



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Condições associadas à saúde auto-referida em homens idosos de Juiz de Fora, MG”

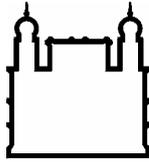
por

Lívia Maria Santiago

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública e Meio Ambiente.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Inês Echenique Mattos

Rio de Janeiro, fevereiro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Condições associadas à saúde auto-referida em homens idosos de Juiz de Fora, MG”

apresentada por

Lívia Maria Santiago

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Célia Pereira Caldas

Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Mendes da Fonseca

Prof.^a Dr.^a Inês Echenique Mattos – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 04 de fevereiro de 2009.

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

S235 Santiago, Lívia Maria
Condições associadas à saúde auto-referida em homens idosos de Juiz de Fora, MG. / Lívia Maria Santiago. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
vii,66 f.,il., graf.

Orientador: Mattos, Inês Echenique
Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Auto-Avaliação (Psicologia). 2. Envelhecimento.
3. Saúde do Idoso. 4. Homens. 5. Mortalidade.
6. Questionários. I. Título.

CDD - 22.ed. - 362.6098151

Sumário

| | Página |
|---|--------|
| Dedicatória | |
| Agradecimento | |
| Resumo..... | vi |
| Abstract..... | vii |
| 1 - Introdução..... | 1 |
| 2 - Referencial teórico..... | 3 |
| 2.1 - Envelhecimento, Saúde, Diferenças de Gênero..... | 3 |
| 2.2 - Fatores relacionados à saúde auto-referida entre idosos..... | 5 |
| 2.3 - Saúde auto-referida ruim como fator de risco para a mortalidade..... | 7 |
| 3 - Justificativa..... | 13 |
| 4 - Objetivos..... | 14 |
| 5 - Material e Métodos..... | 15 |
| Artigo 1 | 18 |
| “Fatores associados à saúde auto-referida em homens idosos residentes em município de médio porte de Minas Gerais, Brasil.” | |
| Artigo 2 | 37 |
| “Saúde auto-referida como preditor de mortalidade em homens idosos residentes em município de médio porte do Brasil.” | |
| 6 - Conclusão e comentários finais..... | 55 |
| 7 - Referências bibliográficas..... | 56 |
| Anexo | |

Lista de Quadros e Tabelas

| | Página |
|--|--------|
| Quadro 1: Estudos epidemiológicos sobre fatores associados à saúde auto-referida ruim em populações idosas..... | 10 |
| Quadro 2: Estudos epidemiológicos que avaliaram saúde auto-referida ruim como fator de risco para mortalidade em populações idosas..... | 12 |
| ARTIGO 1 | |
| Tabela 1: Distribuição das variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde dos 2876 homens idosos, Juiz de Fora/MG, Brasil, 2006..... | 33 |
| Tabela 2: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde dos 2876 homens idosos, Juiz de Fora/MG, Brasil, 2006..... | 34 |
| Tabela 3: Análise bivariada das condições crônicas relacionadas à saúde auto-referida dos 2876 homens idosos, Juiz de Fora/MG, Brasil, 2006..... | 35 |
| Tabela 4: Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com a saúde auto-referida razoável/ruim, Juiz de Fora/MG, Brasil, 2006..... | 36 |
| ARTIGO 2 | |
| Tabela 1: Risco de morrer por categoria de saúde auto-referida na população de estudo, segundo variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida e de saúde, em período de seguimento de dois anos. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2006-2008..... | 51 |
| Figura 1: Probabilidade de morte na população de estudo, segundo variáveis selecionadas, em período de seguimento de dois anos. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2006-2008..... | 52 |
| Tabela 2: Variáveis associadas ao risco de morrer na população de estudo, em período de seguimento de dois anos. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2006-2008..... | 53 |
| Tabela 3: Modelo final selecionado pela regressão de Cox para o risco de morrer na população de estudo, em período de seguimento de dois anos. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2006-2008..... | 54 |

Aos meus pais, Imaculada e Márcio, que sempre me permitiram sonhar e têm feito o possível para que esses sonhos possam se tornar realidade.

AGRADECIMENTOS

Muitos são os agradecimentos, porque afinal são muitas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão de mais essa etapa da minha vida, não apenas academicamente, mas também na minha evolução pessoal.

Aos meus pais, pelo amor, pela força e por serem minha base sólida. Ao meu irmão, Juninho, por me ouvir falar pacientemente de saúde pública em todos os nossos encontros. Às minhas sobrinhas, Aline e Melissa, que tornam minha vida mais iluminada e feliz. Em especial, à minha irmã Mylene, que compartilha a mesma paixão pelo conhecimento e foi a primeira da família a incentivar essa jornada.

À minha mestra Inês, professora fantástica que tive a honra de ter como orientadora. A quem devo grande parte da minha formação em epidemiologia e que também me ensinou a ter mais fé em mim mesma.

Aos meus queridos professores da ENSP. Gina, que sempre teve as portas abertas para mim e por ser a primeira a me fazer sentir parte da escola. Rosalina, por todo aprendizado, apoio e confiança. Professor Sérgio, que além de um excelente epidemiólogo, é uma das pessoas mais acolhedoras, sensatas e sábias que já conheci.

À amiga Cris, que um dia atendeu o telefonema de uma estranha e inaugurou com ela uma grande parceria acadêmica e de amizade.

Aos meus amigos do Rio, todos maravilhosos e tão únicos. Letícia, que em menos de duas semanas já tinha se tornado uma amiga tão querida, é impossível imaginar como seria a vida no Rio sem ela. Vivi, difícil de encontrar, mas a mais divertida e presença constante no meu coração. Camila, a equilibrada e compreensiva, encontrá-la sempre me deixa mais calma e feliz. Raphael, que já era meu ombro amigo antes de todos e nesse ano se tornou meu empresário. Cássia, que entrou na minha vida de tabela tornando-se uma grande amiga, além de companheira de casa, guia turística, conselheira, etc.

Ao Patrick, melhor amigo que alguém pode ter, mesmo à distância é capaz de me passar todo seu afeto e vibração, com ele eu aprendi que se pode chegar onde quiser não importa de onde se partiu. À Deise, pela amizade que já dura metade de nossas vidas e pela torcida tão sincera.

Aos demais amigos e familiares que estiveram comigo durante esse tempo, torcendo, rezando e apoiando.

Aos idosos de Juiz de Fora que participaram da pesquisa, pois este estudo é para eles e só aconteceu porque eles nos ajudaram.

Resumo

A saúde auto-referida tem sido considerada um indicador útil de condições e desfechos de saúde entre indivíduos idosos, especialmente a mortalidade. Essa medida baseia-se na interpretação de aspectos físicos objetivos, de status mental, de expectativas e referenciais de comparação, representando uma percepção individual, própria de cada sujeito. Apesar da importância dos problemas masculinos de saúde no perfil de morbimortalidade da população brasileira idosa, os homens idosos têm sido pouco contemplados em estudos que analisem suas particularidades. Esta dissertação, composta por dois artigos, objetivou estudar as condições associadas à saúde auto-referida em homens idosos do município de Juiz de Fora, MG. O primeiro artigo é um estudo transversal, que busca contribuir para o entendimento de questões relacionadas às características de saúde dos homens idosos e a forma como estes avaliam sua saúde. Realizou-se a análise descritiva das variáveis do estudo e as relações entre saúde auto-referida e as co-variáveis foram exploradas através de razões de prevalência (RP), sendo a análise multivariada efetuada através da regressão de *Poisson*. A população de estudo foi constituída por 2876 homens, com idade média de 70, 01 anos (DP= 7,21). Saúde razoável/ruim foi referida por quase 40% dos idosos. Na análise bivariada, os homens de 70 anos ou mais (RP= 1,14 IC 95% 1,04-1,25), sem companheira (RP= 1,15 IC 95% 1,03-1,27), com baixa escolaridade (RP= 1,61 IC 95% 1,41-1,83), que não trabalhavam (RP= 1,64 IC 95% 1,43-1,88), eram sedentários (RP= 1,22 IC 95% 1,11-1,34), usuários do SUS (RP= 1,53 IC 95% 1,36-1,71), utilizavam medicação regular (RP=2,44 IC 95% 2,13-2,79), relatavam internação recente (RP= 1,69 IC 95% 1,54-1,86) e uma ou mais condições crônicas de saúde (RP=1,98 IC 95% 1,68-2,33), apresentaram maior probabilidade de referir saúde razoável/ruim. No modelo multivariado, mantiveram-se associadas à saúde auto-referida razoável/ruim as variáveis: número de condições crônicas, uso de medicação regular (RP= 2,22 IC 95% 1,93-2,54), internação recente (RP= 1,54 IC 95% 1,38-1,71), não trabalhar (RP= 1,37 IC 95% 1,20-1,56), ter baixa escolaridade (RP= 1,27 IC 95% 1,11-1,45) e ser usuário do sistema público de saúde (RP= 1,40 IC 95% 1,24-1,58). Os resultados desse estudo reforçam a hipótese de que múltiplas questões estão relacionadas à auto-avaliação da saúde em populações idosas. Considerando que este é um bom indicador das condições de saúde nesse grupo etário, é necessário que os serviços de saúde desenvolvam estratégias para captação dos homens idosos com perfil de risco para saúde auto-referida ruim. O segundo artigo, um estudo de seguimento, teve o objetivo de analisar o possível papel da saúde auto-referida como variável preditora de mortalidade nesse grupo populacional. O método de Kaplan-Meier foi utilizado para a análise exploratória dos dados, comparando-se os indivíduos que relataram condição de saúde excelente/boa com aqueles que informaram condição de saúde razoável/ruim, em diferentes estratos de variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida e de saúde, através do teste de *log-rank*, admitindo nível de significância estatística de 5%. A análise multivariada foi efetuada através de modelos de regressão de Cox, com o método *Enter*, incluindo as variáveis que apresentaram associações estatisticamente significativas na análise bivariada. A população deste estudo foi constituída por 2875 homens idosos, seguidos até a data do óbito ou do término do período de seguimento de dois anos, sendo então censurados os indivíduos vivos. Durante o seguimento, ocorreram 120 óbitos, sendo as doenças do aparelho circulatório (40%), as neoplasias (22,5%) e as doenças do aparelho respiratório (10%) as principais causas de morte. Em praticamente todos os estratos de variáveis analisadas, os idosos com saúde auto-referida razoável/ruim apresentaram maior risco de morrer do que aqueles com saúde auto-referida excelente/boa. No modelo multivariado final, as variáveis saúde auto-referida razoável/ruim (HR=1,88 IC 95% 1,29-2,72), idade (HR=1,05 IC 95% 1,03-1,08), uso de serviço público de saúde (HR=1,69 IC 95% 1,10-2,60), tabagismo atual (HR=1,94 IC 95% 1,24-3,04) e doença cardiovascular aguda (HR=1,62 IC 95% 1,06-2,47) se mostraram associadas à mortalidade. A saúde auto-referida mostrou-se uma importante variável preditora da mortalidade em homens idosos, em um período de seguimento de dois anos. Diante da importância da saúde auto-referida ruim na predição da mortalidade em homens idosos brasileiros, recomenda-se que os serviços de saúde incorporem esse indicador nas avaliações de saúde do usuário idoso.

Palavras-chave: saúde auto-referida; envelhecimento; homens idosos

Abstract

Self-reported health has been considered a helpful indicator of health conditions and certain outcomes, especially mortality, in elderly people. This measure is based on the interpretation of objective physical aspects, mental status, expectations and referential systems of comparison, representing an individual perception. Studies have pointed to differences between genders not only in relation to determinants of self-reported health, but also in relation to its capacity to be a predictor of mortality and the magnitude of the associations. Despite the importance of male health problems in the morbimortality profile of the Brazilian elderly population, men have been little contemplated in studies that analyze their particularities. Two studies were carried out to analyze conditions associated to self-reported health in elderly men of Juiz de Fora city, MG. The first was a cross-sectional study, seeking to contribute to the understanding of questions related to the health characteristics of elderly men and the way they evaluate their health. A descriptive analysis of the study variables was performed and relations among self-reported health and covariates were explored through the estimation of prevalence ratios (PR). Multivariate analysis was performed through Poisson regression. The study population was formed by 2876 men, with average age of 70.01 years (SD= 7.21). Poor health was referred by almost 40% of the participants. Bivariate analysis showed that, men of 70 years or more (PR= 1.14 95% CI 1.04-1.25), without a companion (PR= 1.15 95% CI 1.03-1.27), with few years of schooling (PR= 1.61 CI 95% 1.41-1.83), who did not work (PR= 1.64 95% CI 1.43-1.88), were sedentary (PR= 1.22 95% CI 1.11-1.34), were users of public health services (PR= 1.53 95% CI 1.36-1.71), used medication regularly (PR=2.44 95% CI 2.13-2.79), related recent admission to a hospital (PR= 1.69 95% CI 1.54-1.86) and presented at least one chronic health condition (PR=1.98 CI 95% 1.68-2.33), had greater probability to relate poor health. In the multivariate model, the variables: regular use of medications (PR= 2.22 95% CI 1.93-2.54), recent admission to a hospital (PR= 1.54 95% CI 1.38-1.71), not be working (PR= 1.37 95% CI 1.20-1.56), few years of schooling (PR= 1.27 95% CI 1.11-1.45) and to be a user of public health services (PR= 1.40 95% CI 1.24-1.58) remained associated to poor self-reported health. The results of this study strengthen the hypothesis that multiple questions are related to the evaluation of self-reported health in aged populations. Considering that this variable is a strong indicator of health conditions in this age group, it is important that health services develop strategies to attract aged men with a risk profile for poor self-reported health. The second was a follow-up study performed to analyze the possible role of self-reported health as a predictor of mortality in this population group and the study population consisted of 2875 elderly men, followed for two years or until their death, whichever came first. During the follow-up, 120 deaths occurred and cardiovascular diseases (40%), neoplasias (22.5%) and respiratory diseases (10%) were the major causes. Elders with self-reported poor health presented a greater risk of death, compared to those with self-reported good/excellent health in almost all stratus of the analyzed variables. In the final model, the variable poor self-reported health (HR=1.88 95% CI 1.29-2.72), age (HR=1.05 95% CI 1.03-1.08), use of the public health services system (HR=1.69 95% CI 1.10-2.60), current use of cigarette smoking (HR=1.94 95% CI 1.24-3.04) and self-reported cardiovascular disease (HR=1.62 95% CI 1.06-2.47) were independently associated to mortality. As poor self-reported health seems to be a good predictor of mortality for elderly men, it is important that health care services incorporate this indicator in the health evaluation of this population group.

Key words: self-reported health; aging; elderly men

I- Introdução

Iniciado no século XX, o fenômeno do envelhecimento populacional ocorreu inicialmente nos países desenvolvidos e se estendeu, nas últimas décadas, aos países em desenvolvimento, sendo atribuído à diminuição da fecundidade e à importante redução da mortalidade na vida adulta (Lima-Costa e Veras, 2003).

Diante desse quadro, a construção de políticas sociais adequadas de atenção à saúde da população idosa consiste um dos grandes desafios do século XXI. Nesse sentido, informações sobre as condições de vida e saúde deste grupo populacional representam importantes subsídios, já que, ao identificar suas necessidades, pode-se buscar a correção de distorções causadas por questões de classe social, geração e gênero, entre outras (Berquó, 1999).

Os indicadores tradicionais de saúde têm apontado para a existência de diferenciais entre os gêneros, como, por exemplo, a maior mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para a quase totalidade das causas, assim como as menores expectativas de vida ao nascer e em outras idades para os homens (Laurenti et al, 2005). Porém, apesar dos problemas masculinos de saúde apresentarem um peso significativo no perfil de morbimortalidade da população brasileira idosa, os homens têm sido pouco contemplados em estudos que analisem suas particularidades.

Por outro lado, tem sido também observado que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (Figueiredo, 2005; Laurenti et al, 2005), sendo que sua inclusão e participação nas ações de saúde são consideradas como um desafio, principalmente devido a questões culturais e sociais, inerentes ao gênero (Figueiredo, 2005).

O estudo das características, das necessidades individuais e do reconhecimento que estes têm a respeito de suas próprias condições pode fornecer indicadores objetivos na busca da compreensão das questões relacionadas à saúde dos homens idosos, (Kabir et al, 2003).

Esta dissertação teve como objetivo estudar as condições associadas à saúde auto-referida em homens idosos de Juiz de Fora, buscando contribuir para o entendimento de questões relacionadas às suas características de saúde e à forma

como essas são por eles percebidas, além de analisar o papel dessa variável como preditora de mortalidade nesse grupo populacional.

2. Referencial teórico

2.1- Envelhecimento, saúde e diferenças de gênero

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial, significando um crescimento mais elevado das populações idosas com relação aos demais grupos etários (Camarano, 2002). Nas últimas décadas, tem-se registrado um crescimento mundial nos índices de envelhecimento demográfico, conseqüente à redução das taxas de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida (García-Sanz e Saco, 1995).

No Brasil, o número de pessoas com 60 anos ou mais passou de três milhões em 1960 para sete milhões em 1975, chegou a quatorze milhões em 2002, sendo estimado que corresponda a trinta e dois milhões de pessoas ou, aproximadamente, 13% de todos os brasileiros em 2020 (Lima-Costa e Veras, 2003). Projeções da OMS indicam que, no ano de 2025, o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas com 60 anos ou mais do mundo (WHO, 2001).

Para Veras (2003), uma importante conseqüência da expansão da população idosa é o incremento na demanda por serviços sociais e de saúde, visto que as doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Segundo esse autor, as morbidades prevalentes nos idosos representam problemas crônicos e múltiplos, que perduram por muitos anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação continuada.

Sendo as co-morbidades situações comuns no processo de envelhecimento, para falar de saúde nesse grupo populacional, devemos usar o seu conceito social, que leva em conta dois aspectos: o ponto de vista da sociedade funcional, em que se considera uma pessoa saudável ou normal, quando ela é capaz de desempenhar o papel social que lhe cabe dentro de uma determinada sociedade; e o ponto de vista do indivíduo, que encara a normalidade ou saúde como condição favorável ao seu crescimento e felicidade (Lewis, 1998). Ao falar da saúde do idoso, Ramos (2003) corrobora essa idéia, afirmando que o que determina o estado de saúde ou não de um indivíduo é sua autonomia, ou seja, sua capacidade em determinar e executar seus próprios desígnios, o que não significa a ausência de morbidades.

O conhecimento das condições de saúde ganha relevância, quando associado à possibilidade e à necessidade de intervenções capazes de modificar quadros sanitários, como também na verificação das dificuldades enfrentadas na implementação de práticas de saúde que possam contribuir para a redução de indicadores de morbimortalidade na população idosa (Silva e Formigli, 1994).

Outro ponto importante na discussão da saúde entre populações idosas é a questão de gênero. O gênero permite compreender que desigualdades econômicas, políticas, sociais e de saúde existentes entre homens e mulheres não são apenas produtos de suas diferenças biológicas, mas também construções resultantes de suas relações na sociedade e com a natureza (Figueiredo et al, 2007).

Laurenti et al (2005) destacam que, nas últimas décadas, as análises de mortalidade e/ou de morbidade sob enfoque de gênero têm sido quase que exclusivamente dirigidas às mulheres. Estudando o perfil epidemiológico da saúde masculina nas Américas, os autores apontam quatro grupos de doenças que estão sempre presentes como principais causas de morte entre os homens: as neoplasias malignas (cânceres de estômago, pulmão e próstata); as doenças isquêmicas do coração; as doenças cerebrovasculares; e as causas externas.

Mao e Wu (2007) relatam que comportamentos relacionados à saúde e estilo de vida (dieta, atividade física, tabagismo, etilismo, etc) são afetados pelo status sócio-econômico, tais como renda e nível educacional, por características sócio-demográficas e por valores culturais. O gênero apresenta significativa influência na saúde e bem-estar, por afetar a maioria dos fatores que determinam essas condições, incluindo educação, ocupação, renda, rede social, ambientes físicos e sociais e serviços de saúde (Plouffe, 2003).

Para Bird e Rieker (1999), com a adoção da perspectiva de gênero, a maioria das doenças passou a ser considerada como resposta a uma combinação de causas biológicas e socioculturais, que podem promover a ampliação ou a supressão da morbidade em questão. Em estudo que aborda o acesso dos homens aos serviços de saúde, Gomes et al (2007) apontam que o imaginário do que significa *ser homem* pode aprisionar o masculino em questões culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado, já que o fato de um homem procurar um serviço preventivo de saúde poderia

ser associado à fraqueza, medo e insegurança, aproximando-o do universo feminino. Outras dificuldades apontadas pelos autores em seu estudo são a vergonha de expor seus corpos e a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde dos homens.

Estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 apontou desigualdade na procura e utilização de serviços entre os gêneros, com menor uso regular de serviços pelos homens, menor proporção de homens que haviam visitado dentista no último ano e menor procura por serviço de saúde nos quinze dias que antecederam à entrevista, na faixa etária de 65 ou mais anos (Pinheiro et al, 2002).

Segundo Coutinho e Soares (2000), a antiga concepção de que a dominação masculina prevalece em todos os aspectos da sociedade contrapõe-se às vantagens mantidas pelas mulheres nas políticas de saúde pública. Os autores consideram que essas foram capazes de convencer a opinião pública de que seus problemas de saúde vinham sendo negligenciados e de que se encontravam em desvantagem, reivindicando, portanto, atenção especial, recursos financeiros e espaço institucional para que tivessem suas demandas atendidas.

Estudos que analisam a saúde masculina têm focado, principalmente, aspectos relacionados à saúde reprodutiva e sexual, à violência e à saúde ocupacional, sendo pouco abordada a temática da saúde do homem idoso (Schraiber et al, 2005).

2.2- Fatores relacionados à saúde auto-referida entre idosos

As condições de saúde da população idosa podem ser descritas através dos seus perfis de morbidade e mortalidade, da presença de déficits físicos e cognitivos e da utilização de serviços, entre outros indicadores mais específicos (Lima-Costa et al, 2003).

A saúde auto-referida representa uma percepção própria do sujeito, baseada em interpretações de aspectos físicos objetivos, de status mental, de suas expectativas e de seus referenciais de comparação (Hoeymans et al, 1997). Nesse sentido, ela tem sido considerada como um indicador útil para a compreensão das questões de saúde em populações idosas, sendo também apontada como um bom preditor da mortalidade em idades avançadas (Mossey et al, 1982; Kabir, 2003; Benjamins et al, 2004; Lyyra et al, 2006; Ishizaki, 2006). Leinonen et al (2001), em estudo realizado com indivíduos

com idade entre 75 a 80 anos, demonstraram que esses eram capazes de indicar com precisão a ocorrência de mudanças objetivas em sua saúde, como o surgimento de novas doenças ou o agravamento das já existentes.

Os estudos que buscam analisar variáveis associadas à auto-avaliação da saúde em populações idosas partem da premissa de que essa representa uma visão multidimensional e subjetiva do indivíduo e costumam considerar, portanto, uma ampla gama de variáveis sócio-demográficas, de suporte social, de estilo de vida, de status de saúde física, mental e funcional e de acesso aos serviços de saúde.

No Quadro 1, são apresentados alguns estudos que analisaram variáveis associadas à saúde auto-referida em populações idosas.

Hoeymans et al (1997), em estudo realizado na Holanda, observaram que limitações na mobilidade e nas atividades de vida diárias apresentavam associação positiva forte com saúde auto-referida ruim, sendo que a magnitude dessa associação diminuía com o incremento da idade. Os autores concluíram que o status funcional (medido através das limitações funcionais e das incapacidades) é um importante determinante da saúde auto-referida em homens idosos.

Em um estudo realizado a partir da linha de base da coorte populacional de Bambuí, Lima-Costa et al (2004) buscaram determinar os fatores associados à saúde auto-referida, considerando as seguintes dimensões: sócio-demográfica, suporte social, hábitos de vida relacionados à saúde, condições de saúde e acesso e uso de serviços de saúde. As autoras observaram associações independentes e positivas entre pior percepção da saúde e características de suporte social (insatisfação com os relacionamentos pessoais e menor frequência de ida a eventos sociais), condições de saúde (sintomas depressivo-ansiosos nas últimas duas semanas, queixa de insônia nos últimos 30 dias, maior número de medicamentos prescritos usados nos últimos 30 dias) e acesso/uso de serviços de saúde (queixas quando necessita de serviços médicos, maior número de consultas médicas nos últimos 12 meses e maior número de internações hospitalares no período).

Ao analisar a influência das condições sócio-econômicas na auto-avaliação da saúde, Lima-Costa et al (2005) observaram que, entre os participantes com baixa renda mensal, os fatores menor escolaridade e insatisfação com a rede social apresentavam

associação positiva estatisticamente significativa com auto-referência ruim da saúde, enquanto, entre os entrevistados com maior renda, os fatores idade igual ou superior a oitenta anos, status conjugal separado/divorciado, ida a clubes ou associações menos de uma vez ao mês e insatisfação com a rede social eram os fatores associados à pior saúde auto-referida.

Na pesquisa sobre os determinantes da saúde auto-referida entre idosos do município de São Paulo, realizada por Alves e Rodrigues (2005), observou-se que a presença de doenças crônicas foi o determinante mais fortemente relacionado à auto-avaliação ruim da saúde. A presença de quatro ou mais doenças implicava em uma estimativa de risco 10,53 e 8,31 vezes maior de saúde auto-referida ruim para homens e mulheres, respectivamente. A prevalência de saúde auto-referida ruim foi maior entre os homens e a redução da capacidade funcional (ou aumento do grau de dependência) implicou em maior probabilidade de avaliação ruim da saúde. As variáveis escolaridade e renda mostraram forte associação negativa com saúde auto-referida ruim em ambos os sexos.

Peixoto et al (2006) observaram que o tabagismo atual entre os idosos do sexo masculino estava associado à auto-avaliação ruim da saúde, em estudo realizado pelos autores, na região metropolitana de Belo Horizonte e no município de Bambuí.

Em estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, foram encontradas associações positivas entre avaliação ruim da saúde e faixa etária, número de condições crônicas, número de consultas médicas no último ano e hospitalização no período, enquanto se encontrou associações negativas para sexo feminino e escolaridade (Lima-Costa et al, 2007).

Entre canadenses de 55 ou mais anos, foram observadas, como preditoras de saúde auto-referida ruim, as variáveis: sexo masculino, presença de limitações e/ou dependência funcional, de stress psicológico e de duas ou mais doenças crônicas, baixo nível de escolaridade e renda baixa (Shooshtari et al, 2007).

2.3- Saúde auto-referida ruim como fator de risco para a mortalidade

Diversos estudos têm analisado a saúde auto-referida como variável preditora de futuros desfechos na saúde, especialmente a mortalidade, em indivíduos idosos. No

Quadro II, são apresentados estudos realizados entre os anos 1982 e 2006, em diferentes países, que analisaram a saúde auto-referida como preditora da mortalidade em populações idosas.

No estudo canadense de Mossey e Shapiro (1982), um estudo pioneiro na abordagem desse tema, 3128 indivíduos de 65 ou mais anos foram acompanhados por 7 anos. Os autores observaram um risco de morte quase três vezes maior entre as pessoas que referiram sua saúde como ruim, em comparação com aquelas que consideravam sua saúde excelente, mesmo quando ajustado por variáveis de confundimento, como idade, sexo, satisfação com a vida, renda e local de residência, rural ou urbano.

O estudo de Pijls et al. (1993) teve como base a coorte de homens do *Zutphen Elderly Study*, que correspondeu à contribuição holandesa ao *Seven Countries Study on lifestyle, biological risk factors, and cardiovascular diseases in middle-aged men*. Os autores observaram, após seguimento de cinco anos, forte associação entre saúde auto-referida ruim e mortalidade, sendo o modelo ajustado por medidas físicas de saúde (índice de massa corporal, aferição da pressão arterial, resultado de eletrocardiograma), colesterol, alimentação, tabagismo, realização de exercício físico, informações hospitalares, história de doença cardiovascular, uso de medicação e história familiar e doenças crônicas.

Helmer et al (1999) examinaram o valor da saúde auto-referida como preditora de mortalidade em um estudo de seguimento de cinco anos, denominado PAQUID (*Personnes Âgées QUID*), realizado na França, com 3660 indivíduos idosos (65 anos ou mais) de ambos os sexos. Os autores observaram que, para os homens, a saúde auto-referida (particularmente as categorias intermediárias) era preditora da mortalidade, independente de características sócio-demográficas, status de saúde física, sintomas depressivos, função cognitiva e incapacidade; já para as mulheres, a relação entre saúde auto-referida e mortalidade era explicada por status de saúde física e incapacidade. Tais resultados fizeram com que os autores levantassem a hipótese de que a saúde auto-referida seria um melhor preditor de mortalidade para indivíduos do sexo masculino.

Em um estudo de seguimento de seis anos, com 7527 indivíduos americanos de 70 anos ou mais, Lee et al (2000) observaram que a referência a um pior estado de saúde estava associada a maior risco de morte e declínio funcional, após ajustamento por variáveis de confundimento, tais como características demográficas, idade, sexo, status de saúde e fatores sociais.

No estudo de seguimento de Murata et al (2006), com 2490 japoneses de 65 anos ou mais, ao longo de sete anos e três meses, foi encontrada forte associação positiva entre saúde auto-referida ruim e mortalidade, principalmente entre os idosos mais jovens (65 a 74 anos).

Ishizaki et al (2006) examinaram a saúde auto-referida e variáveis demográficas, físicas, psicológicas, sociais e relativas ao estilo de vida, como preditoras de mortalidade para 8090 japoneses, com idades compreendidas entre 65 e 99 anos, em um estudo de seguimento de seis anos. Os autores observaram que saúde auto-referida ruim e vida social limitada eram preditores estatisticamente significativos da mortalidade geral entre homens e mulheres.

Lyyra et al (2006), na Finlândia, realizaram um estudo de seguimento de dezoito anos com 257 homens nas faixas etárias de 51 a 55 anos e de 71 a 75 anos, objetivando verificar se a saúde auto-referida era preditora da mortalidade. Observaram forte associação, com grande aumento do risco de morte para os indivíduos entre 71 e 75 anos que auto-avaliaram sua saúde como ruim, após um período de seguimento de dez anos, que se manteve após ajustamento por variáveis de confundimento.

Quadro 1: Estudos epidemiológicos que analisaram fatores associados à saúde auto-referida ruim em populações idosas

| Estudo | Número de indivíduos no estudo e sexo | Faixa etária avaliada | Variáveis estudadas | Medida de associação e IC de 95% |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------|---|---|
| Hoeymans et al, 1997 | 1162 homens | 70 a 90 anos | Dificuldades de mobilidade Dificuldades nas atividades de vida diárias (AVDs) | Odds ratio 4,7 (2.7 - 7.9) 8,9 (4.6 - 17.1) |
| Lima-Costa et al, 2004 | 1516 homens e mulheres | 60 anos ou + | Renda alta (4 ou + salários) Insatisfação c/ relacionamentos pessoais freq. em atividades sociais: menos de 1 vez/mês Sintomas depressivos/ansiosos Queixa de insônia medicamentos prescritos: 3-4 5 ou + Dificuldades de acesso aos serviços nº de consultas médicas: 2-3 4 ou + 2 ou + internações hospitalares | Odds ratio 0,52* (0,36-0,75) 2,54* (1,51-4,28) 0,46* (0,29-0,73) 2,31* (1,71-3,13) 1,50* (1,14-1,99) 1,76* (1,07-2,89) 2,35* (1,40-3,93) 1,52* (1,06-2,17) 2,20* (1,21-3,99) 2,79* (1,53-5,09) 3,91* (2,33-6,57) |
| Lima-Costa et al, 2005 | 1505 homens e mulheres | 60 anos ou + | insatisfação com a rede social (p/ idosos c/ baixa renda) Maiores de 80 anos Sexo feminino separado/divorciado baixa frequência em atividades sociais (menos de 1/mês) insatisfação com a rede social (p/ idosos c/ alta renda) | Odds ratio 4,03 (1,82-8,92) 1,61 (1,01-2,56) 2,02 (1,48-2,76) 2,18 (1,15-4,16) 0,48 (0,30-0,79) 2,20 (1,25-3,87) |

| Estudo | Número de indivíduos no estudo e sexo | Faixa etária avaliada | Variáveis estudadas | Medida de associação e IC de 95% |
|-------------------------|--|------------------------------|---|---|
| Alves e Rodrigues, 2005 | 2143 homens e mulheres | 60 anos ou + | sexo feminino separado/divorciado maior nº de doenças crônicas maior grau de dependência (AVDs e AIVDs) maior escolaridade (5ª série ou +) maior renda (5 ou + salários) | Odds ratio 0,84* 1,08* 10,52* 2,66* 0,38* 0,68* |
| Peixoto et al, 2006 | 1774 homens e mulheres | 60 anos ou + | Tabagismo atual | Odds ratio 2,05 ** (1,18-3,57) para os homens |
| Lima-Costa et al, 2007 | 18401 homens e mulheres | 60 anos ou + | Idade: 70-79 anos 80 ou + nº de condições crônicas: 2 3 3 ou +consultas médicas hospitalização no último ano: 1 2 ou + sexo feminino escolaridade: 4-7 anos 8 ou + | Odds ratio 1,15* (1,04-1,27) 1,50* (1,29-1,76) 4,57* (3,69-5,66) 9,17* (7,23-11,62) 1,78* (1,54-2,04) 1,55* (1,34-1,78) 2,37* (1,95-2,89) 0,85* (0,77-0,92) 0,49* (0,43-0,56) 0,30* (0,25-0,35) |
| Shooshtari et al, 2007 | 3107 homens e mulheres | 55 anos ou + | Sexo masculino Limitação funcional: sem dependência com dependência alto stress psicológico nº de condições crônicas: 2 a 3 4 ou + Renda baixa Baixo nível de escolaridade | Odds ratio 1,9* (1,3-2,8) 1,9* (1,2-1,9) 2,8* (1,8-4,6) 2,0* (1,2-3,3) 1,7* (1,1-2,6) 2,4* (1,3-4,5) 2,1* (1,4-3,0) 1,5* (1,1-2,2) |

* ajustada por todas as variáveis dos modelos.

** ajustada para condições auto-referidas de saúde, uso de serviços de saúde e hábito de fumar entre homens.

Quadro 2: Estudos epidemiológicos que avaliaram saúde auto-referida ruim como fator de risco para mortalidade em populações idosas

| Autores | Local | Número de indivíduos no estudo e faixa etária avaliada | Duração do seguimento | Método de Análise | Medida de associação ajustada e IC 95% | Variáveis de confundimento consideradas |
|------------------------|--------------|---|------------------------------|--------------------------|--|---|
| Mossey & Shapiro, 1982 | Canadá | 3128 (ambos os sexos) 65 anos ou mais | 6 anos | Regressão Logística | OR 2,92 (1,8-4,72) | idade, sexo, satisfação com a vida, renda e local de residência |
| Pijls et al, 1993 | Holanda | 783 homens De 65 a 85 anos | 5 anos | Regressão de Cox | HR 5,4 (2,7-11,0) | medidas físicas (ECG, pressão arterial, IMC), colesterol, tabagismo, exercício físico, informação hospitalar de história de doença cardiovascular, uso de medicação e história familiar de doença crônica |
| Helmer et al, 1999 | França | 3660 (ambos os sexos) de 65 anos ou mais | 5 anos | Regressão de Cox | HR 4,78 (2,81-8,12) homens HR 3,19 (1,77-5,73) mulheres | fatores sócio-demográficos, status de saúde física, sintomas depressivos, função cognitiva e incapacidade |
| Murata et al, 2006 | Japão | 2490 (ambos os sexos) de 65 anos ou mais | 7 anos e 3 meses | Regressão de Cox | HR 2.26 (3 anos) HR 1.22 (todo o período) | relações sociais, atividades, status sócio-econômico, medidas psicológicas |
| Ishizaki et al, 2006 | Japão | 8090 (ambos os sexos) de 65 a 99 anos | 6 anos | Regressão Logística | OR 1,32 (1,05-1,66) homens OR 1,50 (1,19-1,92) mulheres | variáveis demográficas, físicas, psicológicas, sociais e relativas ao estilo de vida |
| Lyyra et al, 2006 | Finlândia | 119 homens de 71 a 75 anos | 18 anos | Regressão de Cox | HR 2,61 (1,01-6,73) 10 anos HR 1,40 (0,52-3,82) 18 anos | medidas de estrutura corporal, performance funcional e diagnóstico de doenças |

3- Justificativa

Com o advento do rápido envelhecimento populacional, tornou-se necessário buscar indicadores que possibilitem uma adequada avaliação das condições de saúde dos idosos. A auto-avaliação da saúde e a auto-referência a problemas de saúde têm sido apontadas, na literatura científica, como indicadores úteis das condições de saúde nesse grupo populacional, sendo a primeira considerada como um bom preditor de mortalidade.

A identificação das condições de saúde, bem como dos fatores associados a essas condições, é uma ferramenta importante no reconhecimento de fragilidades e comportamentos dos idosos, assim como para a identificação de demandas e dificuldades relacionadas ao acesso a serviços de saúde. Possibilita, também, a proposição de novas estratégias que contribuam para a qualidade da atenção prestada a esse grupo populacional.

Os homens idosos têm sido menos contemplados em relação ao atendimento em programas de saúde, os quais, em sua maioria, têm ações focadas, quase que exclusivamente, nas mulheres. Pensar as especificidades relacionadas aos sexos é fundamental para que tenhamos uma visão real da saúde, visto que homens e mulheres são seres culturalmente, socialmente e biologicamente distintos.

A análise da saúde auto-referida de homens idosos do município de Juiz de Fora e a identificação dos fatores a ela relacionados possibilitarão reconhecer as características de saúde dessa população, assim como observar seu papel como variável preditora do seu status vital.

4- Objetivos

Objetivo geral

Analisar condições associadas à saúde auto-referida e avaliar o seu papel como preditora de mortalidade em homens idosos do município de Juiz de Fora que compareceram à campanha de vacinação anti-gripe no ano de 2006.

Objetivos específicos

- 1- Caracterizar a condição de saúde auto-referida dos homens idosos estudados;
- 2- Analisar as relações entre condição de saúde auto-referida e variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida, relativas à saúde e à utilização de serviços na população de estudo;
- 3- Examinar o papel da condição de saúde auto-referida como preditora da condição vital da população de estudo em um período de seguimento de dois anos.

5- Material e Métodos

Foram utilizados, para este estudo, dados do projeto de pesquisa: “Atenção à saúde do idoso: Caracterização dos serviços de detecção precoce de neoplasias de mama, colo do útero e próstata na rede de atenção básica à saúde na região sudeste da Zona da Mata Mineira (projeto EPOCA- Envelhecimento populacional e câncer)”, coordenado pela ENSP e financiado pelo CNPq, que objetivou caracterizar os serviços de atenção básica à saúde em Juiz de Fora e outros 32 municípios integrantes daquela região, em relação à disponibilidade, estruturação, utilização e satisfação do usuário idoso, em especial nas ações referentes aos cânceres de mama, colo do útero e próstata.

A estruturação e planejamento do estudo EPOCA, de onde deriva o presente projeto seguiram as normas dispostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ (nº 134/2005).

A população elegível para o estudo EPOCA eram todos os indivíduos de 60 ou mais anos, de ambos os sexos, residentes em Juiz de Fora, que buscaram um posto de vacinação anti-influenza no ano de 2006, na zona urbana do município. Nesse estudo, optou-se por captar a população durante a campanha de vacinação, visando alcançar o conjunto de indivíduos idosos do município, incluindo aqueles que buscam as unidades de saúde pública apenas durante a vacinação, por terem a rede privada como referência de serviços gerais de saúde. Os idosos foram abordados nos Postos de Vacinação por entrevistadores treinados, que explicaram os objetivos do estudo e, aqueles que aceitaram participar, assinaram o termo de consentimento informado e responderam a um questionário estruturado. Os entrevistadores do estudo EPOCA foram alocados em função da demanda esperada para cada posto de vacinação, utilizando-se como base os dados de campanhas anteriores.

O instrumento de coleta de dados utilizado no estudo EPOCA foi um questionário estruturado, abordando variáveis distribuídas em três categorias: características sócio-econômicas e demográficas (sexo, idade, escolaridade, renda e fonte de renda); fatores de risco e proteção (tabagismo, prática de atividade física, peso corporal, dieta e

etilismo, história familiar de câncer); utilização de serviços de saúde (serviço de saúde de referência, visitas ao médico, uso regular de medicação, realização de exames para detecção de câncer de mama, colo do útero e próstata, condições crônicas auto-referidas).

A campanha de vacinação, no ano da pesquisa, foi divulgada nos principais meios de comunicação pela Secretaria Municipal de Saúde, que organizou, por um período de 11 dias, 41 postos de vacinação na área urbana do município, distribuídos pelas cinco regiões geográficas da cidade, que funcionaram das 8 às 17 horas, exceto no domingo. A adesão dos idosos à vacina, como acontece em todas as campanhas, foi voluntária, gratuita e independente da área de residência. A cobertura da vacinação foi de 73% da população alvo neste ano, incluindo doses aplicadas em idosos vacinados no domicílio (acamados ou institucionalizados), residentes da área rural, portadores de enfermidades relacionadas à baixa imunidade de qualquer idade, idosos de outros municípios e indivíduos com menos de 60 anos. Não foi possível identificar a proporção de vacinados por idade e sexo, por não existir esse registro nos dados da campanha. Conseguiu-se entrevistar 7531 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, sem incapacidade física e/ou cognitiva severa, residentes do município (exceto na área rural), que aceitaram participar da pesquisa.

O município de Juiz de Fora localiza-se no sudeste da Zona da Mata mineira, a 272 km da capital mineira Belo Horizonte e a 184 km da cidade do Rio de Janeiro. A população estimada para o ano de 2006 era de 509.125 habitantes, sendo que 53.804 (10,57%) tinham idade igual ou superior a 60 anos e, destes, 22.042 (40,97%) eram homens (Datatus, 2008). Para o ano da pesquisa, a expectativa de vida ao nascer era de 78 anos, 64% dos óbitos ocorrem entre a população com 60 anos ou mais, que tem como as três primeiras causas de morte, as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho respiratório e as neoplasias (Datatus, 2008).

Para fins desta dissertação, a população elegível era constituída por todos os homens com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no município de Juiz de Fora, que compareceram a um posto de vacinação da campanha anti-gripe no ano de 2006 e responderam ao questionário da pesquisa EPOCA (N = 2897 indivíduos), sendo critério de exclusão a não resposta à pergunta sobre saúde auto-referida.

A dissertação foi estruturada sob a forma de dois artigos, um atendendo ao primeiro e segundo objetivos específicos e outro, atendendo ao terceiro objetivo específico.

Artigo 1: Fatores associados à saúde auto-referida em homens idosos residentes em município de médio porte de Minas Gerais, Brasil.

Artigo 2: Saúde auto-referida como preditora de mortalidade em homens idosos residentes em um município de médio porte do Brasil.

A metodologia utilizada está integralmente apresentada no corpo desses dois artigos.

O projeto desta dissertação de mestrado foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ, sendo aprovado (nº 18/2008).

ARTIGO 1

**FATORES ASSOCIADOS À SAÚDE AUTO-REFERIDA EM HOMENS IDOSOS
RESIDENTES EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE MINAS GERAIS, BRASIL**

FACTORS ASSOCIATED TO SELF-REPORTED HEALTH IN ELDERLY MEN OF A
MEDIUM SIZE CITY IN MINAS GERAIS, BRAZIL

Lívia Maria Santiago – mestranda do programa de Saúde Pública e Meio Ambiente da
ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Inês Echenique Mattos - Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos da
ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

Objetivos: Caracterizar a saúde auto-referida e investigar relações entre essa variável e condições sócio-demográficas e de saúde em homens idosos residentes em cidade de médio porte de Minas Gerais, Brasil. **Material e métodos:** Para este estudo transversal, eram elegíveis os idosos do sexo masculino, residentes em Juiz de Fora, que foram entrevistados no projeto EPOCA em 2006. Foram excluídos aqueles que não haviam respondido à pergunta relativa à saúde auto-referida. Efetuou-se a análise descritiva das variáveis e explorou-se as relações entre saúde auto-referida e as co-variáveis, através de razões de prevalência (RP). A análise multivariada foi efetuada através da regressão de *Poisson*. **Resultados:** A população de estudo foi constituída por 2876 homens, com idade média de 70,01 anos (DP= 7,21), a maioria casados e com baixa escolaridade. Grande parte dos idosos afirmou ter médico de referência, utilizar os serviços do SUS e fazer uso regular de medicação. Saúde razoável/ruim foi referida por quase 40% dos idosos. Na análise bivariada, os homens de 70 anos ou mais (RP= 1,14 IC 95% 1,04-1,25), sem companheira (RP= 1,15 IC 95% 1,03-1,27), com baixa escolaridade (RP= 1,61 IC 95% 1,41-1,83), que não trabalhavam (RP= 1,64 IC 95% 1,43-1,88), eram sedentários (RP= 1,22 IC 95% 1,11-1,34), usuários do SUS (RP= 1,53 IC 95% 1,36-1,71), utilizavam medicação regular (RP=2,44 IC 95% 2,13-2,79), relatavam internação recente (RP= 1,69 IC 95% 1,54-1,86) e uma ou mais condições crônicas de saúde (RP=1,98 IC 95% 1,68-2,33), apresentaram maior probabilidade de referir saúde razoável/ruim. No modelo multivariado mantiveram-se associadas à saúde auto-referida razoável/ruim as variáveis: número de condições crônicas, uso de medicação regular (RP= 1,67 IC 95% 1,43-1,94), internação recente (RP= 1,48 IC 95% 1,33-1,65), não trabalhar (RP= 1,34 IC 95% 1,17-1,52), ter baixa escolaridade (RP= 1,29 IC 95% 1,13-1,48) e ser usuário do sistema público de saúde (RP= 1,37 IC 95% 1,21-1,54). **Conclusão:** Nossos resultados reforçam a hipótese de que múltiplas questões estão relacionadas à auto-avaliação de saúde em populações idosas. Considerando ser este um bom indicador das condições de saúde nesse grupo etário, é necessário que os serviços de saúde desenvolvam estratégias para captação dos homens idosos que apresentam perfil de risco para saúde auto-referida ruim.

Palavras chave: saúde auto-referida; envelhecimento; determinantes de saúde

Abstract

Objectives: To characterize self-reported health and to investigate relations among socio-demographic variables and health conditions in aged men, residents of a medium size city, in Minas Gerais, Brazil. **Material and methods:** All men aged 60 years or more, residents of Juiz de Fora and interviewed in the EPOCA project were eligible for this sectional study. Those who had not answered the question about self-reported health were excluded. A descriptive analysis of the study variables was performed and relations among self-reported health and covariates were explored through the estimation of prevalence ratios (PR). Multivariate analysis was performed through Poisson regression. **Results:** The study population comprised 2876 men, with average age of 70.01 years (SD= 7.21), the majority of them married and with few years of schooling. A great number mentioned having a reference physician, were users of the Brazilian public health system (SUS) and made regular use of medications. Poor health was referred by almost 40% of the participants. Bivariate analysis showed that men of 70 years or more (PR= 1.14 95% CI 1.04-1.25), without a companion (PR= 1.15 95% CI 1.03-1.27), with few years of schooling (PR= 1.61 CI 95% 1.41-1.83), who did not work (PR= 1.64 95% CI 1.43-1.88), were sedentary (PR= 1.22 95% CI 1.11-1.34), were users of the public health system (PR= 1.53 95% CI 1.36-1.71), used medication regularly (PR=2.44 95% CI 2.13-2.79), related recent admission to a hospital (PR= 1.69 95% CI 1.54-1.86) and presented at least one chronic health condition (PR=1.98 95% CI 1.68-2.33) had greater probability to relate poor health. In the multivariate model, the variables: number of chronic conditions, regular use of medications (PR= 1.67 95% CI 1.43-1.94), recent admission to a hospital (PR= 1.48 95% CI 1.33-1.65), not to be working (PR= 1.34 95% CI 1.17-1.52), few years of schooling (PR= 1.29 95% CI 1.13-1.48) and to be a public health services user (PR= 1.37 95% CI 1.21-1.54) remained associated to poor self-reported health. **Conclusion:** Our results strengthen the hypothesis that multiple questions are related to the evaluation of self-reported health in aged populations. As this variable seems to be a strong indicator of health conditions in this age group, it is important that health services develop strategies to attract the aged men with a risk profile for poor self-reported health.

Key-words: self-reported health; aging; determinants of health

INTRODUÇÃO

Durante o século XX, observou-se uma mudança clara no perfil demográfico da maioria das populações, denominado envelhecimento populacional. Tal fenômeno foi atribuído à diminuição da fecundidade, que aumentou a importância relativa da população idosa, amplificado pela redução da mortalidade na vida adulta, levando ao aumento na expectativa de vida (Lloyd-Sherlock, 2000). O envelhecimento populacional ocorreu, inicialmente, nos países desenvolvidos, mas nas últimas décadas do século passado, estendeu-se, de forma acentuada, aos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil (Lima-Costa e Veras, 2003).

Diante desse quadro, um dos grandes desafios do século XXI consiste na construção de políticas sociais adequadas de atenção à saúde da população idosa. Portanto, informações sobre as condições de vida e saúde desse grupo populacional constituem-se em importantes subsídios, já que, ao identificar suas necessidades, pode-se buscar a correção de distorções causadas por questões de classe social, geração e gênero, entre outras (Berquó, 1999).

Para caracterizar as condições de saúde dos idosos, alguns estudos têm utilizado o método de auto-avaliação da saúde onde, através de uma única pergunta, cuja resposta abrange uma escala que vai de excelente a ruim, solicita-se ao indivíduo que avalie sua saúde geral (Alves e Rodrigues, 2005; Fayers e Sprangers, 2002). A saúde auto-referida representa uma percepção própria do sujeito, baseada em interpretações de aspectos físicos objetivos, de status mental e de suas expectativas e referenciais de comparação (Hoeymans et al, 1998). Essa medida tem sido considerada como um indicador útil para a compreensão das questões de saúde em populações idosas, sendo, inclusive, apontada como variável preditora da morbimortalidade em idades avançadas (Kabir et al, 2003; Benjamins et al, 2004; Ishizaki et al, 2006; Lyyra et al, 2006; Murata et al, 2006).

Os estudos que buscam analisar os fatores associados à auto-avaliação da saúde nesse grupo populacional consideram uma ampla gama de variáveis sócio-demográficas, de suporte social, de estilo de vida, de status de saúde e de acesso aos serviços de saúde (Lima-Costa et al, 2005; Undén e Elofsson, 2006; Menec et al, 2007).

Indicadores tradicionais têm apontado um diferencial de gênero nas condições de saúde, como por exemplo, maior mortalidade masculina para praticamente todas as idades e causas, bem como menor esperança de vida para os homens (Laurenti et al, 2005) e, também, menor presença desses nos serviços de atenção primária à saúde (Figueiredo, 2005). No que se refere à auto-avaliação da saúde, a literatura aponta para diferenças entre homens e mulheres idosos, tanto na definição dos fatores preditores (Benyamni et al, 2000; Okamoto e Tanaka, 2004; 2006; Asfar et al, 2007), quanto na tendência de auto-avaliar sua condição de saúde como boa ou ruim (Fone e Lundgren-Lindquist, 2003; Okamoto e Tanaka, 2004; Szaflarski et Cubbins, 2004; Molarius et al, 2006).

Os problemas masculinos de saúde apresentam um peso significativo no perfil de morbimortalidade da população brasileira idosa, sendo importante a realização de estudos que avaliem suas particularidades. Este estudo tem como objetivo caracterizar a condição de saúde auto-referida, bem como os fatores a ela associados, em homens idosos residentes em cidade de médio porte do estado de Minas Gerais, Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Os dados desse estudo são provenientes do projeto de pesquisa “EPOCA – Envelhecimento populacional e câncer”, financiado pelo CNPq e realizado em Juiz de Fora/MG, Brasil, com indivíduos de ambos os sexos de 60 ou mais anos, durante o período da campanha de vacinação anti-influenza dos idosos no ano de 2006, que é voluntária, gratuita e independente da área de residência. Optou-se por captar a população alvo durante a campanha, visando alcançar o conjunto de indivíduos idosos do município, incluindo aqueles que buscam as unidades de saúde pública apenas para a vacinação, por terem a rede privada como referência de serviços gerais de saúde. Durante a campanha, havia 41 postos de vacinação na área urbana do município, distribuídos pelas cinco regiões geográficas da cidade e amplamente divulgados nos principais meios de comunicação. Os idosos foram abordados nos Postos de Vacinação por entrevistadores treinados, alocados em função da demanda esperada para cada local, com base nos dados de campanhas anteriores e os que aceitavam participar eram entrevistados. A cobertura vacinal de 2006 atingiu 73% da população-alvo,

incluindo doses aplicadas em idosos vacinados no domicílio (acamados ou institucionalizados), residentes da área rural, portadores de enfermidades relacionadas à baixa imunidade de qualquer idade, idosos de outros municípios e indivíduos com menos de 60 anos, não sendo possível identificar a proporção de vacinados por idade e sexo, devido à inexistência dessa informação nos dados registrados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado, construído com base em instrumentos padronizados e validados, abrangendo três categorias de variáveis: características sócio-econômicas e demográficas, fatores de risco e proteção e utilização de serviços de saúde. Foram entrevistados 7531 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, sem incapacidade física e/ou cognitiva severa, residentes da área urbana do município, sendo 2897 do sexo masculino, grupo que constituiu a população elegível para este estudo.

Excluídos os 21 (0,7%) idosos que não responderam a questão relativa à saúde auto-referida, a população de estudo foi formada por 2876 indivíduos do sexo masculino. As seguintes variáveis foram selecionadas: **saúde auto-referida** (que foi pesquisada através da questão “*Como é a sua saúde de modo geral?*”), **idade**, **escolaridade**, **fonte de renda**, **trabalho atual**, **tabagismo atual**, **prática de atividade física**, **disponibilidade de serviço de saúde de referência**, **uso regular de medicação**, **internação nos últimos 12 meses** e **condições crônicas auto-referidas** (hipertensão arterial, nível sanguíneo elevado de colesterol e/ou triglicérides, diabetes, doenças cardiovasculares, doença respiratória crônica, doença renal crônica e depressão. Para condições crônicas, era feita a pergunta introdutória “*Algum médico já lhe disse que você tem ou teve alguma dessas doenças?*”).

Efetou-se a análise descritiva das variáveis sócio-econômicas e demográficas, de estilo de vida e relacionadas à saúde, por distribuição de frequências. As relações entre saúde auto-referida e as variáveis independentes foram exploradas por razões de prevalência (RP) com intervalos de confiança (IC) de 95%. Para essa análise, a variável **saúde auto-referida**, que, no questionário do estudo, se apresentava em quatro categorias de respostas (excelente, boa, razoável e ruim), foi transformada em variável dicotômica (excelente/boa e razoável/ruim), com base na literatura, que indica

predomínio de respostas dos idosos nas categorias intermediárias (Lee e Shinkai, 2003; Lima-Costa et al, 2004; Szwarcwald et al, 2005). A variável **idade** foi categorizada, inicialmente, em três faixas etárias (60-69; 70-79 e 80 anos e mais). Para fins da análise bivariada, a variável **idade** foi agrupada em duas faixas etárias (60-69; 70 anos e mais); a variável **escolaridade** foi agrupada em duas categorias (menor que fundamental; fundamental ou maior); a variável **tipo de serviço de saúde de referência** foi analisada em duas categorias (público; privado) e a variável **tabagismo atual** foi estratificada de forma dicotômica (sim;não). Foi criada também uma nova variável denominada **número de condições crônicas**, a partir do somatório das condições referidas por cada indivíduo.

A análise multivariada foi efetuada por meio de regressão de Poisson, considerando as variáveis que mostraram associação com a variável dependente saúde auto-referida na análise bivariada, sendo a retirada ou permanência de cada variável definida com base na sua significância estatística ($p \leq 0,05$).

Para efetuar as análises do estudo foram utilizados os pacotes estatísticos SPSS 13.0 for Windows e SE Stata 7.

RESULTADOS

A média de idade dos participantes do estudo foi de 70,01 anos (DP= 7,21 anos) e mediana de 69 anos. A Tabela 1 apresenta as características sócio-demográficas, bem como de estilo de vida e de saúde dos homens idosos do município de Juiz de Fora, que constituíram a população de estudo. Mais de 50% dos homens estudados encontravam-se na faixa etária dos 60 e 69 anos. A maior parcela da população do estudo tinha companheira e baixa escolaridade e integrava a categoria de aposentados. Quanto às características de estilo de vida, a maior parte não era tabagista atual e mais da metade não praticava atividade física. Entre os homens idosos, 37,1% referiram saúde razoável/ruim, grande parte fazia uso de medicação regularmente e relatava utilizar o serviço público de saúde como referência.

Na análise bivariada, os indivíduos com escolaridade menor que o fundamental, que não trabalhavam e relatavam internação recente apresentavam probabilidades 60 a 70% maiores de referir saúde razoável/ruim, enquanto os homens que relatavam uso

de medicação regular apresentavam probabilidade de avaliação negativa da saúde aproximadamente 2,5 vezes maior do que aquela dos homens que não apresentavam tais características. As variáveis sócio-demográficas **faixa etária** e **status conjugal**, bem como as variáveis **tabagismo atual** e **tipo de serviço utilizado como referência**, também apresentaram associação com a **saúde auto-referida** (Tabela 2).

A maior parte dos homens referiu pelo menos uma condição crônica de saúde e todas as condições estudadas mostraram, individualmente, associação positiva e estatisticamente significativa com saúde auto-referida razoável/ruim. Considerando a variável **número de condições crônicas auto-referidas**, pôde-se observar um incremento na magnitude do risco a medida que aumentava o número de condições crônicas (Tabela 3).

Na Tabela 4, encontram-se as razões de prevalência das variáveis independentes que permaneceram no modelo, ajustadas por idade e pelas demais variáveis. Embora a variável **idade** não tenha apresentado significância estatística no modelo múltiplo, optou-se por mantê-la como variável de ajustamento. Observou-se maior probabilidade de referir saúde razoável/ruim entre os indivíduos que referiam condições crônicas de saúde, que utilizavam medicação regularmente, com relato de internação recente, que não trabalhavam na ocasião da entrevista, tinham escolaridade menor que o fundamental e eram usuários do serviço público de saúde.

DISCUSSÃO

Os homens idosos deste estudo tenderam a auto-avaliar sua saúde de forma positiva, com menos de 40% referindo-se à saúde razoável ou ruim. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do ano de 2003, foi observado que 56,7% dos homens e mulheres idosos referiram sua saúde como razoável/ruim/muito ruim e proporção ainda maior foi encontrada para a população idosa do município de Bambuí, em que 75,3% das pessoas avaliaram sua saúde de forma negativa (Lima-Costa, 2007). É possível que a forma de captação da população de estudo, restrita aos idosos que buscaram um posto de vacinação, diferentemente da PNAD e da coorte de Bambuí, tenha diminuído a possibilidade de seleção de indivíduos menos saudáveis,

como, por exemplo, aqueles com restrições motoras, hospitalizados, acamados, que seriam mais predispostos a auto-avaliação negativa da saúde.

Em relação à idade, a população deste estudo apresenta distribuição etária semelhante à encontrada para o município de Juiz de Fora, tendo uma representação levemente superior de idosos mais jovens. No ano de 2006, a distribuição percentual por faixa etária dos homens idosos daquele município era de 58,1% entre 60 a 69 anos, 31,0% entre 70 a 79 anos e 11,1% com idade igual ou superior a 80 anos (Datusus, 2008). A distribuição das variáveis escolaridade e status conjugal na população de estudo se mostrou similar às observadas no inquérito de Bambuí e na PNAD de 2003, com predomínio de baixa escolaridade e de indivíduos casados ou viúvos (Lima-Costa et al, 2003; Lima-Costa et al, 2004). O uso do setor suplementar de saúde por 27,8% dos homens idosos da população do estudo era semelhante aos 29,4% observada para a totalidade dos idosos brasileiros na PNAD de 2003 (Veras e Parahyba, 2007).

A prevalência de tabagismo atual entre os homens deste estudo foi de 13,3%, valor inferior aos 19,6% e 31,4% encontrados, respectivamente, em estudos realizados com idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte e de Bambuí (Peixoto et al, 2006). A forma como a população deste estudo foi captada pode ter contribuído para a observação de menor prevalência de tabagismo atual, já que, ao entrevistar idosos que buscaram um serviço preventivo de saúde (vacinação), de alguma forma, podem ter sido selecionadas pessoas que têm maior preocupação com a saúde e, em consequência, evitam determinados hábitos deletérios. Estudo com a população idosa da Região Metropolitana de Belo Horizonte sobre os fatores associados à vacinação anti-influenza, realizado em 2003, reforça essa hipótese, ao observar que ser tabagista atual e ter consumido álcool nos trinta dias que antecederam a entrevista eram fatores de risco para não adesão à campanha de vacinação (Lima-Costa et al, 2008).

A variável escolaridade mostrou-se associada à saúde auto-referida em nosso estudo, o que também foi observado em outras investigações realizadas no Brasil e no exterior (Alves e Rodrigues, 2005; Shooshtari et al, 2007). Em estudo baseado no Projeto SABE a variável escolaridade se mostrou um importante fator de proteção para avaliação negativa da saúde, sendo que os indivíduos que apresentavam escolaridade igual ou superior ao ensino fundamental apresentavam estimativa de risco 38% menor

de referir saúde ruim que os indivíduos sem escolaridade, em modelo estatístico ajustado por todas as variáveis pesquisadas (Alves e Rodrigues, 2005). No estudo canadense de Shoostari et al (2007), entre os indivíduos de idade igual ou superior a 55 anos que tinham nível de escolaridade menor que o médio a estimativa de risco de referir saúde ruim era 50% maior do que entre os indivíduos com escolaridade mais alta, em modelo ajustado por diversas variáveis sócio-demográficas e de saúde.

A associação entre saúde auto-referida e status de trabalho encontrada na população do estudo já havia sido observada em outra investigação realizada entre idosos brasileiros, indicando que não trabalhar, possivelmente, atua como um fator preditor de saúde auto-referida razoável/ruim nesse grupo populacional. Giatti e Barreto (2003) acreditam que, no Brasil, isso possa ser atribuído ao efeito do trabalhador sadio, onde os idosos mais saudáveis teriam maior probabilidade de ingressar e permanecer no mercado de trabalho. Em contrapartida, os estudos realizados com populações idosas de outros países, como Japão e Coréia, têm observado associação positiva entre trabalhar e auto-avaliar sua saúde como ruim (Lee e Shinkai, 2003; Murata et al, 2006), sendo observado que nesses locais, os idosos ainda trabalham, principalmente, por necessidades econômicas, o que poderia justificar essa associação inversa (Plouffe, 2003; Lima-Costa et al, 2006).

Neste estudo, a saúde auto-referida razoável/ruim se mostrou associada positivamente a todas as condições crônicas pesquisadas e foi observado que quanto maior o número dessas condições, maior o risco de auto-avaliação negativa da saúde. Outros estudos com populações idosas masculinas (Kivinen et al, 1998), e de ambos os sexos (Shoostari et al, 2007; Lima-Costa et al, 2007), também encontraram associação entre doenças crônicas e o status de saúde auto-referida. Entre os idosos analisados pela PNAD de 2003, a chance de referência à saúde auto-referida ruim era de 1,72 para aqueles com uma doença crônica, de 3,06 para aqueles com duas condições crônicas e de 6,35 para aqueles com três ou mais condições crônicas, comparados àqueles sem nenhuma condição crônica referida (Lima-Costa et al 2007).

No presente estudo, a saúde auto-referida se mostrou associadas às variáveis hospitalização recente e uso de medicamentos regulares. Em estudo similar, realizado em Bambuí, os autores observaram associações independentes e positivas entre pior

percepção da saúde e variáveis relativas a suporte social, condições de saúde e acesso, tais como uso de maior número de medicamentos utilizados e internações hospitalares recentes, após ajustamento por fatores de confundimento (Lima-Costa et al, 2004). Em estudo baseado na PNAD (2003) também haviam sido encontradas associações positivas entre avaliação da saúde como ruim e as variáveis hospitalizações recentes, maior número de condições crônicas e de consultas médicas no ano anterior à pesquisa (Lima-Costa et al, 2007).

A associação entre saúde auto-referida razoável/ruim e utilização de serviços públicos de saúde, observada neste estudo, poderia estar relacionada ao fato de que pessoas com melhores condições econômicas teriam maior possibilidade de contratar serviços de saúde suplementar, como sugerido por Neri e Soares (2002). Nesse caso, a contratação do serviço privado de saúde funcionaria como uma medida indireta de melhores condições sócio-econômicas.

Entre os homens idosos de Juiz de Fora analisados neste estudo, idade mais avançada (70 anos ou mais) e viver sem companheira foram fatores de risco para auto-avaliação negativa da saúde, mas essas variáveis perderam significância estatística na análise multivariada. No estudo dos idosos da PNAD de 2003, verificou-se, respectivamente, chances de auto referir saúde ruim 9% e 41% maiores entre os entrevistados das faixas etárias de 70 a 79 anos e de 80 anos ou mais, comparados com indivíduos da faixa etária de 60 a 69 anos, no modelo múltiplo (Lima-Costa et al, 2007).

Grande parte dos estudos que buscam conhecer os fatores relacionados à auto-avaliação da saúde tem sido realizada com indivíduos idosos de ambos os sexos. Alguns desses estudos sugerem que as mulheres idosas tendem a referir piores condições de saúde (Fone e Lundgren-Lidquisti, 2003; Szaflarski e Cubbins, 2004; Barreto et al, 2004; Molarius et al, 2006; Lima-Costa et al, 2007), enquanto outros apontam os homens idosos como os mais predispostos a referir saúde ruim (Okamoto e Tanaka, 2004; Murata et al, 2006; Shooshtari et al, 2007). Neste trabalho, enfocamos os fatores relacionados à saúde auto-referida em idosos somente do sexo masculino, mas dada a existência de diferenças entre os sexos nos padrões de morbimortalidade, assim como nas formas de enfrentamento de co-morbidades e de incapacidades, a

realização de estudos que analisem essa medida, em homens ou mulheres idosos, pode contribuir para que o melhor conhecimento dessas relações.

Os resultados deste estudo reforçam a hipótese de que há múltiplas questões envolvidas na forma com que as populações idosas auto-avaliam sua saúde, compreendendo fatores sócio-demográficos, de condições de saúde e tipo/uso de serviços de saúde. As associações aqui observadas encontram suporte na literatura científica, tendo sido descritas anteriormente para populações idosas de diferentes localidades.

Considerando os achados desse estudo, existência de condições crônicas de saúde, uso de medicação regular, internação recente, não exercer atividade laboral, ter baixo nível de escolaridade e ser usuário do sistema público de saúde são fatores relevantes para condição de saúde auto-referida ruim em homens idosos brasileiros. Assim sendo, e dado que a literatura aponta essa condição como uma variável preditora da mortalidade, é importante que os serviços de saúde, ao traçarem estratégias de ação, busquem captar os homens idosos que apresentam perfil de risco para saúde auto-referida ruim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves L C, Rodrigues R N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Pan Am J Public Health*.2005;17(5/6):333-341.

Barreto S M, Giatti L, Kalache A. Gender inequalities in health among older Brazilian adults. *Rev Panam Salud Publica*.2004;16(2):110–117.

Benjamins M R, Hummer R A, Eberstein I W, Nam C B. Self-reported health and adult mortalityrisk: An analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Medicine*.2004;59:1297–1306.

Benyamini Y, Leventhal E A, Leventhal H. Gender Differences in Processing Information for Making Self-Assessments of Health. *Psychosomatic Medicine*.2000;62:354–364.

Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Néri A L, Debeert G G. *Velhice e sociedade*. 1ª ed. São Paulo: Papirus;1999:11-40.

DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). *Informações de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

Fayers P M, Sprangers M A G. Understanding self-rated health. *The Lancet*.2002;359(19):187-188.

Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*.2005;10(1):105-109.

Fone S, Lundgren-Lindquist B. Health status and functional capacity in a group of successfully ageing 65 – 85 year olds. *Disbility and Rehabilitation*.2003;25(18):1044–1051.

Giatti L; Barreto S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública*.2003;19(3):759-771.

Hoeymans N, Feskens E J M, Van Den Bos G A M, Kromhout D. Non-response bias in a study of cardiovascular diseases, functional status and self-rated health among elderly men. *Age and Ageing*.1998;27:35-40.

Ishizaki T, Kai I, Imanaka Y. Self-rated health and social role as predictors for 6-year total mortality among a non-disabled older Japanese population. *Arch Gerontol Geriatr*.2006;42:91–99.

Kivinen P, Halonen P, Eronen M, Nissinen A. Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: the Finnish cohorts of the Seven Countries Study. *Age and Ageing*.1998;27:41-47.

Laurenti R, Jorge M H P M, Gotlieb S L D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*.2005;10(1):35-46.

Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr*.2003;37:63-76.

Lima-Costa M F, Veras R P. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*.2003;19(3):700-701.

Lima-Costa M F, Barreto S M, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*.2003;19(3):735-743.

Lima-Costa M F, Firmo J O A, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*.2004;38(6):827-834.

Lima-Costa M F, Firmo J O A, Uchôa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. *Cad Saúde Pública*.2005;21(3):830-839.

Lima-Costa M F, Matos D L, Camarano A. A evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciênc Saúde Coletiva*.2006;11(4):941-950.

Lima-Costa M F, Peixoto S V, Matos D L, Firmo J O A, 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(8):1893-1902.

Lima-Costa M F. Fatores associados à vacinação contra gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Saúde Pública*.2008;42(1):100-107.

Lloyd-Sherlock P. Old age and poverty in developing countries: new policy challenges. *World Development*.2000;28(12):2157-2168.

Lyyra T M, Heikkinen E, Lyyra A L, Jylha M. Self-rated health and mortality: Could clinical and performance-based measures of health and functioning explain the association? *Arch Gerontol Geriatr*.2006;42:277–288.

Menec V H, Shooshtari S, Lambert P. Ethnic Differences in Self-Rated Health Among Older Adults: A Cross-Sectional and Longitudinal Analysis. *J Aging and Health*.2007;19(1):62-86.

Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson H G, Feldman I. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden.2006; *European J Public Health*, 17(2):125–133.

Murata C, Kondo T, Tamakoshi K, Yatsuya H, Toyoshima H. Determinants of self-rated health: could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Arch Gerontol Geriatr*.2006;43:369-380.

Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*.2002;18(supl.):77-87.

Okamoto K, Tanaka Y. Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly person in Japan. *Preventive Medicine*.2004;38:318-322.

Peixoto S V, Firmo J O A, Lima-Costa M F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saúde Pública*.2006;22(9):1925-1934.

Plouffe L A. Addressing social and gender inequalities in health among seniors in Canada. *Cad Saúde Pública*.2003;19(3):855-860.

Shooshtari S, Menec V, Tate R. Comparing Predictors of Positive and Negative Self-Rated Health Between Younger (25-54) and Older (55+) Canadian Adults: A Longitudinal Study of Well-Being. *Research on Aging*.2007;29(6):512-554.

Szaflarski M, Cubbins L A. Self-Reported health in Poland and the United States: A comparative analysis of demographic, family and socioeconomic influences. *Health (London)*.2004;8(5):5-31.

Szwarcwald C L, Leal M C, Gouveia G C, Souza W V. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Matern Infant*.2005;5(supl 1):511-522.

Undén A L, Elofsson S. Do different factors explain self-rated in men and women? *Gender Medicine*.2006;3(4):295-308.

Veras R, Parahyba M I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública*.2007;23(10):2479-2489.

Tabela 1: Distribuição das variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde dos 2876 homens idosos, Juiz de Fora/MG, Brasil, 2006

| <i>Variáveis</i> | <i>Categorias</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
|--|--------------------------|-----------------|-----------------|
| Faixa etária | 60 a 69 anos | 1508 | 52,4 |
| | 70 a 79 anos | 1029 | 35,8 |
| | 80 anos ou mais | 339 | 11,8 |
| Status conjugal | Casado/companheira | 2099 | 73,3 |
| | Solteiro | 143 | 5,0 |
| | Divorciado | 243 | 8,5 |
| | Viúvo | 380 | 13,2 |
| Escolaridade | Não alfabetizado | 302 | 10,5 |
| | Alfabetizado | 944 | 32,9 |
| | Fundamental | 857 | 29,8 |
| | Médio | 498 | 17,3 |
| | Superior | 271 | 9,4 |
| Fonte de renda | Pensão | 121 | 4,2 |
| | Aposentadoria | 2553 | 89,2 |
| | Salários | 144 | 5,0 |
| | Ajuda de amigos | 4 | 0,1 |
| | Não possui | 40 | 1,4 |
| Trabalha atualmente | Sim | 706 | 24,7 |
| | Não | 2156 | 75,3 |
| Tabagismo | Fumante | 383 | 13,3 |
| | Ex-fumante | 1368 | 47,7 |
| | Nunca fumou | 1119 | 39,0 |
| Prática de atividade física | Sim | 1355 | 48,2 |
| | Não | 1455 | 51,8 |
| Saúde auto-referida | Razoável/ruim | 1066 | 37,1 |
| | Excelente/boa | 1810 | 62,9 |
| Internação recente | Sim | 550 | 19,2 |
| | Não | 2312 | 80,8 |
| Tipo de serviço de saúde que utiliza como referência | Público | 1882 | 65,6 |
| | Plano privado | 801 | 27,9 |
| | Particular | 187 | 6,5 |
| Uso de medicação regular | Sim | 1955 | 70,2 |
| | Não | 831 | 29,8 |

* As diferenças nos valores absolutos das frequências correspondem a missings

Tabela 2: Análise bivariada das características sócio-demográficas, de estilo de vida e saúde dos 2876 homens idosos, Juiz de Fora/MG, Brasil, 2006

| <i>Variáveis</i> | <i>Razoável/ruim</i> | <i>Excelente/boa</i> | <i>Razão de prevalências (IC de 95%)</i> |
|--|----------------------|----------------------|--|
| Faixa etária | | | |
| 70 anos ou mais | 542 | 826 | 1,14 (1,04-1,25) |
| 60 a 69 anos | 524 | 984 | 1,00 |
| Status conjugal | | | |
| Sem companheira | 313 | 453 | 1,15 (1,03-1,27) |
| Casado/companheira | 749 | 1350 | 1,00 |
| Escolaridade | | | |
| Menor que fundamental | 867 | 1236 | 1,61(1,41-1,83) |
| Fundamental ou mais | 197 | 572 | 1,00 |
| Trabalha atualmente | | | |
| Não | 885 | 1271 | 1,64 (1,43-1,88) |
| Sim | 177 | 529 | 1,00 |
| Tabagismo atual | | | |
| Sim | 149 | 234 | 1,06 (0,92-2,84) |
| Não | 915 | 1572 | 1,00 |
| Internação recente | | | |
| Sim | 304 | 246 | 1,69 (1,54-1,86) |
| Não | 756 | 1556 | 1,00 |
| Tipo de serviço de saúde que utiliza como referência | | | |
| Público | 792 | 1090 | 1,53 (1,36-1,71) |
| Privado | 272 | 716 | 1,00 |
| Uso de medicação regular | | | |
| Sim | 885 | 1070 | 2,44 (2,13-2,79) |
| Não | 154 | 677 | 1,00 |

* As diferenças nos valores absolutos das freqüências correspondem a missings

Tabela 3: Análise bivariada das condições crônicas relacionadas à saúde auto-referida dos 2876 homens idosos, Juiz de Fora/MG, Brasil, 2006

| <i>Variável</i> | <i>Razoável/ruim</i> | <i>Excelente/boa</i> | <i>Razão de prevalências (IC de 95%)</i> |
|---|----------------------|----------------------|--|
| Hipertensão arterial | | | |
| Sim | 748 | 849 | 1,88 (1,69-2,10) |
| Não | 318 | 961 | 1,00 |
| Colesterol elevado | | | |
| Sim | 240 | 279 | 1,32 (1,18-1,47) |
| Não | 826 | 1531 | 1,00 |
| Triglicérides elevados | | | |
| Sim | 122 | 146 | 1,26 (1,09-1,45) |
| Não | 944 | 1664 | 1,00 |
| Diabetes | | | |
| Sim | 218 | 188 | 1,56 (1,41-1,74) |
| Não | 848 | 1621 | 1,00 |
| Doenças cardiovasculares | | | |
| Sim | 243 | 178 | 1,72 (1,56-1,90) |
| Não | 823 | 1632 | 1,00 |
| Doença respiratória crônica | | | |
| Sim | 115 | 94 | 1,54 (1,35-1,76) |
| Não | 951 | 1715 | 1,00 |
| Doença renal crônica | | | |
| Sim | 42 | 30 | 1,60 (1,31-1,95) |
| Não | 1024 | 1780 | 1,00 |
| Depressão | | | |
| Sim | 128 | 123 | 1,43 (1,25-1,63) |
| Não | 938 | 1687 | 1,00 |
| Número de condições crônicas auto-referidas | | | |
| 3 ou mais | 254 | 202 | 3,04 (2,57-3,59) |
| 2 | 272 | 254 | 2,82 (2,39-3,33) |
| 1 | 390 | 686 | 1,98 (1,68-2,33) |
| Nenhuma | 150 | 668 | 1,00 |

* As diferenças nos valores absolutos das freqüências correspondem a missings

Tabela 4: Resultado final da análise multivariada de Regressão de Poisson dos fatores associados com a saúde auto-referida razoável/ruim, Juiz de Fora/MG, Brasil, 2006

| <i>Variável</i> | <i>Categorias</i> | <i>Razão de Prevalências ajustada (IC de 95%)</i> |
|---|-----------------------|---|
| Número de condições crônicas auto-referidas | 1 | 1,45 (1,23-1,71) |
| | 2 | 1,93 (1,61-2,30) |
| | 3 ou mais | 1,97 (1,65-2,37) |
| | Nenhuma | 1,00 |
| Uso de medicação regular | Sim | 1,67 (1,43-1,94) |
| | Não | 1,00 |
| Internação recente | Sim | 1,48 (1,33-1,65) |
| | Não | 1,00 |
| Trabalho atual | Não | 1,34 (1,17-1,52) |
| | Sim | 1,00 |
| Escolaridade | Menor que fundamental | 1,29 (1,13-1,48) |
| | Fundamental ou maior | 1,00 |
| Tipo de serviço de saúde | Público | 1,37 (1,21-1,54) |
| | Privado | 1,00 |

ARTIGO 2

**SAÚDE AUTO-REFERIDA COMO PREDITORA DE MORTALIDADE EM HOMENS
IDOSOS RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO BRASIL**

SELF-REPORTED HEALTH AS A PREDICTOR OF MORTALITY IN ELDERLY MEN
LIVING IN A MEDIUM SIZE CITY IN BRAZIL

Lívia Maria Santiago – mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente da ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Inês Echenique Mattos – pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

Objetivo: Examinar o papel da saúde auto-referida como preditora da mortalidade em homens idosos. **Material e métodos:** A população de estudo foi constituída por 2875 homens idosos, residentes em um município de médio porte do Brasil, que foram seguidos até a data do óbito ou do término do período de seguimento de dois anos, sendo então censurados os indivíduos vivos. O método de Kaplan-Meier foi utilizado para a análise exploratória dos dados, comparando-se os indivíduos que relataram condição de saúde excelente/boa com aqueles que informaram condição de saúde razoável/ruim, em diferentes estratos de variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida e de saúde, através do teste de *log-rank*, admitindo nível de significância estatística de 5%. A análise multivariada foi efetuada através de modelos de regressão de Cox, com o método *Enter*, incluindo as variáveis que apresentaram associações estatisticamente significativas na análise bivariada. **Resultados:** Ocorreram 120 óbitos na população de estudo, em um período de seguimento de dois anos, sendo as doenças do aparelho circulatório (40%), as neoplasias (22,5%) e as doenças do aparelho respiratório (10%) as principais causas de morte. Em praticamente todos os estratos de variáveis analisadas, os idosos com saúde auto-referida razoável/ruim apresentaram maior risco de morrer do que aqueles com saúde auto-referida excelente/boa. No modelo final, as variáveis saúde auto-referida razoável/ruim (HR=1,88 IC 95% 1,29-2,72), idade (HR=1,05 IC 95% 1,03-1,08), uso de serviço público de saúde (HR=1,69 IC 95% 1,10-2,60), tabagismo atual (HR=1,94 IC 95% 1,24-3,04) e doença cardiovascular aguda (HR=1,62 IC 95% 1,06-2,47) se mostraram associadas à mortalidade. **Conclusão:** A saúde auto-referida mostrou-se uma variável preditora da mortalidade em homens idosos, em um período de seguimento de dois anos. Foi observado um risco de morrer quase duas vezes maior entre os homens que relataram condição de saúde razoável-ruim em comparação com aqueles que referiram saúde excelente/boa, após ajustamento por idade, utilização de serviço público de saúde como referência, tabagismo atual e história de doença cardiovascular aguda. Diante da importância da saúde auto-referida ruim na predição da mortalidade em homens idosos brasileiros, recomenda-se que os serviços de saúde incorporem esse indicador nas avaliações de saúde do usuário idoso.

Palavras chave: saúde auto-referida; preditor; mortalidade.

Abstract

Objective: To examine the role of self-reported health as a predictor of mortality in elderly men.

Material and methods: The study population consisted of 2875 elderly men residing in a medium size city in Brazil, who were followed for two years or until the date of their death, whichever occurred first. Individuals alive at the end of follow-up were censored. The Kaplan-Meier method was used for an exploratory analysis of the data, comparing individuals with self-reported poor health conditions with those who referred good/excellent health, in different stratus of socio-demographic, life style and health-related variables, through the log-rank test, admitting significance level of 5%. Multivariate analysis was performed through Cox regression models, using the *Enter* command. Variables presenting statistically significant associations with mortality in the bivariate analysis where entered into the models. **Results:** In the two-year period of follow-up, 120 deaths occurred in the study population, and cardiovascular diseases (40%), neoplasias (22.5%) and respiratory diseases (10%) were the major causes. Elders with self-reported poor health presented a greater risk of death, compared to those with self-reported good/excellent health in almost all stratus of the analyzed variables. In the final model, the variable poor self-reported health (HR=1.88 95% CI 1.29-2.72), age (HR=1.05 95% CI 1.03-1.08), use of the public health services system (HR=1.69 95% CI 1.10-2.60), current use of cigarette smoking (HR=1.94 95% CI 1.24-3.04) and self-reported cardiovascular disease (HR=1.62 95% CI 1.06-2.47) were independently associated to mortality. **Conclusion:** Self-reported health was a predictor variable of mortality in elderly men, in a follow-up period of two years. Men who reported poor health conditions had a risk of death almost two times higher than that who related good health conditions, after adjustment for age, use of the public health services system as reference, current use of tobacco smoking and history of cardiovascular disease. As poor self-reported health seems to be a good predictor of mortality for elderly men, it is important that health care services incorporate this indicator in the health evaluation of this population group.

Key-words: self-reported health; predictor; mortality

INTRODUÇÃO

A saúde auto-referida representa uma percepção própria do sujeito, baseada em interpretações de aspectos físicos objetivos, de status mental e de suas expectativas e referenciais de comparação (Hoeymans et al, 1998). Para a pesquisa da saúde auto-referida, têm sido realizados inquéritos encabeçados por uma questão única em que se solicita ao indivíduo que avalie sua saúde atual de modo geral, tendo como resposta uma escala que pode variar de excelente a ruim (Fayers e Sprangers, 2002; Alves e Rodrigues, 2005).

O primeiro estudo epidemiológico que analisou a saúde auto-referida como fator preditor da mortalidade em indivíduos idosos foi realizado no Canadá, por Mossey e Shapiro (1982). Nessa investigação, 3128 indivíduos de 65 ou mais anos foram acompanhados por sete anos, sendo observado um risco de morte quase três vezes maior entre as pessoas que referiram sua saúde como ruim, em comparação com aquelas que consideravam sua saúde excelente, em modelo ajustado por variáveis de confundimento tais como idade, sexo, satisfação com a vida, renda e local de residência.

A esse trabalho, seguiram-se outros, que analisaram a associação em diferentes países, em populações de estudo com variadas características sócio-demográficas e de estilo de vida, empregando metodologias distintas e considerando uma série de variáveis de confundimento. Nesses estudos, a saúde auto-referida tem sido considerada como um bom preditor de morbimortalidade para indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (Lee, 2000; Kabir et al, 2003; Ishiaki et al, 2006; Lyyra et al, 2006). Alguns autores avaliaram a influência da duração do período de seguimento após a auto-avaliação da saúde sobre o desfecho, sendo consenso entre os estudos que a associação é mais forte em períodos de observação mais curtos (Bath, 2003; Benyamini et al, 2003; Deeg e Kriegsman, 2003; Murata et al, 2006, Lyyra et al, 2007).

A existência de possíveis diferenças entre os gêneros na associação observada entre a saúde auto-referida e a mortalidade, também vem sendo analisada, sendo que alguns estudos observaram tal diferença (Grant et al, 1995; Helmer et al, 1999; Benyamini et al, 2000; Bath, 2003; Lyyra et al, 2007; Okamoto et al, 2008), enquanto outros não (Lee, 2000; Min et al, 2006; Brunner, 2006).

Até onde foi possível pesquisar, não foram encontrados disponíveis estudos que analisem essas relações na população idosa brasileira. Dessa forma, o presente estudo busca explorar o papel da saúde auto-referida como preditora da condição vital em homens idosos, residentes em um município de médio porte de Minas Gerais, seguidos por um período de dois anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Os dados utilizados neste estudo são provenientes do projeto de pesquisa “EPOCA -Envelhecimento Populacional e Câncer”. A metodologia utilizada para coleta dos dados do projeto foi descrita em outro trabalho (Santiago et al, 2008, dados não publicados). Brevemente, os idosos foram abordados nos Postos de Vacinação do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, durante o período de vacinação anti-influenza de 2006, e convidados a participar da pesquisa, sendo entrevistados com base em um questionário estruturado, desenhado para essa finalidade. Optou-se por captar a população alvo durante a campanha, visando alcançar o conjunto de indivíduos idosos do município, incluindo aqueles que buscam as unidades de saúde pública apenas para a vacinação, por terem a rede privada como referência de serviços gerais de saúde.

Eram elegíveis para o presente estudo os idosos do sexo masculino que haviam sido entrevistados no projeto EPOCA (2897 indivíduos). Foram excluídos 21 (0,7%) indivíduos que não haviam respondido a pergunta do questionário relativa à saúde auto-referida e um homem que morreu durante o período de coleta de dados, ficando a população de estudo constituída por 2875 homens de 60 ou mais anos de idade. O período de seguimento estipulado para o estudo foi de dois anos e se iniciou, para cada participante, no primeiro dia após a entrevista.

Para fins deste estudo, optou-se por trabalhar com a variável condição de **saúde auto-referida** agrupada em duas categorias (excelente/boa ou razoável/ruim), formato adotado com maior freqüência na literatura, de forma a possibilitar a comparação dos achados. A condição vital dos participantes foi determinada através de busca na base de dados de mortalidade de residentes de Juiz de Fora do Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, referente ao período de março de 2006 a abril de 2008. O banco de dados dos óbitos por residência de toda a população

no município foi cedido pela Secretaria de Saúde e a busca foi realizada manualmente, selecionando-se todo óbito que tivesse nome ou data de nascimento ou endereço igual ou muito similar ao da população de estudo e, posteriormente, era efetuada a comparação e verificação dos dados, utilizando-se como primeiro critério o nome dos participantes do estudo e, para confirmação, a data de nascimento e o endereço.

Considerou-se como desfecho (falha), os óbitos ocorridos durante o período de seguimento. Os indivíduos que não foram encontrados no sistema de informação de mortalidade do município foram considerados vivos e censurados ao término do período de seguimento.

Foram consideradas nas análises as co-variáveis **idade, escolaridade, trabalho atual, tabagismo atual, serviço de saúde de referência, uso regular de medicação, internação nos últimos 12 meses e condições crônicas auto-referidas** (doenças cardiovasculares e doença respiratória crônica).

O método de Kaplan-Meier foi utilizado para a análise exploratória da sobrevida, sendo a comparação, entre os estratos das variáveis, efetuada pelo teste do *log-rank*, admitindo-se nível de significância de 5%.

Na análise multivariada, foi empregado o modelo de regressão de Cox, com inclusão de cada variável seqüencial e isoladamente (método *enter*). A ordem de entrada no modelo de regressão obedeceu à significância estatística obtida na análise bivariada, sendo a retirada ou permanência de cada variável definida com base na variação da razão de verossimilhança (*likelihood ratio*).

Para efetuar as análises do estudo foi utilizado o pacote estatístico SPSS 13.0 for Windows.

RESULTADOS

A média de idade dos participantes do estudo foi de 70,02 anos (DP= 7,21 anos) e a mediana de 69,00 anos.

Durante o período de seguimento ocorreram 120 óbitos, 48 (40%) deles ocasionados por doenças do aparelho circulatório, 27 (22,5%) por neoplasias, 12 (10%) por doenças do aparelho respiratório e 33 (27,5%) por outras causas de morte.

Na Tabela 1, pode-se observar que a probabilidade de morrer foi maior entre os indivíduos que relataram saúde auto-referida razoável/ruim em relação àqueles com condição de saúde excelente/boa, em praticamente todos os estratos de variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida e de saúde analisadas, excetuando-se uso de medicação regular.

Na Figura 1, são apresentadas as curvas de probabilidade de morte para os homens idosos do estudo, em um período de dois anos de seguimento, segundo variáveis selecionadas. Entre os indivíduos que referiram saúde razoável/ruim, a probabilidade de morte, até o final do período de seguimento, era maior que o dobro da probabilidade observada entre aqueles com avaliação positiva da saúde. O histórico de doença cardiovascular aguda, assim como o tabagismo atual e a utilização de serviço público de saúde como referência eram características que ampliavam a probabilidade de morte entre os indivíduos, comparando-se à ausência das mesmas.

Na Tabela 2, são apresentadas as razões de riscos brutas para as variáveis do estudo. Referir condição de saúde razoável/ruim mostrou-se fortemente associado à mortalidade. Pode-se observar um incremento de 1,05 no risco de morrer a cada ano a mais de vida (HR=1,05). Os homens que não tinham companheira, assim como aqueles que não trabalhavam mais, apresentaram riscos maiores de morrer do que aqueles que contavam com uma companheira, tinham nível de escolaridade menor que o ensino fundamental e ainda trabalhavam. Aqueles que tinham como referência o serviço público de saúde, eram tabagistas atuais, haviam sofrido internação nos 12 meses que antecederam a pesquisa e se referiam a história de doença cardiovascular ou doença respiratória crônica também apresentaram um maior risco de morte maior que os demais.

O modelo final, selecionado pela regressão de Cox, encontra-se na Tabela 3. Pode-se observar que o risco de morrer para os homens que auto-avaliaram sua saúde como razoável/ruim foi 88% maior do que entre aqueles que relataram saúde auto-referida excelente/boa, ajustado pelas demais variáveis do modelo. Idade, utilização do serviço público como referência, tabagismo atual e doença cardiovascular auto-referida, após ajustamento, se mantiveram como variáveis preditoras da mortalidade na população de estudo. Para cada ano a mais de idade, observa-se um incremento de

5% no risco de morrer. Os idosos que utilizam o serviço público de saúde como referência têm um risco de morte 69% maior do que aqueles que utilizam a rede privada; os tabagistas atuais, risco 94% maior do que aquele dos não tabagistas e ex-tabagistas; e aqueles que referiram doença cardiovascular aguda apresentam risco de morrer 62% maior do que os indivíduos sem história prévia dessa patologia.

DISCUSSÃO

Diversos estudos epidemiológicos têm analisado a saúde auto-referida como variável preditora de futuros desfechos na saúde (mortalidade, morbidades, status funcional, recuperação de doença, uso de serviços de saúde e institucionalização) em populações idosas. Em concordância com esses estudos, foi observado que a auto-avaliação negativa da saúde se comportou como um robusto preditor de mortalidade, mesmo após ajustamento por co-variáveis de cunho sócio-demográfico e relacionadas à saúde, na população de homens idosos brasileiros, objeto desta investigação.

Embora o período de seguimento deste estudo tenha sido de dois anos, duração menor do que tem sido utilizada em outras investigações, foi possível observar o papel da saúde auto-referida razoável/ruim no risco de morrer. A duração do período de seguimento varia entre os estudos, mas se observa, de modo geral, que a magnitude da associação é maior em períodos de tempo mais curtos. Em um estudo japonês, com 2490 homens e mulheres de idade igual ou superior a 65 anos, observou-se que a associação entre saúde auto-referida ruim e mortalidade era mais forte aos três anos de seguimento, com risco de 4,78, do que aos 7,3 anos de seguimento, em que o risco foi de 3,19 (Murata et al, 2006). Em estudo com 1042 ingleses de 65 ou mais anos, em que foram realizadas análises em dois períodos de seguimento, entre as mulheres, se observou, ao final de quatro e doze anos, associações, ajustadas por idade, de 4,59 e 2,78 respectivamente, enquanto para os homens a associação entre saúde auto-referida ruim e o risco de morte praticamente não se alterou, passando de 2,32 para 2,36 (Bath, 2003).

A idade se apresentou como um importante fator independente associado à mortalidade. Para cada ano a mais de vida, houve um acréscimo no risco de morte de 5%, ajustado pelas demais variáveis. Outros estudos já haviam observado o efeito da

inserção da co-variável idade na análise da relação entre saúde auto-referida e mortalidade em indivíduos idosos. Em um estudo de seguimento de seis anos, com 7527 indivíduos americanos de 70 anos ou mais, foi observado que o incremento da idade estava associado a um maior risco de morte e declínio funcional, ajustado por referência a um pior estado de saúde, sexo, status de saúde e fatores sociais (Lee, 2000). No estudo inglês citado anteriormente, constatou-se que, entre os homens, além da saúde auto-referida ruim, a idade também se comportava como variável preditora de mortalidade, tanto no modelo de quatro anos de seguimento, com risco de 2,79, quanto no modelo de doze anos, cujo risco era de 2,13, para os indivíduos de 75 ou mais anos quando comparados aos idosos de menos de 75 anos (Bath, 2003). Para homens idosos japoneses, os fatores associados ao incremento do risco de morte, em seis anos de seguimento, foram idade avançada (risco de 2,68 para os homens de 75 a 84 anos e de 2,68 e de 7,73 para os de 85 ou mais anos), não trabalhar, ter algum grau de dependência funcional, apresentar história de hospitalização, vida social limitada e auto-avaliação da saúde como ruim (Ishizaki et al, 2006).

A associação entre maior risco de morte e utilização do serviço público de saúde observada neste estudo não havia sido retratada na literatura. Possivelmente, isso se deve a diferenças no funcionamento do setor saúde, nas diversas localidades onde estudos semelhantes a este foram realizados. No Brasil, o sistema público de saúde é universal e a utilização de serviço privado de saúde como referência se dá, de forma predominante, entre indivíduos com melhores condições sócio-econômicas, que buscam maior acessibilidade e comodidade no consumo de tecnologias e recursos humanos voltados para a saúde (Néri e Soares, 2002). Portanto, o acesso aos serviços privados de saúde poderia estar representando uma medida indireta de condição sócio-econômica mais favorável, característica descrita na literatura como protetora para saúde auto-referida ruim (Plouffe, 2003; Lima-Costa et al, 2006).

Este estudo apontou o tabagismo atual e a história de doença cardiovascular aguda como alguns dos co-fatores associados à mortalidade. Em estudo realizado com homens idosos holandeses, seguidos por um período de cinco anos, foi observado que o tabagismo atual era um fator de risco independente para a mortalidade, mesmo quando ajustado por saúde auto-referida ruim, medidas físicas de saúde (índice de

massa corporal, aferição da pressão arterial, resultado de eletrocardiograma), colesterol, alimentação, realização de atividade física, informações hospitalares, história de doença cardiovascular, uso de medicação e história familiar e doenças crônicas (Pijls et al, 1993).

As variáveis “história de doença cardiovascular” e “história de doença respiratória crônica” se mostraram associadas à mortalidade na análise bivariada, sendo que a primeira permaneceu no modelo multivariado. É importante destacar que o percentual de óbitos por doenças cardiovasculares na população de estudo correspondeu a 40% do total, enquanto os óbitos por doenças respiratórias representaram somente 10%.

Alguns estudos com populações idosas apontam um diferencial entre gêneros na relação entre saúde auto-referida regular/ruim e mortalidade, com associação mais forte entre os homens (Grant et al, 1995; Benyamini et al, 2000; Bath, 2003; Lyyra et al, 2007; Okamoto et al, 2008), enquanto, para outros, não parece haver diferenças significativas, entre homens e mulheres, na magnitude dessa associação, embora possa haver diferenças entre as co-variáveis que participam do modelo preditivo (Lee, 2000; Min et al, 2006). Na França, em estudo realizado com 3360 indivíduos de 65 ou mais anos, durante um período de seguimento de cinco anos, observou-se que, para os homens, a saúde auto-referida (particularmente as categorias intermediárias) era preditora da mortalidade, independente de características sócio-demográficas, status de saúde física, sintomas depressivos, função cognitiva e incapacidade; enquanto que, para as mulheres, a relação entre saúde auto-referida e mortalidade era explicada por status de saúde física e incapacidade (Helmer et al, 1999). Em outro estudo, realizado na Holanda, observou-se que a auto-avaliação da saúde era um bom preditor de mortalidade para homens idosos, especialmente aos três anos de seguimento, mas também aos sete anos e meio, ajustado por idade, nível educacional, status conjugal, doenças respiratórias, cardiovasculares e outras, desordens cognitivas, limitações funcionais e sensoriais, uso de medicamentos, índice de massa corporal e circunferência abdominal, papel social, etilismo e tabagismo; para as mulheres, entretanto, tal relação apresentou menor magnitude e não foi estatisticamente significativa, em nenhum dos dois períodos de seguimento analisados (Deeg e Kriegsman, 2003). Em estudo realizado com 8090 japoneses de 65 a 99 anos, durante

um período de seguimento de seis anos, foi observado que saúde auto-referida ruim e vida social limitada eram preditores independentes da mortalidade geral entre homens e mulheres (Ishizaki et al, 2006).

Essa investigação fixou-se apenas na população masculina que, segundo observado em diversos estudos, costuma apresentar associações de maior magnitude entre saúde auto-referida e mortalidade, não sendo possível a análise de eventuais diferenciais entre os gêneros. Entretanto, Brunner (2006), buscando compreender os fatores relacionados ao gênero que poderiam afetar a saúde auto-referida, aponta que o que se observa são diferenças quantitativas na contribuição de alguns fatores para a auto-avaliação.

A população de estudo foi constituída por homens idosos residentes em município de médio porte de Minas Gerais, Brasil. Entretanto, diversos municípios brasileiros, como os estudados por Peixoto et al (2006) e por Lima-Costa et al (2007), apresentam populações de idosos com características sócio-econômicas, demográficas e de saúde semelhantes às encontradas em Juiz de Fora, sendo possível que as relações entre as variáveis estudadas se dêem de forma similar.

O seguimento da população de estudo foi passivo, com base na notificação dos óbitos pelo sistema de informação de mortalidade do município, assumindo que os indivíduos permaneciam vivos, caso não fossem encontrados os registros de suas mortes. Segundo Teixeira et al (2002), nesse tipo de seguimento, poderiam ser considerados como vivos, indivíduos que, na realidade, emigraram e faleceram em outra localidade. Essa ocorrência parece ser pouco provável, já que se trata de uma cidade de médio porte, predominantemente urbana, que conta com um eficiente registro de mortalidade. Além disso, trata-se de uma população idosa que, como apontam Garrido e Menezes (2002), tende a um padrão de estabilidade, com migração numericamente inferior a dos jovens. Uma comparação com os dados de mortalidade do município mostrou que, durante o ano de 2006, morreram aproximadamente 4% dos homens de 60 anos ou mais residentes em Juiz de Fora, percentual similar ao observado na população de estudo, ao término do período de seguimento.

Na literatura, não foram encontrados estudos com populações de idosos da América do Sul, ou de outras regiões em desenvolvimento, que abordem esse tema.

Nesse sentido, este trabalho representa uma contribuição para o conhecimento desse tema no contexto brasileiro. Dado à importância da condição de saúde auto-referida ruim na predição da mortalidade de homens idosos, esse indicador deveria ser incorporado à rotina da atenção à saúde do idoso, como forma de identificar os indivíduos de maior risco e que, portanto, necessitam de um cuidado mais atento por parte dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves L C, Rodrigues R N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Pan Am J Public Health*.2005; 17(5/6):333-341.

Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli T P, Ward K D, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health*.2007; 7:177-185.

Bath P A. Differences between older men and women in the self-rated health–mortality relationship. *Gerontologist*. 2003; 43: 387–395.

Benjamins M R, Hummer R A, Eberstein I W, Nam C B. Self-reported health and adult mortalityrisk: An analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Medicine*.2004;59:1297–1306.

Benyamini Y, Leventhal E A, Leventhal H. Gender Differences in Processing Information for Making Self-Assessments of Health. *Psychosomatic Medicine*.2000;62:354–364.

Benyamini Y, Leventhal E A, Leventhal H. Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health. *Soc Sci Med*.2003;56:1661–1667.

Brunner R L. Understanding Gender Factors Affecting Self-Rated Health. *Gend Med*. (Editorial Comment). 2006;3(4):292-294.

Deeg D J H, Kriegsman D M W. Concepts of self-rated health: Specifying the gender difference in mortality risk. *The Gerontologist*.2003;43:376–386.

Fayers P M, Sprangers M A G. Understanding self-rated health. *The Lancet*.2002;359(19):187-188.

Fone S, Lundgren-Lindquist B. Health status and functional capacity in a group of successfully ageing 65 – 85 year olds. *Disability and Rehabilitation*.2003;25(18):1044–1051.

Garrido R, Menezes P R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr.*2002;24(Supl I):3-6.

Grant M D, Piotrowski Z H, Chappell R. Self-reported health and survival in the longitudinal study of aging, 1984–1986. *J Clin Epidemiol.*1995;48:375–387.

Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J.F. Subjective health and mortality in French elderly women and men. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sci Soc Sci.*1999;54:84-92.

Hoeymans N, Feskens E J M, Van Den Bos G A M, Kromhout D. Non-response bias in a study of cardiovascular diseases, functional status and self-rated health among elderly men. *Age and Ageing.*1998;27:35-40.

Ishizaki T, Kai I, Imanaka Y. Self-rated health and social role as predictors for 6-year total mortality among a non-disabled older Japanese population. *Arch Gerontol Geriatr.*2006;42:91–99.

Kabir Z N, Tishelman C, Agüero-Torres H, Chowdhury A M R, Winblad B, Höjer B. Gender and rural /urban differences in reported health status by older people in Bangladesh. *Arch Gerontol Geriatr.*2003;37:77-91.

Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health.* 2000;54:123-129.

Lima-Costa M F, Firmo J O A, Uchôa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. *Cad Saúde Pública.*2005;21(3):830-839.

Lima-Costa M F, Peixoto S V, Matos D L, Firmo J O A, Uchoa 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(8):1893-1902.

Lyyra T M, Heikkinen E, Lyyra A L, Jylhä M. Self-rated health and mortality: Could clinical and performance-based measures of health and functioning explain the association? *Arch Gerontol Geriatr.*2006;42:277–288.

Lyyra T M, Leskinen E, Jylhä M, Heikkinen E. Self-rated health and mortality in older men and women: A time-dependent covariate analysis. *Arch Gerontol Geriatr* (2007), doi:10.1016/j.archger.2007.09.004

Mackenbach J, Simon J, Looman C W N, Joung I M A. Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *Int Journal Epidemiology.*2002;31:1162-1168.

Menec V H, Shooshtari S, Lambert P. Ethnic Differences in Self-Rated Health Among Older Adults: A Cross-Sectional and Longitudinal Analysis. *J Aging and Health*.2007;19(1):62-86.

Min L C, Elliott M N, Wenger N S, Saliba D. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54:507-511.

Mossey J M, Shapiro E. Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly. *Am J Public Health*.1982;72:800-808.

Murata C, Kondo T, Tamakoshi K, Yatsuya H, Toyoshima H. Determinants of self-rated health: could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Arch Gerontol Geriatr*.2006;43:369-380.

Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(supl):77-87.

Okamoto K, Momose Y, Fujino A, Osawa Y. Gender differences in the relationship between self-rated health (SRH) and 6-year mortality risks among the elderly in Japan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008; 47:311–317.

Paskulin, L M G, Vianna, L A C. Perfil Sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*.2007;41(5):757-768.

Peixoto S V, Firmo J O A, Lima-Costa M F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saúde Pública*.2006;22(9):1925-1934.

Pijls L T, Feskens E J, Kromhout D. Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men. The Zutphen Study, 1985–1990. *Am J Epidem*.1993;138:840-848.

Santiago L M, Novaes C O, Matos I E. Fatores associados à saúde auto-referida em homens idosos residentes em município de médio porte de Minas Gerais, Brasil (ainda não publicado).

Teixeira M T B, Faerstein E, Latorre M R. Técnicas de análise de sobrevivência. *Cad Saude Pub*.2002;18(3):579-594.

Tabela 1: Risco de morrer por categoria de saúde auto-referida na população de estudo, segundo variáveis sócio-demográficas, de estilo de vida e de saúde, em período de seguimento de dois anos. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2006-2008

| <i>Variável</i> | <i>Saúde auto-referida</i> | | <i>p-valor</i> |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | <i>Excelente/boa</i> | <i>Razoável/ruim</i> | |
| | <i>Risco de morrer (%)</i> | <i>Risco de morrer (%)</i> | <i>Teste do log-rank</i> |
| Faixa etária | | | |
| 60 a 69 anos | 2,0 | 4,6 | |
| 70 a 79 anos | 3,7 | 7,5 | 0,000 |
| 80 anos ou + | 4,3 | 9,4 | |
| Status conjugal | | | |
| Com companheira | 2,6 | 5,1 | 0,000 |
| Sem companheira | 3,5 | 9,0 | |
| Escolaridade | | | |
| Ensino médio ou superior | 0,2 | 4,6 | |
| Ensino fundamental completo | 3,0 | 5,3 | 0,000 |
| Ensino menor que fundamental | 3,3 | 7,4 | |
| Trabalho atual | | | |
| Sim | 2,3 | 2,8 | 0,000 |
| Não | 3,1 | 7,0 | |
| Serviço de saúde de referência | | | |
| Privado/particular | 2,5 | 3,7 | 0,000 |
| Público (SUS) | 3,1 | 7,2 | |
| Tabagismo atual | | | |
| Não Fumante | 2,7 | 5,7 | 0,000 |
| Fumante | 4,3 | 10,1 | |
| Uso de medicação regular | | | |
| Não | 2,1 | 2,0 | 0,650 |
| Sim | 7,8 | 5,9 | |
| Internação recente | | | |
| Não | 2,8 | 5,7 | 0,000 |
| Sim | 3,7 | 7,9 | |
| Doença cardiovascular aguda | | | |
| Não | 2,6 | 5,8 | 0,000 |
| Sim | 5,6 | 7,8 | |
| Doença respiratória crônica | | | |
| Não | 2,7 | 6,1 | 0,000 |
| Sim | 6,4 | 7,8 | |

Figura 1 – Probabilidade de morte na população de estudo, segundo variáveis selecionadas, em período de seguimento de dois anos. Juiz de Fora, Minas Gerais

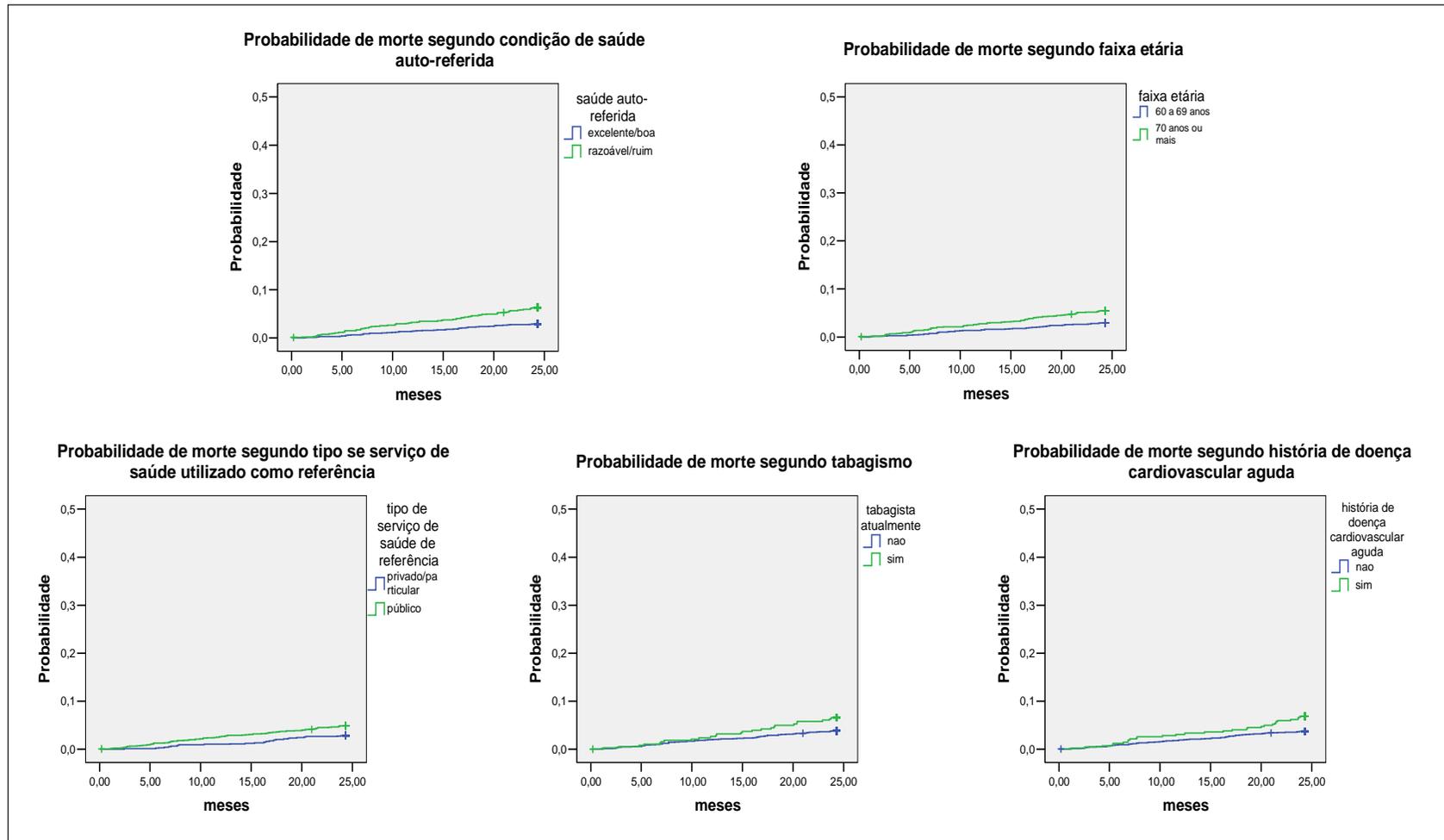


Tabela 2 – Variáveis associadas ao risco de morrer na população de estudo, em período de seguimento de dois anos. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2006-2008

| <i>Variável Preditora</i> | <i>β</i> | <i>SE</i> | <i>p-valor</i> | <i>Exp(β)</i> | <i>IC (95%)</i> |
|--|---------------------------|-----------|----------------|--------------------------------|-----------------|
| Idade (contínua) | 0,045 | 0,012 | 0,000 | 1,05 | (1,02-1,07) |
| Internação recente | | | | | |
| Sim | 0,492 | 0,205 | 0,016 | 1,63 | (1,09-2,44) |
| Status conjugal | | | | | |
| Sem companheira | 0,517 | 0,191 | 0,007 | 1,68 | (1,15-2,44) |
| Uso de sistema público de saúde referência | 0,549 | 0,216 | 0,011 | 1,73 | (1,13-2,64) |
| Tabagismo atual | | | | | |
| Sim | 0,562 | 0,225 | 0,013 | 1,75 | (1,13-2,73) |
| Escolaridade | | | | | |
| Fundamental completo | 0,303 | 0,275 | 0,270 | 1,35 | (0,79-2,32) |
| Menor que fundamental | 0,584 | 0,248 | 0,018 | 1,79 | (1,10-2,91) |
| Doença respiratória crônica | | | | | |
| Sim | 0,627 | 0,276 | 0,023 | 1,87 | (1,09-3,22) |
| Doença cardiovascular aguda | | | | | |
| Sim | 0,638 | 0,214 | 0,003 | 1,89 | (1,26-2,88) |
| Trabalho atual | | | | | |
| Não | 0,674 | 0,262 | 0,010 | 1,96 | (1,17-3,28) |
| Saúde auto-referida | | | | | |
| Razoável/ruim | 0,801 | 0,185 | 0,000 | 2,23 | (1,55-3,20) |

Tabela 3 – Modelo final selecionado pela regressão de Cox para o risco de morrer na população de estudo, em período de seguimento de dois anos. Juiz de Fora, Minas Gerais, 2006-2008

| Variável Preditora | β | SE | p-valor | Exp(β)* | CI (95%) |
|--|---------------------------|-----------|----------------|---------------------------------|-----------------|
| Saúde auto-referida (Razoável/ruim) | 0,630 | 0,190 | 0,001 | 1,88 | (1,29-2,72) |
| Idade (contínua) | 0,050 | 0,012 | 0,000 | 1,05 | (1,03-1,08) |
| Serviço de saúde de referência (Público) | 0,524 | 0,220 | 0,017 | 1,69 | (1,10-2,60) |
| Tabagismo atual (sim) | 0,664 | 0,228 | 0,004 | 1,94 | (1,24-3,04) |
| Doença cardiovascular aguda (sim) | 0,481 | 0,217 | 0,027 | 1,62 | (1,06-2,47) |

* Ajustado pelas demais variáveis do modelo

6- Conclusão e comentários finais

Os resultados desta dissertação evidenciam que a saúde auto-referida foi uma medida útil para a avaliação das condições de saúde da população masculina de 60 anos ou mais do município de Juiz de Fora/MG.

Os achados do primeiro artigo reforçaram a hipótese de que múltiplas questões estão envolvidas na forma com que as populações idosas auto-avaliam sua saúde, compreendendo fatores sócio-demográficos, de condições de saúde e tipo/uso de serviços de saúde. Considerando esses achados, é importante que os serviços de saúde, ao traçarem suas estratégias de ação, priorizem os idosos usuários do sistema público que fazem uso de medicação regular, sofreram internação recente, não exercem atividade laboral e têm baixo nível de escolaridade, fatores que se mostraram relevantes para condição de saúde auto-referida ruim nesse grupo populacional.

Os resultados do segundo artigo evidenciaram que a saúde auto-referida é preditora da mortalidade entre os homens idosos de Juiz de Fora, em um período de seguimento de dois anos, mesmo após ajustamento por idade, tipo de serviço de saúde utilizado como referência, tabagismo atual e história de doença cardiovascular aguda. Diante da reconhecida importância da saúde auto-referida ruim na predição da mortalidade, recomenda-se que os serviços de saúde incorporem esse indicador nas avaliações de saúde do usuário idoso.

Certos grupos populacionais de homens idosos, vivendo em municípios de porte médio da região Sudeste, apresentam uma série de características sócio-econômicas e demográficas similares às encontradas em Juiz de Fora, sendo possível que os achados destes estudos reflitam, em parte, a mesma realidade.

Na literatura existem outros estudos brasileiros que analisaram variáveis explanatórias da condição de saúde auto-referida em idosos. Entretanto, não foram encontrados estudos voltados especificamente para os homens, ou que avaliassem a saúde auto-referida como preditora de mortalidade desse grupo populacional, no contexto brasileiro. Nesse sentido, essa investigação se constitui em uma primeira abordagem desse tema e busca contribuir para o conhecimento na área da saúde do idoso no Brasil.

7- Referências bibliográficas

Alves L C, Rodrigues R N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Pan American J Public Health*.2005;17(5/6):333-341.

Barreto SM, Giatti L, Kalache A. Gender inequalities in health among older Brazilian adults. *Rev Panam Salud Publica*.2004;16(2):110–117.

Bath P A. Differences between older men and women in the self-rated health–mortality relationship. *The Gerontologist*. 2003; 43: 387–395.

Benjamins M R, Hummer R A, Eberstein I W, Nam C B. Self-reported health and adult mortalityrisk: An analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Medicine*.2004;59:1297–1306.

Benyamini Y, Leventhal E A, Leventhal H. Gender Differences in Processing Information for Making Self-Assessments of Health. *Psychosomatic Medicine*.2000;62:354–364.

Benyamini Y, Leventhal E A, Leventhal H. Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health. *Soc Sci Med*.2003;56:1661–1667.

Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Néri A L, Debeert G G. *Velhice e sociedade*. 1ª ed. São Paulo: Papirus;1999:11-40.

Bird C, Rieker P. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Soc Sci Medicine*.1999;48:745-755.

Brunner R L. Understanding Gender Factors Affecting Self-Rated Health. *Gend Med*. (Editorial Comment). 2006;3(4):292-294.

Camarano A A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão número 858. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Ministério do planejamento, orçamento e gestão, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf>

Cheng S, Chan A C M. Social support and self-rated health revisited: Is there a gender difference in later life? *Soc Sci Medicine*.2006;63:118–122.

Coutinho M, Soares G A D. Men: the disorganized majority. *Dados* [online]. 2000; 43 (2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582000000200004&lng=en&nrm=iso>

DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). Informações de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

Deeg D J H, Kriegsman D M W. Concepts of self-rated health: Specifying the gender difference in mortality risk. *The Gerontologist*.2003;43:376–386.

Fayers P M, Sprangers M A G. Understanding self-rated health. *The Lancet*.2002;359(19):187-188.

Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*.2005;10(1):105-109.

Figueiredo M L F, Tyrrel M A R, Carvalho C M R G, Luz M H B A, Amorim F C M, Loiola N L A. As diferenças de gênero na velhice. *Rev Bras Enferm*.2007; 60(4):422-427.

Fone S, Lundgren-Lindquist B. Health status and functional capacity in a group of successfully ageing 65 – 85 year olds. *Disbility and Rehabilitation*.2003;25(18):1044–1051.

García-Sanz B, Saco A. Envejecimiento de la población mundial. *Temas para el debate*. 1995;11:35-38.

Garrido R, Menezes P R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr*.2002;24(Supl I):3-6.

Giatti L, Barreto S M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública*.2003;19(3):759-771.

Gomes R, Nascimento E F, Araújo F C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*.2007;23(3):565-574.

Grant M D, Piotrowski Z H, Chappell R. Self-reported health and survival in the longitudinal study of aging, 1984–1986. *J Clin Epidemiol*.1995;48:375–387.

Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J F. Subjective health and mortality in French elderly women and men. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sci Soc Sciences*.1999;54:84-92.

Hoeymans N, Feskens E J M, Van Den Bos G A M, Kromhout D. Non-response bias in a study of cardiovascular diseases, functional status and self-rated health among elderly men. *Age and Ageing*.1998;27:35-40.

Ishizaki T, Kai I, Imanaka Y. Self-rated health and social role as predictors for 6-year total mortality among a non-disabled older Japanese population. *Arch Gerontol Geriatr*.2006;42:91–99.

Kabir Z N, Tishelman C, Agüero-Torres H, Chowdhury A M R, Winblad B, Höjer B. Gender and rural /urban differences in reported health status by older people in Bangladesh. *Arch Gerontol Geriatr*.2003;37:77-91.

Kivinen P, Halonen P, Eronen M, Nissinen A. Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: the Finnish cohorts of the Seven Countries Study. *Age and Ageing*.1998;27:41-47.

Laurenti R, Jorge M H P M, Gotlieb S L D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*.2005;10(1):35-46.

Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr*.2003;37:63-76.

Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people- a 5-year longitudinal study. *Soc Sci Medicine*.2001;52:1329-1341.

Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:123-129.

Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr*.2003;37:63-76.

Lewis A. A saúde como conceito social. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*.1998;8(1):151-174.

Lima-Costa M F, Veras R P. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):700-701.

Lima-Costa M F, Barreto S M, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*.2003;19(3):735-743.

Lima-Costa M F, Firmo J O A, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*.2004;38(6):827-834.

Lima-Costa M F, Firmo J O A, Uchôa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. *Cad Saúde Pública*.2005;21(3): 830-839.

Lima-Costa M F, Matos D L, Camarano A. A evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciênc Saúde Coletiva*.2006;11(4):941-950.

Lima-Costa M F, Peixoto S V, Matos D L, Firmo J O A, Uchoa 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(8):1893-1902.

Lima-Costa M F. Fatores associados à vacinação contra gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Saúde Pública*.2008;42(1):100-107.

Lloyd-Sherlock P. Old age and poverty in developing countries: new policy challenges. *World Development*.2000;28(12):2157-2168.

Lyyra T M, Heikkinen E, Lyyra A L, Jylha M et al. Self-rated health and mortality: Could clinical and performance-based measures of health and functioning explain the association? *Arch Gerontol Geriatr*.2006;42:277–288.

Lyyra T M, Leskinen E, Jylhä M, Heikkinen E. Self-rated health and mortality in older men and women: A time-dependent covariate analysis. *Arch Gerontol Geriatr* (2007), doi:10.1016/j.archger.2007.09.004

Mao Z, Wu B. Urban–rural, age and gender differences in health behaviours in the Chinese population: findings from a survey in Hubei, China. *Public Health*.2007.

Menec V H, Shooshtari S, Lambert P. Ethnic Differences in Self-Rated Health Among Older Adults: A Cross-Sectional and Longitudinal Analysis. *J Aging and Health*.2007;19(1):62-86.

Min L C, Elliott M N, Wenger N S, Saliba D. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *JAm Geriatr Soc*. 2006;54:507-511.

Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson H G, Feldman I. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden.2006; *European J Public Health*, 17(2):125–133.

Mossey J M, Shapiro E. Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among the Elderly. *Am J Public Health*.1982;72:800-808.

Murata C, Kondo T, Tamakoshi K, Yatsuya H, Toyoshima H. Determinants of self-rated health: could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Arch Gerontol Geriatr*.2006;43:369-380.

Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(supl):77-87.

Okamoto K, Tanaka Y. Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly person in Japan. *Preventive Medicine*.2004;38:318-322.

Okamoto K, Momose Y, Fujino A, Osawa Y. Gender differences in the relationship between self-rated health (SRH) and 6-year mortality risks among the elderly in Japan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2008; 47:311–317.

Peixoto S V, Firmo J O A, Lima-Costa M F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saúde Pública.*2006;22(9):1925-1934.

Pinheiro R S, Viacava F, Travassos C, Brito A S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.*2002;7(4):687-707.

Plouffe L A. Addressing social and gender inequalities in health among seniors in Canada. *Cad Saúde Pública.*2003;19(3):855-860.

Pijls L T, Feskens E J, Kromhout D. Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men. The Zutphen Study, 1985–1990. *Am J Epidem.*1993;138:840-848.

Ramos L R, Simões E J, Albert M S. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up. *J Am Geriatric Society.*2001;4:1168–1175.

Ramos L R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública.*2003;19(3):793-798.

Schraiber L B, Gomes R, Couto M T. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva.*2005;10(1):7-17.

Shooshtari S, Menec V, Tate R. Comparing Predictors of Positive and Negative Self-Rated Health Between Younger (25-54) and Older (55+) Canadian Adults: A Longitudinal Study of Well-Being. *Research on Aging.*2007;29(6):512-554.

Silva L M V, Formigli V L A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública.*1994;10(1):80-91.

Szaflarski M, Cubbins L A. Self-Reported health in Poland and the United States: A comparative analysis of demographic, family and socioeconomic influences. *Health (London).*2004;8(5):5-31.

Szwarcwald C L, Leal M C, Gouveia G C, Souza W V. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Matern Infant.*2005;5(supl 1):511-522.

Teixeira M T B, Faerstein E, Latorre M R. Técnicas de análise de sobrevivência. *Cad Saúde Pub.*2002;18(3):579-594.

Undén A L, Elofsson S. Do different factors explain self-rated in men and women? *Gender Medicine.*2006;3(4):295-308.

Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saúde Pública.2003;19(3):705-715.

Veras R, Parahyba M I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. Cad Saúde Pública.2007;23(10):2479-2489.

World Health Organization. Men, ageing and health-achieving health across the life span. Genebra; Who, Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Department: 2001. (WHO/NMH/NPH/01.2)

ANEXO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você foi convidado para participar da pesquisa: “Atenção à saúde do idoso: Caracterização dos serviços de detecção precoce das neoplasias de mama, colo do útero e próstata na rede de atenção básica à saúde no sudeste da Zona da Mata de Minas Gerais”. Este estudo é coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz e tem o apoio do Pólo Interdisciplinar na Área do Envelhecimento / UFJF e do Conselho Municipal do Idoso de Juiz de Fora. Os objetivos deste estudo são: caracterizar os serviços de atenção básica à saúde no sudeste da Zona da Mata Mineira em relação à disponibilidade, estruturação, utilização e satisfação do usuário idoso.

Você foi selecionado por estar participando da Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe, mas sua participação não é obrigatória. Sua participação nesta pesquisa consiste em responder a um questionário no próprio posto de vacinação. A qualquer momento você pode interromper sua participação sem que sofra prejuízo algum. Não existe risco em participar e os benefícios são: a contribuição para a avaliação dos serviços de atenção básica à saúde, favorecendo o desenvolvimento de ações no campo da saúde, e a produção de conhecimentos sobre os idosos de nossa região.

As informações obtidas serão divulgadas apenas em relação à população de modo geral, sendo todo o material cuidadosamente armazenado de modo a assegurar o sigilo sobre seus dados de identificação. Você pode entrar em contato conosco para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, em qualquer momento que julgar necessário.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa

DADOS GERAIS

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| Nome: | | Sexo: | | 1 Idade: | 2 Nascimento: |
| 3 Endereço: | | | 4 Bairro: | 5 Telefone: | 6 Altura: 7 Peso: |
| 8 Estado Civil: (1) Casado (2) Solteiro (3) Divorciado (4) Amasiado (5) Viúvo | 9 Escolaridade: (1) Não alfabetizado (2) Alfabetizado (3) Fundamental (4) Médio (5) Superior | 10 Sua casa: (1) Alugada (2) Cedida (3) Própria (4) C/ família | 11 Fonte de renda: (1) Pensão (2) Aposentadoria (3) Salários (4) Ajuda de amigos (5) Não possui | 12 Como é a sua saúde de modo geral? (1) Excelente (2) Boa (3) Razoável (4) Ruim | |
| 13 Trabalha atualmente? (1) Sim (2) Não | 14 Ocupação? | 15 Total da renda familiar ? R\$ | 16 Esteve internado(a) no último ano? (1) Sim (2) Não | 17 Se esteve, porquê? | |
| 18 Qual o tipo de serviço de saúde que você utiliza? (1) SUS (2) Plano privado (3) Particular | 19 No último ano você foi ao médico? (1) Semanal (2) Mensal (3) 4 a 6x ano (4) 1 a 3x ano (5) Não foi | 20 Você tem um médico “geral” ou “especialista” que você consulta sempre? (1) Sim (2) Não | 21 Há quanto tempo você consulta com esse médico? | 22 Utiliza medicação regularmente? (1) Sim (2) Não Quantos? Valor? R\$ | 23 Nos últimos 30 dias, quantas vezes/semana você comeu frutas, verduras ou legumes? (1) diariamente (2) 1 a 3 p/semana (3) nenhuma |
| 24 Você convive com fumantes? (1) Sim (2) Não | 25 Você fuma? (1) Fumante (2) Ex-fumante (3) Nunca fumou | 26 Quantos cigarros você fuma ou fumava por dia? | 27 Por quanto tempo você fuma ou fumou pelo menos 1 cigarro por semana? _____ meses ou _____ anos | 28 .Nos últimos 30 dias. Você consumiu alguma bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não | |
| 29 Durante os últimos 30 dias, aproximadamente, em quantos dias, por semana ou por mês, você consumiu bebidas alcoólicas? dias/ semana ou dias/ mês. | | | | | |
| 30 Você realiza atividades moderadas fazendo suar levemente, como nadar, dançar, pedalar na bicicleta, fazer serviços domésticos leves? (1) Sim (2) Não Se sim, quantas vezes por semana? | | | | | |
| 31 Você caminha mais de 10 min todo dia? (1) Sim (2) Não | | | | | |
| 32 Quantas horas por dia você fica sentado? | | | | | |
| 33 O que dificulta sua ida ao serviço de saúde? (1) Nada (2) Distância (3) Falta de transporte (4) Falta de dinheiro (5) Falta de companhia (6) Falta de tempo (7) Mau atendimento | 34 Quando vai ao serviço de saúde, que problemas enfrenta? (1) Demora no atendimento (2) Demora para conseguir exames (3) Falta de profissionais (4) Falta de equipamentos (5) Falta de medicação (6) Mau atendimento | | 35 Algum médico já lhe disse que você tem ou teve alguma dessas doenças? (1) Alta pressão arterial (10) Enfisema (2) Colesterol alto (11) D. renal crônica (3) Triglicérides alto (12) Cirrose do fígado (4) Diabetes (13) Hepatite (5) Angina / dores no peito (14) Reumatismo / artrite (6) Infarto (15) Osteoporose (7) AVC / derrame (16) Parkinson (8) Tuberculose (17) Depressão (9) Bronquite (18) Outra. Qual? | | |
| 36 Algum médico já disse que você tem / teve câncer? (1) Sim (2) Não | | 40 Qual? (1) Nenhum nos últimos 12 meses (2) Quimioterapia/medicação (3) Cirurgia/biópsia (4) Radioterapia (5) Medicação p/dor, náuseas, alergias | | 41 Porque não fez tratamento nos últimos 12 meses? (1) Não quis (2) o médico não indicou (3) não tinha quem levasse (4) não tinha como pagar (5) Não tinha plano de saúde (6) não teve disponibilidade (7) o tratamento terminou | |
| 37 Se sim, ano: Idade: | | 38 Localização desse câncer? | | 39 Foi necessário algum tratamento? (1) Sim (2) Não | |
| 42 Algum parente já teve câncer de mama? | 43 Algum parente já teve câncer de útero? | 44 Algum parente já teve câncer de | 45 Você está aqui por causa da vacinação contra | 46 Você lembra de alguma outra campanha de saúde que tenha participado | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| (1) mãe (2) avó (3) irmã (4) outro _____ (5) não teve | (1) mãe (2) avó (3) irmã (4) outro _____ (5) não teve | próstata? (1) pai (2) avô (3) irmão (4) outro _____ (5) não teve | gripe, como soube da campanha? | ou ficado sabendo? | |
| APENAS PARA AS MULHERES | | | | | |
| 47 Você já foi a um ginecologista? (1) Sim (2) Não | 48 Há quanto tempo? Ano: Idade: | 49 Você fez cirurgia p/ retirada do útero? (1) Sim (2) Não | 50 Motivo? | | |
| <i>O teste de Papanicolaou, é um exame preventivo no qual se colhe um material do colo de útero para análise de laboratório.</i> | | | | | |
| 51 Você já fez exame preventivo? (1) Sim Ano: (2) Não (3) Nunca fez | 53 Em caso de sim, qual o motivo? (1) Vi uma campanha (2) ouvi falar (3) Rotina (4) Apresentava alteração (5) Recomendação médica | 54 Em qual serviço você fez? (1) Público (2) Privado | 55 Foi necessário tratamento após o exame? (1) Sim . Qual? (2) Não (3) Não pegou o resultado | | |
| 52 Porque nunca fez preventivo? | | | | | |
| <i>O exame clínico de mama é um exame no qual o médico/enfermeiro apalpa as mamas para procurar alguma alteração.</i> | | | | | |
| 56 Você já fez exame de mama? (1) Sim Ano: (2) Não (3) Nunca fez | 58 Em caso de sim, qual o motivo? (1) Vi uma campanha (2) ouvi falar (3) Rotina (4) Apresentava alteração (5) Recomendação médica | 59 Em qual serviço você fez? (1) Público (2) Privado | 60 Foi necessário tratamento após o exame? (1) Sim. Qual? (2) Não (3) Não pegou o resultado | | |
| 57 Porque nunca fez exame clínico das mamas? | | | | | |
| <i>A mamografia é um exame em que as mulheres fazem um raio X comprimindo as mamas para detectar alterações.</i> | | | | | |
| 61 Você já fez mamografia? (1) Sim Ano: (2) Não (3) Nunca fez | 63 Em caso de sim, qual o motivo? (1) Vi uma campanha (2) ouvi falar (3) Rotina (4) Apresentava alteração (5) Recomendação médica | 64 Em qual serviço você fez? (1) Público (2) Privado | 65 Foi necessário tratamento após o exame? (1) Sim . Qual? (2) Não (3) Não pegou o resultado | | |
| 62 Porque nunca fez mamografia? | | | | | |
| APENAS PARA OS HOMENS | | | | | |
| 66 Você já foi a um urologista? (1) Sim (2) Não | 67 Há quanto tempo? Ano: Idade: | 68 Você fez alguma cirurgia de próstata? (1) Sim (2) Não | 69 Se fez, qual o motivo? | | |
| <i>O exame de sangue para medir o PSA e o exame de toque retal são exames realizados para detectar alterações na próstata.</i> | | | | | |
| 70 Nos últimos 5 anos você fez exame de PSA? (1) Sim Ano: (2) Não (3) Nunca fez | 72 Nos últimos 5 anos você fez exame de toque? (1) Sim Ano: (2) Não (3) Nunca fez | 74 Em caso de sim, qual o motivo? (1) Vi uma campanha (2) ouvi falar (3) Rotina (4) Apresentava alteração (5) Recomendação médica | 75 Em qual serviço você fez? (1) Público (2) Privado | 76 Foi necessário tratamento após o exame? (1) Sim. Qual? (2) Não (3) Não pegou o resultado | |
| 71 Porque nunca fez PSA? | | | | | |
| 73 Porque nunca fez exame de toque? | | | | | |
| 77 Você está satisfeito com o sistema de transporte urbano? (1) Sim (2) Não | 78 Você está satisfeito com a segurança no seu bairro? (1) Sim (2) Não | 79 Você está satisfeito com as suas opções de lazer? (1) Sim (2) Não | 80 Você conhece o Estatuto do idoso? (1)Sim (2)Não | 81 Você tem um exemplar do Estatuto do idoso? (1) Sim (2) Não | 82 Você tem ou já teve empréstimo com desconto em folha de pagamento? (1) Sim (2) Não |
| 83 Você acha que já sofreu algum tipo de desrespeito? (1) Sim (2) Não Qual? | | | | | |

Instituições Responsáveis Pela Pesquisa:

- Fiocruz/ ENSP Telefone: (21) 2598-2627
- Comitê de Ética em Pesquisa Telefone: (21) 2598-2863

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manginhos / Rio de Janeiro - RJ.

Inês Echenique Mattos
Coordenação Geral

Cristiane de Oliveira Novaes
Coordenação Regional