

A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí

The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS)

Maria Fernanda Lima-Costa, Josélia O A Firmo e Elizabeth Uchôa

Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Descritores

Envelhecimento. Idoso, fatores socioeconômicos. Hábitos. Condições de vida. Condições de saúde. Acesso aos serviços de saúde. Auto-avaliação da saúde.

Resumo

Objetivo

Determinar os fatores associados à auto-avaliação da saúde entre idosos, considerando-se cinco dimensões: sociodemográfica, suporte social, hábitos de vida relacionados à saúde, condições de saúde e acesso e uso de serviços de saúde.

Métodos

Dos 1.742 idosos (≥ 60 anos) residentes na cidade de Bambuí (Minas Gerais), 1.516 (87,0%) participaram do estudo. As informações foram obtidas por meio de entrevistas, exames físicos e laboratoriais.

Resultados

A auto-avaliação da saúde como boa/muito boa, razoável e ruim/muito ruim foi relatada, respectivamente, por 24,7%, 49,2% e 26,1% dos participantes. As seguintes características apresentaram associações independentes e positivas com pior percepção da saúde: suporte social (insatisfação com os relacionamentos pessoais e menor frequência a clubes ou associações), condições de saúde (sintomas depressivos/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). Associação negativa e independente foi encontrada para renda domiciliar mensal ($< 2,0$ vs ≥ 4 salários-mínimos).

Conclusões

Os resultados mostraram uma estrutura multidimensional da auto-avaliação da saúde em idosos, compreendendo a situação socioeconômica, suporte social, condições de saúde (destacando-se a saúde mental) e acesso e uso de serviços de saúde.

Keywords

Aging. Aged, socioeconomic factors. Habits. Living conditions. Health conditions. Health services accessibility. Self-rated health.

Abstract

Objective

To determine factors associated with self-rated health among older adults, considering five dimensions: sociodemographic variables, social support, lifestyle risk factors, health status, and access to/use of healthcare services.

Methods

Of the 1,742 older adults (≥ 60 years) living in the town of Bambuí (southeastern Brazil), 1,516 (87.0%) participated in the study. Information was obtained by means of standardized interviews and physical and laboratory exams.

Correspondência para/ Correspondence to:
Maria Fernanda F. Lima-Costa
Núcleo de Estudos em S. Pública e Envelhecimento
Centro de Pesquisas René Rachou - Fiocruz
Av. Augusto de Lima, 1715
30190-002 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: lima-costa@cpqrr.fiocruz

Subvencionado pela Financiadora de Estudos e Projetos do Rio de Janeiro (Finep - Processo n. 66940009-00)
Recebido em 13/8/2003. Reapresentado em 11/3/2004. Aprovado em 19/4/2004.

Results

Self-rated health as good/very good, reasonable, and poor/very poor was reported by 24.7%, 49.2%, and 26.1% of subjects, respectively. The following characteristics showed independent positive associations with worse self-rated health: social ties (dissatisfaction with social network, attendance to clubs and associations), health status (symptoms of depression/anxiety in the last two weeks, sleeplessness in the last 30 days, greater number of prescribed medications used in the last 30 days), and access to/use of healthcare services (complaints when seeking medical care, greater number of medical appointments in the last 12 months, greater number of hospital admissions in the last 12 months). An independent negative association was found with monthly family income (<2.0 vs. ≥4 minimum wages).

Conclusions

Our results show that self-rated health among older adults is multidimensional in structure, being influenced by socioeconomic conditions, social support, health status (with emphasis on mental health), and access to/use of healthcare services. This structure resembles the definition of health adopted by the World Health Organization (an individual's "physical, mental and social well-being").

INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento da população, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, tem levado a uma busca por indicadores simples da condição de saúde, que possam ser usados tanto em inquéritos de saúde quanto em estudos etiológicos. A auto-avaliação da saúde, determinada por meio de uma simples pergunta: “*De uma maneira geral, como você considera a sua saúde?*”, ou equivalente, é um dos indicadores mais usados em pesquisas gerontológicas, porque prediz de forma robusta e consistente a mortalidade e o declínio funcional.¹¹ Além disso, a auto-avaliação da saúde é um melhor preditor da mortalidade do que medidas objetivas da condição de saúde,¹¹ refletindo uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicossocial e social.¹² Em acréscimo, essa avaliação apresenta confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde.¹⁹

No Brasil, são raros os estudos de base populacional que avaliam a distribuição da auto-avaliação da saúde em idosos. Os dados mais abrangentes sobre esse tema foram coletados no suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio, conduzida em 1998 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).¹⁶ Um estudo realizado com os dados dessa pesquisa mostrou que somente 24,5% da população idosa brasileira classificava a sua saúde como boa ou muito boa.¹⁶ Entretanto, esse resultado deve ser interpretado com cautela porque a percepção da saúde refere-se a um julgamento subjetivo que não pode ser determinado por outra pessoa. Na pesquisa mencionada, 38% das en-

trevistas com idosos foram respondidas por outra pessoa. Estudos epidemiológicos conduzidos anteriormente no Brasil mostraram que a avaliação da saúde como boa/muito boa entre idosos variava entre 25% em Bambuí,¹⁸ 44% no Rio de Janeiro²⁵ e 70% em São Paulo.²¹ Pelo conhecimento dos autores, não existem estudos brasileiros investigando os fatores associados à auto-avaliação da saúde entre idosos.

O presente trabalho é parte da linha de base da coorte de base populacional de Bambuí, e tem por objetivo determinar os fatores associados à auto-avaliação da saúde na população idosa, considerando-se cinco dimensões: (a) sociodemográfica, (b) suporte social, (c) hábitos de vida relacionados à saúde, (d) condições de saúde e, (e) acesso e uso de serviços de saúde.

MÉTODOS

O estudo foi realizado no município de Bambuí, situado no Estado de Minas Gerais, sudeste do Brasil, a cerca de 240 quilômetros de Belo Horizonte, capital do Estado. Esse município possuía 20.573 habitantes, 73% dos quais vivendo na sua sede (cidade de Bambuí). Havia um médico para 1.000 habitantes na cidade de Bambuí e não existiam instituições para idosos. A expectativa de vida era de 70 anos. As principais causas de morte nesse município eram: acidente vascular cerebral, doença de Chagas, doença isquêmica do coração e doença pulmonar obstrutiva crônica (taxas de mortalidade = 110,0; 61,4; 42,5 e 18,9, respectivamente, por 100.000 habitantes). Bambuí foi área endêmica para doença de Chagas, cuja transmissão da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* foi interrompida há cerca de 20 anos. Dessa forma, a mortalidade por doença de Chagas continua alta nessa população devido a efeito

de coorte. Maiores detalhes podem ser vistos em Lima-Costa et al^{17,18} (2000, 2001).

Os participantes da linha de base da coorte foram identificados por meio de censo completo da cidade de Bambuí, conduzido em novembro e dezembro de 1996. Todos os residentes com ≥ 60 anos de idade em primeiro de janeiro de 1997 foram selecionados para participar do estudo. Dos 1.742 residentes nessa faixa etária, 92,2% foram entrevistados e 85,6% foram examinados na linha de base (exames de sangue, medidas de pressão arterial, medidas antropométricas e eletrocardiograma). A coleta de dados foi realizada entre janeiro e agosto de 1997. Os participantes da entrevista e dos exames físicos e laboratoriais eram semelhantes à população da cidade em todas as características investigadas: idade, sexo, número de residentes no domicílio, estado conjugal, renda familiar e escolaridade.¹⁸ Todos os participantes da linha de base da coorte foram selecionados.

Foram consideradas as seguintes variáveis, cujas informações foram obtidas na entrevista da linha de base: (a) auto-avaliação da saúde “*Você diria que a sua saúde é muito boa, boa, razoável, ruim ou muito ruim?*”; (b) características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, renda domiciliar mensal, estado conjugal e número de gerações morando no domicílio); (c) indicadores de rede social de apoio (frequência a clubes e/ou associações, frequência a cultos religiosos e satisfação com os relacionamentos pessoais); (d) hábitos de vida relacionados à saúde (fumante atual, consumo de álcool nos últimos 12 meses, atividades físicas durante os períodos de lazer nos últimos 90 dias e consumo de frutas ou vegetais frescos nos últimos 12 meses); (e) função física (incapacidade para realizar uma ou mais das seguintes atividades da vida diária: tomar banho, vestir-se, transferir-se da cama para uma cadeira, ir ao banheiro ou alimentar-se); (f) outros indicadores da condição de saúde (sintomas depressivos e ansiosos nos últimos 15 dias, insônia nos últimos 30 dias, número de medicamentos prescritos usados nos últimos 90 dias e número de medicamentos não prescritos usados nos últimos 90 dias); (g) indicadores de acesso e de uso de serviços de saúde (principais queixas quando precisa de cuidados médicos, número de consultas médicas e de hospitalizações nos últimos 12 meses). Para maiores detalhes ver Lima-Costa et al¹⁸ (2000).

A renda domiciliar mensal foi determinada perguntando-se ao respondente qual a renda bruta mensal total do domicílio. A renda familiar foi agrupada em tercís, definindo-se o grupo de baixa renda como o situada no tercil inferior ($< 2,0$ salários-mínimos).

Com relação à saúde mental, a versão de 12 per-

guntas do *General Health Questionnaire*⁶ foi utilizada para identificar sintomas depressivos e ansiosos nas duas semanas precedentes. O ponto de corte utilizado foi ≥ 4 . A versão utilizada foi previamente validada no Brasil.²⁰ Insônia foi definida como presença de qualquer queixa nos últimos 30 dias (dificuldade para iniciar o sono, acordar no meio da noite ou acordar mais cedo), pelo menos três vezes durante a semana, com qualquer nível de incômodo.²²

As entrevistas foram realizadas por membros da comunidade, selecionados entre aqueles que possuíam pelo menos 11 anos completos de escolaridade. Quando o respondente era incapaz de responder à entrevista devido a déficit cognitivo ou devido a outro problema de saúde, uma outra pessoa era utilizada. As pessoas auxiliares não responderam a perguntas que requeriam julgamento pessoal, entre elas a percepção da saúde. A confiabilidade da entrevista foi determinada em 10% dos participantes, reaplicando-se perguntas selecionadas do questionário original.¹⁸

As medidas de pressão arterial foram realizadas com o indivíduo sentado, após 5 minutos de descanso e após pelo menos 30 minutos sem ingestão de cafeína e/ou consumo de cigarros. Foram realizadas três medidas, desprezando-se a primeira. A pressão arterial foi considerada como a média aritmética da segunda e terceira medidas. Os pontos de corte considerados foram 130 mm/Hg para pressão sistólica e 85 mm/Hg para pressão diastólica. As medidas antropométricas foram realizadas com o idoso usando roupas leves. Nesse trabalho considerou-se somente a circunferência da cintura, adotando-se 102 e 88 cm como pontos de corte para homens e mulheres, respectivamente. Os exames laboratoriais foram realizados em amostras de sangue coletadas após 12 horas de jejum. Os seguintes pontos de corte foram utilizados: 110 mg/dl para glicemia, 150 mg/dl para triglicérides, 40 mg/dl para HDL colesterol entre homens e 50 mg/dl entre mulheres. A síndrome metabólica foi considerada presente quando o idoso apresentava pelo menos três de cinco componentes (circunferência da cintura, triglicérides, HDL colesterol, pressão arterial e glicemia) aumentados, considerando-se os pontos de corte acima definidos.³

Os exames sorológicos para o *T. cruzi* foram realizados utilizando-se as reações de hemaglutinação e ELISA. Anticorpos foram considerados presentes quando o indivíduo apresentava resultados positivos em ambos os testes.¹⁷

As características dos idosos que avaliavam a sua saúde como ruim/muito ruim foram comparadas às dos demais. A análise dos dados foi baseada nos testes do qui-quadrado de Pearson e qui-quadrado para

tendências lineares e em *odds ratios* brutos e ajustados.⁴ Os *odds ratios* foram ajustados, utilizando-se o método da regressão logística múltipla.¹⁰ O critério para inclusão das variáveis no modelo logístico foi associação com auto-avaliação da saúde em nível inferior a 0,20. Aquelas que permaneceram associadas a esta variável em nível inferior a 0,05 foram mantidas no modelo final. A análise foi realizada utilizando-se o pacote estatístico Stata, versão 6.0.

RESULTADOS

De 1.606 participantes da linha de base da coorte de Bambuí, 1.516 participaram do estudo (90 foram excluídos porque necessitaram de respondente auxiliar durante a entrevista). Desse total, 591 eram homens (39,0%) e 925 (61,0%), mulheres. A idade dos participantes variou entre 60 e 95 anos (média =69,0 anos). Para 441 (29,3%), 568 (37,7%) e 406 (33,0%), a renda domiciliar mensal era, respectivamente, igual a <2,0, 2,0-3,9 e 4,0-7,0 salários-mínimos.

A auto-avaliação da saúde como boa/muito boa, razoável e ruim/muito ruim foi relatada por 375

(24,7%), 746 (49,2%) e 395 (26,1%) participantes, respectivamente. Na Tabela 1 estão apresentados os resultados da análise bivariada dos fatores associados à auto-avaliação da saúde. Sexo, escolaridade, renda domiciliar mensal, estado conjugal, frequência a clubes e/ou associações, frequência a cultos religiosos e satisfação com os relacionamentos pessoais apresentaram associações significantes ($p < 0,05$) com a avaliação da saúde.

Com relação aos comportamentos relacionados à saúde, foram encontradas associações significantes com a avaliação da saúde para consumo de álcool nos últimos 12 meses, exercícios físicos durante os períodos de lazer nos últimos 90 dias e consumo diário de fruta e/ou vegetais frescos. A associação entre auto-avaliação da saúde e tabagismo esteve no limite da significância estatística ($p = 0,052$) (Tabela 2).

Os seguintes indicadores da condição de saúde apresentaram associações significantes com a auto-avaliação da saúde na análise bivariada: incapacidade para realizar atividades da vida diária, sintomas depressivos e ansiosos nos últimos 15 dias, insônia nos últi-

Tabela 1 - Auto-avaliação da saúde entre idosos, segundo características sociodemográficas e indicadores de suporte social. Bambuí, Minas Gerais, 1997.

Características	Ruim/muito ruim		Razoável/boa/muito boa		OR (IC 95%)	Valor p
	N	%	N	%		
Faixa etária (anos)						p=0.208
60-69	228	57,7	679	60,6	1,00	
70-79	121	30,6	335	29,9	1,07 (0,83-1,39)	
≥80	46	11,7	107	9,5	1,28 (0,88-1,87)	
Sexo						p<0.001
Masculino	118	29,9	473	42,2	1,00	
Feminino	277	70,1	648	57,8	1,71 (1,34-2,19)	
Escolaridade completa (em anos)						p'<0.001
Nenhum	172	43,6	299	26,7	1,00	
1-3	118	29,9	382	34,2	0,54 (0,41-0,71)	
4-7	86	21,8	333	29,8	0,45 (0,33-0,61)	
≥8	18	4,6	104	9,3	0,30 (0,18-0,51)	
Renda domiciliar mensal (em salários-mínimos da época)						p'<0.001
<2	152	38,8	289	26,0	1,00	
2,00-3,99	158	40,3	410	36,8	0,73 (0,56-0,96)	
≥4	496	32,9	414	37,2	0,38 (0,28-0,51)	
Estado conjugal						p=0.035
Casado/mora junto	179	45,3	570	50,8	1,00	
Solteiro	32	8,1	116	10,4	0,88 (0,57-1,34)	
Divorciado/separado	27	6,8	52	4,6	1,65 (1,01-2,71)	
Viúvo	157	39,8	383	34,2	1,30 (1,02-1,68)	
Número de gerações residindo no domicílio						p'=0.778
Vive só	65	16,5	180	16,1	1,00	
1	79	20,1	245	21,9	0,89 (0,61-1,31)	
2	170	43,1	472	42,2	1,00 (0,71-1,39)	
≥3	80	20,3	221	19,8	1,00 (0,68-1,47)	
Frequência a clubes e/ou associações						p'<0.001
Nunca/quase nunca	352	89,3	881	78,6	1,00	
Menos de uma vez por mês	30	7,6	161	14,4	0,47 (0,31-0,70)	
Uma vez por mês ou mais	12	3,1	79	7,1	0,38 (0,20-0,71)	
Frequência a cultos religiosos						p'<0.001
Menos de uma vez por mês	12	3,1	51	4,6	1,00	
Pelo menos uma vez por mês	209	53,6	771	69,3	1,15 (0,60-2,20)	
Uma vez por semana ou mais	169	43,3	290	26,2	2,48 (1,28-4,78)	
Satisfação com os relacionamentos pessoais						p'<0.001
Satisfeito/muito satisfeito	329	83,5	1015	90,5	1,00	
Indiferente	25	6,3	60	5,4	1,28 (0,79-2,08)	
Insatisfeito/muito insatisfeito	40	10,2	46	4,1	2,68 (1,72-4,17)	

OR: *Odds ratio*

p: valor de p (teste do qui-quadrado); p': valor de p (teste do qui-quadrado para tendências lineares)

Tabela 2 - Auto-avaliação da saúde entre idosos, segundo comportamentos relacionados à saúde. Bambuí, Minas Gerais, 1997.

Características	Percepção da própria saúde		Razoável/boa/muito boa		OR (IC 95%)	Valor p
	Ruim/muito ruim N	%	N	%		
Fumante atual						p=0.052
Não	310	78,5	929	82,9	1,00	
Sim	85	21,5	192	17,1	1,33 (1,00-1,76)	
Consumo de álcool nos últimos 12 meses						p'<0.001
Nunca	352	89,1	834	74,4	1,00	
<5 vezes por semana	28	7,1	212	18,9	0,31 (0,21-0,47)	
3-5 vezes por semana	5	1,3	23	2,1	0,52 (0,19-1,37)	
Diário/quase diário	10	2,5	52	4,6	0,46 (0,23-0,91)	
Exercícios físicos durante os períodos de lazer nos últimos 90 dias						p'<0.001
Menos de 1 vez ao mês	336	85,1	857	76,4	1,00	
Pelo menos 1 vez ao mês	26	6,6	96	8,6	0,69 (0,44-1,08)	
3 a 5 vezes na semana	33	8,3	168	15,0	0,50 (0,38-0,74)	
Consumo diário de frutas e/ou vegetais frescos						p=0.005
Não	225	50,9	546	57,0	1,00	
Sim	170	49,1	574	43,0	0,72 (0,57-0,90)	

p: valor de p (teste do qui-quadrado); p': valor de p (teste do qui-quadrado para tendências lineares)

mos 30 dias, síndrome metabólica, presença de anticorpos para o *T. cruzi* e número de medicamentos prescritos utilizados nos últimos 90 dias (Tabela 3).

Principais queixas quando necessita de cuidados médicos, número de consultas médicas nos últimos 12 meses e número de internações hospitalares nos últimos 12 meses apresentaram associações significantes com a auto-avaliação da saúde na análise bivariada (Tabela 4).

Após ajustamentos para fatores de confusão, as seguintes variáveis permaneceram positivamente associadas à pior auto-avaliação da saúde: insatisfação/muita insatisfação com os relacionamentos pessoais, presença de sintomas depressivos e ansiosos nas últimas duas semanas, queixa de insônia nos últimos 30

dias, número de medicamentos prescritos usados nos últimos 30 dias (1-2, 3-4 e ≥ 5), queixa quando necessitava de cuidados médicos (devido ao preço da consulta ou existência de filas, e outros), número de consultas médicas nos últimos 12 meses (2-3 e ≥ 4) e número de internações hospitalares nos últimos 12 meses (≥ 2). Associação negativa e independente foi encontrada para renda domiciliar mensal (≥ 4 salários-mínimos) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados observados mostram que a estrutura da auto-avaliação da saúde na população estudada estava associada a quatro das cinco dimensões investigadas. De maneira geral, os resultados obtidos confirmam observações realizadas em outros países,

Tabela 3 - Auto-avaliação da saúde entre idosos, segundo indicadores da condição de saúde. Bambuí, Minas Gerais, 1997.

Características	Percepção da própria saúde		Razoável/boa/muito boa		OR (IC 95%)	Valor p
	Ruim/muito ruim N	%	N	%		
Incapacidade de realizar atividades da vida diária* (número de atividades)						p'<0.001
Nenhuma	340	86,1	1.073	95,7	1,00	
1	41	10,4	37	3,3	3,50 (2,21-5,54)	
≥ 2	14	3,5	11	1,0	4,02 (1,81-8,93)	
Sintomas depressivos e ansiosos nos últimos 15 dias						p<0.001
Não	89	22,5	611	54,5	1,00	
Sim	306	77,5	510	45,5	4,12 (3,16-5,36)	
Insônia nos últimos 30 dias						p<0.001
Não	173	44,13	753	67,2	1,00	
Sim	219	55,9	368	32,8	2,59 (2,05-3,28)	
Síndrome metabólica						p<0.001
Não	181	51,0	628	60,0	1,00	
Sim	174	49,0	418	40,0	1,44 (1,13-1,84)	
Presença de anticorpos para o <i>Trypanosoma cruzi</i>						p<0.001
Não	194	52,9	694	66,2	1,00	
Sim	173	47,1	354	33,8	1,75 (1,37-2,23)	
Número de medicamentos prescritos usados nos últimos 90 dias						p'<0.001
Nenhum	32	8,1	278	25,0	1,00	
1-2	86	21,9	345	31,0	2,16 (1,40-3,35)	
3-4	128	32,6	292	26,3	3,81 (2,50-5,80)	
≥ 5	147	37,4	197	17,7	6,48 (4,24-9,90)	
Número de medicamentos não prescritos usados nos últimos 90 dias						p'<0.199
Nenhum	333	84,7	907	81,6	1,00	
1	42	10,7	145	13,0	0,79 (0,55-1,14)	
≥ 2	18	4,6	60	5,4	0,82 (0,47-1,40)	

*Vestir-se, transferir-se da cama para uma cadeira, ir ao banheiro e/ou alimentar-se

p: valor de p (teste do qui-quadrado); p': valor de p (teste do qui-quadrado para tendências lineares)

Tabela 4 - Auto-avaliação da saúde entre idosos, segundo indicadores de acesso e uso de serviços de saúde. Bambuí, Minas Gerais, 1997.

Características	Percepção da própria saúde		Razoável/boa/muito boa		OR (IC 95%)	Valor p
	Ruim/muito ruim N	%	N	%		
Principais queixas quando precisa de cuidados médicos						p<0.001
Não relata problemas	80	20,4	439	39,3	1,00	
Problemas devido ao preço da consulta ou a existência de filas	169	43,0	369	33,0	2,51 (1,86-3,39)	
Outro problema	144	36,6	309	27,7	2,56 (1,88-3,49)	
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses						p'<0.00
Nenhuma	276	24,6	22	5,6	1,00	
1	259	23,1	51	12,9	2,47 (1,46-4,19)	
2-3	321	28,7	106	26,8	4,14 (2,55-6,74)	
≥4	265	23,6	216	54,7	10,23 (6,39-16,36)	
Número de internações hospitalares nos últimos 12 meses						p'<0.001
Nenhuma	938	83,7	252	63,8	1,00	
1	154	13,7	74	18,7	1,79 (1,31-2,44)	
≥2	29	2,6	29	2,6	8,86 (5,62-14,00)	

mostrando a existência de associações entre auto-avaliação da saúde e rede social de apoio,⁷ condições de saúde,¹² incluindo sintomas depressivos,⁸ acesso a serviços de saúde²³ e visitas a médicos e hospitalizações.¹⁴ Associações entre hábitos de vida (tais como o uso de álcool e fumo) e avaliação da saúde têm sido observadas em alguns estudos,¹⁹ mas não em todos.⁹ Na presente investigação foram observadas associações entre hábitos de vida e percepção da saúde na análise bivariada, mas essas associações desapareceram após ajustamentos por variáveis de confusão. Esse resultado é coerente com a ausência de associação entre auto-avaliação da saúde e síndrome metabólica encontrada no presente trabalho e com observações anteriores de ausência de associação entre percepção da saúde e perfil de risco coronariano.⁵

Chama atenção a associação independente entre

auto-avaliação da saúde e a renda familiar. Estudos realizados em países desenvolvidos mostraram que a auto-avaliação da saúde é fortemente influenciada pela situação socioeconômica do idoso e/ou da sua família. Essa associação tem sido encontrada tanto em estudos ecológicos,¹³ quando em estudos seccionais^{1,2} e longitudinais.¹⁵ Os resultados encontrados mostram que essa influência pode ocorrer mesmo entre idosos com diferenças de renda relativamente pequenas.

Um estudo qualitativo, conduzido entre mulheres idosas residentes na cidade de Bambuí, mostrou que a avaliação da gravidade e da relevância de um problema de saúde eram determinados pela possibilidade de enfrentá-lo, mais do que pelo problema em si. Essa possibilidade estava associada ao apoio familiar e ao acesso a cuidados médicos, facilitado ou dificultado pelo poder aquisitivo.²⁴ As associações

Tabela 5 - Resultados estatisticamente significantes da análise multivariada dos fatores associados à auto-avaliação da saúde entre idosos. Bambuí, Minas Gerais.

Características	OR (IC 95%)
Renda domiciliar mensal (em salários-mínimos)	
2,00-3,99	0,89 (0,65-1,22)
≥4	0,52 (0,36-0,75)
Frequência a clubes e/ou associações	
Menos de uma vez por mês	0,46 (0,29-0,73)
Uma vez por mês ou mais	0,32 (0,16-0,65)
Satisfação com os relacionamentos pessoais	
Indiferente	0,76 (0,43-1,37)
Insatisfeito/muito insatisfeito	2,54 (1,51-4,28)
Sintomas depressivos e ansiosos nas últimas 2 semanas	2,31 (1,71-3,13)
Insônia nos últimos 30 dias	1,50 (1,14-1,99)
Número de medicamentos prescritos usados nos últimos 30 dias	
1-2	1,65 (1,01-2,70)
3-4	1,76 (1,07-2,89)
≥5	2,35 (1,40-3,93)
Principais queixas quando precisa de cuidados médicos	
Problemas devido ao preço da consulta ou à existência de filas	1,45 (1,02-2,05)
Outro problema	1,52 (1,06-2,17)
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses	
1	1,87 (1,06-3,29)
2-3	2,20 (1,21-3,99)
≥4	2,79 (1,53-5,09)
Número de internações hospitalares nos últimos 12 meses	
1	1,00 (0,70-1,43)
≥2	3,91 (2,33-6,57)

OR: *Odds ratio* ajustado pelo método de regressão logística múltipla por todas as variáveis listadas na Tabela (1.487 pessoas participaram da análise final; valor de $p_{\text{Teste Goodness of Fit}}=0,9739$)

encontradas na presente investigação entre pior auto-avaliação da saúde, insatisfação com os relacionamentos pessoais e pior situação socioeconômica da família são coerentes com essas observações.

No que se refere a aspectos metodológicos, a principal limitação deste trabalho é a natureza seccional da pesquisa. Estudos seccionais não permitem distinguir causa de efeito, uma vez que informações temporais são inexistentes neste tipo de investigação. Por outro lado, este trabalho apresenta diversas vantagens. Na linha de base da coorte de Bambuí foram tomadas diversas precauções para evitar vieses, tais como coleta duplo-cega de dados, verificação da confiabilidade dos instrumentos utilizados, adoção de procedimentos e equipamentos padronizados e treinamento exaustivo de pessoal de campo e de laboratório, além de atividades intensas com a comunidade para estimular a participação na pesquisa. Dessa forma, garantiu-se a qualidade das informações e a validade interna do estudo. Além disso, é importante ressaltar que uma das dificuldades para a realização de investigações sobre a estrutura da auto-avaliação da saúde é a necessidade de informações abrangentes que permitam um controle adequado de potenciais variáveis de confusão. O projeto Bambuí possui um completo banco de da-

dos, que inclui informações sobre os mais diferentes aspectos da saúde e seus determinantes. Isso permitiu explorar a influência de diversas características sobre a auto-avaliação da saúde, entre elas a condição de saúde. Com relação a esta última, foram considerados seis indicadores, quatro baseados em informações obtidas por meio de entrevista e dois baseados em exames laboratoriais e medidas físicas. Síndrome metabólica e doença de Chagas foram escolhidas por estarem associadas às principais causas de morte entre idosos na área estudada. Esse amplo conjunto de informações tornou o controle por variáveis de confusão o mais completo possível.

Em resumo, os resultados encontrados mostram uma estrutura multidimensional da auto-avaliação da saúde em idosos, compreendendo a situação socioeconômica, a rede social de apoio, as condições de saúde (destacando-se a saúde mental) e acesso e uso de serviços de saúde. Essa estrutura assemelha-se à definição de saúde como “bem estar físico, mental e social”, adotada pela Organização Mundial de Saúde. Futuras investigações, usando dados longitudinais, são necessárias para estabelecer as relações temporais existentes entre as dimensões acima mencionadas (e/ou seus componentes) e a evolução da auto-avaliação da saúde nessa população.

REFERÊNCIAS

1. Aberg Yngwe M, Diderichsen F, Whitehead M, Holland P, Burstrom B. The role of income differences in explaining social inequalities in self rated health in Sweden and Britain. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:556-61.
2. Bobak M, Pkharth H, Rose R, Hertzman C, Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control of self-rated health: cross sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med* 2000;51:1343-50.
3. Cleeman JI. Executive summary of the Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-97.
4. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: Johns Wiley and Sons; 1981.
5. Fylkenesnes K, Ferde OH. The Tromsø study: predictors of self-evaluated health – has society adopted the expanded health concept? *Soc Sci Med* 1991;32:141-6.
6. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-45.
7. Grundy E, Sloggett A. Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Soc Sci Med* 2003;56:935-47.
8. Han B. Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1549-56.
9. Hillen T, Schaub R, Hiestermann A, Kirschner W, Robra RP. Self rating of health is associated with stressful life events, social support and residency in East and West Berlin shortly after the fall of the wall. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:575-80.
10. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: Johns Wiley and Sons; 1989.
11. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21-37.
12. Jylha M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol Soc Sci* 1998;53B:S144-S52.
13. Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Stigh D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis. *BMJ* 1998;317:917-21.

14. La Hoz KF, Leon DA. Self perceived health status and inequalities in use of health services in Spain. *Int J Epidemiol* 1996;25:593-603.
15. Lantz PM, Lynch JM, House JS, Lepkowski JM, Mero RP, Musick MA, Williams DR. Socioeconomic disparities in health change in longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. *Soc Sci Med* 2001;53:29-40.
16. Lima-Costa MF, Barreto SM, 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 Amostras de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003;19:735-43.
17. Lima-Costa MF, Barreto SM, Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E, Vidigal PG. Ageing with *Trypanosoma cruzi* infection in a community where the transmission has been interrupted: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). *Int J Epidemiol* 2001;30:887-93.
18. Lima-Costa MF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2000;34:126-35.
19. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med* 1999;48:1713-20.
20. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristics (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985;15:651-9.
21. Ramos LR, Toniolo NJ, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública* 1998;32:397-407.
22. Rocha FL, Guerra HL, Lima-Costa MF. Prevalence of insomnia and associated socio demographic factors in a Brazilian community. *Sleep Med* 2002;3:121-6.
23. Shi L, Starfield B, Pollitzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reduction in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002;37:529-50.
24. Uchoa E. Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública* 2003;19:849-53.
25. Veras R. A survey of the health of elderly people in Rio de Janeiro, Brazil (PhD. thesis). London: University of London; 1992.