of this study was to investigate the association of social networks and social support with self-rated health in elderly by sex. The data used were from the 1st Survey of Health and Living Conditions of Elderly People, performed in 2006 by the Municipal Secretary of Health of the city of Rio de Janeiro. It was a cross-sectional study involving elderly aged 60 years or more using a probabilistic sample in two-stages of selection during the Flu vaccination campaign in 2006. The outcome was self-rated health (good and poor) and the independent variables were organized into six blocks: 1) social network and social support, 2) socio-economic characteristics, 3) health-related behaviors, 4) access to health services, 5) functional capacity and self-reported diseases and 6) age. The data analysis was performed by sex. Hierarchical multivariate logistic regression was used ($p < 0.05$) after bi-variate analysis to select the independent variables ($p < 0.20$). Odds Ratio (OR) and 95% Confidence Intervals were obtained (95%CI). The sample comprised 3,649 elderly and the predominant age group was between 60 and 69 years. Most of participants have low schooling, did not work, have no health insurance and lived with other people. The poor self-rated health was associated with the lack of social support in females (OR 1.70 CI95% 1.26-2.30), and with the absence of social network in males (OR 1.56 CI95% 1.10-2.20). Other associated factors with poor self-rated health were income (both), current job (females), food habit (males), functional capacity (both), number of self-reported diseases (both) and depression (both). The hypothesis of association of social network and social support with self-rated health was confirmed, showing differences regarding sex. Strategies and public policies to improve health of elderly people must consider social dimensions in order to promote a healthy aging.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento considerado em vários estudos como um fenômeno mundial^{1,2,3} é vislumbrado como um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios da atualidade⁴.

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões e até 2050 estima-se que haverá dois bilhões de idosos, sendo 80% nos países em desenvolvimento⁴.

Em termos populacionais o “envelhecimento demográfico” é definido como o acúmulo progressivo de maiores contingentes populacionais em faixas etárias mais elevadas, sendo caracterizado pela redução da participação ativa de crianças e jovens, acompanhados pelo aumento proporcional de adultos e, particularmente, de idosos. O envelhecimento demográfico é um processo que depende de fatores, como a queda da mortalidade geral e infantil, e o aumento na expectativa de vida. Entretanto, é a fecundidade um dos fatores mais importantes, pois sua redução leva a uma diminuição gradativa das faixas etárias mais jovens e, quando associado a baixos níveis de mortalidade, ao envelhecimento populacional⁵.

O processo de envelhecimento percebido/experimentado parece ir muito além de uma demarcação cronológica do tempo de vida de uma pessoa.

Envelhecer pode significar a priori um acúmulo de anos vividos⁶. (IBGE apud Carvalho e Andrade), mas é importante considerar que paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza psicológica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento.

Mesmo fazendo parte do mesmo grupo etário, indivíduos mais velhos têm características diferenciadas entre si, tanto do ponto de vista demográfico como socioeconômico e epidemiológico, sendo encontrados diferenciais por sexo, raça, educação, renda e ocorrência de diferentes agravos à saúde⁶. (IBGE apud Parayba, 1998).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, mas faz uma distinção quanto ao local de residência dos idosos. Este limite é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos^{4,6}. Com o intuito de ampliar a visão das pessoas idosas na sociedade, a OMS adotou nos final dos anos 90 o termo

“Envelhecimento Ativo” para designar um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas ⁴. Em 1995, ao renomear seu “Programa de Saúde do Idoso” para “Envelhecimento e Saúde”, a OMS sinalizou uma importante mudança de orientação. Ao contrário de compartimentalizar os idosos, o nome novo abrangeu uma perspectiva de curso de vida: “todos estamos envelhecendo e a melhor forma de garantir uma boa saúde para os futuros grupos de pessoas mais velhas é através da prevenção de doenças e promoção da saúde durante a vida. Inversamente, a saúde dos atuais idosos só pode ser completamente entendida se considerarmos os eventos que experimentaram na vida” ⁴.

O aumento da população idosa na cidade do Rio de Janeiro também é uma característica marcante. Os resultados do Censo 2000 apresentaram o crescimento da população idosa em várias cidades do país, revelando uma tendência nacional. Este estudo apontou ainda a cidade do Rio de Janeiro como a capital de maior proporção de idosos no Brasil, representado por um contingente superior a 700 mil indivíduos acima de 60 anos ⁶. Desta maneira, o estudo das características e necessidades da população idosa no município do Rio de Janeiro ganhou importância. Como não havia na cidade nenhum estudo de base populacional sobre esta população, foram discutidas entre os anos de 2004 e 2005 estratégias possíveis para levantar informações de forma representativa dos idosos moradores em diferentes áreas da cidade. Em 2006 esta proposta foi concretizada com a realização da “1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida do Idoso” conduzida pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (atualmente Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil) em parceria com o Instituto Pereira Passos, a Secretaria Especial de Qualidade de Vida, o Núcleo de Informação e Estudos de Conjuntura – NIESC/UERJ, entre outros. A principal finalidade deste estudo foi a obtenção de informações sobre saúde e qualidade de vida de indivíduos com 60 anos ou mais de idade, e assim contribuir para uma visão panorâmica com enfoque multidimensional do idoso. Os temas centrais do estudo abordaram os aspectos demográficos, relacionados à capacidade funcional, auto-avaliação do estado de saúde, aspectos relacionados a rede e apoio social, estilos de vida, principais morbidades referidas pelos idosos e uso do serviço de saúde, entre outros ⁷.

A autora da presente dissertação participou de várias etapas desta pesquisa, incluindo concepção da pesquisa, elaboração e confecção do questionário; trabalho de

campo, no qual atuou na supervisão do estudo piloto em 2005, do estudo principal em 2006; análise dos dados e elaboração do relatório final.

Os primeiros resultados mostraram que a avaliação da saúde do idoso tem um caráter amplo e multifacetado, indo além do enfoque relacionado a quantidade de doenças referidas ⁷.

Mesmo diante de um cenário marcado pelas mudanças nos padrões populacionais, há ainda poucos estudos epidemiológicos na área da gerontologia que abordem a avaliação de contingentes populacionais como este realizado na cidade do Rio de Janeiro, principalmente no que tange a compreensão do envelhecimento sob o olhar mais amplo, como por exemplo, a partir da auto-avaliação do idoso e de aspectos ligados ao apoio e rede social. A compreensão dos fatores sociais determinantes para a saúde do idoso, tais como apoio social e rede social, pode contribuir com informações para subsidiar o desenvolvimento e implementação de estratégias para reduzir as desigualdades em saúde em idosos.

Face a utilização das informações da pesquisa em questão, o objetivo principal desta dissertação foi investigar a associação da rede e apoio social com a auto-avaliação da saúde em idosos residentes no município do Rio de Janeiro em 2006, segundo sexo, considerando os possíveis fatores relacionados a esta associação, incluindo características demográficas e socioeconômicas, capacidade funcional, morbidade-referida, uso de serviço de saúde, hábitos relacionados à saúde e estilo de vida. Adicionalmente, pretendeu-se investigar possíveis diferenciais segundo sexo para a possível associação entre a participação em atividades sociais (rede de apoio), a existência de pessoas com quem contar e receber visitas (apoio social) e a auto-avaliação da saúde.

Esta dissertação é apresentada em seis capítulos. O primeiro capítulo é reservado para introdução e no segundo são destacadas as hipóteses pré-estabelecidas. Em seguida é apresentada uma revisão de literatura, dividida nos subtemas envelhecimento e perfil populacional, auto-avaliação da saúde em idosos, envelhecimento ativo e seus determinantes, com especial ênfase a apoio e rede social. No quarto capítulo são apresentados os materiais e métodos da pesquisa. O quinto capítulo descreve os resultados relacionados à auto-avaliação da saúde e sua associação com rede e apoio social na forma de artigo com a discussão dos achados do presente estudo diante da literatura relacionada ao tema. Por fim, são apresentadas as conclusões da dissertação.

2. HIPÓTESES DO ESTUDO

2.1. Idosos de ambos os sexos com baixos níveis de apoio social apresentam pior auto-avaliação da saúde em relação aqueles com maiores níveis de apoio social.

2.2. Idosos de ambos os sexos com baixos níveis de rede social apresentam pior auto-avaliação da saúde em relação aqueles com maiores níveis de rede social.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Cenários do Envelhecimento: mundial, brasileiro e na cidade do Rio de Janeiro

Antes considerado um fenômeno, o envelhecimento no cenário atual é parte integrante da realidade da maioria das sociedades ^{1,2,3}. A estimativa para o ano de 2050 é que existirão cerca de dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, a maioria em países em desenvolvimento ⁴.

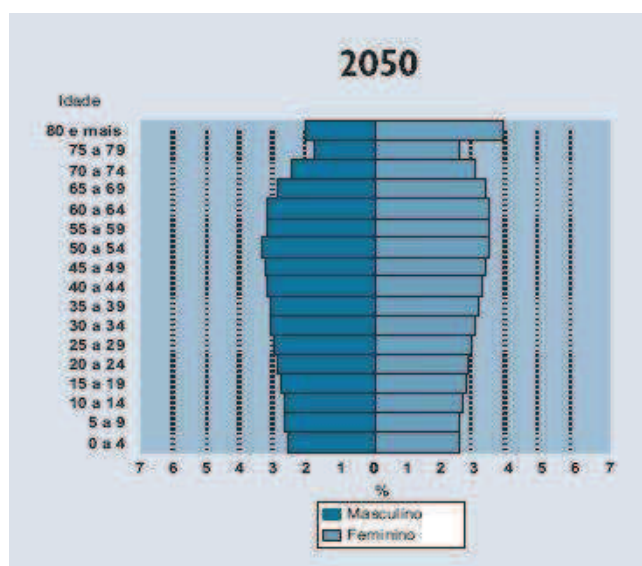
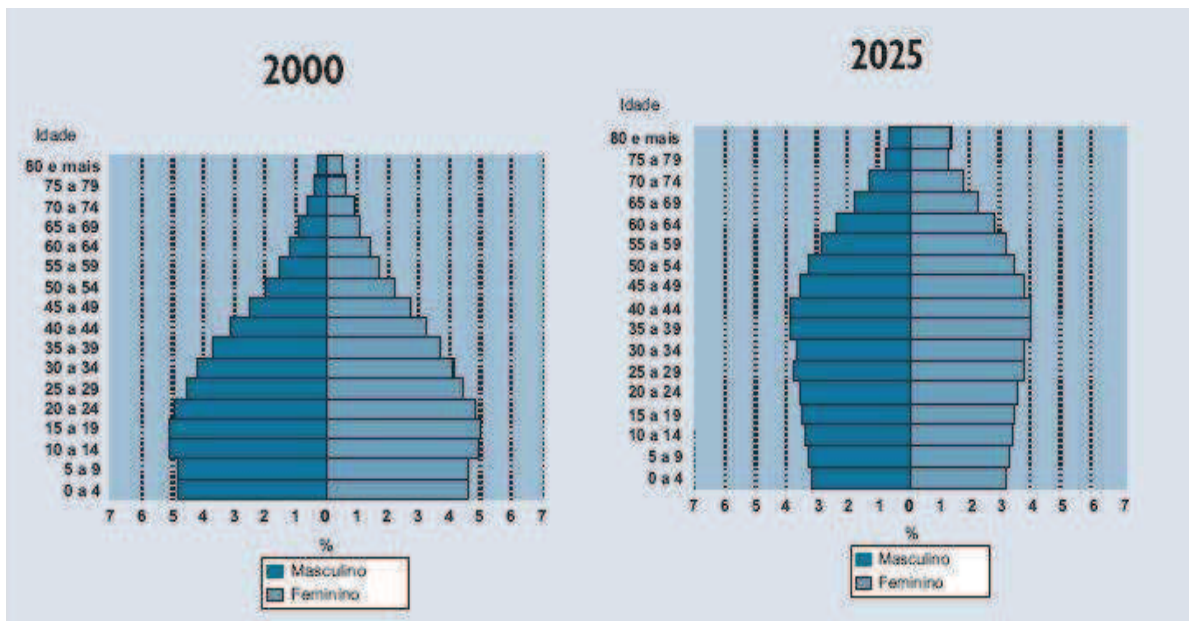
Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população foi um processo gradual acompanhado de crescimento socioeconômico constante durante muitas décadas e gerações. Já nos países em desenvolvimento, este processo de envelhecimento tem sido rápido, reduzido há duas ou três décadas. Assim, enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecerem, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento substancial em sua riqueza (WHO apud Kalache e Keller, 2000) ⁴.

A estimativa da OMS para as próximas décadas é que em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com aproximadamente 33 milhões de habitantes acima dos 60 anos de idade, representando 13,5% da sua população ⁴.

Entre os anos de 1980 e 2000 a população brasileira com 60 anos ou mais cresceu de 7,3 milhões para 14,5 milhões em 2000, representando 8,6% da população ⁶.

A esperança de vida ao nascer do brasileiro passou de 41,5 anos em 1940 para 59,1 anos em 1980, atingindo 66,3 anos em 1991 e 68 anos, em 1998 ⁸. Em 2009, a esperança de vida ao nascer no Brasil alcançou os 73,17 anos. Como óbitos de natureza violenta atingem com mais intensidade a população masculina, a consequência direta é o aumento do diferencial entre as expectativas de vida de homens e mulheres. Em 2009, a esperança de vida masculina alcançou 69 anos e as mulheres foi de 77 anos. Entre 1980 e 2009, a esperança de vida aos 60 anos, para ambos os sexos, cresceu de 16,39 anos para 21,27 anos, indicando que em 2009 uma pessoa que completasse 60 anos esperaria viver em média até os 81,27 anos, contra os 76,39 anos de vida média em 1980 ⁹.

O crescimento proporcional da população idosa brasileira em um período de 50 anos pode ser observado na Figura 1 ¹⁰.



Fonte: IBGE. www.ibge.gov.br

Figura 1. Estrutura etária da população brasileira, por sexo, nos anos 2000, 2025 e 2050.

As mulheres idosas ganham destaque neste novo cenário: em 1999, no país como um todo, havia 8,4% de mulheres e 7,3% de homens com mais de 60 anos ⁸. Em 2009, as estimativas para a população brasileira informaram a proporção de 11% mulheres e 9% de homens idosos ¹¹. Tal situação foi denominada a como “feminização do envelhecimento”, ou seja, as mulheres estão atingindo o limiar do grupo etário mais elevado e, uma vez fazendo parte dele, mantém-se por muito mais tempo que os

homens, levando à distribuições desiguais entre sexos nas faixas etárias mais avançadas¹².

A proporção de idosos no Brasil vem crescendo mais rapidamente que a proporção de crianças: de 15,9% em 1980, passou para 21,0% em 1991, e atingiu 28,9%, em 2000. Em outras palavras, se em 1980 existiam 16 idosos para cada 100 crianças, 20 anos depois essa relação praticamente dobrou, passando para quase 30 idosos por cada 100 crianças. Assim, embora a fecundidade ainda seja a principal componente da dinâmica demográfica brasileira, em relação à população idosa é a longevidade que vem progressivamente definindo seus traços de evolução⁶.

O Censo de 2000 revelou também importantes áreas do Brasil com grandes contingentes de idosos. O Rio de Janeiro foi, entre os municípios das capitais, o que apresentou maior a proporção de idosos, representando 12,8% população total da cidade, ou seja, 751.637 idosos. Em termos absolutos o Município de São Paulo apresentou 972.199 (9,3%)⁶.

No ano da pesquisa as estimativas disponíveis no DATASUS a partir das informações do IBGE já apontavam o crescimento dos idosos na cidade do Rio de Janeiro: eram estimados 787.404 habitantes com mais de 60 anos (12,8%). Em 2009, tais estimativas elevam o percentual para 14,7%, correspondendo a 910.250 idosos na cidade. Os resultados do Censo 2010 já apontam para o crescimento de cerca de 25% em 10 anos, isto é, 940.851 idosos para 6.320.446 residentes – 14,9%¹¹.

Se do ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de indicadores como a queda da fecundidade, da mortalidade e o aumento da esperança de vida, do ponto de vista biológico individual, o envelhecimento é considerado um processo natural, de diminuição progressiva de reserva funcional – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema de saúde. No entanto, condições de sobrecarga, como por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem acarretar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. O desafio atual na atenção a pessoa idosa é manter a qualidade de vida, apesar das progressivas limitações impostas pela idade. Se por um lado as doenças crônicas não transmissíveis podem afetar a funcionalidade dos idosos, por outro, é possível aumentar as possibilidades e a valorização das pessoas na terceira idade através do fortalecimento das redes de atenção familiar e social¹⁰.

3.2 Histórico das Ações ligadas ao Envelhecimento

A questão do envelhecimento não é apenas demográfica, pois envolve concomitantemente questões de ordem social e política. Por isso, órgãos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), vêm discutindo o tema, elaborando planos, realizando eventos sobre a questão do idoso e recomendando aos países signatários que desenvolvam políticas, planos e projetos específicos com o objetivo de implementar ações que beneficiem esse segmento populacional ^{4,10}.

A ONU realizou a primeira Assembléia Mundial do Envelhecimento em agosto de 1982, em Viena, Áustria. O propósito principal dessa Assembléia foi iniciar um fórum para traçar um Plano Internacional de Ação, sensibilizando os governos e a sociedade da necessidade de instituir um Sistema de Seguridade Econômico Social para os idosos, assim como oportunidades de participação e contribuição ao desenvolvimento de seus países ^{7,13}.

Foram adotados pelas Nações Unidas, em 1991 (Resolução ONU 46/91), os Princípios das Nações Unidas em favor dos idosos, sendo estes princípios relativos aos direitos humanos, incluindo: independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade ¹³.

Em 2002, foi realizada a segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento em Madri, Espanha. Esta resultou no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, no qual foram adotadas medidas em âmbito nacional e internacional, em três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem estar na velhice, e criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento ¹³.

Em 2003 foi realizada em Santiago do Chile a Conferência Regional da América Latina e Caribe sobre Envelhecimento, que resultou no documento intitulado Estratégias Regionais de implementação para América Latina e Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento. Em 2007 foi realizada a II Conferência sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, em Brasília, que originou a Declaração de Brasília ¹³.

No contexto brasileiro um importante indicador de que a questão do idoso tem sido alvo das preocupações da agenda nacional foi a promulgação, em 4 de janeiro de 1994, da Lei no 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional para o Idoso que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. No Artigo 3º, Inciso II, o

envelhecimento populacional é tratado como uma questão de interesse da sociedade em geral, e no Inciso V se reconhece a necessidade de se considerar as diferenças econômicas, sociais e regionais existentes no País na formulação de políticas direcionadas aos idosos ⁴.

Em maio de 2002 o Governo Federal instituiu o Programa Nacional de Direitos Humanos que considerou como público-alvo todos os grupos populacionais específicos passíveis de discriminação, dentre os quais, os idosos ⁴. Neste ano ocorre a criação do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos e no seguinte a promulgação do Estatuto do Idoso ⁷.

3.3 Saúde do Idoso e Auto-Avaliação da Saúde

Vários estudos epidemiológicos sobre a população idosa têm sido realizados no país, o que têm permitido um melhor conhecimento sobre suas condições de vida, bem como seus determinantes ^{14,15,16,17}, incluindo novas formas de avaliação com estudos da morbidade e da mortalidade ¹⁸ e também da capacidade funcional ^{19, 20}, rede de apoio ²¹ e auto-avaliação da saúde ^{22,23,24,25}, entre outros.

“A autoavaliação do estado de saúde é considerada um indicador válido e relevante do estado de saúde de indivíduos e de populações. Esse indicador tem se revelado fortemente correlacionado com medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se um preditor poderoso de mortalidade, independentemente de outros fatores. Obtida por meio de uma única questão que pede para o indivíduo classificar seu estado de saúde em excelente, bom, regular ou ruim, a autoavaliação da saúde capta, além da exposição a doenças (diagnosticadas ou não por profissional de saúde), o impacto que essas doenças geram no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos” ²⁶

A avaliação das condições de saúde dos idosos passa pela discussão da autonomia. Uma pessoa que alcança oitenta anos de idade com capacidade de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como serão realizadas suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável. Portanto, a concepção de saúde para o idoso extrapola a ocorrência de doenças crônicas, tais como o diabetes ou doenças cardiovasculares, ou ainda o uso regular de medicamentos para doenças crônicas ou depressão. Essencialmente, a manutenção da autonomia, a felicidade e a integração social devem ser componentes indissociáveis na concepção de saúde dos idosos ¹⁴.

A saúde do idoso está centrada na manutenção da independência e autonomia. Para alcançá-las, é necessário conhecer informações mais detalhadas sobre diferentes aspectos da saúde dos idosos. Vários estudos têm abordado, além de informações

demográficas e socioeconômicas, aquelas relacionadas à distribuição das doenças crônicas¹⁸, à capacidade funcional^{19,20} e à auto-avaliação da saúde¹⁴.

Uma das razões mais importantes para o uso da auto-avaliação da saúde como indicador da condição de saúde da população adulta^{27, 28, 29, 30, 31, 32} e do idoso^{22,23, 24, 25, 26} é a sua robustez e consistência na predição de eventos adversos, incluindo a mortalidade^{14,17}. Pessoas com pior avaliação do estado de saúde têm maior risco de morte (por todas as causas) em comparação com as que relatam saúde boa ou excelente. A auto-avaliação da saúde, também reconhecida como percepção de saúde, também tem sido relacionada com o declínio funcional, sendo utilizada em pesquisas gerontológicas^{22,23}.

Outro aspecto que merece destaque sobre auto-avaliação da saúde está na afirmação de Appels et al (1996) quando citado por Alves e Rodrigues (2005)²³:

“A auto-percepção associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas em saúde.”

Um estudo longitudinal com idosos residentes no Município de São Paulo revelou que a auto-avaliação da saúde negativa foi considerada um dos fatores que influenciou o risco de morte¹⁴.

Estudo de base populacional revelou que independente de quem respondeu à entrevista (o próprio idoso ou seu responsável) sobre a percepção do estado de saúde a associação entre pior percepção da saúde e mortalidade persistiu, mesmo quando essa percepção foi inferida por outra pessoa²⁶.

Um estudo transversal demonstrou que a presença de doenças crônicas e sexo foram os fatores associados à percepção do estado de saúde. A chance de auto-percepção ruim foi 10,5 vezes maior para homens e 8,5 maior para mulheres com quatro ou mais doenças. Além disso, dentre os que não tinham doenças ou relatavam até duas doenças as mulheres relataram melhor percepção da saúde em relação aos homens. A capacidade funcional, a escolaridade e a renda também foram associados a auto-percepção da saúde²³.

Em estudo de base populacional com idosos a auto-percepção da saúde ruim esteve associada com insatisfação/muita insatisfação com os relacionamentos pessoais, presença de sintomas depressivos e ansiosos nas últimas duas semanas e queixas de insônia nos últimos 30 dias¹⁶.

Resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, revelou a auto-avaliação da saúde foi pior, mesmo após ajustes para idade e sexo, para os portadores de qualquer uma das seis doenças crônicas estudadas ²⁹.

Em um estudo sobre determinantes da auto-avaliação da saúde entre mulheres de centro de práticas desportivas em São Paulo, foi demonstrada a associação direta entre boa percepção de saúde e estado nutricional e atividade física ³⁰. A auto-avaliação da saúde entre idosas institucionalizadas foi referida como ótima em 25% e 55% como boa, pois apesar de terem múltiplas doenças crônicas, elas declararam satisfação com a saúde e a vida e com o suporte profissional e social recebido ²⁵.

A associação entre fatores contextuais e auto-avaliação da saúde foi investigada em uma revisão sistemática de estudos multiníveis. Os resultados encontrados confirmaram a hipótese de que o contexto de moradia influencia a auto-avaliação da saúde. Além do efeito dos fatores individuais, a chance de auto-avaliação da saúde ruim aumentou diante das piores condições sócio-econômicas do ambiente, afetando negativamente a saúde. Áreas mais carentes, com mais pobreza ou menos riqueza, com maior desigualdade de renda, aumentaram a prevalência da pior auto-avaliação da saúde. Este estudo também ressaltou as características físicas e psicossociais da vizinhança como fatores importantes na determinação da auto-avaliação da saúde ²⁸.

A auto-avaliação da saúde foi estudada em investigações sobre capital social, incluindo dimensões ligadas às características individuais nos adultos ^{33, 34}, idosos ^{35,36} e características de vizinhança ³⁷.

Ao definir sua saúde (como boa, por exemplo), o idoso não se caracteriza como pessoa livre de doenças, mas como sujeito capaz de agir sobre o ambiente. Neste estudo busca-se compreender os significados da auto-avaliação do idoso, sendo vinculada; (1) a lógica de participação da vida, dentro da perspectiva de autonomia – permanecer ativo dentro da capacidade funcional, ser dono da própria vida, entre outros; e (2) ancoragem à vida, ou seja, dentro da capacidade de interação, participar de relações e contar com familiares, amigos ou vizinhos ³⁸.

A auto-avaliação da saúde é um dos indicadores monitorados pelo Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL, desde 2006, nas 26 capitais e Distrito Federal – DF ³². Resultados do primeiro ano de avaliação revelaram desigualdades regionais de sexo e escolaridade na prevalência de auto-avaliação da saúde ruim. Saúde avaliada como ruim foi mais frequentemente observada em mulheres, idosos, de menor escolaridade, sem atividade

ocupacional e residentes em capitais do Norte e Nordeste. Além disso, em ambos os sexos, fumar mais de 20 cigarros/dia, não praticar atividade física com regularidade, apresentar baixo peso ou obesidade, foi associada diretamente a auto-avaliação da saúde ruim ³¹. Em 2009, os resultados apresentados informaram no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, 4,9% das pessoas avaliaram seu estado de saúde como ruim, sendo essa proporção maior em mulheres (6,3%) do que em homens (3,2%). Em ambos os sexos, a proporção daqueles que avaliaram seu estado de saúde como ruim aumentou com a idade (4,0% entre 18 e 24 anos e 8,0% acima de 65 anos) e diminuiu com o nível de escolaridade; a proporção de estado de saúde ruim variou de 3,0% em Belo Horizonte e 7,1% em Salvador (no Rio de Janeiro foi de 4,8%, sendo 4,2% em homens e 5,4% em mulheres) ³².

3.4) Envelhecimento Ativo

A OMS adotou nos final dos anos 90 o termo “Envelhecimento Ativo” para designar um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas ⁴.

Neste sentido, o envelhecimento ativo procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer que, além dos cuidados com a saúde, existem outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (WHO apud Kalache e Kickbusch, 1997) ⁴. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e sociedades. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e aquelas que requerem cuidados ⁴.

Em um projeto de envelhecimento ativo, as políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde. Manter a autonomia (habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e

preferências) e independência (habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros) durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes. Além disso, a interdependência e a solidariedade entre as gerações são reconhecidos como princípios relevantes para o envelhecimento ativo, na medida em que precisa ocorrer dentro um contexto que envolva outras pessoas tais como amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família ⁴.

A compreensão deste conceito está relacionada a um processo de otimização das oportunidades em saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas ⁴. Envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso à alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros. Este conjunto de medidas tem a finalidade de contribuir para o alcance de um envelhecimento com ganho substancial em qualidade de vida e saúde ¹⁰.

Neste sentido, a saúde do idoso envolve fatores que vão além de alterações físicas, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento ⁴.

3.5) Fatores Determinantes do Envelhecimento Ativo

O envelhecimento ativo é dependente de vários fatores, incluindo determinantes individuais transversais. Tais determinantes estão presentes em todas as idades e atuam no processo de envelhecimento (Figura 2) ⁴.



Figura 2. Determinantes do Envelhecimento Ativo, OMS, 2003

3.5.1 Fatores transversais: cultura e gênero

A cultura é considerada um fator determinante transversal para a compreensão do envelhecimento ativo, pois ela modela a forma como os indivíduos envelhecem e influencia os demais fatores determinantes. A sociedade é influenciada por valores culturais e tradições. Se, por exemplo, apóia o processo de envelhecimento em bases relacionadas a sintomatologia das doenças, provavelmente tem menor chance de oferecer recursos de saúde ligados a prevenção e detecção precoce. A cultura é um fator chave para a convivência entre as gerações mais novas e também está relacionada ao estilo de vida, ou seja, pode influenciar a busca por comportamentos mais saudáveis. Atitudes relacionadas ao tabagismo, em muitos países, já vem mudando gradativamente ⁴.

Também considerado um fator determinante transversal no processo de envelhecimento ativo, o gênero é comparado a “uma lente através da qual considera-se a adequação de opção políticas (e seus efeitos) sobre o bem estar de homens e mulheres”. O papel de homens e mulheres dentro da sociedade pode influenciar o processo de envelhecimento. O empobrecimento de idosas pode estar associada a forma como a sociedade reconhece seu papel tradicional como responsável pelos cuidados dos familiares, dificultando o acesso ao trabalho remunerado para as mulheres no curso de sua vida produtiva ⁴. Este papel de cuidador dos entes familiares traz conseqüências, ou melhor, um ônus físico, psíquico e social (Lebrão apud Neri, 2007) ¹⁷.

Estudo realizado no Brasil, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-98), sobre condições de saúde da população idosa brasileira, revelou diferenças entre sexos quanto ao estado de saúde (a percepção da própria saúde como ruim foi relatada em 10,5% dos idosos, sendo maior entre homens mais velhos, mas não entre mulheres); capacidade funcional (por exemplo, a incapacidade de caminhar mais de um quilômetro foi relatada por 6,2% do total, sendo 7,9% no sexo feminino, comparado a 4,2% do sexo masculino), no uso dos serviços de saúde (por exemplo, dos 20,3% que procuraram atendimento médico, 22,8% eram idosas e 17,2% idosos). As mulheres declararam ir mais ao médico que os homens: do total (44,3%), a proporção de mulheres foi de 50,3% e dos homens foi de 36,7% ¹⁶.

Da mesma forma, um estudo que analisou as mudanças das condições de vida e saúde das pessoas idosas (60 anos ou mais) no Município de São Paulo apresentou diferenças entre sexos. Neste estudo foi discutida a predominância de mulheres, confirmando o já discutido fenômeno da feminização da velhice. Além disso, trouxe a questão da sobrevivência feminina dentro da perspectiva da qualidade de vida, lembrando que embora vivam mais, são elas que frequentemente estão associadas aos problemas sociais, econômicos, diante da viuvez, tem mais dificuldade em contrair novo matrimônio, geralmente apresentam menor escolaridade e renda, tem mais queixas de saúde e mais condições incapacitantes ¹⁷.

3.5.2 Fatores determinantes relacionados a aspectos pessoais

O envelhecimento representa um conjunto de processos geneticamente determinados, e pode ser definido como uma deterioração funcional progressiva e generalizada, resultando em uma perda de resposta adaptativa às situações de estresse e um aumento no risco de doenças relacionadas à velhice (WHO apud Kirkwood, 196) ⁴.

Embora a idade seja um importante fator de risco para a mortalidade, estudos longitudinais com idosos parecem concordar que o sexo também pode ser um determinante de risco de morte e que todas as demais variáveis são dependentes de uma complexa interação entre o indivíduo e o meio ambiente, variando de cultura em cultura através dos tempos ¹⁴.

Idosos ficam mais doentes com mais frequência do que os jovens por terem tido uma vida mais longa, maior tempo de exposição a fatores externos, comportamentais e ambientais que os mais novos. Neste sentido a biologia e a genética

tem importância no envelhecimento, mas deve-se considerar também que muitas das causas das doenças estão associadas a fatores ambientais externos. A trajetória de saúde e doença de um indivíduo por toda a vida é o resultado de uma combinação de fatores genéticos, ambientais, estilo de vida, nutrição, entre outros ⁴.

A influência genética varia bastante entre indivíduos quando do desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes, câncer e mal de Alzheimer ⁴.

Para muitos indivíduos, comportamentos como não fumar, capacidade de enfrentar problemas e uma rede de amigos e parentes próximos pode modificar efetivamente a influência da hereditariedade no declínio funcional e no aparecimento da doença ⁴.

O processo de envelhecimento ativo e longevidade são determinados pela capacidade cognitiva e inteligência. Com o curso do envelhecimento normal, há redução da capacidade cognitiva, mas que pode ser compensada por ganhos em sabedoria, experiência de vida e conhecimento. O declínio da capacidade cognitiva pode estar relacionado com ausência de atividades, doenças (depressão, por exemplo), estilo de vida (consumo de álcool, por exemplo), fatores psicológicos (como desmotivação, perda de confiança, baixas expectativas), além de fatores sociais (solidão e isolamento) ⁴.

O nível de adaptação a mudanças na velhice (como por exemplo, diante da aposentadoria, após anos de trabalho) ou mesmo nas crises do processo de envelhecimento (a privação e o surgimento de doenças) é resultado da forma como as adversidades são superadas ⁴.

Estudo sobre identificação de variáveis que influenciavam a adaptação do indivíduo ao envelhecimento, enfatizou a importância da autonomia, auto-aceitação, redes de apoio, crença religiosa e propósitos de vida para o aumento da probabilidade de um envelhecimento bem sucedido ³⁹.

Homens e mulheres que se preparam para a velhice e se adaptam a mudanças fazem um melhor ajuste em sua vida depois dos 60 anos. A maioria das pessoas fica bem humorada à medida que envelhece e, em geral, os idosos não diferem muito dos jovens no que se refere à capacidade de solucionar problemas ⁴.

3.5.3 Fatores determinantes econômicos

Entre os fatores determinantes do ambiente econômico há particularmente três aspectos que influenciam o processo de envelhecimento ativo: a renda, o trabalho e a proteção social ⁴.

a) Renda

Em qualquer idade, os pobres representam um grupo com maior risco para doenças e deficiências, pois estas condições podem afetar o acesso a alimentos nutritivos, moradia adequada, cuidados a saúde, entre outros ⁴.

Há maior vulnerabilidade nos idosos sem bens, com nenhuma ou pouca poupança, nenhuma pensão ou pagamento de seguro social, ou que façam parte de famílias com renda baixa ou incerta. Idosos sem filhos ou parentes enfrentam com mais frequência um futuro incerto, correndo maior risco de falta de moradia, abandono e pobreza ⁴.

A divulgação dos resultados do Censo Demográfico 2000 revelou um aumento da população idosa como responsáveis pelo domicílio. O estudo apontou certa melhora nos rendimentos médios percebidos pelos responsáveis idosos no período intercensitário, principalmente nas zonas rurais do País. Entretanto, chama atenção para o fato que a distribuição dos responsáveis idosos por classes de rendimento ainda se encontra extremamente concentrada nos estratos de renda mais inferiores. O Distrito Federal e o Rio de Janeiro apresentaram os maiores rendimentos médios para idosos (R\$1.796,00 e R\$1.018,00, respectivamente) em 2000, sendo seguidos pelos demais estados da Região Sudeste e Sul. Os menores rendimentos, por sua vez, foram verificados nos estados do Nordeste, em especial no Maranhão, onde os idosos receberam, em média, R\$287,00. Em relação aos municípios das capitais, os idosos residentes no Rio de Janeiro apresentaram o quinto maior rendimento médio (R\$1.418,00) dentre as capitais do País ⁶. Em estudo com idosos em São Paulo, quase todos os participantes declararam receber alguma renda, embora mais da metade (54,6%) dos casos seja inferior a três salários mínimos (SM) em 2000, ampliando para 60% em 2006. A ausência de renda entre as mulheres é cinco vezes maior que homens (Lebrão e Lebrão apud Giatti e Barreto, 2002) ¹⁷.

Possuir renda pode representar maior autonomia para o idoso, mas também a incorporação dos seus rendimentos no orçamento familiar. Em famílias mais pobres, idosos podem ser a única renda (aposentadoria, pensão, benefícios) ⁷.

Estudo realizado com idosos residentes na cidade do Rio de Janeiro, 43% declararam receber entre 1 a 2 SM, 24% recebiam 4 ou mais SM e 13% não tinham

renda pessoal. As diferenças entre a distribuição de renda foi encontrada nas áreas da cidade: a maior proporção de rendimentos médios mensal superior a 4 ou mais SM (49%) foi encontrada na área de planejamento 2.1, área conhecida pelos bairros da Zona Sul da cidade. Por outro lado, a menor proporção desta faixa de renda – 6,5% (e a maior entre os que declararam receber até 1 SM - 38%) foi encontrada nos idosos entrevistado na AP 5.3 – Santa Cruz, zona oeste da capital ⁷. A ausência de renda pode significar constrangimento no ambiente familiar, podendo diminuir as oportunidades de convívio em várias esferas da comunidade, diante da falta de autonomia financeira, além de representar peso no orçamento familiar (RJ, 2006 apud Py et al, 2006) ⁷.

b) Trabalho

O trabalho é um determinante do processo de envelhecimento dentro do enfoque de reconhecimento da necessidade de apoiar a contribuição ativa e produtiva dos idosos no trabalho formal, informal, nas atividades não remuneradas em casa e nas ações de voluntariado ⁴.

Estudo feito sobre a evolução da população idosa em São Paulo, mostrou que em 2000 28,6% trabalhavam, passando para 22,6% em 2006. Este mesmo estudo traz a análise feita por Wanjnman, Oliveira e Oliveira (2004) sobre a tendência de envelhecimento da população economicamente ativa: a taxa anual de crescimento da população idosa economicamente ativa é estimada em 3,6% ao ano, enquanto que a população em geral está próxima de zero – próximo de nível de reposição. Em outras palavras, idosos de até 64 anos respondem por 45% da população idosa economicamente ativa, os de 65-69 anos por 25% e os acima de 70 anos pelos demais 30% ¹⁷.

Vale lembrar ainda que em muitos países há idosos que tendem a se manter economicamente ativos na velhice por necessidade. O enfoque apenas no mercado de trabalho formal muitas vezes não valoriza a contribuição que os idosos dão ao setor informal (atividades autônomas, trabalho doméstico, cuidado com os netos para que os filhos possam trabalhar). O trabalho voluntário traz muitos benefícios aos idosos, pois aumenta seus contatos sociais e bem-estar psicológico, sem contar com a contribuição que dão às comunidades e nações ⁴.

c) Proteção Social

Em todo o mundo são as famílias que fornecem a maior parte do auxílio aos idosos. Entretanto, o desenvolvimento das sociedades e as características de convívio entre gerações tendem a ganhar novo contorno. Assim, os países estão cada vez mais pressionados para desenvolverem mecanismos que promovam proteção social, principalmente aos idosos incapazes de gerir sua vida, sozinhos e vulneráveis⁴.

Nos países em desenvolvimento, os idosos que precisam de assistência tendem a recorrer a família, em transferências de serviço informais e em economias pessoais. Há poucos programas de serviço social nesses locais e em alguns casos, redistribui-se a renda para as minorias da população menos carente. No Brasil, o envelhecimento populacional tem aberto caminho para a discussão da intervenção do Estado, principalmente nos anos 80, com a organização dos movimentos sociais de pensionistas e aposentados, e mais recentemente com a Criação da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – COBAP, na luta por direitos constitucionais (RJ apud Py et al, 2004)⁷. No final de década de 80 dispositivos legais são incorporados visando a garantia dos direitos da população idosa com a Política da População Idosa, o Conselho Nacional do Idoso. Em 1999, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional da Saúde do Idoso, em 2002 a criação do Conselho Nacional do Direito do Idoso e em 2003 o Estatuto do Idoso. A autora faz um levantamento da legislação que orienta as políticas de seguridade social no país destinado ao idoso, incluindo aspectos da previdência social (cessão de aposentadorias, benefício de prestação continuada, programa nacional de preparação para a aposentadoria) , assistência social (benefícios para portadores de deficiência e idosos que comprovem não ter provisão familiar de recursos, organização de centros de referência de assistência social para casos de violação de direitos, proteção especial) e saúde (garantia de assistência em todos os níveis de atendimento do SUS, foco principal nas atividades de vida diária , normas de funcionamento de instituições geriátricas, entre outros)⁷.

No Município do Rio de Janeiro, a Secretaria Especial de Qualidade de Vida tem por objetivo reunir os esforços de atenção da pessoa idosa de modo a somar com os ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde, tais como: serviços que mantenham ou reintegrem o idoso à família e comunidade; grupos de convivência, casas de convivência; transferência ou complementação de renda; atendimento social; mapeamento de instituições de longa permanência e projetos de estímulo a práticas

esportivas, recreativas e culturais, com a finalidade de conhecer a realidade social e contribuir para a qualidade de vida ⁷.

3.5.4 Fatores determinantes comportamentais

Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para adotar estilos de vida saudável tais como alimentação saudável, redução ou interrupção do fumo e álcool e maior participação em atividades físicas. A adoção de comportamentos saudáveis e a participação ativa no cuidado são importantes em todos os ciclos da vida e especificamente entre idosos está relacionado com a longevidade e qualidade de vida ⁴.

*“O estilo de vida saudável vem sendo preconizado como significativamente importante para a prevenção de doenças e condições crônicas. Desta forma, conhecer os hábitos dos idosos, suas modificações com o tempo e a associação desses com quadros crônicos apresentados podem contribuir na elucidação de certos questionamentos.”*¹⁷

a) Tabagismo

O tabagismo é considerado o fator de risco de DNT (doença não transmissível) modificável mais importante para jovens e idosos, sendo a causa de morte prematura mais evitável ^{4,32,33}. Além de associado com o aumento do risco de câncer no pulmão, o tabaco também tem sido relacionado negativamente com fatores que levam a perda de capacidade funcional, podendo acelerar a taxa de diminuição óssea, da força muscular e da função respiratória. Assim, parar de fumar traz benefícios em todas as idades ⁴.

O risco de sofrer derrame diminui após dois anos de abstinência do uso do cigarro e, após cinco anos, torna-se igual ao dos indivíduos que nunca fumaram. Para outras doenças, como câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica, parar de fumar diminui o risco, mas lentamente ⁴. (WHO apud Doll, 1999).

No Brasil a prevalência de fumantes diminuiu de 32% (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição) para 19%(Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças Não Transmissíveis – INCA) em 12anos ⁷.

Dados sobre o inquérito telefônico nas capitais brasileiras e DF mostraram em 2009 a prevalência de 15,5% de fumantes, maior no sexo masculino (19,0%) do que no sexo feminino (12,5%). A frequência de fumantes é menor, se comparada as demais faixas para ambos os sexos: se mostrou relativamente estável dos 18 aos 64 anos de idade (cerca de 20%) em homens, reduzindo para 11,6% para aqueles com 65 ou mais anos de idade. Entre mulheres, a frequência de fumantes aumentou até os 54 anos (de

11% na faixa etária 18-24 anos para 17,5% na faixa etária 45 a 54 anos), diminuindo nas faixas etárias seguintes, chegando a 5,9% (65 ou mais anos de idade). A frequência do hábito de fumar foi associado inversamente a escolaridade: maior entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (23,4% e 15,7%, respectivamente), excedendo em quase duas vezes a mesma frequência observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade ³².

Em avaliação de estudo longitudinal em idosos residentes na cidade de São Paulo foi verificada a diminuição do número de fumantes ativos entre 2000 (13,2%) e 2006 (9,5%) ¹⁷.

Na pesquisa com idosos do Rio de Janeiro, 9% declararam ser fumantes e 32% ex-fumantes. A frequência diminuiu entre os mais idosos: 12% entre idosos até 69 anos e 3% em idosos acima de 80 anos. A proporção de fumantes é maior nos homens (12,4%) que nas mulheres (7,3%) ⁷.

b) Atividades Físicas

Atividades físicas realizadas com regularidade e moderação podem adiar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas ⁴. Os benefícios das atividades físicas atingem todas as idades, contribuindo para a redução da morbi-mortalidade para doença coronariana, controle da pressão arterial, da glicemia e do colesterol e melhora do peso. Por outro lado, a ausência de atividades físicas está associada à diversos problemas músculo-esqueléticos, que podem afetar negativamente as atividades funcionais do idoso. A recomendação é que adultos de diferentes idades pratiquem pelo menos trinta minutos de atividades físicas moderadas na maioria dos dias da semana e, se possível, todos os dias (Ramos apud Pate et al., 1995) ¹⁴.

Estudo sobre a prática de atividade física e fatores associados em adultos nas capitais brasileiras e Distrito Federal por inquérito telefônico revelou resultados interessantes: indivíduos ativos em diferentes domínios: 14,8% no lazer, 38,2% no trabalho, 11,7% no deslocamento e 48,5% nas atividades domésticas. Mais de 60% de pessoas inativas no lazer (sedentárias) foram encontradas em 10 capitais (no Rio de Janeiro: 61%). Os homens declararam ser mais ativos que mulheres em todos os domínios, exceto nas atividades domésticas. A proporção de indivíduos ativos decresceu com a idade (por exemplo, em atividades ligadas apenas ao lazer 12,7% eram ativos, em comparação aos 18,3% dos que estavam na faixa de 18 a 24,9 anos.). Foi

encontrada associação direta entre escolaridade e “existência de um local para a realização de atividade física junto à residência” com a atividade física no lazer³².

No estudo da amostra PNAD 1998 verificou-se que 6% dos idosos não conseguem caminhar cerca de um quilômetro, 15% têm muita dificuldade para realizar esta tarefa e 20% têm pequena dificuldade¹⁶.

As primeiras avaliações da coorte de idosos em São Paulo, iniciada em 1991, buscavam entender os fatores relacionados com a mortalidade deste grupo etário e entre os vários fatores, a história pregressa de sedentarismo mostrou associação numa análise bi-variada¹⁴. Paes (2008) é citado por Lebrão (2008) para ratificar que o sedentarismo aumenta em 5,3 o risco de aparecimento de incapacidades e em 2,35 para o risco de óbito entre os idosos em estudo sobre o impacto dos hábitos de vida de pessoas idosas na incidência de doenças crônicas e incapacidades¹⁷.

A proporção de idosos que realizam atividades físicas foi relatada em estudos de cidades como São Paulo 26,5%¹⁷ e Rio de Janeiro em 35,5%⁷.

Os benefícios da participação dos idosos em atividades físicas estão presentes em várias dimensões da vida como saúde mental, promoção de contatos sociais, além de estimular a independência e reduzir quedas. Portanto, há benefícios também econômicos, pois os custos médicos são significativamente menores em idosos ativos (WHO apud WHO, 1998)⁴.

c) Alimentação Saudável

A alimentação saudável é um fator importante na determinação de um envelhecimento ativo. Os problemas de alimentação estão presentes em todas as idades e incluem tanto a desnutrição como o consumo excessivo de calorias⁴.

O consumo alimentar inadequado está diretamente relacionado ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis - DCNT - (Sobral apud Domene, 2003)³⁰ e o consumo excessivo de calorias aumenta o risco de obesidade e doenças crônicas⁴.

Em idosos as causas da desnutrição podem estar ligadas ao acesso limitado aos alimentos, baixa condição sócio-econômica, falta de informação e conhecimento sobre alimentos saudáveis, escolhas inadequadas dos alimentos (alimentos ricos em gordura, por exemplo), morbidades, uso de medicamentos, perda de dentes, isolamento social, deficiências físicas ou cognitivas, entre outros⁴.

A perda de densidade óssea, principalmente nas idosas, está associada ao aporte insuficiente de cálcio e vitamina D, levando ao aumento de fraturas que geram dor, custos em internação e reabilitação ⁴.

Dietas ricas em gordura (saturada) e sal, pobres em frutas e legumes/verduras e que suprem uma quantidade insuficiente de fibras e vitaminas, combinadas ao sedentarismo, são os maiores fatores de risco de problemas crônicos, como diabetes, doença cardiovascular, pressão alta, obesidade, artrite e alguns tipos de câncer. ⁴

Estudos brasileiros realizados nas décadas de 70 a 90 apresentam dados sobre a evolução do estado nutricional indicando um aumento da obesidade, principalmente entre as mulheres ³⁰.

A Pesquisa Mundial de Saúde realizada pela OMS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz em 2003 estimou a frequência de frutas, verduras e legumes na população brasileira, revelando que menos da metade da população consome frutas diariamente e menos de 1/3 consumiam hortaliças diariamente (RJ apud Jaime e Monteiro, 2005) ⁷.

Indivíduos com 18 ou mais anos nas capitais brasileiras e DF participantes por inquérito telefônico revelou que menos da metade dos participantes referiu consumo regular de frutas (44,1%) ou hortaliças (43,8%), sendo menor ainda quando considerados em conjunto (23,9%) ou mesmo considerando o consumo adequado, recomendado pela OMS, ou seja, cinco ou mais vezes ao dia (7,3%). O consumo regular de frutas e hortaliças (5 ou mais dias na semana) variou entre as capitais estudadas (de 5,3% em Macapá e 29,6% em Porto Alegre), sendo 20,9% no Rio de Janeiro. O consumo de hortaliças foi maior entre as mulheres, aumentou com a idade e a escolaridade ³².

Na pesquisa com idosos residentes no Rio de Janeiro o consumo de cinco porções de frutas, legumes e verduras foi de 23,2%, sem diferenças entre sexo e grupo etário, mas associadas diretamente a renda e escolaridade ⁷.

d) Consumo de Álcool

Os idosos se tornam mais susceptíveis às doenças relacionadas ao álcool incluindo desnutrição, doenças do pâncreas, estômago e fígado devido as mudanças metabólicas próprias do processo de envelhecimento. Além destas doenças, o consumo

de álcool pode aumentar o risco de lesões e quedas, principalmente quando utilizados concomitantemente com medicamentos ⁴.

Mesmo com evidências na literatura sobre os benefícios do consumo de álcool em baixas doses (até uma dose diariamente) na proteção contra o acidente vascular cerebral e doença coronariana após os 45 anos, a recomendação é discutida, pois em termos de mortalidade geral os efeitos adversos do álcool prevalecem à proteção da doença coronariana, até mesmo em populações de alto risco (WHO apud Jernigam e cols, 2000) ⁴. Na avaliação da coorte de idosos em São Paulo (capital) 29,1% dos entrevistados relataram ingerir bebidas alcoólicas, sem mudanças entre 2000 e 2006 ¹⁷.

Em 2009 o inquérito telefônico nas capitais e DF o consumo abusivo de álcool (ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias) em pessoas acima de 65 anos ou mais foi de 4,2%, maior em homens (8,4%) que mulheres (1,5%) ³².

3.5.5 Fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social

Para promover o envelhecimento ativo é preciso incorporar os serviços de saúde a perspectiva de curso de vida com vistas à promoção da saúde, prevenção das doenças e acesso ao cuidado primário e de longo prazo ⁴.

As estratégias de prevenção das doenças como a vacinação de idosos contra a gripe proporciona redução de gastos com tratamento. Nos Estados Unidos esta medida representou uma economia de 30 a 60 dólares em tratamento por cada dólar gasto em vacinas (WHO apud Departamento Norte Americano de Saúde e Serviços Humanos, 1999) ⁴.

Embora sejam necessários esforços na promoção da saúde e prevenção de doenças, há um risco cada vez maior de desenvolver doenças conforme os indivíduos envelhecem, mostrando a importância do acesso aos serviços curativos. Na maior parte do mundo estes serviços são disponibilizados pelo setor primário que organiza os encaminhamentos para a atenção secundária e terciária ⁴.

Conforme a população envelhece aumenta a demanda por medicamentos que melhorem a qualidade de vida, retardem/tratem/controlem doenças e aliviem a dor ⁴.

Outro aspecto importante no envelhecimento trata da assistência de longo prazo, definida pela OMS como:

“ sistema de atividades empreendidas por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ou profissionais (de serviços sociais e saúde) a um pessoa não plenamente capaz de se cuidar, para que se tenha a melhor qualidade de vida possível, de acordo com suas preferências individuais, com o maior nível possível de independência, autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade humana ”⁴
(Who apud WHO,2000b)

As alterações no padrão de distribuição das doenças requerem mudanças no modelo utilizado tradicionalmente para as doenças transmissíveis do tipo “diagnóstico x tratamento” para um modelo mais amplo coordenado e contínuo de cuidados ⁷.

“Os modelos de serviço de saúde atuais, baseados no cuidado aos quadros agudos, são inadequados para responder às necessidades de populações que estão envelhecendo rapidamente”⁴
(Who apud WHO, 2001)

3.5.6 Fatores determinantes relacionados ao ambiente físico

O ambiente físico pode ser a diferença entre a dependência e a independência no processo de envelhecimento dos indivíduos. Ambientes ou áreas de risco dotado de barreiras físicas são fatores que podem comprometer a mobilidade do idoso, aumentar a probabilidade de isolamento, colaborando para a ocorrência de outros problemas tais como a depressão, sedentarismo, problemas de mobilidade, entre outros ⁴.

Os diversos ambientes devem ser considerados. Em áreas rurais as necessidades dos idosos podem ser diferentes em relação à áreas urbanizadas. Muitas vezes a migração de adolescentes e adultos para os grandes centros urbanos resulta em um isolamento de idosos nas áreas rurais, com poucos meios de subsistência, além da baixa cobertura de serviços sociais e de saúde. Por outro lado, em muitos países em desenvolvimento, a proporção de idosos vivendo em cortiços e favelas vêm aumentando rapidamente podendo, de acordo com as condições ambientais destes espaços, representar risco maior de isolamento e saúde precária ⁴.

Vale lembrar que o ambiente físico seguro reduz a ocorrência de lesões e traumas incapacitantes em idosos, como quedas, incêndios e acidentes de transporte ⁴.

Entre os fatores ambientais citados ainda são fundamentais à disponibilidade de água limpa, ar puro e alimentação segura para todos os grupos populacionais, principalmente as crianças, idosos, acometidos por doenças crônicas e com sistema imunológico comprometido ⁴.

Condições de moradia e vizinhança seguras e apropriadas são fundamentais para o bem estar de todas as idades, e em especial para o idoso. As características da localização do domicílio, a proximidade dos membros da família, fornecimento de serviços e transporte podem fazer diferença entre a interação social positiva e o isolamento. Além disso, a moradia deve ser adaptada (iluminação, pisos antiderrapantes, corrimão para apoio, rampa e retirada dos tapetes, por exemplo) para atender as necessidades dos idosos, aumentando sua independência para a realização das atividades de vida diária e prevenindo a ocorrência das quedas. Em todo mundo há uma tendência que os idosos vivam sozinhos, especialmente as mulheres mais velhas, a maioria viúvas e pobres, até mesmo em países desenvolvidos. Outros podem ser forçados a viver em lugares que não são de sua escolha, como com parentes ⁴.

3.5.7 Fatores determinantes relacionados ao ambiente social

Para a OMS o apoio social, as oportunidades de educação e aprendizagem permanente, paz e proteção contra a violência e maus tratos são características essenciais do ambiente social que estimulam a saúde, participação e segurança no processo de envelhecimento ativo ⁴.

Solidão, isolamento social, analfabetismo e falta de educação, maus tratos e exposição a situações de conflito aumentam muito os riscos de deficiências e morte precoce.
(Who apud WHO, 2003)

O apoio social inadequado está associado não apenas a mortalidade, mas também a morbidade, alterações psicológicas e no bem-estar em geral. No Japão, por exemplo, as pessoas que relataram a falta de contato social tiveram chance 50% maior de morrer nos três anos seguintes do que aqueles que tinham maior apoio social (WHO apud Sugiswawa e cols, 1994) ⁴.

As pessoas idosas são mais prováveis de terem maior isolamento social comparado a outros grupos etários. Isto porque estas perdem mais amigos, cônjuges e outros parentes, tornando-as mais vulneráveis a solidão e a terem um menor grupo social menor. Em muitas sociedades os homens têm menos chances que mulheres de obterem redes de apoio social. Por outro lado, em algumas culturas, as idosas viúvas são excluídas ou mesmo rejeitadas pela sociedade ⁴.

As autoridades, organizações não governamentais, indústrias privadas e os profissionais de serviço social e de saúde podem ajudar a promover redes de contatos sociais para as pessoas idosas a partir de sociedades de apoio tradicionais e grupos comunitários liderados pelos idosos, trabalho voluntário, ajuda da vizinhança, monitoramento e visitas em parceria, cuidadores familiares, programas que promovam a interação entre as gerações, e serviços comunitários

3.6 Rede e Apoio Social e Saúde

Há processos dinâmicos na relação indivíduo e ambiente, sujeitos a adaptações contínuas. Os diferentes recursos requeridos pelos indivíduos são essenciais para que o mesmo lide com as demandas e problemas diários ⁴⁰.

Estudos epidemiológicos passaram a focar estados subjetivos incluindo depressão, solidão e qualidade de vida com maior intensidade nas últimas décadas, sendo necessário o desenvolvimento de novas metodologias, já utilizadas no campo da educação, psicologia e sociologia de modo a definir estes novos conceitos ^{40, 41, 42} dentre eles “laços sociais” ⁴¹. Estudos da década de 70 (Chor apud Cobb, 1976 e Cassel, 1976) já sugeriam a relação entre laços sociais e saúde, acumulando evidências de que a ruptura de laços sociais aumentava a suscetibilidade para as doenças. Pesquisas na década seguinte revelaram que portadores de morbidades como hipertensão arterial, depressão e tuberculose ou mesmo de vítimas de acidentes, apresentaram relato mais freqüente de não estarem (ou não se sentirem) incluídos numa rede de apoio mútuo. Outro aspecto importante nestes estudos eram relatos de experimentação de perdas em maior grau de laços sociais como viuvez, separação amorosa, desemprego, mudança de moradia (Chor apud Pilisuk & Minkler, 1985) ⁴¹.

A partir da expressão “laços sociais” emerge a discussão de novos conceitos: rede social ^{40,41} e apoio social ^{28,41,42}.

*As redes (networks) são definidas como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo bem como suas características (por exemplo, disponibilidade e freqüência de contato com os amigos e parentes) ou como os grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social (grupos religiosos associações sindicais, por exemplo) ⁴¹
(CHOR apud Berkman & Syme, 1979)*

Rede social também foi definida como um grupo de pessoas com os quais os indivíduos mantêm contato ou alguma forma de vínculo social ou ainda uma rede de relacionamentos sociais que envolvem o indivíduo e as características desta relação ⁴⁰.

O conceito de apoio social não é consensual ^{41,43}. Os termos mais frequentemente utilizados na literatura são apoio social e redes sociais, mas é comum a utilização de termos como relações sociais, integração social, vínculos sociais e

ancoragem social. Mesmo reconhecendo a variedade de termos há concordância que tal categoria é composta por uma estrutura e uma função ⁴³.

Chor (2001) discutiu à luz de vários estudos (Bowling, 1997; Sherbourne & Stewart, 1991 e Cohen & Will, 1985) ⁴¹ a definição de apoio social: grau com que relações entre pessoas que correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material, afetivo), com foco no grau de satisfação do indivíduo e na disponibilidade e qualidade destas funções. Outros autores complementam a definição de apoio social considerando-o como “informação que leva o indivíduo acreditar que é querido, amado e estimado e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos” ⁴¹ (Chor apud Cobb, 1976), incluindo ainda a noção de reciprocidade, ou seja, reconhecendo que “efeitos positivos ocorrem tanto para quem os recebe como para quem fornece, gerando maior sensação de controle sobre suas vidas” (Chor apud Minkler, 1995) ⁴¹.

A estrutura das relações sociais é dividida em duas dimensões: formais e informais. As estruturas formais são relações mantidas devido a posições e papéis na sociedade, incluindo os profissionais, como médico, professor, advogado, entre outros. As relações informais também denominadas redes sociais são compostas por todos os indivíduos (família, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade) e ligações com quem se têm relações familiares próximas e/ou envolvimento afetivo ⁴³.

A função das redes sociais é apresentada como as interações entre as pessoas que ocorrem dentro da estrutura das redes. A função apoio social é formada de aspectos qualitativos e comportamentais, sendo (1) apoio emocional que envolve amor e afeição; (2) apoio instrumental ou material, representado pelo auxílio concreto no provimento das necessidades materiais, incluindo também preparação de refeição, limpeza da casa e transporte; (3) apoio de informação (orientações, aconselhamentos, sugestões) para lidar e resolver problemas e (4) interação social positiva, ou seja, disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar ⁴³.

Um levantamento de estudos mostrou uma associação inversa entre um índice multidimensional de laços sociais e taxa de mortalidade geral que foi posteriormente confirmada na mortalidade por doenças como acidente vascular cerebral, doença coronariana e também neoplasias malignas ⁴¹.

A associação de relacionamentos sociais e saúde também foi encontrada em estudos sobre suicídio e pessoas socialmente isoladas ⁴⁰.

Com relação aos idosos, a participação do apoio social foi associada com a mortalidade e também com medidas de saúde relacionada a capacidade funcional, incontinência urinária, auto-avaliação da saúde e problemas visuais, sintomas depressivos⁴³. O autor discute a escassez de estudos considerando o apoio social como variável dependente e entre os estudos incluíram redes sociais como variáveis de desfecho foram observadas diferenças marcantes: pessoas com ocupações de prestígio recebem maior apoio social; idosos com renda e escolaridade mais alta têm mais contato com amigos, prestam apoio social com mais frequência; as redes sociais das mulheres são maiores e mais amplas que dos homens, que tendem a se relacionar mais exclusivamente com seus cônjuges⁴³.

As investigações a respeito de rede e apoio social para o desenvolvimento das políticas públicas e programas de saúde são extremamente relevantes, mesmo diante das inconsistências conceituais ainda existentes e das dificuldades de transformação dos conceitos em variáveis⁴¹ (Chor, 2001 apud Dean et al, 1994; O'Reilly, 1988) e tais dificuldades podem ser explicadas por um lado pela priorização de estudos de fatores biológicos, ao invés do ambiente psicossocial, mesmo diante do conhecimento de que a saúde é um resultante de complexas relações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais⁴¹.

A relevância destes estudos é essencial para aumentar o conhecimento sobre as estruturas e processos sociais mais amplos determinantes da qualidade e quantidade das relações sociais e apoio, especialmente nos idosos. Alguns estudos mostraram diferenças entre sexos: mulheres possuem uma rede de suporte social mais ampla e costumam ter mais facilidade para desenvolver novas relações de amizade, já os homens costumam ter uma rede de suporte menor e contato mais distante com os filhos e outros membros familiares. Quando viúvos pode ocorrer redução do apoio social (Lebrão apud Arber, 2004; Davidson, 2000)¹⁷.

A presença de uma rede de apoio e de relacionamento interpessoal foram fatores relacionados com a saúde em estudo com idosos institucionalizados²⁵.

Os conceitos de apoio social e rede social são amplamente discutidos nos estudos ligados ao capital social, pois o aspecto central desta teoria é que as relações sociais se estabelecem no interior dos grupos e entre os grupos da sociedade⁴⁴.

A idéia de capital social não é nova: já estava implícita na sociologia do século XIX nos trabalhos de Durkheim (indivíduos se completam através da participação e devoção à vida em grupos, constituindo um reserva de coletividade e uma

fonte poderosa de capital social), Marx (capital social foi criado como um produto de coesão interna dos grupos em resposta à exploração e discriminação externa, diante do processo de industrialização) e Simel (a vida social é composta por uma série de trocas interpessoais, onde favores, informações e outros recursos são compartilhados, criando uma série de obrigações mútuas as quais se constituiriam o capital social) (Patussi, 2006 apud Portes) ⁴⁵.

O capital social apresenta tanto um componente estrutural, relativo à extensão e intensidade das relações associativas na sociedade quanto um componente cognitivo, relacionado a percepção dos indivíduos acerca do nível de confiança interpessoal, compartilhamento e reciprocidade nas relações sociais ⁴⁴.

Do ponto de vista político, atitudes de confiança interpessoal são consideradas componentes básicos para o estímulo da ativação política e mobilização dos indivíduos. Isto significa que sem confiança interpessoal, a mobilização coletiva é reduzida e sem participação política, mais frágil é a democracia. Quanto mais a pessoa participa de associações, maior é a tendência um civismo público. Ao fazer parte de associações, há mais oportunidade de desenvolvimento de interações mútuas, aumentando a confiança entre os mesmos. O ponto chave dos estudos é entender se a participação em grupos e associações também potencializa o desenvolvimento da sociedade como um todo ⁴⁵. Mais recentemente o conceito de capital social tem recebido contribuições em seu formato, ou seja, as noções de vínculo (bonding), considerados relacionamentos horizontais próximos (por exemplo, com familiares e amigos) que contribuem para a promoção de apoio e entendimento mútuo; conexões (bridging), ou seja, redes mais amplas de relacionamento com outros indivíduos e comunidades que conectam a outros recursos (além dos adquiridos nos vínculos) e ligações (linking) que se referem às alianças com indivíduos em posição de poder sobre os recursos ligados ao desenvolvimento social e econômico ⁴⁵.

Idosos canadenses que declararam frequência de socialização com colegas de trabalho e participação em serviços religiosos bem como a participação em clubes e associações tiveram forte (e positiva) relação com melhor status de saúde ³³.

Estudo realizado na Suécia investigou o papel da família como produtora de capital social, a partir de um conjunto de dados individuais coletados de três diferentes períodos (entre as décadas de 80 e 90). O modelo teórico foi baseado na quantidade de capital social e o nível de saúde. Os resultados revelaram que o nível de capital social

(1) diminui com a idade, (2) é menor para os casados ou em coabitação, e (3) é menor para homens do que para as mulheres ⁴⁶.

Estudo australiano em 1997 analisa a influencia de característica da vizinhança e capital social na saúde em áreas de subúrbio, revelando entre seus resultados que variáveis relacionadas a segurança da vizinhança foi relacionada à saúde física e a saúde mental ³⁷.

Estudo para conhecer como o capital social à nível individual influencia a saúde de idosos (não institucionalizados) dos Estados Unidos e Alemanha, revelou que a desconfiança cívica foi associada com pior autopercepção de saúde em ambos os países e a depressão e as limitações funcionais nos Estados Unidos. A falta de participação foi associada na Alemanha com pior autopercepção de saúde e depressão ³⁶.

Embora polêmica e controversa, principalmente quanto ao estabelecimento de medidas para mensuração entre confiança e capital social, a teoria do capital tem se constituído uma fonte de estímulo para a realização de estudos na área de epidemiologia social ⁴⁵.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado com base nos dados da 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos, realizada em 2006 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), em parceria com o Instituto Pereira Passos (IPP), a Secretaria Especial da Terceira Idade, atualmente Secretaria de Qualidade de Vida e parcerias externas. A pesquisa teve como finalidade conhecer o perfil de saúde e aspectos relacionados à qualidade de vida de idosos moradores da Cidade do Rio de Janeiro, estimada em 787.404 indivíduos, ou seja, 12,8% da população do município (6.136.656 de habitantes) ¹¹.

4.1 Local e época do Estudo

A pesquisa foi realizada em cinco dias alternados durante a Campanha de Vacinação contra Gripe no ano de 2006 no município do Rio de Janeiro. A campanha de vacinação teve início em 24 de abril e término em 05 de maio de 2006, nos postos de vacinação da rede de serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SMSDC-RJ, das 8:00h às 17:00h, ocasião em que 77% da população acima de 60 anos foram vacinados.

4.2 População do Estudo e Critérios de Inclusão

A população do estudo foi composta por 3.649 idosos. Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 60 anos, ser residente no município do Rio de Janeiro, ter participado da campanha de vacinação contra a gripe no ano de 2006 e ter respondido o próprio questionário.

4.3 Delineamento da pesquisa

A pesquisa foi um estudo seccional com amostra probabilística.

4.4 Desenho Amostral

O planejamento da amostra levou em consideração a representatividade da população idosa nas 10 áreas de planejamento da cidade e os recursos disponíveis para a execução da pesquisa durante uma campanha de vacinação, ocasião em que há presença de idosos nos serviços de saúde, independente da vinculação aos serviços prestados pela unidade. As etapas do processo amostral são descritas com mais detalhes no estudo que

trata da pesquisa no município do Rio de Janeiro⁷. O objetivo foi compor uma amostra representativa de idosos moradores da cidade do Rio de Janeiro, entrevistados após a vacinação contra gripe em campanha realizada em 2006. Para isto, foi realizado um levantamento do número de doses em indivíduos acima de 60 anos, vacinados nos postos de vacinação da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005 – informações da Gerência de Imunização (SMSDCRJ). Com base nestas informações foi feito um plano com amostragem de conglomerados (10 áreas de planejamento – Unidade Primária de Seleção) em dois estágios.

Estágio 1: seleção de postos de vacinação (PV) a partir de amostra sistemática sem reposição com probabilidade proporcional ao tamanho de população de cada área de planejamento (UPA). Neste estágio foram selecionados 60 PV em 49 unidades de saúde (US), consideradas Unidade Secundária de Seleção. Estágio 2: seleção de idosos em cada PV selecionado no estágio 1, considerado Unidade Terciária de Seleção, a partir de amostra sistemática, com padrão de salto baseado no registro de vacinas aplicadas no ano de 2005. Neste estágio foram selecionados 67 idosos para cada PV selecionado.

Como o estudo não havia um desfecho específico, o tamanho amostral estabelecido previu a realização de 4.000 entrevistas de modo a fornecer proporções (ou prevalências) de algumas características de interesse com nível de significância de 5%.

Em inquéritos realizados com desenhos amostrais complexos, faz-se necessário uso do fator de expansão com suas inferências. A utilização de fatores de expansão corrige não apenas possíveis distorções provocadas pelo desenho de amostragem empregado em um ou mais estágios do plano amostral, como também serve para atualizar as inferências com relação a mudanças nos perfis populacionais.

Em cada estágio do plano amostral definiu-se como peso da unidade da amostra no estágio o inverso da probabilidade de extração daquela unidade da população, considerando o processo de seleção aleatória adotado. O peso refletiu o número de unidades populacionais representadas por aquela unidade amostral do estágio do desenho amostral.

Tendo a amostra deste inquérito sido realizado em dois estágios de seleção, em cada um a probabilidade de uma unidade correspondente àquele estágio pode ser calculada a partir do respectivo método de seleção aleatória adotado e previamente idealizado no desenho amostral. Os pesos nos dois estágios foram usados

posteriormente para calcular os fatores de expansão das unidades amostrais. O fator de expansão foi calculado multiplicando-se os pesos de todos os estágios da amostragem.

4.5 Instrumento de coleta de dados da 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos

O instrumento de coleta de dados foi elaborado por uma equipe que levantou na literatura questões validadas em outros estudos, principalmente ligados à pesquisa com idosos. O questionário foi dividido em 8 partes (I - Dados de Identificação; II – Vacinação; III – Qualidade de Vida/Condição Funcional; IV - Dados Socioeconômicos; V - Rede de Apoio; VI – Hábitos; VII – Estado de Saúde/Morbididade Referida/Usos dos Serviços de Saúde; VIII - Saúde Bucal), totalizando 70 questões (fechadas e abertas) Anexo1.

A primeira parte abordou questões ligadas à identificação do idoso (data de nascimento, sexo, bairro e município de residência). A segunda tratou de perguntas sobre e os benefícios da vacina contra a gripe em idosos e a campanha de vacinação (número de participações anteriores, meios de divulgação e satisfação com o serviço prestado). A terceira parte foi destinada à avaliação da capacidade funcional com base no Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs), desenvolvido por Sidney Katz na década 60⁴⁷.

A quarta parte do questionário incluiu perguntas sobre escolaridade, ocupação atual e a ocupação que desempenhou na maior parte da vida, renda pessoal, fonte de renda, necessidade de ajuda financeira, com quem vive o idoso, número de banheiros e existência de plano de saúde.

A quinta parte foi composta por três questões adaptadas de estudos sobre rede social e apoio social^{22,40,41,42}. As duas partes seguintes abordaram questões sobre comportamentos relacionados à saúde, incluindo tabagismo alimentação saudável e prática de atividade física; auto-avaliação do estado de saúde, morbididade referida (hipertensão arterial, diabetes, asma/enfisema/bronquite, pneumonia, câncer, artrite/reumatismo/artrose/gota, angina/infarto, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, depressão, doença de Parkinson, catarata, além de questões sobre queda e atropelamento). A última parte do questionário apresentou questões ligadas à saúde bucal.

Os idosos foram entrevistados individualmente para o preenchimento dos questionários por uma equipe de trabalho de campo composta por 37 supervisores e 137

pesquisadores. A equipe de supervisores foi composta de profissionais da pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil-RJ, Instituto Pereira Passos e Secretaria Secretaria Especial de Qualidade de Vida e alunos do último ano do Curso de Nutrição da UERJ, com experiência em pesquisa. Os pesquisadores de campo foram estudantes universitários da área da saúde, principalmente da enfermagem, nutrição e medicina, com treinamento prévio para aplicação do questionário. O treinamento da equipe de campo foi realizado com carga horária de 8 horas com conteúdo relacionados ao envelhecimento e a pesquisa (objetivos, metodologia, instrumento de coleta/instrutivo, operacionalização do trabalho de campo).

No ano de 2005, foi realizada o estudo piloto para validação das questões do instrumento de coleta de dados e operacionalização da pesquisa e em 2006 durante a pesquisa de campo foi realizado um estudo de confiabilidade em duas etapas: no primeiro momento 2 entrevistadores aplicaram o instrumento com o mesmo idoso e na semana seguinte foi agendado o retorno para a repetição da entrevista. Foram conduzidas 250 entrevistas ao longo de 2 dias em PVs com grande demanda de idosos. Estas entrevistas representaram uma sub-amostra da Pesquisa. Todos os supervisores/entrevistadores foram treinados para a condução do estudo de confiabilidade.

4.6 Variáveis investigadas: desfecho, exposições e co-variáveis

A variável dependente estudada foi a auto-avaliação da saúde, medida por meio da seguinte pergunta: “Em comparação com outras pessoas da sua idade, como considera seu próprio estado de saúde?” com as seguintes opções de resposta: Muito Bom, Bom, Regular, Ruim e Muito Ruim. Esta pergunta foi utilizada no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do INCA em 2002 ⁴⁸.

As variáveis independentes foram agrupadas em blocos segundo modelo teórico descrito na Figura 3. O Bloco 1 – Rede e Apoio Social foi constituído pelas variáveis “Com quem vive o idoso?” (sozinho, acompanhado); “Tem alguma pessoa na vida com quem possa contar?” (sim, não), “Com que frequência recebeu visita ou visitou alguém?” (nenhuma vez nos últimos 30 dias, uma vez por mês, uma vez a cada 15 dias, quase todos os dias/1 a 3 x por semana) e “Nos últimos 30 dias participou de cultos, encontros, jogos com amigos?” (sim, não) ^{22,40,41,42}.

O Bloco 2 - Características Sócio-Econômicas, foi composto pelas variáveis Escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior ou pós-graduação), Renda Individual (menos de 1 salário mínimo – SM, => 1 até 2 SM, => 2 até 4 SM , => 4 SM; Trabalho Atual (sim, não). O Bloco 3 - Comportamento ligado à Saúde, enfocou variáveis relacionadas ao *tabagismo* (“fumante”, “ex-fumante” - mais de 12 meses sem fumar - e “nunca fumou”), *consumo diário de frutas ou suco de frutas, verduras ou legumes* (exceto batata e aipim), com as categorias “alimentação adequada” (ou seja, segundo a OMS, é o consumo de 5 porções diárias de frutas, legumes e verduras) e “alimentação inadequada”, e *prática de atividade física*, categorizada como “sim” (ou seja, segundo recomendação da OMS, é a prática alguma atividade física 5 ou mais vezes por semana por no mínimo 30 minutos) ou “não”.

O Bloco 4 – Acesso ao Serviço de Saúde foi composto pelas questões “Quando o (a) Sr(a) se sente doente que tipo serviço procura?” com as categorias “público” e “privado” e a O sr(a) tem plano de saúde privado (sim, não) .

O Bloco 5 – Capacidade Funcional e Morbidade Referida agrupou primeiramente questões da avaliação do Índice de Katz (para avaliação da capacidade funcional), divididas em *Atividades de Vida Diária (AVD)*: “Consegue tomar banho sem ajuda?”, “Consegue vestir-se sozinho?”, “Consegue usar vaso sanitário (ir ao banheiro) sem ajuda, mesmo usando barra ou andador?”, “Consegue levantar-se da cama sozinho, mesmo usando barra ou andador?”, “Controla fezes e urina sem acidentes?”, “Alimenta-se sem ajuda?”; e *Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)*: “Conseguiria preparar sua própria comida?”, “Conseguiria arrumar sua casa sem ajuda?”, “Conseguiria lavar a roupa sem ajuda?”, “Conseguiria cuidar dos medicamentos sem ajuda (tomar sozinho, controlar horários)?”, “Conseguiria usar o telefone sem ajuda?”, “Conseguiria fazer compra de alimentos, roupas, medicamentos sem ajuda?”, “Conseguiria ir a consulta médica e eventos sociais ou religiosos sem ajuda?” Tanto para as AVD como para as AIVD as respostas incluíram as categorias sim e não. Compreendendo a perda da capacidade funcional como um processo progressivo, as perguntas acima foram agrupadas em três categorias: Nenhuma dificuldade – “sim” para todas as perguntas (AVD e AIVD); Dificuldade em AIVD (uma ou mais) , ou seja, “sim” em todas as AVD e pelo menos um “não” AIVD; e Dificuldade em AVD (uma ou mais), ou seja, pelo menos um “não” em qualquer AVD, independente de AIVD. Para avaliação da morbidade auto-referida foram utilizadas as variáveis categóricas: número

de doenças auto-referidas (Nenhuma, 1, 2 a 4, 5 ou mais); doenças articulares (sim ou não), depressão (sim ou não), hipertensão (sim ou não), diabetes (sim ou não)

O Bloco 6 - Características demográficas foi composta de variáveis idade, categorizada por faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 e mais anos) e sexo (masculino/feminino).

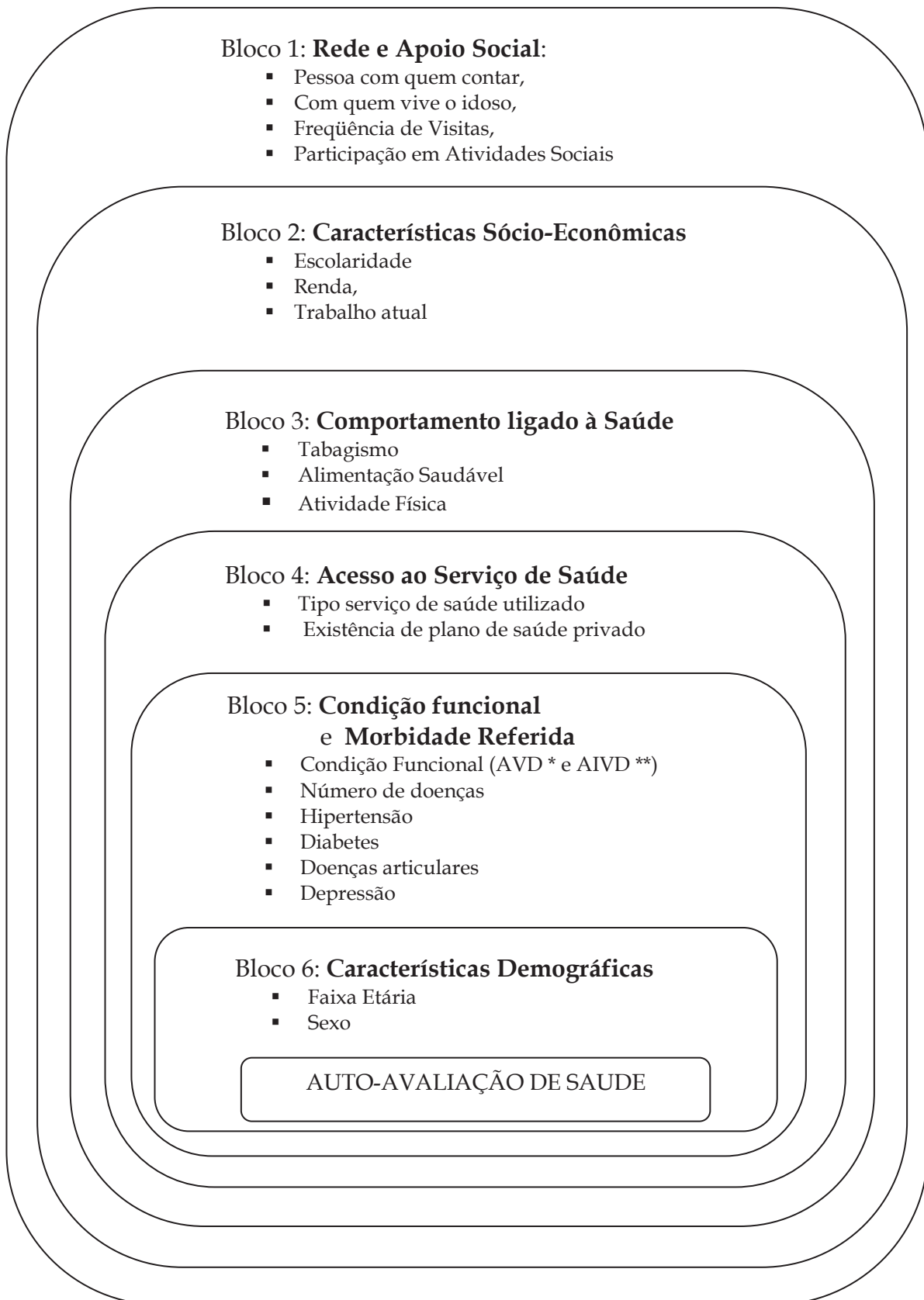
4.7 Análise dos dados

Tendo em vista o desenho amostral foram incorporados nas análises dos dados os pesos para expansão da amostra, sendo necessária a utilização do complex sample do *Software* SPSS, versão 17.0, para a realização das análises bivariadas e multivariadas, possibilitando a obtenção de estimativas para os parâmetros das populacionais das áreas de planejamento.

De acordo com as hipóteses do estudo, todas as análises foram estratificadas por sexo. A variável dependente a auto-avaliação da saúde foi analisada sob 2 categorias: “auto-avaliação boa”, incluindo as categorias “muito boa” e “boa: ^{28, 49}”; e “auto-avaliação ruim”: incluindo as categorias “regular”, “ruim” e “muito ruim”. A definição da categoria auto-avaliação ruim da saúde deu-se pela baixa proporção de respostas muito ruim e ruim. A categoria auto-avaliação da saúde regular foi incorporada nesta última por se adequar-se mais a esta que na “auto-avaliação boa”.

Inicialmente realizaram-se análises estatísticas bivariadas com o uso do teste de Qui-quadrado de Pearson, estratificadas por sexo, entre as variáveis independentes e a variável dependente binária de auto-avaliação da saúde (boa vs ruim). As variáveis independentes que apresentaram associação estatística com nível de significância de 0,20 ($p < 0,20$) foram consideradas na análise multivariada.

A regressão logística multivariada foi realizada conforme o modelo teórico pré-estabelecido (Figura 3). Duas modelagens de dados foram conduzidas, uma para o sexo masculino e outra para o sexo feminino. A inclusão das variáveis independentes no modelo foi feita por blocos, sendo excluídas nas etapas subsequentes aquelas que não atingiram o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As medidas de associação foram estimadas através de *Odds Ratio* e dos respectivos intervalos de confiança de 95%.



*Atividade Básica de Vida Diária, ** Atividade Instrumental de Vida Diária.

Figura 3. Modelo teórico utilizado no estudo de associação entre rede e apoio social e auto-avaliação da saúde de idosos.

4.8 Aspectos Éticos

Todos os participantes da pesquisa receberam um folder com a apresentação da pesquisa e os telefones de contato com a coordenação da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi utilizado para explicar os objetivos da pesquisa e obter o consentimento para a participação voluntária dos idosos.

A pesquisa de campo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro com número 19-A, de 21 de março de 2006.

Para a análise do banco de dados da pesquisa em questão, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP-FIOCRUZ, Protocolo CEP/ENSP nº 145/10 CAAE: 0152.0.031.000-10 em 08/11/2010 (Anexo 2).

5. ARTIGO

Título: Associação entre Rede e Apoio Social com Auto-Avaliação da Saúde em Idosos

Resumo

A concepção de saúde para o idoso deve incorporar aspectos sociais, além da ausência de doenças. Apesar do idoso tender a um maior isolamento familiar e social poucos estudos investigaram se os relacionamentos sociais estão relacionados a medidas subjetivas da saúde no idoso. O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre rede e apoio social com a auto-avaliação da saúde em idosos, segundo sexo. Os dados são provenientes da 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos realizada pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo seccional com idosos de 60 anos ou mais de idade a partir de uma amostra probabilística em dois estágios de seleção durante a campanha de vacinação contra gripe em 2006. O desfecho foi auto-avaliação da saúde (boa e ruim) e as variáveis independentes foram organizadas em seis blocos: 1) rede e apoio social, 2) características sócio-econômicas, 3) comportamentos relacionados à saúde, 4) acesso à serviços de saúde, 5) capacidade funcional e morbidade referida e 6) idade. A análise dos dados foi conduzida por sexo. Regressão logística multivariada hierarquizada foi empregada ($p < 0,05$) após análise bi-variada para seleção das variáveis independentes ($p < 0,20$). Razões de chance e intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados. A amostra compreendeu 3.649 idosos e a faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos. A maioria dos participantes apresentou baixa escolaridade, não trabalhava, não tinha plano de saúde e vivia acompanhado. A auto-avaliação da saúde ruim foi associada com a falta de apoio social entre as mulheres (RC 1,70 IC95% 1,26-2,30) e com a ausência de redes sociais entre os homens (RC 1,56 IC95% 1,10-2,20). Permaneceram associados ainda à auto-avaliação da saúde ruim as variáveis renda (ambos), trabalho atual (mulheres), alimentação (homens), capacidade funcional (ambos), número de doenças (ambos) e depressão (ambos). A hipótese de associação entre rede e apoio social com a auto-avaliação da saúde foi confirmada com diferenciais entre os sexos. Estratégias e políticas públicas para melhorar a saúde do idoso devem considerar dimensões sociais favorecendo o envelhecimento saudável.

Abstract

The concept of health for elderly people must incorporate social aspects apart from the occurrence of diseases. Although the elderly tend to a higher familial and social isolation, few studies investigated if social relations are related to subjective measures of health in elderly people. The aim of this study was to investigate the association of social networks and social support with self-rated health in elderly by sex. The data used were from the 1st Survey of Health and Living Conditions of Elderly People, performed in 2006 by the Municipal Secretary of Health of the city of Rio de Janeiro. It was a cross-sectional study involving elderly aged 60 years or more using a probabilistic sample in two-stages of selection during the Flu vaccination campaign in 2006. The outcome was self-rated health (good and poor) and the independent variables were organized into six blocks: 1) social network and social support, 2) socio-economic characteristics, 3) health-related behaviors, 4) access to health services, 5) functional capacity and self-reported diseases and 6) age. The data analysis was performed by sex. Hierarchical multivariate logistic regression was used ($p < 0.05$) after bi-variated analysis to select the independent variables ($p < 0.20$). Odds Ratio (OR) and 95% Confidence Intervals were obtained (95%CI). The sample comprised 3,649 elderly and the predominant age group was between 60 and 69 years. Most of participants have low schooling, did not work, have no health insurance and lived with other people. The poor self-rated health was associated with the lack of social support in females (OR 1.70 95%CI 1.26-2.30), and with the absence of social network in males (OR 1.56 95% CI 1.10-2.20). Other associated factors with poor self-rated health were income (both), current job (females), food habit (males), functional capacity (both), number of self-reported diseases (both) and depression (both). The hypothesis of association of social network and social support with self-rated health was confirmed, showing differences regarding sex. Strategies and public policies to improve health of elderly people must consider social dimensions in order to promote a healthy aging.

5.1 Introdução

Os países têm registrado um contingente de idosos em suas populações cada vez mais elevado ¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade para os países em desenvolvimento, e a partir dos 65 anos de idade para países desenvolvidos ^{2,3}. Com o intuito de evidenciar a importância dos idosos na sociedade, a OMS adotou nos final dos anos 90 o termo “Envelhecimento Ativo” para designar um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem ².

A concepção de saúde para o idoso extrapola a ocorrência de doenças crônicas e sua manutenção deve incorporar outras dimensões, como a integração social. Assim, é necessário conhecer informações mais detalhadas sobre diferentes aspectos da saúde dos idosos. Vários estudos em idosos associaram características demográficas e socioeconômicas com a ocorrência e distribuição de doenças crônicas ⁴, capacidade funcional ^{5,6} e auto-avaliação da saúde ⁷. Uma das razões mais importantes para o uso da auto-avaliação da saúde como indicador da condição de saúde da população adulta ^{8,9,10,11,12} e do idoso ^{13, 14,15,16,17} é a sua robustez e consistência na predição de eventos adversos em saúde, incluindo a mortalidade ^{7,18}. Pessoas com pior avaliação do estado de saúde têm maior risco de morte (por todas as causas) em comparação com as que relatam saúde boa ou excelente. A auto-avaliação da saúde, também reconhecida como percepção de saúde, tem sido relacionada com o declínio funcional, sendo utilizada em pesquisas gerontológicas ^{19,20}.

As pessoas idosas são mais prováveis de terem maior isolamento social e familiar quando comparadas a outros grupos etários. As perdas de amigos, cônjuges e outros parentes as torna mais vulneráveis a solidão e, em geral, ocorre uma redução no número de pessoas com as quais mantém contato social. Em algumas sociedades o processo de envelhecimento pode gerar nos homens um menor acesso às redes de apoio social em relação às mulheres. Por outro lado, em determinadas culturas, mulheres idosas viúvas podem ser excluídas ou até rejeitadas por sua comunidade ².

Estudos epidemiológicos passaram a focar estados subjetivos e fatores psicossociais incluindo depressão, solidão e qualidade de vida com mais intensidade nas últimas décadas, sendo necessário o desenvolvimento de novas metodologias, já utilizadas no campo da educação, psicologia e sociologia de modo a definir estes novos conceitos, dentre eles “laços sociais” ²¹. A partir da expressão “laços sociais” emergiu a

discussão de novos conceitos: rede social ^{21,22} e apoio social ^{9,22,23}. Rede social é definida como um grupo de pessoas com os quais os indivíduos mantêm contato ou alguma forma de vínculo social, ou ainda uma rede de relacionamentos sociais que envolvem o indivíduo e as características desta relação ²². O conceito de apoio social não é consensual ^{22,24}. Apoio social pode ser definido como o apoio acessível a um indivíduo através de suas redes sociais a outros indivíduos, grupos ou a uma ampla comunidade ²⁵. Apoio social pode ser compreendido ainda como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos ²⁶. A suposição geral é que o apoio social é relacionado ao processo saúde-doença. Quanto maior o apoio social que um indivíduo recebe, sob a forma de relações mais estreitas com os familiares, parentes, amigos, conhecidos, colegas de trabalho, e a comunidade, menor a probabilidade que ele teria de experimentar alguma doença ²⁵.

Os termos frequentemente utilizados na literatura são apoio social e redes sociais, mas é comum a utilização de termos como relações sociais, integração social, vínculos sociais e ancoragem social ²⁴.

Com relação aos idosos, vários estudos verificaram a relação de apoio social com a mortalidade, e também com medidas de saúde relacionadas a capacidade funcional, incontinência urinária, auto-avaliação da saúde, problemas visuais e sintomas depressivos ²⁴. Há poucos estudos que consideraram apoio e rede social como desfechos, sendo que para rede social as diferenças foram marcantes. Pessoas com ocupações de prestígio recebem maior apoio social, idosos com maior renda e escolaridade têm mais contato com amigos e prestam apoio social com mais frequência. As redes sociais das mulheres são maiores e mais amplas que dos homens, que tendem a se relacionar mais exclusivamente com seus cônjuges ²⁴.

As investigações a respeito de rede e apoio social para o desenvolvimento das políticas públicas e programas de saúde são extremamente relevantes, mesmo diante das inconsistências conceituais ainda existentes e das dificuldades de operacionalização metodológica destes conceitos ²¹. Tais dificuldades podem ser explicadas, ao menos em parte, pela priorização dos fatores biológicos nas pesquisas, ao invés das dimensões sociais e psicossociais, mesmo diante do consenso de que a saúde é um resultante de complexas relações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais ²².

Os conceitos de apoio social e rede social são amplamente discutidos nos estudos ligados ao capital social, pois o aspecto central desta teoria é que as relações

sociais se estabelecem no interior dos grupos e entre os grupos da sociedade, e que os indivíduos se beneficiariam mutuamente destas relações ²⁷. O capital social apresenta tanto um componente estrutural, relativo à extensão e intensidade das relações associativas na sociedade quanto um componente cognitivo, relacionado a percepção dos indivíduos acerca do nível de confiança interpessoal, compartilhamento e reciprocidade nas relações sociais ²⁷. Ao fazer parte de associações, o desenvolvimento de interações mútuas aumentaria, assim como a confiança entre os indivíduos. Além disso, a participação em grupos e associações também potencializa o desenvolvimento da sociedade como um todo ²⁸.

Mesmo diante de um cenário marcado pelas mudanças nos padrões demográficos e epidemiológicos, existe uma carência de estudos em idosos sobre o possível papel que as estruturas e processos sociais mais amplos podem exercer sobre a saúde. O objetivo principal deste estudo foi investigar a associação entre participação em atividades sociais (rede social) e a existência de pessoas com quem contar e receber/realizar visitas (apoio social) e a auto-avaliação da saúde em idosos, segundo sexo. As hipóteses do estudo foram: 1) idosos com menor rede e apoio social apresentam pior auto-avaliação da saúde e 2) Existem diferenças na relação entre rede e apoio social com a auto-avaliação da saúde entre os sexos.

5.2 Materiais e métodos

Os dados foram obtidos da 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos, realizada em 2006 pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), em parceria com o Instituto Pereira Passos (IPP), Secretaria Especial de Qualidade de Vida e parcerias externas. Realizada durante a Campanha de Vacinação contra Gripe no ano de 2006, em cinco dias alternados, com início em 24/04/06 e término em 05/05/06, nos postos de vacinação da rede de serviços de saúde da SMSDC-RJ, das 8:00h às 17:00h, ocasião em que 77% da população acima de 60 anos foram vacinados.

A pesquisa foi um estudo seccional com amostra probabilística com dois estágios de seleção. O planejamento da amostra levou em consideração a representatividade da população idosa nas 10 áreas de planejamento da cidade e os recursos disponíveis para a execução da pesquisa durante uma campanha de vacinação, ocasião em que há presença de idosos nos serviços de saúde, independente da vinculação aos serviços prestados pela unidade. As etapas do processo amostral são

descritas com mais detalhes no estudo que trata da pesquisa no município do Rio de Janeiro ²⁹. Como no estudo não havia um desfecho específico, o tamanho amostral estabelecido previu a realização de 4.000 entrevistas de modo a fornecer proporções (ou prevalências) de algumas características de interesse, em valor absoluto no nível de confiança de 95%.

Foram incluídos indivíduos com idade igual ou maior a 60 anos, residentes no município do Rio de Janeiro, que participaram da campanha de vacinação contra a gripe no ano de 2006 e que responderam o próprio questionário.

Os idosos foram entrevistados individualmente para o preenchimento dos questionários por uma equipe de trabalho de campo composta por 37 supervisores e 137 pesquisadores. A equipe de supervisores foi composta de profissionais da pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil-RJ, Instituto Pereira Passos e Secretaria Especial de Qualidade de Vida e alunos do último ano do Curso de Nutrição da UERJ, com experiência em pesquisa. Os pesquisadores de campo foram estudantes universitários da área da saúde, principalmente da enfermagem, nutrição e medicina, com treinamento prévio para aplicação do questionário. O questionário foi dividido em 8 partes, totalizando 70 questões.

A auto-avaliação da saúde foi avaliada por meio da seguinte pergunta: “Em comparação com outras pessoas da sua idade, como considera seu próprio estado de saúde?” com as seguintes opções de resposta: Muito Bom, Bom, Regular, Ruim e Muito Ruim ³⁰. As perguntas adaptadas de estudos prévios referentes a rede social incluíram “Com quem vive o idoso?” (sozinho, acompanhado) e “Com que frequência recebeu visita ou visitou alguém?” (nenhuma vez nos últimos 30 dias, uma vez por mês, uma vez a cada 15 dias, quase todos os dias/1 a 3 x por semana) e “Nos últimos 30 dias participou de cultos, encontros, jogos com amigos?” (sim, não). Para apoio social empregou-se a pergunta: “Tem alguma pessoa na vida com quem possa contar?” (sim, não) ^{13, 21,22,23}.

As co-variáveis consideradas foram idade, características sócio-econômicas (escolaridade, renda individual e trabalho atual), comportamentos ligados à saúde (prática de atividade física regular, tabagismo, tipo de alimentação adequada), acesso a serviços de saúde (plano de saúde e tipo de serviço de saúde utilizado), capacidade funcional (Atividades de Vida Diária -AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária AIVD, segundo Índice de Katz) ³¹ e morbidade auto-referida (número de doenças auto-referidas, doenças articulares, depressão, hipertensão e diabetes).

As variáveis independentes foram agrupadas em blocos segundo modelo teórico descrito na Figura 1. Bloco 1: rede e apoio social, Bloco 2: características sócio-econômicas, Bloco 3: comportamentos ligado à saúde, Bloco 4: acesso a serviços de saúde, Bloco 5: capacidade funcional e morbidade referida, e Bloco 6: Características demográficas foi composta de variáveis idade e sexo, sendo esta última utilizada como variável de estratificação.

Análise estatística

Tendo em vista o desenho amostral foram incorporados nas análises dos dados os pesos para expansão da amostra, sendo necessária a utilização de um plano de análise complexa, para a realização das análises bivariadas e multivariadas hierarquizadas. Todas as análises foram estratificadas por sexo. A variável dependente a auto-avaliação da saúde foi analisada sob 2 categorias: “auto-avaliação boa”, incluindo as categorias “muito boa” e “boa”^{8,32}; e “auto-avaliação ruim”: incluindo as categorias “regular”, “ruim” e “muito ruim”. A categoria auto-avaliação regular foi incorporada nesta última por se adequar-se mais a esta que na “auto-avaliação boa”. Inicialmente realizaram-se análises estatísticas bivariadas com o uso do teste de Qui-quadrado de Pearson, estratificadas por sexo, entre as variáveis independentes e a variável dependente binária de auto-avaliação da saúde (boa vs ruim). As variáveis independentes que apresentaram associação estatística com nível de significância de 0,20 ($p < 0,20$) foram consideradas na análise multivariada. A regressão logística multivariada hierarquizada foi realizada conforme o modelo teórico pré-estabelecido (Figura 1). A inclusão das variáveis independentes no modelo foi feita por blocos, sendo mantidas no modelo final as variáveis significativas ($p < 0,05$). Duas modelagens de dados foram conduzidas, uma para o sexo masculino e outra para o sexo feminino. As medidas de associação foram estimadas através de Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). Todas as análises foram realizadas com uso do *Software* SPSS, versão 17.0.

Aspectos Éticos

Todos os participantes da pesquisa receberam um folder com os telefones de contato da coordenação da pesquisa e mais detalhes sobre o estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi utilizado para explicar os objetivos da pesquisa e obter o consentimento para a participação voluntária dos idosos. A pesquisa de campo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro com número 19-A, de 21 de março de 2006. Para a análise do banco de dados da pesquisa em questão, o projeto foi submetido e aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP-FIOCRUZ, Protocolo CEP/ENSP nº 145/10 CAAE: 0152.0.031.000-10 em 08/11/2010.

5.3 Resultados

Nos 60 postos de vacinação das 49 unidades de saúde, foi atingida a meta de entrevistar 4.000 idosos, a maioria com 67 idosos entrevistados em cada PV. Aplicando os critérios de inclusão, amostra foi composta por 3.649 idosos, sendo 1.271 homens (34,8%) e 2.378 (65,2%) mulheres. A maioria (76,7%) dos entrevistados declarou ter uma auto-avaliação da saúde boa agrupadas neste estudo pela auto-avaliação da saúde muito boa (34,5%) e boa (42,2%). A auto-avaliação da saúde ruim foi relatada por 23,3% dos idosos, constituída neste estudo pela união da auto-avaliação da saúde regular (20,2%), ruim (2,3%) e muito ruim (0,8 %).

A variável “sexo” teve a associação com a auto-avaliação invertida quando comparamos a análise bruta e a ajustada. Na análise bruta a OR foi 0,75 (IC95% 0,63 - 0,89) e quando entrou no modelo a OR inverteu: 1,35, IC 95% 1,09-1,66, sugerindo interação entre “sexo” e alguma outra variável. Como nenhuma OR mudou de direção e as magnitudes foram semelhantes, foi testada a interação com a variável que perdeu significância: “rede social” sendo confirmada.

Assim as análises a seguir serão apresentadas por sexo. As comparações das características demográficas e socioeconômicas, rede e apoio social no total da amostra e entre os grupos de auto-avaliação da saúde boa e ruim por sexo são apresentados na Tabela 1. A faixa etária predominante foi entre 60 a 69 anos. A maioria dos participantes de ambos os sexos apresentou baixa escolaridade, não trabalhava, não tinha plano de saúde, vivia acompanhado e apresentou altos níveis de apoio e rede social. Os homens apresentaram maior escolaridade, maior renda, trabalho atual e relato de viver acompanhado comparado às mulheres. A proporção de indivíduos com auto-avaliação da saúde ruim foi maior entre aqueles com menor escolaridade, que não trabalham atualmente, não tinham plano de saúde, utilizavam serviço público de saúde. A participação em atividades sociais foi maior nas mulheres em comparação com os homens. A auto-avaliação da saúde foi associada com apoio social e frequência de visitas nos últimos 30 dias para o sexo feminino, enquanto no sexo masculino a auto-avaliação da saúde foi associada à participação em atividades sociais (rede social).

A maioria dos entrevistados relatou não realizar atividades físicas regulares e não se alimentar dentro das recomendações da OMS, não fumar e ter independência

para a realização das AVD e AIVD. Mais de 90% dos entrevistados declarou ter mais de uma doença. Dentre as doenças auto-referidas investigadas foram mais declaradas a hipertensão (62,9%) e as doenças articulares (47,5%), seguidas pela depressão (24,4%) e o diabetes (17,6%). A frequência de idosos não fumantes, com maior número de doenças auto-referidas, com doenças articulares e depressão foi maior nas mulheres em comparação com os homens. Em ambos os sexos, a proporção de idosos com auto-avaliação da saúde ruim foi estatisticamente maior entre aqueles sem atividade física regular e alimentação inadequada, com pior capacidade funcional, com maior número de doenças auto-referidas, doença articular, depressão, hipertensão e diabetes. (Tabela 2).

Os resultados das análises hierarquizadas multivariadas da associação entre rede e apoio social e auto-avaliação da saúde ruim são apresentados nas Tabela 3 (sexo feminino) e Tabela 4 (sexo masculino). Seis modelos de regressão foram conduzidos conforme o modelo teórico pré-estabelecido.

No sexo feminino, a variável apoio social (pessoa com quem contar) permaneceu estatisticamente associada com a auto-avaliação da saúde ruim em todos os modelos. No modelo final a chance da auto-avaliação da saúde ruim foi 70% maior nas mulheres que não tinham uma pessoa com quem contar em comparação com aquelas que possuíam alguma pessoa com quem contar (IC95% 1,26-2,30). A frequência de visitas nos últimos 30 dias esteve associada ao desfecho somente no primeiro modelo. Dentre as características socioeconômicas (Bloco 2), mulheres com menor renda (< 1 salário mínimo: OR=2,23 IC95% 1,46-3,39) e aquelas sem trabalho atual (OR=1,56 IC95% 1,11-2,19) tiveram maior chance de ter uma auto-avaliação da saúde ruim. No Bloco 3, a ausência de atividade física regular e a alimentação inadequada foram inicialmente associadas à auto-avaliação da saúde ruim, porém perderam a significância estatística com a entrada das variáveis relativas a condição funcional e morbidade referida (Bloco 5). As variáveis do Bloco 4 (acesso aos serviços de saúde) não foram associadas ao desfecho. No 5º Bloco, foram associados à auto-avaliação da saúde ruim a pior condição funcional (OR=2,33 IC95% 1,39-3,90), o número de doenças auto-referidas, e o auto-relato de doenças articulares (OR=1,40 IC95% 1,10-1,79) e depressão (OR=1,57 IC95% 1,19-2,05), ajustadas por faixa etária (Bloco 6) (Tabela 3).

Em todos os modelos do sexo masculino, a variável rede social (participação em atividades sociais) permaneceu associada estatisticamente ao desfecho. Verifica-se ao final da modelagem que a chance de auto-avaliação da saúde ruim foi 56% maior nos

homens que não participaram de atividades sociais em comparação com aqueles que relataram participação nestas atividades (IC95% 1,10-2,20). A variável do Bloco 1 pessoa com quem contar permaneceu no primeiro modelo, mas perdeu significância com a introdução das variáveis do Bloco 2 (características socioeconômicas). Homens com renda de 1 até menos de 2 salários mínimos tiveram maior chance de ter uma auto-avaliação da saúde ruim (OR=1,83 IC95% 1,02-3,28). Ainda neste modelo e nos dois seguintes, a variável escolaridade obteve significância, mas não permaneceu no modelo final. Somente a variável alimentação do Bloco 3 foi associada a auto-avaliação da saúde ruim até o modelo final, mostrando que a chance de auto-avaliação da saúde ruim foi de 2,18 vezes maior em homens com alimentação inadequada em comparação com os que relataram consumo adequado de alimentos. Semelhante ao ocorrido no sexo feminino, nenhuma das variáveis do Bloco 4 (acesso aos serviços de saúde) foram associadas ao desfecho. Com a introdução das variáveis do bloco 5, a auto-avaliação da saúde ruim foi associada a pior capacidade funcional, maior número de doenças auto-referidas e depressão (OR=1,97 IC95% 1,26-3,08), ajustadas por faixa etária (Bloco 6) (Tabela 4).

5.4 Discussão

No presente estudo a hipótese de associação entre rede e apoio social com a auto-avaliação da saúde foi confirmada. Além disso, observaram-se diferenciais nessas associações conforme o sexo. Para os idosos do sexo feminino, não ter alguém com quem contar (apoio social) foi, dentre as medidas de rede e apoio social, a característica associada à auto-avaliação da saúde ruim. Por outro lado, para os homens, a não participação em atividades sociais (rede social) foi a variável que permaneceu associada com a auto-avaliação da saúde ruim.

Na literatura, há estudos que revelaram que entre as mulheres, observa-se uma rede de suporte social mais ampla, além de maior facilidade no desenvolvimento de novas relações de amizade. Os homens costumam ter uma rede de suporte menor e contato mais distante com filhos e outros membros da família. Quando viúvos, pode ocorrer um maior enfraquecimento nos contatos familiares e conseqüentemente diminuição do apoio social (Lebrão apud Arber, 2004; Davidson, 2000) ¹⁸. Em estudo sobre rede de apoio e auto-avaliação da saúde em idosos, além de demonstrar a associação, observou-se a consonância com resultados de estudo qualitativo em mulheres idosas. A avaliação da gravidade e relevância de um problema de saúde era

determinado pela possibilidade de enfrentá-los, associada ao apoio familiar e ao acesso aos serviços de saúde, facilitado ou dificultado pela renda. Além disso, a pior auto-avaliação da saúde foi encontrada entre os que informaram insatisfação com os relacionamentos pessoais e pior situação socioeconômica da família ¹³.

A auto-avaliação da saúde foi associada à indicadores de avaliação do capital social em diferentes estudos ^{27,28,33,34,35,36,37,38}. Em indivíduos moradores de uma área do subúrbio no oeste de Adelaide (Austrália) a auto-avaliação da saúde esteve associada aos fatores sócio-econômicos e não necessariamente conexões com vizinhança, confiança, reciprocidade, segurança e participação social ³⁷. Uma investigação nos Estados Unidos e Alemanha analisou a relação entre o capital social no nível individual e saúde em idosos não institucionalizados. Indicadores do capital social, incluindo normas sociais (princípio da reciprocidade e confiança cívica) e comportamentos (participação social) foram testados. A falta de reciprocidade e desconfiança cívica foi associada com pior auto-percepção de saúde em ambos os países. Na Alemanha, a falta de participação foi associada com pior auto-percepção de saúde e depressão ³⁶. Indivíduos com altos níveis de confiança e participação social apresentavam boa auto-percepção de saúde ³⁸. A auto-avaliação da saúde foi associada a participação sociais (religiosas e clubes) entre idosos ³³. Estudos entre adultos russos mostraram que o capital social aumenta a saúde física e emocional, mais do que o capital humano; juntos, eles podem aumentar a saúde auto-relatados de um indivíduo ³⁴.

Homens idosos com maior escolaridade apresentaram maior interação social, mais acesso a interações relacionadas a diversão e lazer ³⁹. A forma como as mulheres lidam com as relações de apoio social foi estudada na pesquisa sobre a percepção de disponibilidade e oferta de apoio social informal e formal entre idosas de uma localidade de baixa renda do Município do Rio de Janeiro: as mulheres tinham condição social desfavorável e os tipos de apoio informais mais recebidos foram dinheiro, moradia, cuidado pessoal de netos e companhia para se locomover ⁴⁰. Entre idosos, a rede social foi reduzida e constituída principalmente por entes da família. ⁴¹. Entre mulheres, a principal fonte de suporte social hoje foram seus filhos ⁴².

O apoio social nas mulheres é cunhado pela organização da sociedade e possui particularidades de gênero. Como cuidadora, são muitas vezes provedoras do lar, como vimos acima, incluindo o cuidado dos netos. Se por um lado esta conformação pode oportunizar as trocas intergeracionais e fortalecer os vínculos (apoio social), por

outro, pode ocupar o tempo desta mulher e reduzir a interação com relações de diversão e lazer (rede social).

A participação em atividades sociais foi investigada entre idosos com previdência privada complementar, mostrando a rede social do lazer dos entrevistados, na fase da aposentadoria, estava mais voltada aos familiares não havendo um aumento de novas amizades externas ⁴³. Entre idosos homens aposentados o tempo liberado da aposentadoria era muito significativo na manutenção das redes sociais dos participantes da pesquisa. Com a aposentadoria o contato com os ex-colegas aumenta em número, mas diminui em proximidade, ocorrendo principalmente nas associações de classe. Inversamente, a relação com os amigos se intensifica e aumenta a intimidade ⁴⁴.

No presente estudo foi constatada a menor participação em atividades sociais nos homens em relação às mulheres. Isto pode ser explicado pela práticas cotidianas e pela atribuição social de cuidadora conferida à mulher. Além disso, mulheres exercitam e fazem parte do apoio social na sua família ao longo da vida o que pode dar condições para que se sintam mais preparadas para as relações de amizade fora do ambiente familiar. O mesmo não é verificado entre os homens e, por isso, para eles seja tão importante considerar a participação em atividades sociais na auto-avaliação da saúde. Por outro lado, nas mulheres a falta de apoio social foi associada à auto-avaliação da saúde. O apoio social que as mulheres fornecem para a sua família ao longo da vida pode ser interpretado por elas como algo que elas teriam retorno quando com o passar da idade.

A associação da capacidade funcional, número de doenças e depressão com a auto-avaliação da saúde tem sido descrita na literatura. Nossos achados corroboram com os de outros estudos, mostrando que à medida que o grau de dependência aumenta, bem como o número de doenças, maior é a chance do idoso auto-avaliar sua saúde como ruim ^{7,10,12,13,45,46,47}.

A renda individual foi incluída no modelo explicativo para auto-avaliação da saúde de homens e mulheres e em ambos os sexos a pior auto-avaliação da saúde ruim foi associada a uma renda mais baixa. A associação entre baixa renda e auto-avaliação da saúde ruim em idosos já foi descrita anteriormente ¹³, incluindo estudos ecológicos, seccionais e longitudinais. Um estudo sobre determinantes do envelhecimento saudável encontrou a associação de nível sócio-econômico baixo com mulheres viúvas, com várias doenças e grau de moderado a grave de dependência no dia-a-dia, fazendo parte frequentemente de arranjos domiciliares multigeracionais ⁷.

Nas mulheres, além da renda, entre as variáveis socioeconômicas do modelo teórico, a não realização de trabalho atual remunerado também foi associada a auto-avaliação da saúde ruim. As novas atividades assumidas pelas mulheres nos últimos anos na sociedade e na família pode de alguma forma influenciar a auto-avaliação da sua saúde. Estudo realizado na cidade de São Paulo sobre a evolução nas condições de vida e saúde da população idosa trouxe uma discussão sobre a tendência da estrutura etária da população brasileira economicamente ativa torna-se cada vez mais envelhecida¹⁸.

Dentre os aspectos positivos deste estudo, destacam-se o emprego de uma amostra robusta e representativa do Rio de Janeiro e a estruturação e aplicação de um modelo teórico desenvolvido para testar as hipóteses sob estudo através de uma análise de regressão logística multivariada hierarquizada. Entretanto, alguns aspectos merecem considerações em relação à validade dos resultados. Os achados do presente estudo têm validade para os idosos participantes da campanha de vacinação, pois em sua maioria eram independentes (77%) representados pelos que não possuíam limitações físicas ou estruturais para ir ao posto de vacinação e também para os que não procuraram a unidade pública de vacinação por vários motivos: porque podem custear a vacina em consultórios particulares, não querem ser vacinados ou estavam hospitalizados na época. Embora o estudo não tenha utilizado uma escala própria de avaliação de rede de apoio e apoio social, houve associação com a capacidade funcional e das medidas de suporte social utilizadas. Outra limitação é a possibilidade de causalidade reversa, pois não é possível avaliar a direção da associação entre auto-avaliação e rede de apoio e apoio social tendo em vista ter sido uma pesquisa de delineamento seccional.

5.5 Conclusões

A incorporação de informações sobre rede e apoio social é relevante na avaliação multidimensional da saúde de idosos para garantir ações que favoreçam o envelhecimento saudável.

As associações encontradas entre rede e apoio social com a saúde de idosos revelam a importância dos laços sociais sobre a saúde, mesmo após o controle para outros possíveis fatores de risco. Além disso, as análises estratificadas por sexo evidenciaram diferenças relevantes nas variáveis explicativas para auto-avaliação da saúde ruim. Observou-se que entre os homens a falta de participação em atividades sociais foi associada à percepção negativa da saúde, enquanto entre mulheres este

desfecho foi relacionado com a falta de pessoas com quem podem contar. Estes achados denotam possíveis diferenciais de determinantes sociais na qualidade de vida do idoso.

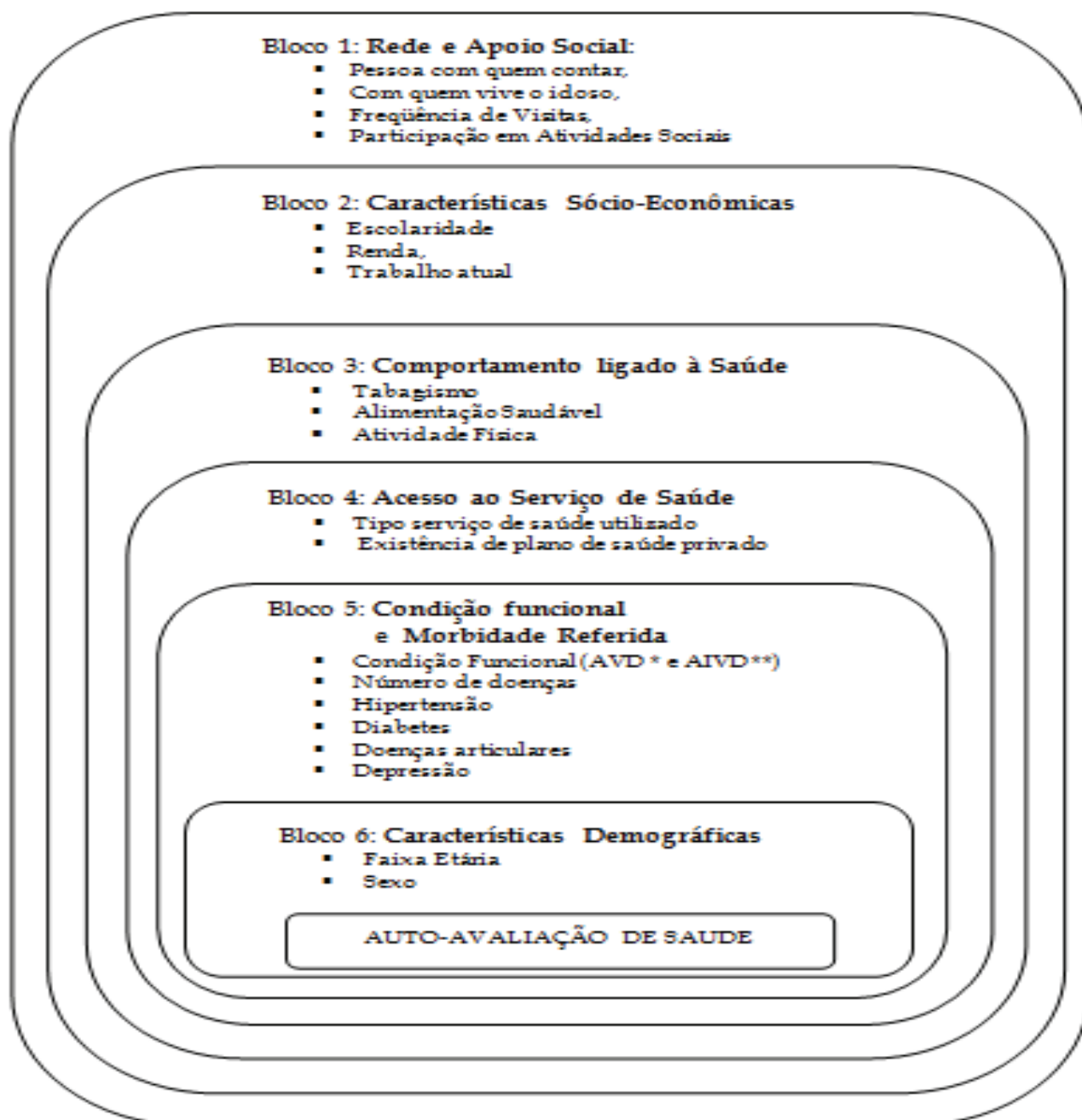
5.6 Referências do Artigo

1. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev Saúde Pública 1987; 21:200-10.
2. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde - tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002.
4. Lima-Costa MF, Guerra HL, Barreto, SM, Guimarães RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Inf Epidemiol Sus 2000; 9:23-41.
5. Rosa TEC, Benicio MHD'A, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública 2003; 37:40-8.
6. Parayba MI, Simões CCS. Disability prevalence among the elderly in Brazil, Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:967-74
7. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. Cad Saúde Pública 2003; 19:793-798.
8. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F . Socio-Demographic Determinants of Self-Rated Health. Cad. Saúde Pública 2005; 21 Suppl 1:54-64.
9. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho, ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. Cad Saúde Pública 2007; 23: 2533-54.
10. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. Rev Saúde Pública 2008; 42:73-81.
11. Sobral CRM. Determinantes da Autopercepção de Saúde em Mulheres freqüentadoras do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/89/89131/tde-16032007-134749/pt-br.php>

12. Barros MBA et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública 2009; 43 Suppl 2:27-37.
13. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E . A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. Rev Saúde Pública 2004; 38:827-34.
14. Alves LS , Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica 2005; 17:333–41.
15. Hartmann ACVC. Fatores Associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre, 2008. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/14/TDE-2008-06-20T114933Z-1394/Publico/402112.pdf
16. Lenardt MH, Michel T, Wachholz PA. Autoavaliação da Saúde e Satisfação com a vida de idosas institucionalizadas. Cienc Cuid Saude 2010; 9: 246-254.
17. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchôa E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23: 1893-1902.
18. Lebrão MC, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Evolução nas Condições de Vida e Saúde da População Idosa do Município de São Paulo. São Paulo em Perspectiva 2008; 22:30-45.
19. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E . A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. Rev Saúde Pública 2004; 38:827-34.
20. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica 2005; 17:333–41.
21. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. Cad Saúde Pública 2001; 17: 887-896.
22. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. Rev Saúde Pública 2003; 37: 379-85.
23. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública 2003; 19: 625-634.

24. Rosa TEC, Benício MHA, Alves MCGPA, Lebrão MC. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2982-92.
25. Lin N, Simeone RS, Ensel WM, Kuo W. Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *J Health Soc Behav* 1979; 20:108-19.
26. Cobbs S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 1976; 38:300-14.
27. Barata RB. Epidemiologia social. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:7-17.
28. Patussi MP, Moyses SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 1525-46.
29. Secretaria Municipal de Urbanismo/Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos/Secretaria Municipal de Saúde. 1ª Pesquisa sobre condições de saúde e vida dos idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Urbanismo/Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos/Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
30. Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
31. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41:317-25.
32. Szwarcwald CL, Leal, MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5 Suppl1:11-22.
33. Veenstra G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Soc Sci Med* 2000; 50:619-29.
34. Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Soc Sci Med* 2000; 51:1421-35.
35. Hyypää MT, Maki J. Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in a Bilingual Community. *Prev Med* 2001; 32:148-55.
36. Pollack & Knesebeck. Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and German. *Health Place* 2004; 10:383-91.

37. Ziersch AM, Baum FE, MacDougall C, Putland C. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Soc Sci Med* 2005; 60:71–86.
38. Bolin K, Lindgren B, Lindstrom M, Nystedt P. Investments in social capital—implications of social interactions for the production of health. *Soc Sci Med* 2003; 56:2379-90.
39. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11: 753-64.
40. Sousa AI, Sylver LD, Griep RH. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. *Acta Paul Enferm* 2010; 23:625-31.
41. Alvarenga MRM. Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica. Tese Doutorado. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008. www.teses.usp.br/teses
42. [Lichtenfels, P.](#) As relações sociais e as funções das mulheres idosas da Vila Fátima na constelação familiar atual. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. <http://hdl.handle.net/10183/13730>
43. [Azevedo RPC, Carvalho AMA.](#) O lugar da família na rede social do lazer após a aposentadoria. *Rev bras crescimento desenvolv hum* 2006; 16:76-82.
44. Marques PZ. Homens idosos aposentados e suas redes sociais. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul Rio Grande do Sul; 2006. <http://hdl.handle.net/10183/10018>
45. Lebrão MC, Laurenti R. Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
46. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:735-746.
47. Lebrão MC, Duarte YAO, Santos, JLF, Laurenti R. Evolução nas Condições de Vida e Saúde da População Idosa do Município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva* 2008; 22:30-45.



*Atividade Básica de Vida Diária, ** Atividade Instrumental de Vida Diária.

Figura 1. Modelo teórico utilizado no estudo de associação entre rede e apoio social e auto-avaliação de saúde de idosos.

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas, rede e apoio social (total da amostra) e auto-avaliação de saúde idosos por sexo, Rio de Janeiro, 2006.

	Total	Feminino			Masculino		
	% IC	Auto-avaliação boa* % IC	Auto-avaliação, ruim** % IC	Total % IC	Auto-avaliação boa* % IC	Auto-avaliação, ruim** % IC	Total % IC
Faixa Etária, (%)			<i>p=0,525</i>			<i>p=0,464</i>	
60 a 69	49,9 (47,9 - 51,9)	47,6 (44,7 - 50,6)	49,9 (46,0 - 53,9)	48,2 (45,6 - 50,8)	53,3 (50,0 - 56,7)	52,1 (47,1 - 57,1)	53,1 (50,2 - 56,0)
70 a 79	38,3 (36,6 - 40,0)	39,5 (37,0 - 42,1)	37,1 (33,8 - 40,4)	38,9 (36,8 - 41,1)	37,2 (34,1 - 40,4)	36,1 (31,2 - 41,3)	37,0 (34,3 - 39,7)
80 ou mais	11,9 (10,4 - 13,4)	12,9 (10,9 - 15,2)	13,0 (10,4 - 16,1)	12,9 (11,1 - 14,9)	9,4 (7,5 - 11,8)	11,8 (8,5 - 16,1)	9,9 (8,1 - 12,1)
Escolaridade, (%)			<i>p<0,001</i>			<i>p=0,001</i>	
Ensino fundam. incompleto	52,8 (48,7 - 56,9)	55,1 (50,3 - 59,7)	66,0 (60,7 - 70,9)	57,6 (53,1 - 62,0)	40,6 (36,5 - 44,8)	55,7 (48,3 - 62,9)	43,5 (39,5 - 47,5)
Ensino fundam. completo	14,8 (13,3 - 16,3)	15,2 (13,1 - 17,5)	13,9 (10,8 - 17,7)	14,9 (13,1 - 16,8)	14,8 (12,3 - 17,7)	15,0 (10,7 - 20,6)	14,8 (12,6 - 17,4)
Ensino médio completo	18,9 (17,1 - 20,8)	17,7 (15,5 - 20,2)	15,1 (11,8 - 19,1)	17,1 (15,0 - 19,4)	23,4 (20,4 - 26,7)	18,8 (14,1 - 24,6)	22,5 (19,9 - 25,3)
Ensino superior ou pós-graduação	13,5 (10,9 - 16,6)	12,0 (9,4 - 15,3)	5,1 (3,1 - 8,3)	10,4 (8,0 - 13,5)	21,2 (17,6 - 25,4)	10,5 (6,1 - 17,4)	19,2 (16,0 - 22,8)
Renda em Salários Mínimos (R\$350,00 em 2006), (%)			<i>p<0,001</i>			<i>p<0,001</i>	
4 e mais	28,0 (24,4 - 32,0)	23,6 (19,2 - 28,6)	11,3 (8,0 - 15,8)	20,7 (16,8 - 25,1)	43,0 (38,2 - 47,9)	30,9 (25,3 - 37,2)	40,6 (36,4 - 44,9)
2 até < 4	23,4 (21,8 - 25,0)	20,6 (18,5 - 22,9)	17,4 (14,0 - 21,4)	19,8 (18,1 - 21,7)	29,3 (26,2 - 32,5)	27,9 (21,8 - 35,0)	29,0 (26,2 - 32,0)
1 até < 2	22,9 (21,3 - 24,6)	25,2 (22,7 - 27,9)	29,4 (25,2 - 34,0)	26,2 (24,1 - 28,4)	16,8 (14,3 - 19,7)	18,8 (13,5 - 25,6)	17,2 (14,9 - 19,8)
< 1	25,7 (22,9 - 28,7)	30,6 (26,8 - 34,8)	41,9 (37,2 - 46,7)	33,3 (29,7 - 37,1)	10,9 (9,0 - 13,3)	22,4 (16,8 - 29,1)	13,2 (10,9 - 15,9)
Trabalha Atualmente, (%)			<i>p<0,001</i>			<i>p<0,001</i>	
Sim	25,9 (23,9 - 27,9)	21,4 (19,1 - 23,9)	13,7 (11,1 - 16,8)	19,6 (17,5 - 21,7)	40,1 (36,4 - 44,0)	28,6 (23,8 - 34,0)	37,8 (34,5 - 41,2)
Não	74,1 (72,1 - 76,1)	78,6 (76,1 - 80,9)	86,3 (83,2 - 88,9)	80,4 (78,3 - 82,5)	59,9 (56,0 - 63,6)	71,4 (66,0 - 76,2)	62,2 (58,8 - 65,5)
Plano de Saúde, (%)			<i>p<0,001</i>			<i>p<0,001</i>	
Não	54,1 (50,1 - 58,2)	48,8 (44,1 - 53,4)	62,4 (57,2 - 67,4)	52,1 (47,8 - 56,4)	54,8 (50,4 - 59,1)	70,2 (63,9 - 75,7)	57,8 (53,8 - 61,8)
Sim	45,9 (41,8 - 49,9)	51,2 (46,6 - 55,9)	37,6 (32,6 - 42,8)	47,9 (43,6 - 52,2)	45,2 (40,9 - 49,6)	29,8 (24,3 - 36,1)	42,2 (38,2 - 46,2)
Utilização de serviço saúde, quando está doente (%)			<i>p<0,001</i>			<i>p<0,001</i>	
Público	51,0 (46,4 - 55,6)	46,4 (41,4 - 51,5)	59,8 (53,2 - 66,1)	49,7 (44,8 - 54,6)	51,0 (45,8 - 56,2)	64,3 (58,5 - 69,6)	53,7 (48,9 - 58,4)

Privado	49,0 (44,4 - 53,6)	53,6 (48,5 - 58,6)	40,2 (33,9 - 46,8)	50,3 (45,4 - 55,2)	49,0 (43,8 - 54,2)	35,7 (30,4 - 41,5)	46,3 (41,6 - 51,1)
Com quem vive, (%)			<i>p=0,304</i>			<i>p=0,254</i>	
Acompanhado	76,6 (74,6 - 78,4)	71,2 (68,6 - 73,7)	73,3 (69,6 - 76,6)	71,7 (69,4 - 73,9)	86,4 (83,8 - 88,6)	83,6 (78,4 - 87,8)	85,8 (83,5 - 87,9)
Sozinho	23,4 (21,6 - 25,4)	28,8 (26,3 - 31,4)	26,7 (23,4 - 30,4)	28,3 (26,1 - 30,6)	13,6 (11,4 - 16,2)	16,4 (12,2 - 21,6)	14,2 (12,1 - 16,5)
Pessoa com quem contar, (%)			<i>p<0,001</i>			<i>p=0,007</i>	
Sim	84,8 (83,0 - 86,4)	86,2 (83,9 - 88,3)	76,1 (72,4 - 79,5)	83,8 (81,6 - 85,7)	87,9 (85,6 - 89,8)	81,4 (76,0 - 85,8)	86,6 (84,5 - 88,4)
Não	15,2 (13,6 - 17,0)	13,8 (11,8 - 16,1)	23,9 (20,5 - 27,6)	16,2 (14,3 - 18,4)	12,1 (10,2 - 14,4)	18,6 (14,2 - 24,0)	13,4 (11,6 - 15,5)
Participação em atividades sociais, (%)			<i>p=0,192</i>			<i>p=0,002</i>	
Sim	69,2 (67,4 - 71,0)	73,2 (70,9 - 75,4)	70,6 (67,0 - 73,9)	72,6 (70,6 - 74,5)	65,1 (61,8 - 68,3)	55,0 (48,4 - 61,4)	63,1 (59,9 - 66,2)
Não	30,8 (29,0 - 32,6)	26,8 (24,6 - 29,1)	29,4 (26,1 - 33,0)	27,4 (25,5 - 29,4)	34,9 (31,7 - 38,2)	45,0 (38,6 - 51,6)	36,9 (33,8 - 40,1)
Frequência visita nos últimos 30 dias, n(%)			<i>p=0,011</i>			<i>p=0,208</i>	
Quase todos os dias/1 a 3 vezes por semana	50,5 (48,1 - 52,9)	51,8 (48,6 - 55,1)	43,8 (39,8 - 47,9)	49,9 (47,1 - 52,6)	52,4 (48,6 - 56,3)	48,5 (42,0 - 55,1)	51,7 (48,3 - 55,0)
Uma vez a cada 15 dias	14,8 (13,4 - 16,3)	14,8 (13,2 - 16,6)	15,5 (12,5 - 19,0)	15,0 (13,6 - 16,5)	14,8 (12,3 - 17,7)	12,0 (7,8 - 18,1)	14,2 (11,9 - 16,9)
Uma vez por mês	16,1 (14,5 - 17,7)	16,4 (14,7 - 18,2)	17,8 (14,5 - 21,6)	16,7 (15,1 - 18,5)	14,0 (11,8 - 16,6)	19,6 (14,4 - 26,1)	15,1 (12,7 - 17,9)
Nenhuma em 30 dias	18,7 (16,8 - 20,7)	17,0 (14,7 - 19,6)	22,9 (18,6 - 27,9)	18,4 (16,3 - 20,8)	18,8 (16,2 - 21,6)	19,9 (14,6 - 26,6)	19,0 (16,8 - 21,4)

Valor de P refere-se ao teste Qui-quadrado

IC: Intervalo de confiança (95%)

*auto-avaliação de saúde muito boa e boa

**auto-avaliação de saúde muito ruim, ruim e regular

Tabela 2. Características relacionadas ao estilo de vida, capacidade funcional, morbidade (total da amostra) e auto-avaliação em saúde em idosos por sexo, Rio de Janeiro, 2006.

	Total	Feminino			Masculino		
	% IC	Auto-avaliação boa* % IC	Auto-avaliação , ruim** % IC	Total % IC	Auto-avaliação boa* % IC	Auto-avaliação , ruim** % IC	Total % IC
Atividade física regular, (%)			<i>p</i> < 0,001			<i>p</i> < 0,001	
Sim	35,0 (32,2 - 37,9)	36,1 (32,5 - 39,8)	23,8 (20,4 - 27,5)	33,0 (29,9 - 36,4)	42,4 (38,6 - 46,3)	25,5 (19,4 - 32,8)	39,0 (35,6 - 42,6)
Não	65,0 (62,1 - 67,8)	63,9 (60,2 - 67,5)	76,2 (72,5 - 79,6)	67,0 (63,6 - 70,1)	57,6 (53,7 - 61,4)	74,5 (67,2 - 80,6)	61,0 (57,4 - 64,4)
Tabagismo, (%)			<i>p</i> =0,889			<i>p</i> =0,123	
Não fumante	59,3 (57,3 - 61,2)	70,8 (67,9 - 73,5)	71,8 (68,2 - 75,2)	71,0 (68,5 - 73,4)	38,3 (35,1 - 41,7)	32,1 (25,9 - 39,0)	37,1 (34,2 - 40,1)
Ex-fumante	31,8 (30,0 - 33,7)	21,9 (19,3 - 24,8)	21,2 (18,5 - 24,3)	21,7 (19,6 - 24,1)	50,1 (46,5 - 53,7)	52,8 (47,0 - 58,6)	50,7 (47,5 - 53,8)
Fumante	8,9 (7,9 - 10,1)	7,3 (6,2 - 8,6)	6,9 (5,0 - 9,5)	7,2 (6,2 - 8,3)	11,5 (9,6 - 13,8)	15,1 (11,3 - 19,9)	12,2 (10,4 - 14,3)
Alimentação, (%)			<i>p</i> <0,001			<i>p</i> = 0,006	
Adequada	23,5 (21,1 - 26,1)	25,8 (22,7 - 29,2)	18,0 (15,0 - 21,4)	23,9 (21,3 - 26,7)	24,7 (21,2 - 28,5)	15,7 (11,3 - 21,4)	22,9 (19,8 - 26,2)
Inadequada	76,5 (73,9 - 78,9%)	74,2 (70,8 - 77,3)	82,0 (78,6 - 85,0)	76,1 (73,3 - 78,7)	75,3 (71,5 - 78,8)	84,3 (78,6 - 88,7)	77,1 (73,8 - 80,2)
Condição Funcional, (%)			<i>p</i> < 0,001			<i>p</i> < 0,001	
Nenhuma dificuldade	78,0 (75,3 - 80,5)	81,2 (78,1 - 84,0)	62,9 (57,8 - 67,7)	76,7 (73,4 - 79,7)	83,8 (80,5 - 86,7)	67,8 (60,4 - 74,4)	80,7 (77,4 - 83,6)
Apenas dificuldade em 1 ou + AIVD	16,6 (14,8 - 18,7)	14,5 (12,3 - 17,0)	26,2 (22,6 - 30,2)	17,4 (15,1 - 20,0)	13,4 (10,8 - 16,6)	20,8 (16,0 - 26,6)	14,9 (12,3 - 17,9)
Dificuldade em 1 ou + AVD (e 0 ou mais em AIVD)	5,4 (4,3 - 6,7)	4,3 (3,3 - 5,6)	10,9 (8,2 - 14,4)	5,9 (4,7 - 7,4)	2,8 (1,8 - 4,1)	11,4 (7,8 - 16,4)	4,4 (3,2 - 6,2)
Número de doenças auto-referidas, (%)			<i>p</i> < 0,001			<i>p</i> < 0,001	
Nenhuma	8,9 (7,7 - 10,4)	7,6 (6,2 - 9,2)	0,9 (0,4 - 2,2)	5,9 (4,9 - 7,2)	17,0 (14,1 - 20,4)	4,8 (2,7 - 8,2)	14,6 (12,0 - 17,5)
1	18,3 (16,8 - 20,0)	17,2 (15,0 - 19,6)	8,0 (6,0 - 10,6)	14,9 (13,1 - 16,9)	26,9 (24,1 - 30,0)	15,3 (10,9 - 21,2)	24,6 (21,9 - 27,5)
2 a 4	56,8 (54,9 - 58,7)	60,3 (57,9 - 62,6)	57,6 (53,3 - 61,8)	59,6 (57,7 - 61,5)	49,9 (46,0 - 53,7)	60,5 (54,5 - 66,3)	52,0 (48,7 - 55,3)
5 ou mais	15,9 (14,7 - 17,2)	15,0 (13,2 - 17,0)	33,5 (29,5 - 37,8)	19,5 (17,9 - 21,2)	6,2 (4,8 - 8,0)	19,3 (14,8 - 24,8)	8,8 (7,2 - 10,7)
Doenças articulares, (%)			<i>p</i> < 0,001			<i>p</i> < 0,001	
Não	52,5 (50,3 - 54,8)	47,2 (44,1 - 50,2)	29,2 (25,7 - 32,8)	42,8 (40,2 - 45,4)	73,2 (70,6 - 75,6)	61,3 (54,6 - 67,6)	70,8 (68,3 - 73,3)
Sim	47,5 (45,2 - 49,7)	52,8 (49,8 - 55,9)	70,8 (67,2 - 74,3)	57,2 (54,6 - 59,8)	26,8 (24,4 - 29,4)	38,7 (32,4 - 45,4)	29,2 (26,7 - 31,7)
Depressão, (%)			<i>p</i> < 0,001			<i>p</i> < 0,001	
Não	75,6 (73,3 - 77,6)	76,1 (73,5 - 78,6)	57,9 (53,9 - 61,8)	71,7 (69,2 - 74,0)	86,1 (83,1 - 88,6)	68,6 (62,6 - 74,1)	82,6 (79,5 - 85,3)
Sim	24,4 (22,4 - 26,7)	23,9 (21,4 - 26,5)	42,1 (38,2 - 46,1)	28,3 (26,0 - 30,8)	13,9 (11,4 - 16,9)	31,4 (25,9 - 37,4)	17,4 (14,7 - 20,5)

Hipertensão, (%)			<i>p</i> < 0,001			<i>p</i> = 0,001	
Não	37,1 (32,8 - 41,6)	38,4 (33,0 - 44,1)	22,5 (18,5 - 27,1)	34,5 (29,7 - 39,6)	45,2 (39,9 - 50,6)	32,0 (25,3 - 39,5)	42,6 (37,7 - 47,6)
Sim	62,9 (58,4 - 67,2)	61,6 (55,9 - 67,0)	77,5 (72,9 - 81,5)	65,5 (60,4 - 70,3)	54,8 (49,4 - 60,1)	68,0 (60,5 - 74,7)	57,4 (52,4 - 62,3)
Diabetes, (%)			<i>p</i> < 0,001			<i>p</i> = 0,003	
Não	82,4 (80,9 - 83,7)	84,8 (82,8 - 86,7)	75,6 (71,9 - 78,9)	82,6 (80,8 - 84,2)	83,7 (80,8 - 86,2)	74,9 (68,9 - 80,0)	81,9 (79,4 - 84,2)
Sim	17,6 (16,3 - 19,1)	15,2 (13,3 - 17,2)	24,4 (21,1 - 28,1)	17,4 (15,8 - 19,2)	16,3 (13,8 - 19,2)	25,1 (20,0 - 31,1)	18,1 (15,8 - 20,6)

Valor de P refere-se ao teste Qui-quadrado

IC: Intervalo de confiança (95%)

*auto-avaliação de saúde muito boa e boa

**auto-avaliação de saúde muito ruim, ruim e regular

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

Alimentação adequada: Come 5 ou mais porções de frutas/verduras/legumes diariamente

Doenças articulares: artrite, reumatismo, artrose ou gota

RECOMENDAÇÕES DA DISSERTAÇÃO

Espera-se que este trabalho tenha colaborado para subsidiar novas investigações que ampliem a especificidade de informações sobre rede de apoio social dentro da perspectiva de multi-dimensionalidade da auto-avaliação de saúde em idosos. Parece ser necessária uma discussão sobre a construção de uma escala própria para medir rede de apoio e apoio social em idosos a partir de escalas validadas, ampliando a avaliação dos indicadores de rede e apoio social utilizados na atualidade. Da mesma forma é importante estimular a avaliação proposta neste estudo grupos de idosos com incapacidade funcional mais acentuada que precisam de maior suporte de cuidados, principalmente nos relacionados aos cuidados básicos (alimentação, locomoção, higiene). Diante da possibilidade de execução da segunda pesquisa, recomenda-se monitorar os resultados encontrados no presente estudo e avaliar a introdução de recordatórios nas questões ligadas a rede de apoio e apoio social.

6. REFERÊNCIAS GERAIS

1. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública* 1987; 21:200-10.
2. Berquó ES, Leite VM. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. *Cienc Cult* 1998; 40:679-688.
3. Camarano AA. (Org.). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão 858. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2002.
4. Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde - tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- 5- Medronho RA et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2009.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002.
7. Secretaria Municipal de Urbanismo/Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos/Secretaria Municipal de Saúde. 1ª Pesquisa sobre condições de saúde e vida dos idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de

Urbanismo/Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos/Secretaria Municipal de Saúde; 2008.

8. Pereira, Curioni CC, Veras R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos sobre Envelhecimento* 2003; 6:43-59.

9- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade 2009. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. Acesso internet: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1767&id_pagina=1.

10. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

11. Departamento de Informática do SUS, Ministério da Saúde. Informações de Saúde, Demográficas e Socioeconômicas. <http://www2.datasus.gov.br>, acessado em 07/03/2011.

12. Mendonza-Sassi RA, Béria JU. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:341-346.

13. Mendonça JB. Dia Internacional del Adulto Mayor. *Rev Latinoamericana de Gerontol* 2008; Año X, Edición N° 105. www.gerontologia.org.

14. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:793-798.

15. Lebrão MC, Laurenti R. Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

16. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:735-746.

17. Lebrão MC, Duarte YAO, Santos, JLF, Laurenti R. Evolução nas Condições de Vida e Saúde da População Idosa do Município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva* 2008; 22:30-45.

18. Lima-Costa MF, Guerra HL, Barreto, SM, Guimarães RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiol Sus* 2000; 9:23-41.

19. Rosa TEC, Benicio MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:40-8.
20. Parahyba MI, Simões CCS. Disability prevalence among the elderly in Brazil, *Cienc Saúde Coletiva* 2006; 11:967-74.
21. Lima-Costa MF, Guerra LH, Firmo JOA, Uchôa E. Projeto Bambuí: um Estudo Epidemiológico de Características Sociodemográficas, Suporte Social e Indicadores de Condição de Saúde dos Idosos em Comparação aos Adultos Jovens. *Inf Epidemiol Sus* 2002; 11: 91-105.
22. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:827-34.
23. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17:333-41.
24. -Hartmann ACVC. Fatores Associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/14/TDE-2008-06-20T114933Z-1394/Publico/402112.pdf
25. Lenardt MH, Michel T, Wachholz PA. Autoavaliação da Saúde e Satisfação com a vida de idosas institucionalizadas. *Cienc Cuid Saude* 2010; 9: 246-254.
26. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchôa E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*; 23: 1893-1902.
27. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-Demographic Determinants of Self-Rated Health. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21 Suppl 1:54-64.
28. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho, ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: 2533-54.
29. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:73-81.
30. Sobral CRM. Determinantes da Autopercepção de Saúde em Mulheres freqüentadoras do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo.

Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/89/89131/tde-16032007-134749/pt-br.php>

31. Barros MBA et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 Suppl 2:27-37.

32. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. VIGITEL 2009: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília : Ministério da Saúde; 2010.

33. Veenstra G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Soc Sci Med* 2000; 50:619-29.

34. Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1421-35.

35. Hyypää MT, Maki J. Individual-Level Relationships between Social Capital and Self-Rated Health in a Bilingual Community. *Prev Med* 2001; 32:148–55.

36. Pollack & Knesebeck. Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and German. *Health Place* 2004; 10:383–391.

37. Ziersch AM, Baum FE, MacDougall C, Putland C. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Soc Sci Med Medicine* 2005; 60:71–86.

38. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola FI, Uchôa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:159-165.

39. Battini E, Maciel EM, Finato MSS. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. *Estud. psicol. (Campinas)* 2006; 23: 455-462.

40. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 379-85

41. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 887-896.

42. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 625-634.

43. Rosa TEC, Benício MHA, Alves MCGPA, Lebrão MC. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2982-92.
44. Barata RB. *Epidemiologia social*. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:7-17.
45. Patussi MP, Moyses SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1525-46.
46. Bolin K, Lindgren B, Lindstrom M, Nystedt P. Investments in social capital—implications of social interactions for the production of health. *Soc Sci Med* 2003; 56:2379-90.
47. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41:317-25.
48. Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
49. Szwarcwald CL, Leal, MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5 Suppl1:11-2250. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11: 753-64.
51. Sousa AI, Sylver LD, Griep RH. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. *Acta Paul Enferm* 2010; 23:625-31.
52. Alvarenga MRM. Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica. Tese Doutorado. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008. www.teses.usp.br/teses
53. [Lichtenfels, P.](#) As relações sociais e as funções das mulheres idosas da Vila Fátima na constelação familiar atual. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. <http://hdl.handle.net/10183/13730>
54. Azevedo RPC, Carvalho AMA. O lugar da família na rede social do lazer após a aposentadoria. *Rev bras crescimento desenvolv hum* 2006; 16:76-82.
55. Marques PZ. Homens idosos aposentados e suas redes sociais. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul Rio Grande do Sul; 2006. <http://hdl.handle.net/10183/10018>

ANEXO

Inquérito sobre a Saúde do Idoso. SMS-RJ/IPP/SETI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a)

A Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro está realizando um estudo que tem por objetivo avaliar as condições de saúde das pessoas com 60 anos ou mais, objetivando melhorar as ações de saúde oferecidas em nossa cidade.

Gostaríamos de convidá-lo para participar deste estudo. Para isso, é necessário que você responda a algumas perguntas para que possamos compreender melhor sua condição de saúde e adoecimento. Estaremos desenvolvendo também, o controle de qualidade da Pesquisa. Se necessário, você poderá ser convidado para a realização de uma nova entrevista

Você pode não concordar em participar deste estudo, não havendo nenhum tipo de consequência para o(a) Sr(a). As conclusões do estudo serão divulgadas em conjunto e as suas respostas não serão identificadas. Para outras informações ou dúvidas, você pode entrar em contato com os responsáveis pelo estudo ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMSRio nos telefones abaixo. Você aceita participar do estudo?

() SIM () NÃO

Assinatura

Responsáveis pelo estudo:

SMSRio, Superintendência de Vigilância em Saúde e Gerência de Saúde do Idoso -

Rosanna Iozzi da Silva e Carlos Maia

Rua Afonso Cavalcanti nº455, sala 828 –
Tel:25032239/2247

Comitê de ética em Pesquisa (CEP); telefone

Rua Afonso Cavalcanti nº455, sala 601 –
Tel:22935549

DADOS DO ENTREVISTADO

NOME _____
(primeiro nome)

1. Situação do entrevistado

- 1 O Próprio
2 Esposo(a)/Companheiro(a)
3 Filho(a)
4 Outro Familiar: _____
5 Outro não familiar
6 Cuidador

BLOCO I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nº de Controle

2. Data Nascimento //

3. Idade

4. Sexo 1 Masc 2 Fem

5. Bairro Residência: _____

6. Município Residência _____

Telefone: _____

BLOCO II – VACINAÇÃO

7. De quantas campanhas de vacinação contra gripe o(a) Sr(a) já participou? (**Considerar a campanha atual.**)

- 1 Uma
2 Duas
3 Três
4 Quatro
5 Cinco
6 Seis
7 Sete
8 Oito (passar para questão 9)
9 “Todas”
9 Não Sabe

8. Caso o(a) Sr(a) não tenha participado de outras campanhas qual o motivo? (**Marcar mais de uma opção, se necessário.**)

- 1 Não estar na faixa etária
2 Não ter gripe
3 Não considerar a gripe uma doença grave
4 Não saber da realização da campanha
5 Ter medo da reação
6 Ter alergia aos componentes da vacina
7 Por recomendação médica
8 Outro – Especifique _____
88 NSA

99 NI

9. O(a) Sr(a) acha que a vacina trouxe benefícios para sua saúde?

1 Sim 2 Não 8 NSA 9 NI

10. O(a) Sr(a) está satisfeito com o serviço prestado durante a campanha de vacinação?

1 Sim (passar para a questão 12)

2 Não

9 NI (passar para a questão 12)

11. Qual o principal motivo de insatisfação em relação à vacinação contra a gripe? (Marcar mais de uma opção, se necessário.)

1 Demora na fila

2 Forma de Aplicação

3 Falta de informações sobre a vacina

4 Outra (especifique): _____

12. Como o(a) Sr(a) ficou sabendo da realização desta Campanha?

1 Meios de Comunicação (rádio, TV...)

2 Indicação do médico

3 Familiares/amigos/vizinhos

4 Outros (especifique): _____

9 NI

BLOCO III – QUALIDADE DE VIDA/CONDIÇÃO FUNCIONAL. (Marcar com um “X” a opção “Sim” ou “Não”)

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)	SIM	NÃO
13a. Consegue tomar banho sem ajuda?		
13b. Consegue vestir-se sozinho?		
13c. Consegue usar vaso sanitário (ir ao banheiro) sem ajuda mesmo usando barra ou andador?		
13d. Consegue levantar-se da cama sozinho, mesmo usando barra ou andador?		
13e. Controla completamente fezes e urina sem “acidentes”?		
13f. Alimenta-se sem ajuda?		

BLOCO III (CONTINUAÇÃO) – QUALIDADE DE VIDA/CONDIÇÃO FUNCIONAL

(Marcar com um “X” a opção – Sim ou Não)

14. AIVD - INSTRUMENTAL DENTRO DE CASA	SIM	NÃO
14a. O(a) Sr(a) conseguiria preparar sua própria comida sem ajuda?		
14b. O(a) Sr(a) conseguiria limpar sua casa sem ajuda?		
14c. O(a) Sr(a) conseguiria lavar sua roupa sem ajuda?		
14d. O(a) Sr(a) conseguiria cuidar dos seus próprios medicamentos sem ajuda? (tomar sozinho, controlar horários etc)		
14e. O(a) Sr(a) conseguiria usar o telefone sem ajuda?		
FORA DE CASA		
14f. O(a) Sr(a) conseguiria fazer compras de alimentos, roupas, medicamentos, etc sem ajuda?		

14g. O(a) Sr(a) conseguiria ir a consultas médicas e eventos sociais ou religiosos sem ajuda?

BLOCO IV – DADOS SOCIO-ECONÔMICOS

15. O Sr(a) sabe ler e escrever?

1 Sim 2 Não (passar para questão 17)

16 Qual foi a última série e grau que o senhor(a) completou?

1 Só aprendeu a ler e escrever (só alfabetização)

2 _____
(descrever a escolaridade)

3 Não sabe responder

17. Atualmente Trabalha?(atividade remunerada)

1 Sim

2 Não (passar para a questão 19)

18. Ocupação Atual (Especifique)

19. Qual a ocupação que desempenhou a maior parte da vida? _____

20. O(a) Sr(a) tem alguma fonte de renda?

1 Sim

2 Não (passar para a questão 24)

21. Quais são suas fontes de renda? (Marcar mais de uma opção, se necessário.)

1 Aposentadoria

2 Pensão

3 Remuneração pelo trabalho atual

4 Aluguel (renda) ou aplicações bancárias

5 Outro(especifique): _____

22. O(a) Sr(a) se considera responsável financeiro, pelo domicílio?

1 Sim

2 Não

9 NI

23. Qual a sua renda pessoal? (Anotar em reais -R\$ - ou em salários mínimos - SM)

24. Precisa de ajuda financeira para viver? (cessão de imóvel para residir, alimentação, seguro-saúde, compra de medicamentos, etc)

1 Sim

2 Não (passar para questão 26)

9 NI

25. Recebe ajuda de quem? (Marcar mais de uma opção, se necessário.)

1 Sustento pelo Companheiro

2 Filhos

3 Irmão / Irmã

4 Outros Familiares

5 Outros (especifique): _____

9 NI

26. Com quem o(a) Sr(a) vive?

1 Sozinho

2 Em Instituição Asilar

3 Acompanhado por: (Marcar mais de uma opção, se necessário.)

3.1 Esposo(a) ou companheiro(a)

3.2 Filho(a)(s) casado(a)(s)

3.3 Filho(a)(s) solteiro(a)(s)

3.4 Irmão / Irmã

3.5 Outro familiar

3.6 Outro não familiar

9 NI

27. Quantos banheiros o(a) Sr(a) tem na sua casa?

28. O(a) Sr(a) tem plano/seguro de saúde privado?

1 Sim

2 Não

9 NI

BLOCO V – REDE DE APOIO

29. O (a) Sr(a) tem alguma pessoa na sua vida com quem pode contar, ou seja, alguém para quem possa

pedir ajuda, compartilhar interesses ou se divertir?
(Não ler as alternativas.)

- 1 Sim
2 Não
3 Não tem certeza
9 NI

30. Nos últimos 30 dias, com que frequência o(a) Sr(a) recebeu visita ou visitou alguém? (Não ler as alternativas.)

- 1 Quase todos os dias
2 Uma a três vezes por semana
3 Uma vez a cada 15 dias
4 Uma vez por mês
5 Nenhuma vez nos últimos 30 dias
9 NI

31. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) participou de atividades como cultos religiosos, encontros em clubes, associações, jogos com amigos, conhecidos ou vizinhos? (Não ler as alternativas.)

- 1 Sim
2 Não
9 NI

BLOCO VI – HÁBITOS

32. O(a) Sr(a) pratica alguma atividade física regular - igual ou maior do que cinco vezes por semana por no mínimo 30 minutos por dia?

- 1 Sim
2 Não
8 NSA
9 NI

33. O(a) Sr(a) fuma ou já fumou?

- 1 Fuma
2 É ex-fumante
3 Nunca fumou (passar para questão 37)
9 NI (passar para questão 37)

34. Quantos cigarros/cigarrilhas ou charutos o(a) Sr(a) fuma (ou fumava) por dia?

- 1 Até 10 por dia
2 De 10 a 20 por dia
3 21 ou mais por dia

35. Começou a fumar aos _____ anos

36. Parou de fumar aos _____ anos

37. Quantas vezes por dia o(a) Sr(a) come frutas ou toma suco natural de frutas?

- 1 Não como frutas, nem tomo sucos
2 Não como frutas, nem tomo sucos todos os dias
3 1 vez
4 2 vezes
5 3 vezes
6 4 vezes
7 5 ou mais vezes
9 NI

38. Quantas vezes por dia o(a) Sr(a) come verduras ou legumes (com exceção da batata e aipim)?

- 1 Não como verduras, nem legumes
2 Não como verduras, nem legumes todos os dias
3 1 vez
4 2 vezes
5 3 vezes
6 4 vezes
7 5 ou mais vezes
9 NI

BLOCO VII – ESTADO DE SAÚDE/MORBIDADE REFERIDA/USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

39. Em comparação com outras pessoas da sua idade como considera seu próprio estado de saúde? (Ler as opções.)

- 1 Muito bom
2 Bom
3 Regular
4 Ruim
5 Muito ruim

HIPERTENSÃO

40. Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão alta?

- 1 Sim
2 Não (passar para questão 45)
9 NI

41. O(a) Sr(a) faz acompanhamento médico da pressão alta?

- 1 Sim
2 Não (passar para questão 45)
9 NI

42. O(a) Sr(a) faz acompanhamento da pressão alta em unidade de saúde da prefeitura?

- 1 Sim
2 Não
9 NI

43. O(a) Sr(a) usa algum medicamento para controlar sua pressão?

- 1 Sim
 2 Não
 9 NI

44. O(a) Sr(a) faz alguma dieta alimentar para controlar sua pressão?

- 1 Sim
 2 Não
 9 NI

DIABETES

45. Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes/problemas de açúcar no sangue?

- 1 Sim
 2 Não (passar para questão 52)
 9 NI

46. O(a) Sr(a) faz acompanhamento médico do diabetes?

- 1 Sim
 2 Não (passar para questão 52)
 9 NI

47. O(a) Sr(a) faz acompanhamento do diabetes em unidade de saúde da prefeitura?

- 1 Sim
 2 Não
 9 NI

48. O(a) Sr(a) usa algum medicamento para controlar seu diabetes?

- 1 Sim – Injetável
 2 Sim – Oral
 3 Não
 9 NI

49. O(a) Sr(a) faz alguma dieta alimentar para controlar o diabetes?

- 1 Sim
 2 Não
 9 NI

50. O(a) Sr(a) tem alguma complicação ocasionada pelo diabetes?

- 1 Sim
 2 Não (passar para questão 52)
 9 NI

51. Qual? _____

52. Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem ou teve algumas destas doenças?

Doenças	1-SIM	2-NÃO
51 ^a - Asma / Enfisema / Bronquite		
51b- Pneumonia		
51c- Câncer		
51d-Artrite/Reumatismo/Artrose/Gota		
51e- Angina / Infarto		
51f – Insuficiência Cardíaca		
51g- AVC / Derrame		
51h- Depressão		
51i- Doença de Parkinson		
51j- Catarata		
51k- Osteoporose		

53. O(a) Sr(a) tem algum problema de visão?

- 1 Sim 2 Não 9 NI

54. O(a) Sr(a) tem algum problema de audição?

- 1 Sim
 2 Não
 9 NI

55. Há algum problema de saúde que o Sr(a) considere importante e que não foi perguntado e o (a) Sr(a) gostaria de informar?

- 1 Sim (especifique): _____
- 2 Não

56. Quando o(a) Sr(a) se sente doente que tipo de serviço procura?

- 1 Emergência de Hospital Público
2 Ambulatório de Serviço Público
3 Serviço do Plano de Saúde
4 Consultório Particular
5 Outro (especifique): _____
9 NI

QUADRO 3 – ACIDENTES DE TRÂNSITO E QUEDAS (Abordar a ocorrência nos últimos 12 meses)

57. O(a) Sr (a) sofreu algum tipo de atropelamento nos últimos 12 meses?

- 1 Sim
2 Não
9 NI

58. O(a) Sr(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (Marcar mais de uma opção, se necessário.)

- 1 Sim, em casa, da própria altura
2 Sim, em casa, de lugar elevado
3 Sim, em via pública
4 Sim, no ônibus (ou do ônibus)
5 Não
6 Outro (especifique): _____
9 NI

BLOCO VIII – SAÚDE BUCAL

59. O(a) Sr(a) sentiu alguma alteração na sua boca/dentes ou gengivas que precisou de dentista nos últimos 12 meses?

- 1 Sim
2 Não (passar para questão 61)
9 NI

60. Onde foi atendido?

- 1 Serviço Público
2 Serviço Particular
3 Serviço Conveniado/ Plano de Saúde
9 NI

61. Faz uso de dentadura/prótese total?

- 1 Sim 2 Não (passar para questão 64)

62. Qual é o tipo de dentadura/prótese total?

- 1 Superior 3 Superior e Inferior
2 Inferior 9 NI

63. Há quanto tempo foi confeccionada a sua dentadura/prótese atual?

Tipo	Tempo
62a Superior	
62b Inferior	
62c Sup/Inf	

1= até 5 anos;
2= de 6 a 10 anos;
3= + de 10 anos

64. Necessita de dentadura/prótese total ou substituição da atual?

- 1 Sim
2 Não (passar para questão 66)
9 NI

65. De qual tipo necessita?

- 1 Superior
2 Inferior
3 Superior e Inferior
9 NI

66. O(a) Sr(a) apresenta algum caroço/nódulo/lesão/ferida/machucado na boca ?

- 1 Sim 2 Não 9 NI

(Se a resposta for “Sim”, encaminhar para exame – preencher filipeta)

DADOS DO ENTREVISTADOR

Nome _____

67. Código

68. Data da Entrevista //

69 Posto de vacinação

70 AP:

Observações: _____

A Prefeitura aprendeu a ouvir os mais velhos.

Responsáveis pelo estudo:

SMSRio

Superintendência de Vigilância em Saúde

Gerência de Saúde do Idoso

Rosanna Iozzi da Silva e Carlos Maia

Rua Afonso Cavalcanti, 455 - sl. 828

tel.: 2503-2239/2247

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

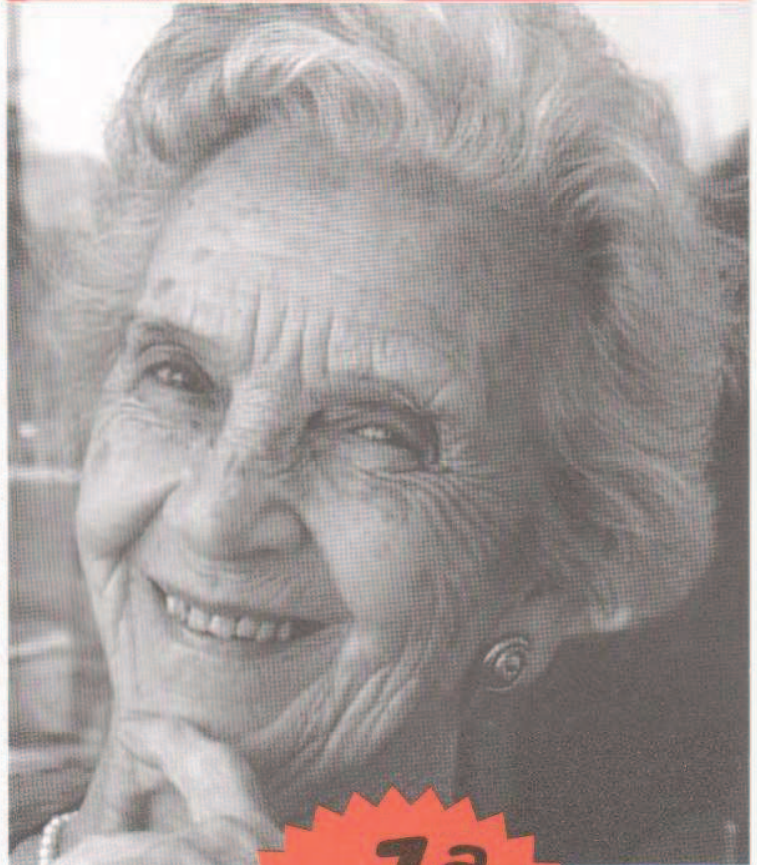
Rua Afonso Cavalcanti, 455 - sl. 601

tel.: 2293-5549



www.rio.rj.gov.br

Ciência SEPPOF | PREFEITURA DO RIO



1^a
Pesquisa sobre Saúde
e Qualidade de Vida
do Idoso
da Cidade do Rio

As suas respostas foram essenciais para buscar soluções.

1ª

**Pesquisa sobre Saúde
e Qualidade de Vida
do Idoso
da Cidade do Rio**

A Prefeitura do Rio perguntou e você respondeu. Obrigado por participar da 1ª Pesquisa sobre a Saúde e Qualidade de Vida do Idoso da Cidade do Rio. Além de vir para a Campanha de Vacinação, você se mostrou solidário e consciente, ajudando a Prefeitura do Rio a conhecer melhor os problemas de saúde da população que está acima de 60 anos. Afinal, são 800 mil idosos que vivem na Cidade. Suas informações revelaram seu modo de viver e necessidades básicas.

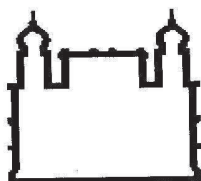
A Prefeitura entende que só ouvindo você, será capaz de melhorar o seu atendimento.



Telefones Úteis

- SETI (Secretaria Especial da Terceira Idade) - 2503-2402 ou 2503-2837 - das 9h às 18h, dias úteis
- Telessaúde - 2273-0846 - das 9h às 18h, dias úteis
- Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde - 2503-2213 ou 2503-2230 - das 10h às 16h
- Defesa Civil - 199 - 24 horas
- Disque Luz - 2535-5151-24 horas
- População de Rua - 3973-3800 - das 9:30h às 17h, dias úteis
- Teleburaco - 2589-1234 - das 7h às 17h30, dias úteis
- Telecomlurb (Limpeza Pública) - 2204-9999 - 24 horas
- Teledengue - 2575-0007 - das 8h às 20h, dias úteis
- Vigilância Sanitária - 2503-2280 - das 8h às 18h, dias úteis
- Ministério Público - 2550-9050, 2550-9124 ou 2550-9305 - das 8h às 19h, dias úteis
- Defensoria Pública - 2299-2299 - das 9 às 17h, dias úteis
- Fundação Leão XIII - Documentos - 2560-3985 ou 2564-4415 - 24h
- Disque Defesa Idoso - 2253-1177 - 24h
- SAMU - 192

Prefeitura do Rio. Atenção à saúde com qualidade.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 08 de novembro de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 145/10
CAAE: 0152.0.031.000-10

Título do Projeto: “Fatores relacionados à auto-avaliação da saúde geral em idosos residentes no município do Rio de Janeiro”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Silvana Costa Caetano

Orientador: Mario Viana Vettore

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 21 / 06 / 2010

Data de apreciação: 04 / 08 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Profa. Angela Esher.
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Mat.: 1355884