

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA

**AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E
CONSUMO DE RECURSOS DE SAÚDE EM UMA POPULAÇÃO DE
APOSENTADOS DE BELO HORIZONTE**

FAUSTO ALOÍSIO PEDROSA PIMENTA

BELO HORIZONTE

2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA

**AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E
CONSUMO DE RECURSOS DE SAÚDE EM UMA POPULAÇÃO DE
APOSENTADOS DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicina.

Aluno: Fausto Aloísio Pedrosa Pimenta
Orientador: Prof. Dr. Nilton Alves de Rezende

BELO HORIZONTE
2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Professor Ronaldo Tadeu Penna

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Professor Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa

Professor Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Professor Francisco José Penna

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Professor Carlos Faria Santos Amaral

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

Chefe do Departamento

Professor Dirceu Bartolomeu Greco

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica

Professor Carlos Faria Santos Amaral

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA

Professora Maria da Consolação Vieira Moreira – vice-coordenadora

Professor Antonio Carlos Martins Guedes

Professora Valeria Maria de Azeredo Passos

Professor Nilton Alves de Rezende

Professor Marcus Vinicius Melo Andrade

Representante discente: Elizabeth Rosária de Miranda

DEDICATÓRIA

À minha querida esposa Jacqueline.

Aos meus pais Fausto e Nara.

Às minhas irmãs Lívia, Nara, Cecília e Letícia.

Aos meus avós Izael, Nagib, Duntalmo e Pedrosa.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Nilton Alves de Rezende, eterno Mestre, pelo incentivo e por ter acreditado neste trabalho.

Aos Professores Henrique O. G. Tostes e Carlos Faria Santos Amaral, pelas imensuráveis contribuições.

Aos funcionários do COPASS (Plano Suplementar de Saúde da COPASA - Companhia de Água e Saneamento de Minas Gerais), que permitiram a realização deste estudo.

Ao Professor Marcelo Militão, pela contribuição na análise dos dados.

Às acadêmicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: Camila Farnese Rezende, Fabrícia Fonseca Simil e Thaíssa Oliveira Coelho, pela dedicação na coleta dos dados.

Ao sindicato dos aposentados da Copasa, pelas contribuições.

Aos colegas do Centro de Referência do Idoso Professor Caio Benjamin Dias, em especial ao Prof. Edgar Nunes de Moraes pelo apoio e incentivo.

Aos colegas da Secretaria Estadual de Saúde, em especial à Coordenadora Estadual de Atenção ao Idoso, Dra. Eliana Fialho de Souza Bandeira.

Ao Dr. Reginaldo Aparecido Valácio, pela formação Clínica.

Aos colegas da Pós - Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG.

A todos o meu mais sincero e terno agradecimento.

EPÍGRAFE

“(...) privado de suas ocupações, conheceu pela primeira vez na vida não só um tédio profundo, como uma intolerável angústia. Concluiu que não podia continuar a viver assim e que era preciso, de qualquer forma, tomar medidas enérgicas.”

Leon Tolstói

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Prevalência de doenças crônicas no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa em aposentados de Belo Horizonte, Minas Gerais.....	49
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Descrição das características demográficas e socioeconômicas de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	47
TABELA 2: Prevalência de tabagismo, etilismo e prática de atividade física em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	48
TABELA 3: Doenças crônicas no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa relatadas pelos aposentados de Belo Horizonte, MG.....	49
TABELA 4: Descrição do uso de serviços de saúde nos doze meses anteriores à pesquisa e uso de medicamentos de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	50
TABELA 5: Características relacionadas à aposentadoria e à atividade laboral no momento da pesquisa de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	51
TABELA 6: Associação entre atividade física regular e ocupação após a aposentadoria em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	52
TABELA 7: Avaliação da autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	52
TABELA 8: Avaliação da autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	53
TABELA 9: Descrição das características das variáveis contínuas de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	54

TABELA 10: Dados demográficos, socioeconômicos e autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	55
TABELA 11: Uso de serviços de saúde, medicamentos, presença de doenças crônicas e autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	57
TABELA 12: Aposentadoria e autopercepção do estado de saúde de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	58
TABELA 13: Dados demográficos, socioeconômicos e autopercepção do estado de saúde no momento da pesquisa de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	60
TABELA 14: Uso de serviços de saúde, medicamentos, presença de doenças crônicas e autopercepção do estado de saúde no momento da pesquisa de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	62
TABELA 15: Dados sobre a aposentadoria, ocupação e autopercepção do estado de saúde no momento da pesquisa de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	64
TABELA 16: Associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas, condições de saúde, aposentadoria, ocupação e autopercepção do estado de saúde ruim de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	65
TABELA 17: Modelo final da análise multivariada para fatores associados à autopercepção negativa do estado de saúde (ruim ou muito ruim) no momento da aposentadoria de uma população de Belo Horizonte, MG.....	66

TABELA 18: Descrição dos valores dos domínios avaliados pelo SF-36 em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	67
TABELA 19: Comparação dos domínios do SF 36 com variáveis demográficas, socioeconômicas, tipos de aposentadoria, ocupação após a aposentadoria, atividade física habitual, doenças crônicas e uso de serviços de saúde em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	68
TABELA 20: Domínios do SF-36 associados às doenças relatadas por aposentados em Belo Horizonte, MG.....	72
TABELA 21: Fatores associados aos domínios do SF-36 avaliados através de um modelo de regressão linear em uma população de aposentados em Belo Horizonte, MG.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD's - Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD's - Atividades de Vida Diárias

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DORT - Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

EORTC - European Organization for Research and Treatment of Cancer

EUROQOL- European Quality of Life Measure

HAQ - Health Assessment Questionnaire

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

MOS - Medical Outcomes Study

NHP - Nottingham Health Profile

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SF - 36 - Short Form Health Survey - 36

SUS - Sistema Único de Saúde

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a autopercepção do estado de saúde, a qualidade de vida e o consumo de recursos de saúde em uma população de aposentados de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal. Foram entrevistados 87 aposentados. Os instrumentos selecionados para a pesquisa foram a medida da autopercepção do estado de saúde e o SF-36, para avaliação da qualidade de vida. A análise dos dados foi realizada através do qui-quadrado e da regressão logística. Os resultados evidenciaram um efeito positivo da aposentadoria sobre a autopercepção do estado de saúde. O mesmo ocorreu em relação à qualidade de vida, quando associada à prática de atividade física regular e à presença de ocupação laboral no momento da pesquisa. O consumo de recursos de saúde foi maior entre os aposentados que apresentaram pior autopercepção do estado de saúde. Estudos transversais, como o realizado, impossibilitam a associação causal, pois apenas sugerem uma inter-relação entre a aposentadoria, a autopercepção do estado de saúde, as condições de saúde auto-referidas e a qualidade de vida, não sendo possível a avaliação da temporalidade. No entanto, a discussão sobre os aspectos relacionados à aposentadoria mostrou-se relevante, podendo contribuir para a implementação de medidas que interfiram positivamente na vida das pessoas, em que pese a complexidade da relação entre aposentadoria, autopercepção do estado de saúde, qualidade de vida e consumo de recursos de saúde.

Palavras-chave: aposentadoria, qualidade de vida, SF-36, autopercepção do estado de saúde.

SUMMARY

The rapid aging process of the Brazilian population is accompanied by a similar change in the composition of the country's work force.

As the process of demographic transition comes on, many countries face the aging of their population who is expected to have an impact on public policies directed to improve the well-being of its. One of the main issues related with the aging population, which is expected is the relationship between health status and retirement.

The objective of this study is to determine association between self-rated health, quality of life and health care utilization in retirees in Belo Horizonte Minas Gerais.

The Brazilian version of the SF-36 was used in 87 retirees. The analysis included the chi-square and odds ratios estimated by multiple logistic regression.

This study indicates that retirees who practices physical exercises and had been working after retired presents a good self-rated health and a better quality of life. This fact may direct policies to improve the well-being in persons who retire early. Our results indicate the need for simultaneous, comprehensive actions in the health sector, pre-retired and social services to address the main determinants of self-rated health and quality of life in order to promote well-being among the retirees.

Key Words: retirement, self-rated health, perceived health, self-assessed of health, health care utilization, systematic review, quality of life.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	05
Epígrafe.....	06
Lista de Gráficos.....	07
Lista de Tabelas.....	08
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	11
Resumo.....	12
Summary.....	13
1.Introdução.....	19
1.1.Aposentadoria.....	19
1.2.Autopercepção do estado de saúde.....	22
1.3.Aposentadoria e autopercepção do estado de saúde.....	24
1.4.Qualidade de vida.....	27
1.4.1.Conceitos.....	27
1.4.2.Instrumentos de avaliação da qualidade de vida.....	29
1.5.Consumo de recursos de saúde.....	31
2.Objetivos.....	34
3.Casuística e método.....	35
3.1.Tipo de estudo e revisão da literatura.....	35
3.2.População estudada, tipo de aposentadoria e fonte de dados.....	36
3.2.1.Critérios de inclusão.....	37
3.2.2.Critérios de exclusão.....	37
3.3.Cálculo amostral e coleta de dados.....	38
3.4.Variáveis estudadas.....	40
3.4.1.Determinantes demográficos: idade, sexo, estado conjugal e arranjo familiar.....	40
3.4.2.Dados socioeconômicos: educação, renda familiar per capita, etilismo, tabagismo e prática de atividade física.....	41
3.4.3. Dados sobre a situação de saúde: presença de doenças crônicas.....	41
3.4.4.Dados sobre o consumo de recursos de saúde: consultas médicas, internações e uso de medicamentos.....	42
3.4.5.Dados da aposentadoria e atividade laboral no momento da entrevista.....	42
3.5.Metodologia estatística.....	43
3.5.1.Qualidade de vida.....	43
3.5.2.Variáveis resposta e análise dos resultados.....	44
3.5.3.Codificação das variáveis.....	45
3.6.Comitê de Ética.....	45
4.Resultados.....	46
4.1.Descrição da amostra.....	46
4.2.Descrição da situação de saúde.....	48
4.3.Descrição do consumo de recursos de saúde e uso de medicamentos.....	50

4.4.Descrição da aposentadoria.....	51
4.5.Descrição da autopercepção do estado de saúde	52
4.6.Fatores associados à autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria.....	54
4.6.1.Dados demográficos e socioeconômicos.....	54
4.6.2.Presença de doenças crônicas e consumo de recursos de saúde	56
4.6.3.Aposentadoria	58
4.7.Fatores associados à autopercepção do estado de saúde no momento da pesquisa.....	59
4.7.1.Dados demográficos e socioeconômicos.....	59
4.7.2.Presença de doenças crônicas e consumo de recursos de saúde.....	61
4.7.3.Aposentadoria.....	63
4.8.Autopercepção do estado de saúde: associação de fatores no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa.....	64
4.9. Qualidade de vida.....	67
5.Discussão.....	75
5.1.Autopercepção do estado de saúde como instrumento de pesquisa.....	75
5.2.Associação entre autopercepção do estado de saúde e aposentadoria.....	77
5.3.Associação entre autopercepção do estado de saúde, dados demográficos, socioeconômicos e estilo de vida.....	77
5.4.Associação entre a autopercepção do estado de saúde, doenças crônicas e consumo de recursos de saúde.....	81
5.5.Associação entre autopercepção do estado de saúde, estilo de vida e ocupação após a aposentadoria.....	83
5.6.Fatores associados à qualidade de vida.....	85
5.7.Limitações do estudo.....	89
6.Conclusão.....	90

7.Considerações finais e Proposições.....	91
Referências Bibliográficas.....	94
ANEXO 1: Estudos da autopercepção do estado de saúde em aposentados e sua relação com o uso de serviços de saúde.....	109
ANEXO 2: Estudos da autopercepção do estado de saúde em aposentados e suas variações nas perguntas e respostas.....	111
ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	113
ANEXO 4: Questionário Semi-Estruturado.....	114
ANEXO 5: SF-36.....	116
ANEXO 6: Orientações gerais para aplicação do SF-36.....	122
ANEXO 7: Avaliação da autopercepção do estado de saúde.....	121
ANEXO 8:Carta de autorização para execução de pesquisa emitida pelo plano de saúde da empresa.....	122
ANEXO 9: Parecer de aprovação emitido pelo COEP/UFMG.....	123
APÊNDICE 1: Modelagem para autopercepção negativa do estado de saúde no momento da aposentadoria de uma população de aposentados de Belo Horizonte,MG.....	124
APÊNDICE 2: Modelagem para autopercepção negativa do estado de saúde no momento da pesquisa de uma população de aposentados de Belo Horizonte,MG.....	125
APÊNDICE 3: Modelagem para pontuação no domínio “capacidade funcional” de uma população de aposentados de Belo Horizonte,MG.....	126
APÊNDICE 4: Modelagem para pontuação no domínio “aspectos físicos” de uma população de aposentados de Belo Horizonte,MG.....	127
APÊNDICE 5: Modelagem para pontuação no domínio “dor” de uma população de aposentados de Belo Horizonte,MG.....	128
APÊNDICE 6: Modelagem para pontuação no domínio “estado geral de saúde” de uma população de aposentados de Belo Horizonte,MG.....	129
APÊNDICE 7: Modelagem para pontuação no domínio “vitalidade” de uma população de aposentados de Belo Horizonte,MG.....	130
APÊNDICE 8: Modelagem para pontuação no domínio “aspectos sociais” de uma população de aposentados de Belo Horizonte,MG.....	131
APÊNDICE 9: Modelagem para pontuação no domínio “aspectos emocionais” de uma população de aposentados de Belo Horizonte,MG.....	132
APÊNDICE 10: Modelagem para pontuação no domínio “saúde mental” de uma população de aposentados de Belo Horizonte,MG.....	133
APÊNDICE 11: Codificação de variáveis originais.....	134

APÊNDICE 12: Características relacionadas ao tabagismo e etilismo em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	137
APÊNDICE 13: Descrição detalhada do uso de serviços de saúde de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	138
APÊNDICE 14: Descrição detalhada das causas da aposentadoria por invalidez (doenças clínicas) de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.....	140

1.INTRODUÇÃO

A relação que o trabalho estabelece com a qualidade de vida é complexa. Ao mesmo tempo em que a atividade laboral pode ser agravante do estado de saúde e fonte de desprazer, pode também gerar satisfação e bem-estar. Desta forma, o trabalho pode influir de forma positiva ou negativa na qualidade de vida e da autopercepção do estado de saúde das pessoas (MOREIRA, 2000; OLIVEIRA, 2001; CHOI, 2003).

Diante do reflexo do valor produtivo do trabalho em nossa sociedade, a aposentadoria surge como um momento de impacto na vida do indivíduo, podendo provocar sensação de marginalização e desvalorização social sobre suas condições de saúde. Essa situação é reforçada pela ausência de uma preparação para este novo momento da vida (MOREIRA, 2000; OLIVEIRA, 2001; GRAEFF, 2002; DEJOURS, 2004).

Os aspectos apresentados ressaltam a importância do estudo sobre a autopercepção do estado de saúde e a qualidade de vida na aposentadoria.

1.1.Aposentadoria

O processo de globalização vivido por nossa sociedade nas últimas décadas promoveu intensas mudanças no mundo do trabalho. A inovação tecnológica e o enfraquecimento da atividade econômica se destacam como contribuintes para uma redefinição das relações entre capital e trabalho. As novas formas de produção resultam em instabilidades no mercado de trabalho, tornando possível o crescimento econômico sem a ampliação do número de empregos (MOREIRA, 2000; OLIVEIRA, 2001; DEJOURS, 2004). Essas mudanças implicam maior insegurança aos trabalhadores, que se deparam com formas específicas de adoecimento. Dentre essas destacam-se as afecções músculo-esqueléticas, o estresse e os problemas psíquicos. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que 160 milhões de trabalhadores são diagnosticados com esse tipo de

doença anualmente, o que gera um gasto de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial (EKERDT et al., 1982 e 1983; PITT, 1990; OLIVEIRA, 2001; DEJOURS, 2004).

No Brasil, os efeitos da globalização são ainda mais sérios. As mudanças na organização do trabalho ocorreram sem que tivéssemos alcançado um estágio de formalização e de direitos sociais equivalentes ao dos países desenvolvidos. A reestruturação produtiva do país tem ampliado e agravado o quadro de doenças e o risco de acidentes. Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT's) e os transtornos psíquicos constituem, atualmente, as principais causas de afastamento do trabalho e de aposentadorias precoces, com forte impacto nas contas da Previdência Social. Em nosso país, o índice de aposentadorias por invalidez chegou a 28,4% na administração pública e 5% no setor privado no ano de 2004, segundo o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS, 2004; TELES, 2006). Na Suécia esse índice foi, no mesmo período, de 8% na população geral (WALLMAN et al., 2004). É importante salientar que no Brasil este índice pode estar subestimado, em decorrência da fragilidade no sistema de notificações do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Neste se verifica a ausência de registro dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho informal e a desconsideração de cadastros com preenchimento incorreto e/ou incompleto, além de falhas na notificação sobre mortalidade (SANTANA et al., 2005).

A estes problemas do sistema previdenciário brasileiro soma-se sua situação deficitária, agravada pelo envelhecimento populacional. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, censo de 2000), o índice atual de

pessoas idosas em nosso país (idade superior a 60 anos) é de 8,5%, podendo alcançar índices de 13% em 2020 (CHAIMOWICZ, 1997). Essa realidade demográfica seria extremamente positiva para as contas previdenciárias se a economia estivesse gerando empregos regulamentados por leis trabalhistas e integrados à Previdência Social (MOREIRA, 2000). No entanto, segundo dados do Ministério da Previdência Social, em 2001 existiam em nosso país 47 milhões de indivíduos no trabalho informal e sem vínculo contributivo com o INSS.

É importante salientar que o aposentado desempenha, muitas vezes, a função de sustento e manutenção de toda a família. Estudos da situação de saúde de idosos de regiões metropolitanas do Brasil (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998 - PNAD) revelaram que a maioria dos aposentados continua trabalhando. Essa situação decorre, principalmente, da baixa renda proveniente do benefício previdenciário. Outros fatores também relacionados à permanência da atividade laboral são a idade precoce à época da aposentadoria, a ausência de dependência funcional, a ausência ou baixa frequência de doenças clínicas e o maior número de anos estudados. Uma maior escolaridade relaciona-se com trabalhos mais qualificados que valorizam a experiência e a competência adquirida ao longo da vida (HAYWARD et al., 1989; GIATTI et al., 2003).

Diante desse contexto os efeitos da aposentadoria vão muito além da perda do papel de trabalhador, relacionando-se intrinsecamente com as características sócio-econômicas e culturais de nossa sociedade, com o contexto histórico de nosso país e com o arranjo familiar.

1.2. Autopercepção do estado de saúde

A saúde é considerada determinante chave da manutenção da independência e autonomia das pessoas, sendo fundamental para o aumento ou manutenção da qualidade de vida. A independência refere-se à capacidade do indivíduo em realizar algo por seus próprios meios, e a autonomia à capacidade de decisão. Dessa forma, uma condição de saúde ruim pode influenciar a perda de autonomia e/ou independência (DACHS, 2002; LIMA-COSTA et al., 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não somente a ausência de doenças”. Como a saúde pode ser influenciada por fatores médicos e sociais, sua manutenção depende de forma significativa da alocação de recursos em setores como educação, alimentação, infra-estrutura sanitária e habitacional, incentivos ao trabalho, promoções a estilos de vida saudáveis, ao lazer e cuidados com o meio ambiente (ALVES, 2000; BARON-EPEL et al., 2001).

A caracterização das condições de saúde de uma população requer informações detalhadas sobre diferentes aspectos de vida. Estas informações podem ser obtidas, dentre outros meios, através de registros administrativos ou inquéritos domiciliares de base populacional (LIMA-COSTA et al., 2003b). Os primeiros não permitem investigar as desigualdades e seus determinantes sociais de forma satisfatória, uma vez que incluem somente os indivíduos que procuram atendimento (DACHS, 2002). Já os inquéritos domiciliares são considerados métodos eficazes na caracterização de situações de saúde (VIACAVA, 2002). Possibilitam avaliações sob perspectivas diferentes das obtidas com base em registros administrativos de serviços de saúde ou de amostra de provedores desses serviços, uma vez que

permitem a coleta simultânea de informações sobre educação, renda, família, gastos domiciliares, condições de moradia e estado de saúde das pessoas avaliadas. Além disso, obtêm-se os dados dentro do domicílio do indivíduo entrevistado e, de maneira especial, da comunidade na qual está inserido. Dessa forma, os inquéritos domiciliares podem refletir a realidade das condições de saúde da população residente em uma área específica (VIACAVA, 2002).

As pesquisas domiciliares também apresentam algumas dificuldades. Como as informações são relatadas pelos próprios entrevistados, as variáveis são susceptíveis a erros de medida e viés de memória. Dentre esses, destacam-se os relacionados à qualidade dos dados, que dependem da capacidade dos entrevistados de recordar e informar adequadamente suas características intrínsecas. Estas características determinam, em cada indivíduo, uma interpretação diferente para o que ele sente de acordo com sua experiência, cultura, escolaridade e contexto social no qual está inserido. Adicionalmente, estudos sugerem que os homens são menos propensos a relatarem problemas de saúde quando comparados às mulheres (PINHEIRO et al., 2002).

Uma grande variedade de escalas tem sido empregada para avaliar o estado de saúde. Dentre essas, destaca-se a autopercepção do estado de saúde, uma medida qualitativa capaz de refletir objetivamente o real estado de saúde dos indivíduos. Embora seja influenciada pela renda e escolaridade (ALVES, 2000; DACHS, 2002; LIMA-COSTA et al., 2004), estudos demonstram índices de concordância de 80% entre a autopercepção do estado de saúde e a avaliação clínica objetiva (BLAXTER, 1990 APUD VIACAVA, 2002). Essa escala é validada mundialmente (MOSSEY et al., 1982; ÉDEN et al., 1995; SEITSAMO et al., 1997;

ALVES, 2000; LEE, et al., 2003; KARPANSALO, et al., 2004; LIMA-COSTA et al., 2004).

A autopercepção do estado de saúde avalia aspectos da saúde cognitiva, emocional e física, além de ser considerada uma variável independente para mortalidade nas diferentes faixas etárias (MOSSEY et al., 1982; KAPLAN et al., 1983; IDLER et al., 1990 e 1997; PIJLS et al., 1993, APPELS et al., 1996; RAMOS, 2003). Alguns estudos a associam ao consumo de recursos de saúde (consultas médicas, uso de medicamentos, internações) e aos cuidados com a saúde em longo prazo (ALVES, 2000; WALLMAN et al., 2004). Algumas patologias, como as doenças neurológicas crônicas, o câncer e a artrite reumatóide, associam-se a uma pior classificação da autopercepção do estado de saúde, no entanto, conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), as doenças *per se* podem não interferir na condição de saúde das pessoas, e sim o seu impacto na funcionalidade. Essa mudança de paradigma não foi assimilado pela maioria dos estudos (CIF, 2003).

A autopercepção do estado de saúde é considerada um componente importante do reflexo de mudanças objetivas de saúde, da capacidade funcional e da qualidade de vida em diferentes grupos populacionais (SCOTT et al., 1997; LEINONEN et al., 2002).

1.3. Aposentadoria e autopercepção do estado de saúde

A relação entre autopercepção do estado de saúde e aposentadoria é contraditória na literatura.

EKERDT (1982 e 1983), acompanhando trabalhadores no período anterior e posterior à aposentadoria, concluiu que a mesma não é um evento causador de

deterioração da saúde, considerando pouco provável uma associação entre essas variáveis. No entanto, de acordo com alguns estudos, a autopercepção do estado de saúde apresentou clara tendência a piorar em aposentados no decorrer do tempo (EDÉN et al., 1995; ELOVAINIO et al., 2003; CHOI, 2003). Essa piora foi destacada de forma significativa nos aposentados por invalidez. De acordo com os estudos de EDÉN (1995), aposentados por tal motivo utilizaram em maior proporção os serviços de saúde quando comparados aos outros tipos de aposentadoria. No entanto, neste mesmo estudo, o autor observou uma ausência de relação entre pior autopercepção do estado de saúde e aposentadoria por invalidez em mulheres na faixa de 55 a 64 anos. KARPANSALO (2004), em um estudo de 16 anos de seguimento em trabalhadores do sexo masculino, foi além dessa conclusão. Demonstrou que indivíduos com pior avaliação da autopercepção do estado de saúde ainda em fase laboral apresentaram fator de risco para aposentadorias precoces.

HOLTZMAN (1980), em estudos com aposentados e não aposentados de uma mesma faixa etária, associou melhor autopercepção do estado de saúde com aposentadoria não precoce, satisfação com o trabalho, potencial para continuar trabalhando, “auto-estima” e lazer. O mesmo foi observado por MEIN (2000), que concluiu que esses fatores, quando ausentes, são preditores independentes para aposentadorias precoces.

A aposentadoria por tempo de serviço apresentou associação entre autopercepção positiva, satisfação pessoal e baixa ocorrência de déficit cognitivo em aposentados acima de 65 anos. O mesmo não foi observado na faixa etária entre 55 e 64 anos (HERZOG et al., 1986).

NEUHS (1990) associou uma boa autopercepção do estado de saúde em aposentados à educação, ocupação, nível socioeconômico, satisfação pessoal e leitura específica sobre aposentadoria. O autor observou que esse tipo de leitura poderia funcionar como um preparo do trabalhador para o novo momento da vida (orientação para o suporte social, financeiro e de saúde). O mesmo foi observado por SECKER (2005), em artigo de revisão.

LEVY (2002) apontou os benefícios em longo prazo de uma avaliação positiva da autopercepção do estado de saúde. Em 2004 o mesmo autor associou a autopercepção do estado de saúde positiva aos cuidados com a saúde, idade, educação, capacidade funcional, gênero e raça.

TOUGHUILL (1993) associou boa autopercepção do estado de saúde em aposentados à renda e à atividade laboral após a aposentadoria. O mesmo foi observado por SOUMERAI (1983) e GIATTI (2003).

SEITSAMO (1997), estudando trabalhadores de mesma faixa etária, concluiu que a avaliação da autopercepção do estado de saúde piora com a idade. Além disso, a ausência de doenças e os hábitos de vida salutaros influenciam a autopercepção do estado de saúde positivamente. Para KROUT (2000), a idade avançada é fator de predisposição para o uso de serviços de saúde.

HUGHES (2002) associou a autopercepção do estado de saúde ruim com o contexto familiar desestruturado, com a presença de doenças, com limitações de mobilidade e com sintomas depressivos. OLDRIDGE (2004), analisando aposentados de diferentes faixas etárias, relacionou pior autopercepção do estado de saúde à presença de doenças cardíacas e às limitações funcionais.

SIEGEL (2003), estudando aposentados e idosos de uma mesma faixa etária, concluiu que a autopercepção do estado de saúde e a expectativa de vida são variáveis predisponentes e independentes para a mortalidade. O mesmo foi observado por MORRIS (1994).

WILSON (2001), avaliando casais aposentados de uma mesma faixa etária, observou forte associação entre uma boa autopercepção do estado de saúde e manutenção de relações interpessoais após a aposentadoria.

PRICE (2005), analisando a depressão e o estado conjugal, observou que a qualidade dos relacionamentos afeta mais a autopercepção do estado de saúde das mulheres que dos homens. O autor associou, no mesmo estudo, uma melhora da autopercepção ao casamento ou novo casamento em mulheres. TURNER (2004) demonstrou associação entre maior número de sintomas depressivos, também em mulheres aposentadas, quando estas se tornaram viúvas ou cuidadoras de doentes.

1.4. Qualidade de vida

1.4.1. Conceitos

O termo qualidade, no campo da saúde, esteve vinculado às atividades de atendimento ambulatorial e hospitalar. Recentemente, este foco tem sido dirigido aos indivíduos usuários desses serviços. Vários estudos no Brasil e no mundo discutem conceitos de qualidade de vida e instrumentos para a sua avaliação, mas poucos foram realizados em aposentados. Apesar das intensas discussões em torno do assunto, o conceito de qualidade de vida ainda não é bem definido entre os diversos campos da ciência.

De acordo com a OMS (1995), a qualidade de vida, em sentido amplo, se caracteriza como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto

da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Para melhor conceituar a qualidade de vida podemos diferenciá-la do estado de saúde através de três dimensões principais: saúde mental, função física e função social. Para o estado de saúde, o fator mais importante é a função física; já para a qualidade de vida destacam-se a saúde-mental e o bem-estar psicológico. Dessa forma, para a avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde não devem ser utilizados os mesmos instrumentos (SMITH et al., 1994; ROCHA et al., 2000; SEIDL et al., 2004).

O conceito qualidade de vida relacionado à saúde pode estar diretamente associado às enfermidades ou intervenções em saúde, enfatizando sintomas ou disfunções. Alguns autores afirmam que este conceito pouco contribui para a visão abrangente dos aspectos não-médicos associados à qualidade de vida. Já outros defendem enfoques específicos com o objetivo de identificar, da melhor forma possível, as características de um agravo. Como exemplos desses instrumentos podem ser citados o European Organization for Research and Treatment of Cancer - 30 (EORTC – 30) e o Medical Outcomes Study-HIV (MOS - HIV) (MINAYO et al., 2000).

Conceitos mais genéricos, que não se refiram a agravos ou disfunções, devem ser considerados para caracterizar a qualidade de vida em saúde. Dentro dessa perspectiva, destaca-se a utilizada em estudos sociológicos (MINAYO et al., 2000).

A noção de qualidade de vida transita, portanto, em um campo semântico polissêmico: de um lado, encontra-se relacionada ao modo de vida, suas condições e

estilos; de outro, inclui idéias sobre o desenvolvimento sustentável e sobre os direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social de construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como parâmetro (MINAYO et al., 2000).

Tendências atuais enfatizam a subjetividade e a multidimensionalidade da qualidade de vida, resultado de políticas públicas e do desenvolvimento da sociedade, na qual os determinantes sócio-ambientais se manifestam (ROCHA et al., 2000). Dessa forma, a qualidade de vida passou a ser um indicador da eficácia e do impacto de determinados tratamentos, da comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde, do impacto físico e psicossocial das enfermidades, da produção de conhecimentos associada aos esforços de integração e também do intercâmbio entre profissionais e pesquisadores do tema (SEIDL et al., 2004).

CARR (2001) enfatiza a necessidade de um foco individual na avaliação da qualidade de vida, chamando atenção para o “paradoxo da incapacidade”, ou seja, pacientes com claras disfunções ou problemas de saúde que não necessariamente apresentem baixos escores nos questionários de avaliação da qualidade de vida.

1.4.2. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida

A metodologia de avaliação da qualidade de vida baseia-se em trabalhos qualitativos e quantitativos. Os primeiros utilizam técnicas de biografias ou histórias de vida para evitar respostas estereotipadas. Já os estudos quantitativos apresentam uma tendência significativa para a construção de instrumentos multidimensionais válidos. Os mais comumente utilizados são questionários auto-aplicáveis ou entrevistas com o próprio sujeito. Outra tendência é a adaptação desses instrumentos para uma enfermidade específica, como ocorre com o MOS - HIV.

Os indicadores criados para medir a qualidade de vida são bioestatísticos, psicométricos e econômicos, fundamentados em uma relação custo-benefício. No entanto, tais técnicas não levam em conta o contexto cultural e social, a história de vida e o percurso dos indivíduos avaliados (HUBERT APUD MINAYO, 2000). Além disso, em muitos estudos outros termos de referência são utilizados, como condições de vida, estilos de vida e situações de vida, termos debatidos, pois nem sempre significam qualidade de vida (WITIER APUD MINAYO, 2000). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e as medidas padrões do setor de saúde, com destaque para o World Health Organization Quality of Life - 100 (WHOQOL-100), o SF-36 e o Sickness Impact Profile, são exemplos dos indicadores utilizados para avaliação da qualidade de vida (MINAYO et al., 2000).

GILL et al. (1994) recomendaram, para nortear estudos em qualidade de vida, uma discussão sobre seu conceito, as explicações das razões teórico-metodológicas que levaram à escolha do instrumento utilizado para avaliação e a combinação com métodos qualitativos suplementares. O instrumento escolhido não deve utilizar medidas reducionistas focalizadas nos sintomas. A inclusão de itens abertos ou combinação de métodos qualitativos também é sugerida por outros pesquisadores (ROCHA et al., 2000).

Com relação à forma de aplicação do instrumento de coleta de dados, WU (1997) não demonstrou diferença quanto à aplicação pessoal através de entrevista ou auto-aplicação. A auto-aplicação apresenta vantagens, pois além de requerer menos tempo o indivíduo responde no seu ritmo, o que o permite retornar às questões em que ocorreram dúvidas. Também foi demonstrado que acompanhantes

tendem a relatar condições menos favoráveis da qualidade de vida dos indivíduos avaliados.

O SF-36 foi desenvolvido no final dos anos 80 nos EUA. Foi aplicado em diversas situações com boa sensibilidade (WARE e SHERBOURNE, 1992), eliminando-se o problema de distribuição excessiva das pontas de escala - excelente e muito ruim (STURGIS APUD VIACAVA, 2002). Diferentemente de outros instrumentos, tais como o NHP (Nottingham Health Profile) e o EUROQOL (European Quality of Life Measure), o SF-36 não avalia domínios como sono, relações sociais, função sexual, dependência, percepção da própria imagem e percepção do futuro (CARR et al., 2001).

O SF - 36 foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a qualidade de vida em pacientes com artrite reumatóide. A comparação foi correspondente a outros questionários de avaliação de qualidade de vida, como o NHP e o Health Assessment Questionnaire (HAQ) (CICONELLI, 1999). A adequação às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira, assim como sua reprodutibilidade, tornou-o um parâmetro útil, tendo sido o instrumento escolhido para a realização deste estudo.

1.5. Consumo de recursos de saúde

O envelhecimento populacional é acompanhado de um aumento da demanda por assistência à saúde. Essa nova situação implica elevação dos custos e necessidade de planejamento de recursos humanos, financeiros, físicos e materiais para a provisão de serviços de saúde. Salieta-se que o prolongamento da vida não se limita à extensão da longevidade, alcançando também mudanças na forma como os anos a mais são vividos. Esse contexto culmina com uma pressão sobre o

sistema de saúde (DINIZ & MEDEIROS, 2004). Sendo assim, a avaliação do uso dos serviços de saúde é fator contribuinte para a alocação adequada de recursos em áreas de maior impacto para a população.

A análise do perfil de uso dos serviços de saúde de diferentes grupos populacionais implica que suas taxas sejam controladas pelo estado de saúde, padronizadas por idade e sexo (VIACAVA, 2002; NEGRI, 2004). Apesar de tal estado ser elemento fundamental para a busca de serviços, existe uma inter-relação com a autopercepção do estado de saúde, que, por sua vez, é influenciada pela oferta de serviços e pelas práticas de atenção à saúde (BLACK et al., 1999).

CHOI (2003), em seus estudos, constatou relação direta entre autopercepção do estado de saúde ruim e condições objetivas do estado de saúde, como doenças e uso de medicamentos. A hospitalização mostrou-se intimamente associada a uma pior autopercepção do estado de saúde, especialmente em homens aposentados. O mesmo foi observado por outros autores (KREMER, 1985; EDEN, 1995; KROUT, 2000).

HOLTZMAN (1980) e MOR-BARAK (1992) foram além dessa conclusão. Observaram associação entre atividade laboral após a aposentadoria, melhor autopercepção do estado de saúde e baixo uso de serviços de saúde.

A revisão sistemática da literatura mostrou relação entre aposentadorias por invalidez, pior autopercepção do estado de saúde e maior uso de serviços de saúde. Esta observação não foi constatada para as aposentadorias por tempo de serviço.

Quanto à avaliação da qualidade de vida sob a perspectiva do uso de serviços de saúde, abre-se uma discussão sobre o desenvolvimento tecnológico do

setor. Um julgamento apenas econômico, como o que domina o debate sobre a qualidade de vida em saúde, não pode ser considerado ético. Tampouco o seria se fosse desconsiderado o aspecto econômico no processo das decisões, na qual a tendência dos custos é crescente (CASTIEL APUD MINAYO, 2000). Nesse contexto, torna-se essencial, a avaliação do impacto financeiro de qualquer intervenção na qualidade de vida das pessoas. Essa análise poderá definir o melhor direcionamento dos investimentos por parte dos gestores, tanto no sistema público quanto privado.

O Brasil apresenta uma diversidade de sistemas de atenção à saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema privado, o qual compreende as cooperativas médicas, os sistemas de medicina de grupo e as operadoras de planos de saúde de autogestão.

A quase inexistência de trabalhos que avaliaram a associação entre a aposentadoria, a autopercepção do estado de saúde, a qualidade de vida e o consumo de recursos de saúde em usuários, tanto do sistema público como privado de atenção à saúde no Brasil, motivou a realização dessa pesquisa.

2.OBJETIVOS

1. Avaliar a autopercepção do estado de saúde, a qualidade de vida e o consumo de recursos de saúde em uma população de aposentados de Belo Horizonte, Minas Gerais.
2. Verificar se a aposentadoria associa-se à autopercepção do estado de saúde.
3. Verificar se a aposentadoria associa-se à qualidade de vida, avaliada pelo SF-36, nessa população.

3.CASUISTICA E MÉTODO

3.1.Tipo de estudo e revisão da literatura

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional do tipo transversal. Esse tipo de estudo, também denominado seccional, é útil na determinação da prevalência de problemas em uma população específica, na avaliação da situação de saúde, no planejamento do uso de serviços de saúde e no estabelecimento de prioridades e intervenções administrativas ou técnicas. Além disso, permite a observação e a mensuração das variáveis de interesse de forma simultânea (JEKEL *et al.*, 1999).

Para identificar os estudos publicados sobre os temas desta pesquisa foi realizada uma revisão sistemática da literatura nos bancos de dados MEDLINE, LILACS e SciELO. A pesquisa no MEDLINE foi realizada utilizando-se o *software* OVID (Ovid Technologies Inc). As palavras-chave utilizadas foram: aposentadoria, aposentados, autopercepção do estado de saúde, auto-avaliação da saúde, qualidade de vida e uso de serviços de saúde, no período entre 1966 e 2006. Foram consideradas as palavras-chave em português e seus correspondentes em inglês e espanhol, acrescentando-se o sufixo “*.me*”. Assim, as palavras de busca poderiam estar presentes em qualquer parte dos artigos (título, resumo ou corpo do texto). As palavras-chave aposentadoria, autopercepção do estado de saúde e uso de serviços de saúde foram cruzadas (combinadas) com a palavra inglesa “*and*” e seus equivalentes em inglês e espanhol. Todos os resumos resultantes foram analisados. Considerou-se como critério para análise integral do texto os artigos que apresentaram a palavra-chave autopercepção do estado de saúde em aposentados

associada ao uso de serviços de saúde e artigos de revisão sobre qualidade de vida e aposentadoria.

A revisão sistemática constou de 440 trabalhos. Todos os resumos foram avaliados. Desses, seis artigos avaliaram a relação entre a autopercepção do estado de saúde e o uso de serviços de saúde (Anexo 1), e 16 artigos avaliaram o estado de saúde autopercebido, com variações no tipo de pergunta realizada (Anexo 2). Apenas quatro trabalhos foram encontrados no Brasil, sendo três em idosos (ALVES, 2004; GIATTI et al, 2003; LIMA-COSTA et al, 2004) e um em trabalhadores jovens da indústria (BARROS et al, 2001).

3.2. População estudada, tipo de aposentadoria e fonte de dados

A população de referência desse estudo foi constituída pelo universo de aposentados de ambos os sexos, independente da idade, vinculados ao plano de saúde de autogestão de uma empresa estatal de Minas Gerais, residentes em Belo Horizonte. Os aposentados são regidos pelo regime geral da Previdência Social.

A aposentadoria foi classificada quanto ao seu tipo: invalidez, tempo de serviço e compulsória. A aposentadoria por invalidez é concedida ao funcionário incapacitado para o trabalho por motivo de saúde ou por acidente de trabalho. A aposentadoria por tempo de serviço foi considerada ao completar-se 30 anos de serviço, para homens, e 25, para mulheres. Alterações na redação da Constituição foram feitas em relação aos pré-requisitos para concessão de aposentadoria em nosso país. No entanto, essas alterações não foram consideradas por não serem o foco desse estudo. Quanto à aposentadoria compulsória, após consulta à Constituição Federal (BRASIL, 1988) e ao setor jurídico da empresa, constatou-se

equivoco no registro desses dados. Essa forma de aposentadoria é concedida aos servidores efetivos da União, autarquias e fundações, ao completarem 70 anos. Portanto, a empresa estudada não se enquadra nesses critérios. Os aposentados que eventualmente apresentaram essa classificação foram agrupados junto às aposentadorias por tempo de serviço.

A fonte de dados foi obtida no próprio plano de saúde, que se caracteriza como auto-gestor, sendo composto por funcionários ativos e aposentados da empresa, assim como seus dependentes. No momento da pesquisa essa operadora de plano de saúde contava com 187 aposentados associados.

3.2.1.Critérios de inclusão

Foram incluídos os aposentados que preencheram os seguintes requisitos:

- 1.Ser associado ao plano de saúde como titular e estar cadastrado no banco de dados;
- 2.Ter a aposentadoria classificada por invalidez ou tempo de serviço;
- 3.Morar em Belo Horizonte;
- 4.Não apresentar doença neurológica incapacitante;
- 5.Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

3.2.2.Critérios de exclusão

Foram excluídos os aposentados que:

- 1.Apresentaram erros nos dados cadastrais que impossibilitaram o contato;
- 2.Não concordaram em participar do estudo após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3);
- 3.Apresentaram incapacidade para preencher o formulário;

3.3.Cálculo amostral e coleta de dados

Para o cálculo amostral foi utilizada a prevalência esperada de 10% para a autopercepção do estado de saúde ruim/muito ruim, considerando a média encontrada na literatura, com variação entre sexo e nas diferentes faixas etárias. Essa variação foi de 4,65 a 26,1% (GIATTI, 2003; ALVES, 2004; LIMA-COSTA, 2004). Considerando o número total de aposentados, precisão esperada de 5% e erro tipo 1 (alfa) de 5%, o tamanho da amostra encontrada foi de 80 aposentados.

Um questionário semi-estruturado (Anexo 4) foi elaborado e revisto por três especialistas da área. Antes do início da pesquisa realizou-se um pré-teste com dez aposentados, com as mesmas características da população do estudo, observando a identificação de possíveis falhas na formulação das questões, a busca de clareza, a necessidade de adequação do vocabulário e o treinamento dos pesquisadores. Após correção e adaptação foi realizado um teste de confiabilidade entre os examinadores envolvidos.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2005 a abril de 2006, pelo pesquisador principal e duas alunas do curso de medicina da UFMG, bolsistas do PIBIC/CNPq. Para verificar a concordância na coleta de dados entre os pesquisadores foi calculada a estatística Kappa entre os mesmos, que foi de 0,69, sendo considerada uma boa concordância.

Os primeiros contatos foram estabelecidos com os participantes da pesquisa por telefone, visando agendar o dia e o horário para a realização da entrevista na residência do mesmo. Os aposentados foram informados sobre a necessidade do preenchimento de um formulário na presença do pesquisador.

Após essa fase foram selecionados aqueles que preencheram os critérios de inclusão para participação do estudo. Em seguida, desde que obtida a

concordância para participação da pesquisa e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3), deu-se início à aplicação dos questionários. O SF-36 (Anexo 5) foi o primeiro a ser respondido de forma auto-aplicável pelo aposentado, após receber orientações padronizadas quanto ao seu preenchimento (Anexo 6).

O SF-36 é um instrumento composto por 11 questões e 36 itens que englobam 8 componentes (domínios ou dimensões), representados pela capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral da saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e uma questão comparativa sobre a saúde geral atual e há um ano. O indivíduo, então, recebe um escore em cada domínio que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100 o melhor. Condições agudas (1 - Week Recall) e crônicas de saúde (4 - Week Recall) são avaliadas em versões diferenciadas (WARE, et al., 2003). A versão utilizada nesse trabalho caracteriza os aspectos nas últimas 4 semanas.

A autopercepção do estado de saúde foi a segunda medida a ser avaliada (Anexo 7), também de forma auto-aplicável. As perguntas realizadas foram posteriormente dicotomizadas pela combinação das categorias excelente, muito boa e boa para referir-se a uma boa autopercepção do estado de saúde, e em ruim e muito ruim para referir-se a uma autopercepção do estado de saúde ruim. Essas perguntas foram avaliadas no mesmo dia, mas com referência a dois momentos distintos: no momento da aposentadoria e no dia da entrevista.

Os formulários obtidos foram transcritos para um questionário semi-estruturado, pelo pesquisador principal (Anexo 4).

Dados sobre o consumo de recursos de saúde foram obtidos do banco de dados da operadora, utilizando o número de registro do aposentado.

Todos os dados obtidos foram digitados (e conferidos para evidenciar erros) no programa Epi Info 6.0.

3.4.Variáveis estudadas

As variáveis independentes selecionadas foram equivalentes às que têm sido tradicionalmente utilizadas em pesquisas sobre fatores relacionados à autopercepção do estado de saúde de grupos populacionais e à qualidade de vida (SF-36). Foram classificadas em cinco grupos: dados demográficos, dados sócio-econômicos, dados da aposentadoria, dados sobre a situação de saúde e consumo de recursos de saúde.

3.4.1.Determinantes demográficos: idade, sexo, estado conjugal e arranjo familiar

Os aposentados foram categorizados em cinco faixas de idade: 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; acima de 70 anos.

Em relação ao estado conjugal, os aposentados foram classificados em quatro categorias: solteiro, casado ou em união consensual, divorciado ou separado e viúvo.

O arranjo familiar foi dicotomizado em mora sozinho(a) ou mora acompanhado(a).

3.4.2.Dados socioeconômicos: educação, renda familiar per capita, etilismo, tabagismo e prática de atividade física

O nível socioeconômico foi investigado por meio da educação e renda. Em relação ao nível educacional, foi feito um agrupamento dos aposentados em relação

ao número de anos estudados, sendo categorizados em inferiores a 8 anos, de 9 a 11 anos e acima de 11 anos de estudo. A renda mensal do aposentado foi obtida pela soma das rendas da aposentadoria e/ou pensão, acrescida da ajuda de familiares e rendimentos de outras fontes. Sucedeu-se à divisão pelo número de dependentes do aposentado (renda per capita). Foi realizado agrupamento com base no salário mínimo de janeiro de 2006 (R\$280,00): renda per capita inferior a três salários mínimos, de quatro a seis salários mínimos, de sete a nove salários mínimos, de dez a doze salários mínimos, acima de treze salários mínimos e aqueles que não souberam ou não concordaram em informar. A atividade física foi caracterizada regular se ocorreu com frequência superior a cinco vezes por semana e com duração maior que trinta minutos em cada dia.

3.4.3.Dados sobre a situação de saúde: presença de doenças crônicas

As doenças crônicas analisadas foram depressão, artrite/reumatismo, câncer, doença neurológica crônica (não considerado o Acidente Vascular Encefálico - AVE), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes-mellitus, asma/bronquite/enfisema, AVE, deficiência visual incapacitante e deficiência auditiva incapacitante. A presença dessas doenças foi avaliada no momento da aposentadoria e no momento da aplicação dos questionários.

3.4.4.Dados sobre o consumo de recursos de saúde: consultas médicas, internações e uso de medicamentos

Quanto ao uso dos serviços de saúde considerou-se o número de consultas médicas pelo plano, SUS ou outro convênio e o número de internações hospitalares (por motivo clínico ou cirúrgico) nos últimos doze meses.

Em relação aos medicamentos foi questionado o número de fármacos em uso no momento da entrevista.

3.4.5.Dados da aposentadoria e atividade laboral no momento da entrevista

A aposentadoria foi classificada quanto ao tipo: invalidez ou tempo de serviço. Se ocorrida por invalidez, agruparam-se as causas em doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), doenças profissionais e doenças clínicas. Calculou-se o tempo de aposentadoria, em anos, a partir da sua data, utilizando-se como ponto de corte a mediana 'sete anos'. Quanto à ocupação após a aposentadoria questionou-se o tipo e a existência ou não de remuneração.

3.5. Metodologia estatística

3.5.1. Qualidade de vida

Para o cálculo dos escores do SF-36, os passos foram os seguintes:

1. Cálculo de cada um dos domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) e soma dos pontos obtidos em cada item relativo ao domínio correspondente, para cada aposentado.
2. Uso dos valores mínimos e máximos possíveis em cada item para calcular o valor transformado, através da fórmula:

$$Y_{ij} = \frac{X_{ij} - \text{mín } j}{\text{Máx } j - \text{mín } j} \times 100$$

Onde:

$i = 1, 2, 3, \dots, 87$ (índice do aposentado).

$j =$ Capacidade funcional, aspectos físicos... (cada um dos domínios).

$Y_{ij} =$ valor transformado do aposentado i , domínio j .

$X_{ij} =$ valor do domínio j , do aposentado i .

$\text{Mín } j =$ valor mínimo possível para o domínio j .

$\text{Máx } j =$ valor máximo possível para o domínio j .

Optou-se por analisar os dados de qualidade de vida pelo estudo estatístico, ao invés de fazê-lo pelas escalas, devido aos diferentes escores existentes para cada um dos domínios avaliados. A análise estatística correspondeu à comparação entre a autopercepção do estado de saúde e cada um dos domínios: estado geral de saúde, capacidade funcional, aspecto físico, aspecto emocional, aspecto social, dor, vitalidade e saúde mental. Quanto à escala de evolução do estado de saúde comparada há um ano, a análise foi realizada conforme instrução do manual do SF-36.

3.5.2. Variáveis resposta e análise dos resultados

Duas variáveis dicotômicas se referiram à autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa. A comparação com outras variáveis categóricas foi feita através de tabelas de contingência. Utilizou-se o teste qui-quadrado com correção de Yates para comparação de proporções. Quando uma das frequências esperadas foi inferior a cinco, utilizou-se o teste de Fisher.

A análise univariada foi feita através do software Epi-Info versão 6.04. A categoria considerada como padrão foi indicada nas tabelas do item “Resultados”, apresentando valor 1,0 na coluna odds ratio. O nível de significância estatística estabelecido foi 5% e importante tendência de significância estatística para valores entre 0,10 e 0,05.

Outras variáveis respostas quantitativas corresponderam aos escores de pontuação para os domínios do SF-36, sendo então comparadas com variáveis categóricas através do teste Kruskal-Wallis, pois assim não necessitam de premissas a respeito da sua distribuição. Além disso, esse teste é considerado mais conservador (menos sensível) para detecção de uma diferença significativa. Por isso, quando o resultado de um teste não paramétrico é considerado significativo, também o será em testes paramétricos.

Em um segundo momento foi realizada análise multivariada através do uso da regressão linear pelo programa MINITAB versão 11.2. Inicialmente todas as variáveis com valor de $p < 0,25$ na análise univariada foram incluídas. Em seguida, as variáveis com menor nível de significância (valores de p mais altos) foram

retiradas do modelo uma a uma até que restassem apenas variáveis com significância estatística com valor de $p < 0,05$. O nível de significância das variáveis incluídas no modelo inicial e a ordem em que foram retiradas podem ser observados nos apêndices 1 a 10. Foram desenvolvidos oito modelos de regressão linear, sendo um para cada domínio do SF-36.

3.5.3.Codificação das variáveis

Algumas variáveis contínuas foram categorizadas para comparação com as variáveis respostas segundo os critérios apresentados no Apêndice 11.

3.6.Comitê de ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê Gestor do Plano de Saúde da Empresa em 27-01-2005, Documento 121, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), parecer ETIC 179/05 (Anexos 8 e 9).

4.RESULTADOS

Foram entrevistados 87 aposentados sorteados através de tabela de números aleatórios. Após o sorteio, treze aposentados foram substituídos também de forma aleatória. Os motivos da substituição foram: alcoolismo com incapacidade de preencher o formulário (1), apresentar doença de Alzheimer (1), não concordar com a pesquisa (8), apresentar erros nos dados cadastrais (3).

Utilizando-se os dados cadastrais, os aposentados excluídos foram comparados com os entrevistados em relação ao sexo, idade e ao tipo de aposentadoria. A comparação mostrou semelhança entre os grupos.

Cada aposentado demorou, em média, 30 minutos para responder aos questionários e preencher o formulário.

4.1.Descrição da amostra

As características socioeconômicas e as relacionadas ao uso de serviços de saúde estão apresentadas na tabela 1. Observa-se predomínio do sexo masculino na população estudada (66,7%). Em relação à idade, 42,5% encontraram-se na faixa etária de 50 a 59 anos. Aposentados casados ou em união consensual somaram 69%. Apenas 10,3% relataram morar sozinho. A renda per capita foi inferior a três salários mínimos em 63,2% dos aposentados. Com relação à educação, 39,1% possuíam acima de quinze anos de estudo.

TABELA 1: Descrição das características demográficas e socioeconômicas de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Características	n	%
Sexo		
Masculino	58	66,7
Feminino	29	33,3
Idade		
30-39	2	2,3
40-49	16	18,4
50-59	37	42,5
60-69	23	26,4
≥ 70	9	10,4
Estado conjugal		
Casado ou em união consensual	60	69,0
Solteiro	8	9,2
Viúvo	5	5,7
Divorciado ou separado	14	16,1
Mora sozinho(a)	9	10,3
Mora acompanhado(a)	78	89,7
Educação (anos estudados)		
≤ 8	26	29,9
9 a 11	27	31,0
≥ 12	34	39,1
Renda familiar per capita (em salários mínimos)		
≤ 3	55	63,2
4 a 6	20	23,0
7 a 9	7	8,0
10 a 12	3	3,5
Sem informação	2	2,3

A tabela 2 apresenta a prevalência de tabagismo, etilismo e prática de atividade física na população estudada. Sessenta e quatro por cento dos aposentados foram considerados fumantes ou já fumaram em algum momento da vida, e 35,6% nunca fumaram. Uso atual de cigarro relatado por 11,5% dos entrevistados. Em relação ao etilismo, apenas 5,7% preencheram os critérios CAGE, sendo então considerados dependentes de álcool. A prática de atividade física

regular foi relatada por 56,3% dos aposentados, sendo a caminhada a mais comum (84,5%). Duração de atividade física superior a 30 minutos relatada por 91,8% dos aposentados.

TABELA 2: Prevalência de tabagismo, etilismo e prática de atividade física em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Característica	N	%
Tabagismo ¹		
Nunca fumou	31	35,6
Já fumou	46	52,9
Fumante	10	11,5
Uso de álcool ¹		
Dependente de álcool	5	5,7
Atividade física habitual		
Sim	49	56,3
Não	38	43,7
Tipo de atividade física		
Caminhada	41	84,5
Outros	8	15,5
Duração da atividade física diária		
Até 30 minutos	4	8,2
31 - 60 minutos	24	49,0
Acima de 60 minutos	21	42,8

¹Descrições quanto ao tabagismo e etilismo vide Apêndice 12

4.2. Descrição da situação de saúde

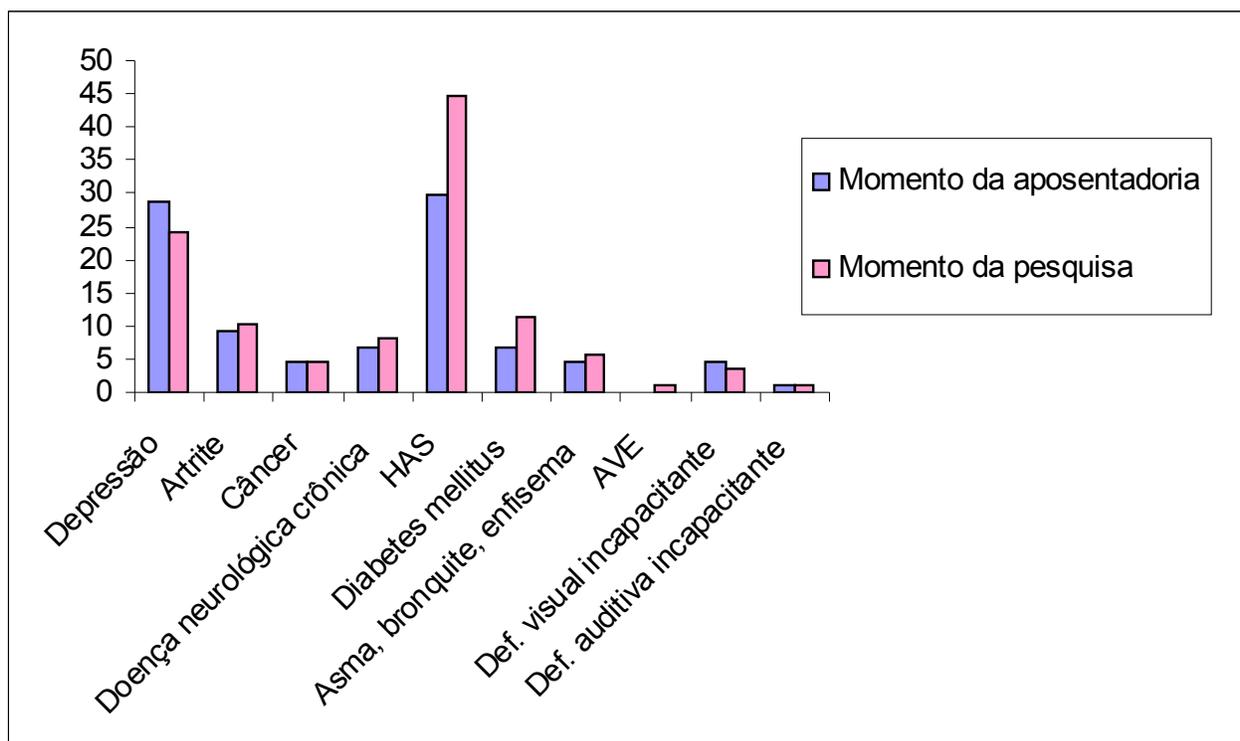
A tabela 3 apresenta as doenças crônicas relatadas pelos aposentados no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa. As doenças mais comuns em ambos os períodos foram depressão e HAS. Entretanto, no momento da pesquisa o percentual registrado foi menor para depressão e maior para HAS quando comparado ao momento da aposentadoria. Houve importante tendência de significância estatística para HAS ($p=0,06$), com maior número no momento da

entrevista. Para as demais doenças, os resultados encontrados foram semelhantes (Gráfico 1).

TABELA 3: Doenças crônicas no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa relatadas pelos aposentados de Belo Horizonte, MG.

Doenças	Momento da aposentadoria				Momento da pesquisa			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Depressão	25	28,7	62	71,3	21	24,1	66	75,9
Artrite	8	9,2	79	90,8	9	10,3	78	89,7
Câncer	4	4,6	83	95,4	4	4,6	83	95,4
Doença neurológica crônica	6	6,9	81	93,1	7	8,0	80	92,0
HAS	26	29,9	61	70,1	39	44,8	48	55,2
Diabetes mellitus	6	6,9	81	93,1	10	11,5	77	88,5
Asma, bronquite, enfisema	4	4,6	83	95,4	5	5,7	82	94,3
AVE	0	0,0	87	100,0	1	1,1	86	98,9
Deficiência visual incapacitante	4	4,6	83	95,4	3	3,4	84	96,6
Deficiência auditiva incapacitante	1	1,1	86	98,9	1	1,1	86	98,9

GRÁFICO 1: Prevalência de doenças crônicas (porcentagem) no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa em aposentados de Belo Horizonte, MG.



A tabela 4 apresenta a descrição do uso de serviços de saúde pelos aposentados nos doze meses anteriores à pesquisa. Observa-se que 89,7% dos entrevistados fizeram uso desse serviço. O número de consultas médicas foi superior a sete em 30,8% dos aposentados. Dentre os entrevistados, 14,8% apresentaram uma ou mais internações nos doze meses anteriores à pesquisa. O uso regular de medicamentos foi relatado por 83,9% dos aposentados.

TABELA 4: Descrição do uso de serviços de saúde nos doze meses anteriores à pesquisa e uso de medicamentos de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Característica	n	%
Uso de serviços de saúde ¹		
Sim	78	89,7
Não	9	10,3
Número de consultas médicas ²		
1 a 3	23	29,5
4 a 6	31	39,7
≥ 7	24	30,8
Internações		
Nenhuma	74	85,2
1	10	11,5
2	1	1,1
3	1	1,1
4	1	1,1
Motivo da internação		
Doença clínica	5	38,5
Realização de cirurgia	8	61,5
Utiliza medicamentos regularmente		
Sim	73	83,9
Não	14	16,1
Número de medicamentos		
1 a 4	61	83,6
≥ 5	12	16,4

¹ Descrições detalhadas vide Apêndice 13

² Inclui plano de saúde da empresa ou outro, SUS e consultas médicas particulares

4.4. Descrição da aposentadoria

A tabela 5 apresenta as variáveis relacionadas à aposentadoria e à presença de atividade laboral no momento da pesquisa. Em relação ao tipo de aposentadoria, 55,2% ocorreram por invalidez, sendo as DORT's a causa mais comum (60,4%). O tempo de aposentadoria no momento da pesquisa foi inferior a sete anos em 51,7% dos aposentados. Em relação à presença de algum tipo de atividade laboral após a aposentadoria, 26,4% dos entrevistados relataram algum tipo de atividade. As ocupações eram remuneradas em 65,2% desses aposentados.

TABELA 5: Características relacionadas à aposentadoria e à atividade laboral no momento da pesquisa de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Característica	n	%
Aposentadoria		
Invalidez	48	55,2
Tempo de serviço	39	44,8
Causas da aposentadoria por invalidez		
DORT	29	60,4
Doença profissional (silicose)	1	2,1
Doenças clínicas ¹	18	37,5
Tempo de aposentadoria (em anos)		
1-6	45	51,7
≥ 7 ²	42	48,3
Ocupação no momento da pesquisa		
Sim	23	26,4
Não	64	73,6
Ocupação remunerada no momento da pesquisa		
Sim	15	65,2
Não	8	34,8

¹Descrição das doenças clínicas vide Apêndice 15

² Mediana

A tabela 6 apresenta a associação entre atividade laboral e maior probabilidade de o aposentado realizar atividade física regular.

TABELA 6: Associação entre atividade física regular e ocupação após a aposentadoria em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Variável	n	%	Odds ratio	IC 95%
Atividade laboral				
Sim	23	26,4	3,83	1,12-13,68
Não	64	73,6		
Atividade física regular				
Sim	49	56,3	1	
Não	38	43,7		

4.5. Descrição da autopercepção do estado de saúde

A tabela 7 apresenta a avaliação da autopercepção do estado de saúde relatada pelos aposentados no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa. A autopercepção do estado de saúde foi considerada excelente, muito boa ou boa por 63,2% dos aposentados, percentual que aumentou para 80,5% no momento da pesquisa.

TABELA 7: Avaliação da autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Característica da autopercepção do estado de saúde	n	%
No momento da aposentadoria		
Excelente	6	6,9
Muito boa	16	18,4
Boa	33	37,9
Ruim	21	24,2
Muito ruim	11	12,6
No momento da pesquisa		
Excelente	6	6,9

Muito boa	17	19,5
Boa	47	54,1
Ruim	11	12,6
Muito ruim	6	6,9

Os aposentados que relataram saúde ruim ou muito ruim no momento da entrevista foram inferiores ao número de aposentados que a classificaram da mesma forma no momento da aposentadoria (OR=0,42; IC95%: 0,20-0,87).

A tabela 8 apresenta as respostas dos aposentados quando questionados sobre autopercepção do estado de saúde no momento de realização da pesquisa em relação à época da aposentadoria. Apenas 20,7% apresentaram piora nessa classificação.

TABELA 8: Avaliação da autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Comparada ao momento da aposentadoria a classificação da sua saúde, agora, é...	n	%
Muito melhor	11	12,6
Um pouco melhor	22	25,3
Quase a mesma coisa	36	41,4
Um pouco pior	12	13,8
Muito pior	6	6,9

Na tabela 9 são apresentadas medidas de tendência central e dispersão das variáveis contínuas. Observa-se que a média de idade foi 57,3 anos, escolaridade média de 10,7 anos e tempo de aposentadoria no momento da pesquisa de 7,1 anos. Todas essas variáveis apresentaram a média com valores próximos aos da mediana. O número máximo de internações apresentado por aposentado, nos doze meses anteriores à pesquisa, foi quatro.

TABELA 9: Descrição das características das variáveis contínuas de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Variável	Número de pessoas	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade (anos)	87	57,3	8,9	37,0	58,0	77
Educação (anos estudados)	87	10,7	4,8	0,0	11,0	22
Número de internações	87	0,2	0,6	0,0	0,0	4
Tempo de aposentadoria (anos)	87	7,1	3,8	1,0	7,0	19

4.6.Fatores associados à autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria

As tabelas 10, 11 e 12 apresentam comparações entre as variáveis categóricas considerando-se a autopercepção do estado de saúde ruim e muito ruim como evento de interesse.

4.6.1.Dados demográficos e socioeconômicos

Aposentados do sexo masculino, casados ou em união consensual apresentaram menor probabilidade de considerarem sua saúde ruim ou muito ruim no momento da aposentadoria. As variáveis escolaridade, renda familiar, morar sozinho, atividade física habitual, tabagismo e etilismo não apresentaram diferenças com significância estatística para a autopercepção do estado de saúde ruim no momento da aposentadoria.

TABELA 10: Dados demográficos, socioeconômicos e autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Dados demográficos	Autopercepção do estado de saúde				p	odds ratio	IC 95%
	Ruim		Boa				
	n	%	n	%			
Variável							
Sexo							
Masculino	16	27,6	42	72,4	0,02	0,31	0,11-0,87
Feminino	16	55,2	13	44,8		1,0	
Idade							
30-49	9	50,0	9	50,0		1,0	
50-59	16	43,2	21	56,8	0,85	0,76	0,21-2,72
≥ 60	7	21,9	25	78,1	0,08	0,28	0,07-1,15
Estado conjugal consensual							
Casado ou em união	18	30,0	42	70,0	0,08	0,40	0,14-1,13
Outras	14	43,8	13	48,1		1,0	
Mora sozinho							
Sim	4	44,4	5	55,6	0,71 ¹	1,43	0,29-6,93
Não	28	35,9	50	64,1		1,0	
Escolaridade (anos de estudo)							
≤ 8	10	38,5	16	61,5		1,0	
9 a 11	12	44,4	15	55,6	0,87	1,28	0,37-4,43
≥ 12	10	29,4	24	70,6	0,64	0,67	0,20-2,24
Renda familiar (per capita)							
4 ou mais salários mínimos	11	36,7	19	63,3	0,92	0,94	0,33-2,61
≤ 3 salários mínimos	21	38,2	34	61,8		1,0	
Atividade física habitual							
Sim	14	28,6	35	71,4	0,11	0,44	0,16-1,19
Não	18	47,4	20	52,6		1,0	
Tabagismo							
Sim	20	35,7	36	64,3	0,96	0,88	0,32-2,42
Não	12	38,7	19	61,3		1,0	
Etilismo							
Sim	0	0,0	5	100,0	0,15	...	...
Não	32	39,0	50	61,0		1,0	

¹Teste exato de Fisher

4.6.2. Presença de doenças crônicas e consumo de recursos de saúde

Observou-se diferença com significância estatística na autopercepção do estado de saúde ruim nos aposentados que utilizaram serviço de saúde e nos que apresentaram asma, bronquite ou enfisema no momento da aposentadoria. Nessas duas variáveis não foi possível calcular o odds ratio e o seu intervalo de confiança, pois uma das células da tabela foi igual a zero. Foi maior a probabilidade de classificação de saúde ruim pelos aposentados que relataram depressão no momento da aposentadoria. O uso regular de medicamentos e doenças como artrite, câncer, doença neurológica crônica, HAS, diabetes mellitus e deficiência visual incapacitante não apresentaram diferenças com significância estatística para a autopercepção do estado de saúde boa ou ruim no momento da aposentadoria (Tabela 11).

TABELA 11: Uso de serviços de saúde, medicamentos, presença de doenças crônicas e autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Variável	Autopercepção do estado de saúde				p	odds ratio	IC 95%
	Ruim		Boa				
	n	%	n	%			
Utilizou serviço de saúde							
Sim	32	41,0	46	59,0	0,02 ¹	...	...
Não	0	0,0	9	100,0		1,0	
Consultas médicas							
Sim	9	50,0	9	50,0	0,27	2,10	0,64-6,94
Não	21	32,3	44	67,7		1,0	
Internação nos últimos 12 meses							
Sim	8	61,5	5	38,5	0,06	3,33	0,85-13,52
Não	24	32,4	50	67,6		1,0	
Motivo da internação							
Doença clínica	4	80,0	1	20,0	0,06 ¹	8,33	0,80-207,4
Realização de cirurgia	4	50,0	4	50,0	0,43	2,08	0,39-11,11
Usa medicamentos regularmente							
Sim	29	39,7	44	60,3	0,32	2,42	0,55-12,18
Não	3	21,4	11	78,6		1,0	
Presença de doenças							
Depressão							
Sim	16	64,0	9	36,0	<0,01	5,11	1,69-15,9
Não	16	25,8	46	74,2		1,0	
Artrite							
Sim	5	62,5	3	37,5	0,14 ¹	3,21	0,59-18,87
Não	27	34,2	52	65,8		1,0	
Câncer							
Sim	1	25,0	3	75,0	1,0 ¹	0,56	0,02-6,59
Não	31	37,3	52	62,7		1,0	
Doença neurológica crônica							
Sim	4	66,7	2	33,3	0,18 ¹	3,79	0,54-32,5
Não	28	34,6	53	65,4		1,0	
HAS							
Sim	9	34,6	17	65,4	0,98	0,87	0,30-2,55
Não	23	37,7	38	62,3		1,0	
Diabetes mellitus							
Sim	4	66,7	2	33,3	0,18 ¹	3,79	0,54-32,51
Não	28	34,6	53	65,4		1,0	
Asma, bronquite, enfisema							

Sim	4	100	0	0,0	0,01 ¹	...	...
Não	28	33,7	55	66,3		1,0	
Deficiência visual incapacitante							
Sim	1	25,0	3	75,0	1,0 ¹	0,56	0,02-6,59
Não	31	37,3	52	62,7		1,0	
Deficiência auditiva incapacitante							
Sim	0	0,0	1	100,0	1,0 ¹	...	...
Não	32	37,2	54	62,8		1,0	

¹Teste exato de Fisher

4.6.3. Aposentadoria

Aposentados por invalidez apresentaram maior probabilidade de classificar sua saúde como ruim. As variáveis atividade laboral no momento da pesquisa e tempo de aposentadoria não apresentaram diferenças com significância estatística para a autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria (Tabela 12).

TABELA 12: Aposentadoria e autopercepção do estado de saúde de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Variável	Autopercepção do estado de saúde				p	odds ratio	IC 95%
	Ruim		Boa				
	n	%	n	%			
Aposentadoria							
Invalidez	27	56,3	21	43,8	<0,01	8,74	2,61-31,12
Tempo de serviço	5	12,8	34	87,2		1,0	
Tempo de aposentadoria							
1 a 6 anos	18	40,0	27	60,0	0,67	1,33	0,50-3,55
≥ 7 anos	14	33,3	28	66,7		1,0	
Ocupação atual							
Sim	6	26,1	17	73,9	0,32	0,52	0,15-1,66
Não	26	40,6	38	59,4		1,0	

¹Teste exato de Fisher

4.7.Fatores associados à autopercepção do estado de saúde no momento da pesquisa

As tabelas 13, 14 e 15 apresentam comparações entre as variáveis categóricas considerando-se a autopercepção do estado de saúde ruim e muito ruim como evento de interesse.

4.7.1.Dados demográficos e socioeconômicos

Não houve diferença com significância estatística na classificação da autopercepção do estado de saúde em momento posterior à aposentadoria quando se considerou sexo, estado conjugal, morar sozinho, escolaridade, renda familiar, tabagismo e etilismo. Aposentados que praticavam atividade física habitual no momento da pesquisa apresentaram, com tendência de significância estatística, menor chance de classificarem sua saúde como ruim (Tabela 13).

TABELA 13: Dados demográficos, socioeconômicos e autopercepção do estado de saúde no momento da pesquisa de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Variável	Autopercepção do estado de saúde				p	odds ratio	IC 95%
	Ruim		Boa				
	n	%	n	%			
Sexo							
Masculino	9	15,5	49	84,5	0,29	0,48	0,14-1,63
Feminino	8	27,6	21	72,4			
Idade							
30-49	6	33,3	12	66,7	0,51 ¹	0,55	0,13-2,30
50-59	8	21,6	29	78,4			
≥ 60	3	9,4	29	90,6			
Estado conjugal							
Casado ou em união consensual	9	15,0	51	85,0	0,19	0,42	0,12-1,43
Outros	8	29,6	19	70,4			
Mora sozinho							
Sim	1	11,1	8	88,9	0,68	0,48	0,02-4,44
Não	16	20,5	62	79,5			
Escolaridade (anos de estudo)							
≤ 8	7	26,9	19	73,1	0,93	0,78	0,19-3,21
9 a 11	6	22,2	21	77,8			
≥ 12	4	11,8	30	88,2			
Renda familiar (per capita)							
4 ou mais salários mínimos	3	10,0	27	90,0	0,16	0,33	0,07-1,40
≤ 3 salários mínimos	14	25,5	41	74,5			
Atividade física habitual							
Sim	6	12,2	43	87,8	0,09	0,34	0,10-1,17
Não	11	28,9	27	71,1			
Tabagismo							
Sim	12	21,4	44	78,6	0,76	1,42	0,40-5,31
Não	5	16,1	26	83,9			
Etilismo							
Sim	0	0,0	5	100,0	0,58 ¹	...	...
Não	17	20,7	65	79,3			

¹ Teste exato de Fisher

4.7.2. Presença de doenças crônicas e consumo de recursos de saúde

Não houve diferença com significância estatística na classificação da autopercepção do estado de saúde quando se considerou o uso de serviços de saúde, consultas nos 12 meses anteriores à pesquisa, uso regular de medicamentos, deficiências visual ou auditiva incapacitantes, artrite, câncer e HAS em momento posterior à aposentadoria. Da mesma forma não foi observada diferença quando se considerou os aposentados internados por doença clínica ou cirurgia (OR=3,23; IC95%=0,75-13,85; $p=0,12$). Entretanto, ao avaliar isoladamente os aposentados internados por doença clínica, constatou-se tendência de diferença com significância estatística para a autopercepção do estado de saúde ruim (OR=5,90; IC95%=0,71-56,71; $p=0,07$).

Aposentados que relataram pelo menos uma internação nos 12 meses anteriores à pesquisa e doenças como depressão, doença neurológica crônica, diabetes mellitus, asma, bronquite ou enfisema apresentaram maior chance de classificarem sua saúde como ruim (Tabela 14).

TABELA 14: Uso de serviços de saúde, medicamentos, presença de doenças crônicas e autopercepção do estado de saúde no momento da pesquisa de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Variável	Autopercepção do estado de saúde				p	odds ratio	IC 95%
	Ruim		Boa				
	n	%	n	%			
Utilizou serviço de saúde							
Sim	17	21,8	61	78,2	0,19		
Não	0	0,0	9	100,0		1,0	
Consultas médicas							
Sim	3	16,7	15	83,3	1,0 ¹	0,88	0,17-4,10
Não	12	18,5	53	81,5		1,0	
Internação nos últimos 12 meses							
Sim	5	38,5	8	61,5	0,12	3,23	0,75-13,85
Não	12	16,2	62	83,8		1,0	
Internação nos últimos 12 meses							
Não	15	83,3	59	79,7		1,0	
Clínica	3	60,0	2	40,0	0,07 ¹	5,90	0,71-56,71
Cirúrgica	0	0,0	8	100,0	0,34		
Uso de medicamentos regularmente							
Sim	16	21,9	57	78,1	0,29	3,65	0,43-81,7
Não	1	7,1	13	92,9		1,0	
Presença de doenças							
Depressão							
Sim	7	33,3	14	66,7	0,11 ¹	2,80	0,78-10,08
Não	10	15,2	56	84,8		1,0	
Artrite							
Sim	2	22,2	7	77,8	1,0 ¹	1,20	0,0-7,51
Não	15	19,2	63	80,8		1,0	
Câncer							
Sim	1	25,0	3	75,0	1,0 ¹	1,40	0,0-17,2
Não	16	19,3	67	80,7		1,0	
Doença neurológica crônica							
Sim	3	42,9	4	57,1	0,13 ¹	3,54	0,54-22,3
Não	14	17,5	66	82,5		1,0	
HAS							
Sim	7	41,2	32	82,1	0,95	0,83	0,25-2,76
Não	10	20,8	38	79,2		1,0	
Diabetes mellitus							
Sim	4	40,0	6	60,0	0,09 ¹	3,28	0,65-16,22
Não	13	16,9	64	83,1		1,0	

Asma, bronquite, enfisema							
Sim	3	60,0	2	40,0	0,05 ¹	7,29	0,89-71,38
Não	14	17,1	68	82,9		1,0	
Deficiência visual incapacitante							
Sim	1	33,3	2	66,7	0,48 ¹	2,13	0,0-33,6
Não	16	19,0	68	81,0		1,0	
Deficiência auditiva incapacitante							
Sim	0	0,0	1	100,0	1,0 ¹		
Não	17	19,8	69	80,2		1,0	

¹ Teste exato de Fisher

4.7.3. Aposentadoria

Não houve diferença com significância estatística na classificação da autopercepção do estado de saúde quando se considerou o tempo de aposentadoria no momento da pesquisa. No entanto, observou-se maior chance de classificação de saúde ruim entre os aposentados por invalidez. Já os aposentados que relataram exercer algum tipo de ocupação laboral de forma habitual apresentaram melhor classificação da autopercepção do estado de saúde (Tabela 15).

TABELA 15: Dados sobre a aposentadoria, ocupação e autopercepção do estado de saúde no momento da pesquisa de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Variável	Autopercepção do estado de saúde				p	odds ratio	IC 95%
	Ruim		Boa				
	n	%	n	%			
Aposentadoria							
Invalidez	14	29,2	34	70,8	0,03	4,94	1,16-24,2
Tempo de serviço	3	7,7	36	92,3		1,0	
Tempo de aposentadoria							
1 a 6 anos	7	15,6	38	84,4	0,48	0,59	0,17-1,96
≥ 7 anos	10	23,8	32	76,2		1,0	
Ocupação							
Sim	1	4,3	22	95,7	0,03 ¹	0,14	0,01-0,99
Não	16	25,0	48	75,0		1,0	

¹ Teste exato de Fisher

4.8. Autopercepção do estado de saúde: associação de fatores no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa

A tabela 16 apresenta a condensação dos resultados da associação entre as variáveis anteriormente apresentadas e a classificação da autopercepção do estado de saúde ruim.

TABELA 16: Associação entre as variáveis demográficas, socioeconômicas, condições de saúde, aposentadoria, ocupação e autopercepção do estado de saúde ruim de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Variáveis	Autopercepção do estado de saúde ruim no momento da aposentadoria	Autopercepção do estado de saúde ruim no momento da pesquisa
Sexo masculino	Diminui	Sem diferença
Idade ¹	Tendência de diminuição	Tendência de diminuição
Estado conjugal (casado ou em união consensual)	Tendência de diminuição	Sem diferença
Mora sozinho	Sem diferença	Sem diferença
Escolaridade (anos de estudo)	Sem diferença	Sem diferença
Renda familiar per capita	Sem diferença	Sem diferença
Atividade física habitual	Tendência de diminuição	Tendência de diminuição
Tabagismo	Sem diferença	Sem diferença
Etilismo	Sem diferença	Sem diferença
Uso de serviços de saúde	Aumenta	Sem diferença
Internação nos 12 meses anteriores à pesquisa	Tendência de aumento	Tendência de aumento
Uso regular de medicamentos	Sem diferença	Sem diferença
Aposentadoria por invalidez	Aumenta	Aumenta
Tempo de aposentadoria	Sem diferença	Sem diferença
Ocupação atual	Sem diferença	Diminui
Depressão	Aumenta	Tendência de aumento
Artrite	Tendência de aumento	Sem diferença
Câncer	Sem diferença	Sem diferença
Doença neurológica crônica	Sem diferença	Tendência de aumento
HAS	Sem diferença	Sem diferença
Diabetes mellitus	Sem diferença	Tendência de aumento
Asma, bronquite, enfisema	Tendência de aumento	Tendência de aumento
Deficiência visual incapacitante	Sem diferença	Sem diferença

Deficiência auditiva
incapacitante

Sem diferença

Sem diferença

¹Comparação entre 30 e 49 anos e acima de 60 anos

A tabela 17 apresenta o modelo final de regressão logística para fatores associados à autopercepção negativa (ruim ou muito ruim) do estado de saúde.

No momento da aposentadoria, sua classificação por invalidez e a depressão associaram-se a uma maior chance de autopercepção negativa do estado de saúde.

No momento da pesquisa, a atividade física apresentou-se como o único fator associado a uma menor chance de classificação negativa da autopercepção do estado de saúde. A ordem de exclusão das variáveis nos modelos de regressão logística pode ser observada nos Apêndices 1 e 2.

As variáveis associadas foram: sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, uso de serviços de saúde, internações, tipo de aposentadoria (invalidez), atividade física, depressão, artrite, doença neurológica crônica, diabetes, asma, bronquite e enfisema.

TABELA 17: Modelo final da análise multivariada para fatores associados à autopercepção negativa do estado de saúde (ruim ou muito ruim) no momento da aposentadoria de uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Variável	Coefficiente	Odds ratio	IC 95%	p
Aposentadoria por invalidez	1,8668	6,47	2,07-20,23	0,001
Depressão	1,1023	3,01	1,08-8,90	0,046
Atividade física	-2,074	0,13	0,02-1,01	0,051

4.9. Qualidade de vida

A tabela 18 apresenta a distribuição dos escores dos domínios do SF-36. Os piores resultados foram observados quanto aos aspectos físicos, dor e estado geral de saúde.

TABELA 18: Descrição dos valores dos domínios avaliados pelo SF-36 em uma população de aposentados de Belo Horizonte, MG.

Variável	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Capacidade funcional	61,1	26,2	0,0	65,0	100,0
Aspectos físicos	49,2	40,9	0,0	50,0	100,0
Dor	54,8	22,9	12,0	52,0	100,0
Estado geral de saúde	59,0	20,0	10,0	57,0	92,0
Vitalidade	61,0	21,7	15,0	60,0	100,0
Aspectos sociais	70,0	21,4	12,5	75,0	100,0
Aspectos emocionais	53,4	40,8	0,0	66,7	100,0
Saúde mental	68,4	21,8	12,0	72,0	100,0

A tabela 19 apresenta a média dos oito domínios avaliados pelo SF-36 de acordo com as variáveis sócio-econômicas, aposentadoria, ocupação, atividade física, tabagismo e etilismo.

Sim	58,6	25,8	0,06	47,7	41,8	0,47	53,0	22,9	0,14	58,2	20,6	0,43	60,4	22,2	0,56	68,7	21,6	0,22	52,5	40,7	0,63	68,6
Não	76,1	24,3		58,3	35,3		65,9	20,7		64,2	15,8		65,0	19,5		77,7	19,5		59,3	43,4		67,5
Aposentadoria Invalidez Compulsória + tempo de serviço	51,3	23,1	<0,01	39,6	39,1	<0,01	49,7	22,6	0,01	53,1	20,5	0,01	54,1	21,8	<0,01	63,7	20,5	<0,01	42,2	40,2	<0,01	61,8
Tempo de aposentadoria	79,3	21,7		67,0	38,8		64,4	20,6		70,0	13,8		73,8	14,9		81,8	17,9		74,2	34,0		80,7
1 a 6	64,3	22,7	0,43	58,3	41,7	0,09	53,2	21,2	0,55	61,9	21,5	0,18	62,3	22,5	0,58	72,1	19,8	0,58	56,6	44,8	0,49	71,6
≥ 7	58,2	28,9		40,9	38,9		56,3	24,5		56,5	18,5		59,8	21,3		68,2	22,7		50,5	37,4		65,6
Ocupação atual																						
Sim	73,4	26,4	<0,01	71,0	37,5	<0,01	62,8	20,6	0,06	72,3	14,6	0,01	75,8	16,3	<0,01	78,3	22,8	0,04	75,4	33,0	<0,01	80,0
Não	55,8	24,5		39,7	38,9		51,4	23,2		53,3	19,4		54,6	20,8		66,5	19,9		43,9	40,5		63,4
Atividade física habitual																						
Sim	67,6	25,8	0,01	52,1	43,0	0,48	56,9	24,3	0,39	64,4	20,3	<0,01	65,6	20,9	0,05	76,1	19,7	0,01	56,2	42,6	0,55	74,5
Não	53,0	24,8		45,5	38,5		52,2	21,1		52,3	17,8		55,4	21,8		62,5	21,2		50,0	39,0		60,9
Tabagismo																						
Sim	63,8	27,5	0,24	50,7	41,3	0,76	59,9	23,0	0,03	60,0	19,3	0,54	59,1	22,9	0,64	70,7	22,4	0,56	50,9	41,6	0,50	65,8
Não	57,0	23,9		47,0	41,0		47,1	20,7		57,5	21,5		64,0	19,8		69,0	20,1		57,3	40,3		72,5
Alcoolismo																						
Sim	63,7	30,9	0,82	43,7	42,7	0,83	67,0	13,5	0,16	70,7	13,8	0,21	73,7	10,3	0,23	87,5	14,4	0,08	50,0	43,0	0,85	82,0
Não	60,9	26,1		49,6	41,1		54,0	23,2		58,3	20,2		60,2	22,1		68,8	21,3		53,7	41,1		67,5

O sexo masculino apresentou um escore maior de pontuação, exceto para o estado geral de saúde e aspectos emocionais. Quanto à idade, houve diferença para a capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Maiores pontuações foram observadas pelos aposentados de idade mais avançada.

Aposentados casados apresentaram maior pontuação na capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Quando o aposentado não fez uso de medicamentos regularmente, houve uma importante tendência de significância estatística para uma maior pontuação no domínio capacidade funcional.

A qualidade de vida nos aposentados por invalidez, comparada à qualidade de vida nos aposentados por outras causas, mostrou-se inferior, com menor pontuação para todos os domínios. Por outro lado, quando associada à ocupação observou-se melhora da qualidade de vida, com melhor pontuação em todos os domínios.

A prática da atividade física de forma habitual melhorou a pontuação nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, com significância estatística.

Não houve alteração nos escores dos domínios do SF-36 em relação às variáveis morar sozinho, escolaridade, renda familiar, uso de serviços de saúde (medicamentos, consultas médicas e internações) e tempo de aposentadoria

A tabela 20 apresenta os domínios do SF-36 associados às doenças crônicas no momento da pesquisa. Aposentados com depressão apresentaram uma pior qualidade de vida, com menor pontuação em todos os domínios. A artrite associou-se a uma menor pontuação no domínio capacidade funcional, aspectos emocionais e físicos.

Os aposentados que relataram doença neurológica crônica ou HAS apresentaram menor escore para capacidade funcional. Os que relataram diabetes mellitus apresentaram a menor pontuação no componente estado geral de saúde.

TABELA 20: Domínios do SF-36 associados às doenças crônicas relatadas por aposentados de Belo Horizonte, Minas

Gerais.

Doenças no momento atual	Capacidade funcional			Aspectos físicos			Dor			Estado geral de saúde			Vitalidade			Aspectos sociais			Aspectos emocionais			Saúde mental		
	Média	Dp	P	Média	Dp	p	Média	Dp	p	Média	Dp	p	Média	Dp	p	Média	Dp	p	Média	Dp	p	Média	Dp	p
Depressão																								
Sim	43,8	20,6	<0,01	29,4	36,7	0,02	43,5	26,0	<0,01	47,2	23,2	<0,01	42,9	24,3	<0,01	56,6	19,8	<0,01	39,2	42,9	0,08	49,8	23,7	<0,01
Não	67,5	25,3		56,5	40,3		59,0	20,3		63,4	17,0		67,7	16,5		75,0	19,8		58,7	39,2		75,3	16,6	
Artrite																								
Sim	39,4	28,6	0,02	25,0	35,4	0,06	51,9	24,4	0,98	50,9	24,7	0,41	50,6	25,8	0,18	57,8	22,1	0,13	29,1	27,8	0,07	60,0	28,4	0,44
Não	64,3	24,5		52,7	40,7		55,3	22,8		60,2	19,2		62,5	20,9		71,8	2,09		57,0	41,4		69,7	20,7	
Câncer																								
Sim	65,0	35,4	0,78	75,0	35,4	0,36	61,5	14,8	0,58	64,5	17,7	0,69	50,0	42,4	0,74	81,3	26,5	0,44	50,0	70,7	0,92	62,0	25,5	0,60
Não	61,0	26,2		48,4	41,0		54,6	23,2		58,9	20,2		61,4	21,3		69,7	21,3		53,5	40,5		68,7	21,9	
Doença neurológica crônica																								
Sim	27,0	33,7	0,01	45,0	51,2	0,86	63,8	28,5	0,30	46,2	18,5	0,11	57,0	26,1	0,75	60,0	34,7	0,45	60,0	43,4	0,71	58,4	31,7	0,47
Não	64,0	23,5		49,6	10,4		54,1	22,5		60,2	19,9		61,4	21,6		70,9	20,1		52,9	41,0		69,3	20,9	
HAS																								
Sim	67,2	24,1	0,09	52,5	37,3	0,58	55,4	23,2	0,90	57,8	19,9	0,59	60,2	22,7	0,75	71,2	20,3	0,78	53,3	40,7	0,97	68,0	21,8	0,81
Não	55,6	27,1		46,2	44,2		54,3	22,9		60,2	20,3		61,8	21,1		68,9	22,6		53,5	41,6		68,9	22,2	
Diabetes																								
Sim	65,5	28,7	0,54	44,4	41,0	0,71	49,0	17,6	0,44	48,3	17,4	0,08	56,7	19,4	0,44	66,7	21,6	0,52	51,8	44,5	0,88	62,7	17,3	0,24
Não	60,4	26,0		50,0	41,2		55,8	23,6		60,8	20,0		61,8	22,2		70,6	21,5		53,7	40,7		69,4	22,4	
Asma, bronquite, enfisema																								
Sim	46,7	38,8	0,38	33,3	57,7	0,49	35,0	32,4	0,18	35,7	36,1	0,19	40,0	35,0	0,24	50,0	45,0	0,28	33,3	57,7	0,39	42,7	34,5	0,11
Não	61,8	25,6		50,0	40,4		55,8	22,2		60,2	18,7		62,1	20,7		71,1	19,7		54,4	40,2		69,7	20,6	
Deficiência visual incapacitante																								
Sim	90,0	7,0	0,09	100,0	0,0	0,07	81,0	26,8	0,14	77,0	21,2	0,23	82,5	3,5	0,08	93,7	8,8	0,10	100,0	0,0	0,09	88,0	0,0	0,11
Não	60,2	26,1		47,5	40,5		53,9	22,5		58,5	19,9		60,3	21,7		69,2	21,2		51,9	40,6		67,8	21,8	

A tabela 21 apresenta a associação entre ocupação no momento da pesquisa e os domínios avaliados pelo SF-36. Os aposentados que não estavam exercendo atividade laboral apresentaram redução nos pontos em todos os domínios avaliados. A aposentadoria por invalidez reduziu os pontos nos domínios dor e estado geral de saúde. Já o fato de não consultar com médicos nos 12 meses anteriores à pesquisa aumentou a pontuação do domínio dor. Os modelos multivariados para pontuação dos domínios avaliados pelo SF-36 encontram-se dispostos nos apêndices 3 a 10.

TABELA 21: Fatores associados aos domínios do SF-36 avaliados através de um modelo de regressão linear em uma população de aposentados de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Variáveis	Capacidade funcional			Aspectos físicos			Dor			Estado geral de saúde			Vitalidade			Aspectos sociais			Aspectos emocionais			Saúde Mental		
	Int.	Coef.	P	Int.	Coef.	P	Int.	Coef.	p	Int.	Coef.	p	Int.	Coef.	p	Int.	Coef.	p	Int.	Coef.	p	Int.	Coef.	p
Ocupação atual (não)	82,9	-22,3	0,009	90,0	-31,4	0,001	70,6	-21,5	0,005	110	-27,5	0,001	87,6	-25,0	0,001	83,6	-18,9	0,031	94,4	-32,1	0,001	88,5	-22,5	0,009
Consultas Médicas		X	X	X	X	X	x	16,2	0,006	x	X	X	x	X	X	X	X	X	x	X	X	x	X	X
Aposentadoria invalidez		X	X	X	X	X	x	-14,6	0,032	x	-13,2	0,052	x	X	X	X	X	X	x	X	X	x	X	X

5.DISCUSSÃO

5.1.Autopercepção do estado de saúde como instrumento de pesquisa

Os trabalhos realizados no Brasil que avaliaram a autopercepção do estado de saúde não apresentaram uma padronização nas perguntas e respostas. O mesmo foi constatado nas pesquisas realizadas em outros países. Essa variabilidade dificulta a comparação entre os trabalhos publicados, assim como entre os resultados obtidos nessa pesquisa e os descritos na literatura.

De acordo com a literatura, a autopercepção do estado de saúde pode ser influenciada pelos seguintes fatores: demográficos (idade, sexo, arranjo familiar e estado conjugal), socioeconômicos (educação e rendas individual e familiar), presença de doenças crônicas, capacidade funcional (atividades de vida diárias - AVD's, atividades instrumentais de vida diárias - AIVD's) e mobilidade (EKERDT, 1983; MARMOT et al., 1997; ALVES, 2004; BARON-EPEL et al., 2001; MARCELLINI et al., 2002; LIMA-COSTA et al., 2004).

Uma melhor compreensão da natureza desses fatores é fundamental para reforçar a importância do uso da avaliação da autopercepção do estado de saúde em pesquisas clínicas relacionadas a influências biológicas e sociais na saúde das pessoas (SMITH et al., 1994).

A capacidade funcional influencia diretamente a autopercepção do estado de saúde pela sua relação e associação aos aspectos demográficos, socioeconômicos, culturais, psicossociais e de saúde (CHAIMOWICZ, 1997; GUERRA et al., 2003; RAMOS, 1998; LIMA-COSTA et al., 2003b). É também influenciada por comportamentos relacionados ao estilo de vida, como tabagismo,

alcoolismo, hábito alimentar, atividade física, estresse, auto-estima, manutenção e controle de relações sociais e relacionamentos inter-pessoais (HERZOG et al., 1991; HOYEMANS et al., 1996; IDLER et al., 1990 e 1997; LEINONEN et al., 2001; MARCELLINI et al., 2002; BAILIS et al., 2003).

A funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação. A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social (CIF, 2003).

Já o declínio funcional associa-se à morbidade, idade avançada, presença de doenças cardiovasculares, baixo número de anos estudados, sexo feminino, sobrepeso, tabagismo, sedentarismo e raça não-branca. No entanto, poucos foram os estudos que utilizaram a autopercepção do estado de saúde como forma de avaliar essas relações (FERRARO et al., 1997; ALVES, 2004).

Uma das vantagens das pesquisas que utilizam a autopercepção para avaliação do estado de saúde é a subjetividade, que leva diferentes pessoas, grupos sociais e étnicos a apresentarem variações na percepção dos níveis que se oferecem como possíveis respostas, mas com resultados semelhantes. No entanto, as diferenças culturais também são importantes, ocasionando fatos específicos, tais como os idosos pensarem ser “natural” o fato de sua saúde estar deteriorada. A fim de minimizar esse efeito, adaptações devem ser feitas na pergunta a ser avaliada pela autopercepção (IDLER et al., 1997; BARON-EPEL et al., 2001; KAPLAN et al., 2003).

5.2.Associação entre autopercepção do estado de saúde e aposentadoria

Os resultados obtidos com a pesquisa mostraram que após a aposentadoria houve melhora na autopercepção do estado de saúde. Essa melhora pode ser explicada pelo número significativo de aposentadorias por invalidez decorrentes de doenças associadas ao trabalho. No entanto, pode ser questionada a invalidez, que motivou a aposentadoria precoce, trazia ou não real incapacidade. Portanto, a ausência do trabalho foi fator favorável à saúde desses indivíduos.

Deve ser salientado que os aposentados por invalidez relataram, em maior proporção, saúde ruim ou muito ruim, independente de ser no momento da aposentadoria ou no da pesquisa, quando comparados aos aposentados por tempo de serviço. Este achado está de encontro ao relatado pela literatura (DAHL et al., 2001).

5.3.Associação entre autopercepção do estado de saúde, dados demográficos, socioeconômicos e estilo de vida

Este trabalho mostrou que os aposentados do sexo masculino apresentaram maior probabilidade de relatarem uma boa autopercepção do estado de saúde quando comparados às mulheres. Os resultados corroboram achados de outros autores (KUBZANSKY et al., 1998; MCDONOUGH & WALTERS, 2001). Por outro lado, ARBER & GINN (1999) concluíram que as mulheres idosas avaliam a sua saúde de forma mais positiva que os homens de mesma faixa etária. Essa contradição deve motivar investigações detalhadas sobre as diferenças quanto ao sexo na avaliação da autopercepção do estado de saúde.

Em relação ao estado conjugal, indivíduos casados ou em união consensual apresentaram menor probabilidade de considerarem sua saúde ruim no

momento da aposentadoria. Essa constatação foi também relatada em outras investigações que demonstraram ser a viuvez um aspecto negativo para a saúde. Os viúvos apresentaram maiores problemas de saúde e taxas específicas de mortalidade (BERKMAN et al., 1979). Entretanto, outras pesquisas revelam resultados conflitantes, sugerindo que a viuvez poderia exercer um efeito protetor na autopercepção negativa do estado de saúde dos idosos. Uma explicação pode ser um maior envolvimento em ambientes sociais pelos aposentados idosos viúvos, compensando, dessa forma, a perda ou ausência do cônjuge. De acordo com esses estudos, os viúvos experimentam mais autonomia, independência e liberdade, que poderiam ter sido muitas vezes reprimidas durante a vida em união conjugal, contribuindo diretamente para uma considerável melhora na autopercepção do estado de saúde (ALVES, 2004). É possível que aspectos culturais ou metodológicos expliquem essas diferenças.

Aposentados com mais de 60 anos relataram uma boa autopercepção do estado de saúde, em comparação com os de faixa etária mais jovem (30 a 49 anos). Portanto, a idade mostrou-se associada a uma boa autopercepção do estado de saúde. Tal efeito pode ser resultante de um processo de adaptação dos aposentados ou do reconhecimento da deterioração das condições de saúde como uma fase normal do envelhecimento. Outra causa possível pode ser atribuída ao efeito “coorte”, que é explicado através da sobrevivência, selecionando, com o avançar da idade, idosos mais saudáveis, uma vez que aqueles com pior autopercepção do estado de saúde e maiores riscos de mortalidade deixam a “coorte” mais cedo. A adaptação ao tempo de aposentadoria também poderia estar associada a essa melhora (ALVES, 2004; DAMIAN, 1999). Dentro dessa perspectiva, é necessário o

estabelecimento de uma metodologia adequada, que permita investigar criteriosamente as diferenças observadas entre as faixas etárias.

O nível de educação não apresentou, na população estudada, diferença com significância estatística na avaliação da autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria. Entretanto, a literatura assinala essa variável como um dos determinantes dessa avaliação, sendo considerada fator de proteção para a saúde. Essa variação pode ter ocorrido devido ao nível educacional elevado e relativamente semelhante dos aposentados entrevistados. Ressalta-se que a sua grande maioria (70,1%) possuía acima de oito anos de escolaridade. A educação determina diversas vantagens para a saúde, uma vez que influencia fatores psicossociais e de comportamento. Indivíduos com nível educacional mais elevado encontram-se menos propensos a se exporem aos fatores de risco para doenças e a se submeterem às condições de trabalho inadequadas. Melhor nível educacional favorece o acesso às informações, à modificação do estilo de vida, à adoção de hábitos saudáveis, à procura pelos serviços de saúde, o ingresso em atividades que priorizam a promoção da saúde e, especialmente, o seguimento correto das orientações relacionadas à obtenção de melhor qualidade de vida (ROSS & WU, 1996; ALVES, 2004).

A renda não esteve associada, com significância estatística, à autopercepção do estado de saúde ruim no momento da aposentadoria. Esse resultado não está de acordo com a literatura. Estudos consideram a renda elevada um indicador para a classificação de uma boa autopercepção do estado de saúde (ARBER & GINN, 1993; ZIMMER & AMORNSIRISOMBOON, 2001; ALVES, 2004). A percepção de morbidade pode ser menor entre os estratos socioeconômicos menos

favorecidos, o que pode estar relacionado, entre outros aspectos, às diferenças de valores atribuídas à saúde entre os grupos de menor e maior rendimento. A baixa renda, independente da adequada disponibilidade de cuidados com a saúde, atua nos indivíduos de forma negativa para a adoção de um comportamento saudável no ambiente domiciliar e para o acesso aos serviços e recursos materiais exigidos para os cuidados em saúde. Idosos mais pobres procuram em menor número os serviços de saúde, possuem pouca adesão aos tratamentos e têm pouco acesso aos medicamentos (LIMA-COSTA et al., 2003a e 2004; ALVES, 2004). Na população estudada predominaram os aposentados com faixa salarial familiar per capita inferior a três salários mínimos.

A variável morar sozinho não apresentou diferença com significância estatística para a autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria, aspecto controverso na literatura. ALVES (2004) classificou a categoria morar sozinho como um fator positivo para uma boa autopercepção do estado de saúde. Para a autora, este tipo de aposentado provavelmente é um indivíduo independente, resistente, estável financeiramente e mais saudável. No entanto, a mesma autora expõe que tal característica pode ser uma desvantagem. O ambiente social formado nesse tipo de estrutura domiciliar pode desencadear prejuízos financeiros, estresse, estilos de vida pouco saudáveis, redução no tempo disponível para o autocuidado e para o acesso aos serviços de saúde. Essas condições aumentariam ainda mais as chances do indivíduo desenvolver doenças e/ou limitações funcionais, contribuindo para uma aceleração da deterioração da saúde.

O tabagismo não se relacionou a uma piora da autopercepção do estado de saúde no momento da aposentadoria e no momento da pesquisa. No entanto,

como era de se esperar, associou-se ao aumento do número de aposentados com Asma/Bronquite/Enfisema no momento da aposentadoria. Os resultados encontrados apresentaram um maior número de ex-fumantes no momento da pesquisa associado a um menor número de doenças respiratórias. Esses dados reforçam o que é relatado na literatura sobre a influência do tabagismo no aumento da incidência de diversas doenças além das respiratórias. (PEIXOTO, 2005).

Em relação ao etilismo, 5,7% dos aposentados preencheram os critérios do questionário CAGE para dependência ao consumo de álcool. Deve ser ressaltado que ROSS et al. (1990) asseguram que o preenchimento desses critérios expõe os indivíduos a um alto risco de suicídio ($RR=3,5$; $p=0,04$). A empresa a que pertenciam os aposentados desta pesquisa possui um programa específico para dependentes de álcool destinado a funcionários ativos, benefício que não é estendido aos aposentados. No entanto, a autopercepção do estado de saúde neste estudo não apresentou diferença com significância estatística para a variável etilismo. Portanto, não houve associação com estilo de vida (tais como o uso de álcool e fumo), como demonstrado em outros estudos (LIMA-COSTA, 2004).

5.4.Associação entre autopercepção do estado de saúde, doenças crônicas, uso de serviços de saúde e medicamentos

A literatura relata que a presença de quatro ou mais doenças crônicas implica aumento da probabilidade de o aposentado relatar uma autopercepção do estado de saúde ruim (ALVES, 2004). Outros autores (COTT et al., 1999) encontraram uma boa autopercepção do estado de saúde entre os indivíduos com doenças crônicas. Neste estudo os aposentados pertencentes à categoria 'duas a três doenças crônicas' foram os menos prováveis de avaliarem negativamente sua

autopercepção do estado de saúde. Uma possível explicação para esse fato é a que esses aposentados, estando em tratamento e possivelmente com as doenças controladas sem ocasionar deficiências, podem se considerar saudáveis (CIF, 2003; ALVES, 2004). Quanto às diferenças entre os sexos, VERBRUGGE (1985) mostrou que as mulheres apresentam maiores taxas de morbidade, com pior autopercepção do estado de saúde, enquanto os homens se deparam com condições que são freqüentemente mais graves. Este aspecto não foi analisado nesta pesquisa.

Ainda em relação à presença de doenças crônicas, a depressão e a HAS foram as doenças mais comuns entre os aposentados entrevistados, independente se antes ou depois da aposentadoria. A HAS associa-se ao envelhecimento populacional, mas o aumento da prevalência de depressão pode relacionar-se tanto às doenças crônicas quanto à aposentadoria “*per se*” (BOSSE et al., 1987; COTT et al., 1999; CHOI et al., 2003). Salienta-se que a prevalência de depressão no momento da pesquisa (24,1%) foi inferior ao momento da aposentadoria (28,7%). Já a HAS foi superior no momento da pesquisa (44,8% x 29,9%). Este aspecto pode ser explicado não apenas pelo aumento da incidência da hipertensão com a idade, mas também pelo fato de não ser exigido dos aposentados o exame periódico anual de saúde, no qual medidas para detecção e tratamento da HAS e de outras doenças são adotadas.

Observou-se diferença com significância estatística na autopercepção do estado de saúde ruim nos aposentados que fizeram uso de serviços de saúde (internações e consultas médicas) no momento da aposentadoria, provavelmente

devido à presença de doenças mais graves e deficiências. Este aspecto foi também observado por NEGRI et al. (2004) e CAPILHEIRA et al (2006).

Quanto ao uso de medicamentos, não foi constatada associação com a autopercepção do estado de saúde ruim, como observado em outros estudos (LIMA-COSTA, 2004).

MENDES (1999), discutindo a crise da saúde e a necessidade de reforma do setor alertava que “se há tecnologia médica ela tende a ser usada”, induzindo a demanda pelo lado da oferta e submetendo os pacientes a um custo humano e social desnecessário. Portanto, trabalhos que avaliem o impacto dos recursos de saúde (tais como consultas médicas, exames propedêuticos, internações e medicamentos) na qualidade de vida da população, poderão orientar as políticas de saúde.

O envelhecimento populacional associado à longevidade exige do Estado disponibilidade de recursos e investimentos em tecnologia, em especial para os procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas. Esse contexto onera o sistema de saúde, o que reforça a importância de investimentos para a sua prevenção e promoção. No estudo realizado, mesmo diante do direito ao uso do plano de saúde da empresa, um terço dos entrevistados buscaram também assistência à saúde em outros sistemas, tanto público como privado.

5.5. Associação entre autopercepção do estado de saúde, estilo de vida e ocupação após a aposentadoria

No presente estudo, a atividade física apresentou-se como fator associado com menor chance de autopercepção negativa do estado de saúde na análise multivariada. Deve-se ressaltar que não podemos estabelecer uma relação de causa

e efeito. A atividade física pode ser consequência de bons hábitos de vida e, conseqüentemente, autopercepção positiva do estado de saúde. Dentre os aposentados entrevistados, 56,3% relataram praticar atividade física de forma habitual. Tal prática foi considerada com base no enquadramento relatado por PATE et al. (1995) e recomendada pela OMS (2006). Para estes autores, a prática da caminhada ou outra atividade física com intensidade moderada é capaz de exercer efeitos positivos na redução da morbi-mortalidade por doenças crônicas em até 50%. Além disso, a atividade física associa-se a uma menor chance de percepção negativa do estado de saúde, funcionando como fator de proteção para várias doenças crônico-degenerativas e influenciando positivamente a qualidade de vida das pessoas (BARROS et al., 2001; LEINONEN et al., 2001). Ressalta-se que o Sindicato dos Aposentados da Empresa promove reuniões regulares sobre temas relacionados à prevenção de doenças e cuidados com a saúde. Entretanto, não se pôde avaliar se a participação dos aposentados entrevistados nestas reuniões esteve associada à maior incidência de prática esportiva, e conseqüentemente a uma melhor avaliação da autopercepção do estado de saúde.

Da mesma forma que a atividade física, a atividade laboral, autônoma e remunerada após a aposentadoria associou-se a menor chance para uma pior classificação da autopercepção do estado de saúde. O mesmo foi verificado por GIATTI et al. (2003). Essa relação foi observada em um perfil específico de aposentados: idosos de faixa etária mais baixa, maior renda familiar per capita e maior escolaridade, sendo ainda considerados referência no meio familiar.

5.6.Fatores associados à qualidade de vida

A avaliação da qualidade de vida é reconhecida como tópico de pesquisa em vários estudos clínicos e epidemiológicos (VIACAVA, 2002; VERAS, 2003). No entanto não foi encontrado, na revisão da literatura realizada, a aplicação do questionário SF-36 em aposentados no Brasil para avaliação da sua qualidade de vida, embora o mesmo já tenha sido traduzido e validado para estudo com doenças reumatológicas.

Quanto às dimensões avaliadas pelo SF-36, esta pesquisa evidenciou menores escores para o aspecto físico, dor e estado geral de saúde. De acordo com KAPLAN et al. (2003), uma pior autopercepção do estado de saúde associa-se à presença de dor. Esses resultados podem estar relacionados às doenças crônicas apresentadas pelos aposentados, especialmente artrite/DORT, associando-se a uma piora da qualidade de vida.

Em relação aos dados demográficos, aposentados do sexo masculino apresentaram, com exceção dos domínios estado geral de saúde e aspectos emocionais, maiores escores de pontuação em todos os outros domínios avaliados pelo SF-36, com conseqüente melhor avaliação da qualidade de vida. Como já mencionado anteriormente, as mulheres tendem a considerar sua saúde pior quando comparada aos homens da mesma faixa etária (KUBZANSKY et al., 1998; MCDONOUGH & WALTERS, 2001).

A idade apresentou diferença para a capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, sempre com pontuações maiores para os aposentados de idade mais avançada, o que implica melhor qualidade de vida. Isso

pode ser explicado levando-se em consideração as causas das aposentadorias nos mais jovens que, em sua maioria, ocorreram por invalidez (55,2%). Alguns autores, utilizando outros instrumentos de avaliação, também encontraram resultados semelhantes aos desta pesquisa (EDÉN et al., 1995; ELOVAINIO et al., 2003; CHOI, 2003). No entanto a relação qualidade de vida e envelhecimento é plural, envolvendo categorias como atividade, renda, vida social e relação com a família que, por sua vez, variam de indivíduo para indivíduo (XAVIER et al., 2003).

Os aposentados por invalidez apresentaram menor pontuação em todos os domínios avaliados pelo SF-36, principalmente na avaliação da dor e do estado geral de saúde. Tais achados encontram respaldo no número elevado de doenças crônicas no grupo estudado.

Os aposentados casados ou em união consensual apresentaram maior pontuação na capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Assim, apresentaram melhor qualidade de vida quando comparados aos separados ou viúvos, o que está de acordo com resultados da literatura (BERKMAN & SYME, 1979).

Os aposentados que não estavam em uso regular de medicamentos apresentaram uma importante tendência com significância estatística para uma maior pontuação no domínio capacidade funcional, resultado semelhante ao encontrado em estudos realizados em outros países (FERRARO et al., 1997; HOYEMANS et al., 1997; DAMIAN et al., 1999; GAMA et al., 2000). A manutenção da capacidade funcional encontra-se diretamente associada à qualidade de vida, uma vez que se refere à capacidade de um indivíduo se manter na comunidade com independência

(ROSA et al., 2003). Esse domínio apresenta associação satisfatória com a avaliação clínica (CICONELLI et al., 1999).

A prática habitual de atividade física apresentou diferença com significância estatística para uma maior pontuação nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, estando de acordo com outros estudos que associaram a atividade física a uma melhora da qualidade de vida (CASPERSEN, 2000; PATE et al., 1995).

No momento da pesquisa os aposentados que relataram depressão apresentaram um menor escore em todos os domínios avaliados pelo SF-36. A presença de artrite associou-se a uma menor pontuação para capacidade funcional e a uma importante tendência de piora para aspectos emocionais e físicos.

Aposentados que relataram doença neurológica crônica ou HAS apresentaram menor escore para capacidade funcional. Os que relataram diabetes mellitus apresentaram tendência importante de menor pontuação para estado geral de saúde. Entre os aposentados que relataram deficiência visual incapacitante, observou-se tendência importante de menor pontuação para capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade e aspectos emocionais. Não foi observada diferença em nenhum domínio para os aposentados que relataram câncer ou asma/bronquite/enfisema. Esses dados estão, também, de acordo com o relatado na literatura (VALDERRÁBANO, 2000).

Os entrevistados que exerciam atividade laboral posteriormente à aposentadoria apresentaram maior pontuação em todos os domínios avaliados pelo SF-36, sendo a sua ausência a única característica associada à redução dos

mesmos. Embora autores como BOSSÉ et al. (1987) não tenham encontrado diferenças quanto aos sintomas psicológicos nos aposentados que apresentavam ou não ocupação após a aposentadoria, GONZÁLES et al. (1995) relataram piora na saúde mental em aposentados inativos. Corroborando este aspecto, REITZES et al. (1996) destacaram melhora na saúde mental e nos aspectos emocionais em aposentados que mantinham algum tipo de ocupação, com influência direta na qualidade de vida. Entretanto, as condições de exercício dessa atividade podem influir de forma positiva ou negativa na avaliação da qualidade de vida. HERZOG et al. (1991) verificaram que o desempenho de uma atividade laboral estressante contribui para uma piora da saúde mental em aposentados.

A discussão em torno dos vários aspectos relacionados à aposentadoria é relevante, podendo contribuir para a implementação de medidas que possam interferir de maneira positiva na vida das pessoas, em que pese a complexidade da relação entre aposentadoria, autopercepção do estado de saúde, qualidade de vida e consumo de recursos de saúde.

5.7.Limitações do estudo

Algumas considerações devem ser feitas em relação aos resultados desta análise. Estudos transversais, como o realizado, impossibilitam a associação causal, pois apenas sugerem a inter-relação entre a autopercepção do estado de saúde, as condições de saúde auto-referidas, a qualidade de vida e a situação no mercado de trabalho, cuja temporalidade só poderá ser avaliada em outros tipos de estudos.

O problema do viés de sobrevivência, considerando que os aposentados com piores condições de saúde morreriam mais cedo, deve ser salientado.

Os dados sobre a morbidade auto-referida e os dados do momento da aposentadoria podem apresentar o viés de memória, a interferência pela ausência do diagnóstico e níveis distintos de confiabilidade, pois estes dados podem não ter sido diagnosticados pelo médico.

Embora a aplicação do questionário tenha sido adequada para esta população, generalizações deverão ser realizadas com cautela.

6.CONCLUSÃO

1. Os aposentados por invalidez apresentaram pior autopercepção do estado de saúde quando comparados com aposentados por tempo de serviço.
2. A prática regular de atividade física associou-se à melhor autopercepção do estado de saúde.
3. Em relação à qualidade de vida, os menores escores foram os domínios dor, aspecto funcional e estado geral de saúde.
4. O consumo de recursos de saúde foi maior entre os aposentados que apresentaram pior autopercepção do estado de saúde.
5. A aposentadoria associou-se positivamente à autopercepção do estado de saúde, nesta população.
6. A aposentadoria associou-se à qualidade de vida, avaliada pelo SF-36, de forma positiva quando associada à atividade física regular e à presença de ocupação no momento da pesquisa.
7. Os aposentados por invalidez apresentaram menores escores no SF-36 quando comparados aos aposentados por tempo de serviço.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES

A perda do aspecto saúde e a piora da qualidade de vida determinam a saída precoce do indivíduo de seu ambiente de trabalho. Isso pode causar um impacto negativo no trabalhador e na sociedade, uma vez que a presença de uma atividade laboral satisfatória associa-se a uma melhora da qualidade de vida. Portanto, o trabalho deveria figurar no próprio conceito de saúde, particularmente no que concerne à definição de “bem estar social”.

A participação em atividades físicas pelos aposentados pode propiciar respostas favoráveis e estão associadas a bons hábitos de vida que contribuem para um envelhecimento saudável. Sua prática regular produz um impacto positivo sobre a qualidade de vida, assim como o desenvolvimento de trabalhos prazerosos após a aposentadoria, seja para a complementação da renda familiar ou não.

Para fazer da aposentadoria um momento de significado positivo no dia-a-dia do indivíduo é necessária uma preparação antecipada para o novo momento da vida, ainda em fase laboral. Atuações integradas entre empresas da iniciativa pública e privada poderiam contribuir, de forma positiva, com orientações psicológicas, de planejamento financeiro e social através de profissionais especializados, funcionando como um espaço de reflexão sobre as possíveis perdas e ganhos relativos ao afastamento do trabalho. Algumas empresas, conscientizadas sobre a dificuldade do seu trabalhador encontrar uma nova oportunidade de trabalho após a aposentadoria e cientes das dificuldades da Previdência Social, já vêm desenvolvendo programas de preparação para o novo momento da vida.

Algumas proposições, baseadas no estudo realizado, podem ser sugeridas:

1. Pesquisas longitudinais, conduzidas com o objetivo de obter maiores explicações sobre a causalidade das relações entre aposentadoria, autopercepção do estado de saúde, qualidade de vida e consumo de recursos de saúde. Estas pesquisas poderiam possibilitar intervenções mais eficazes no processo da aposentadoria.

2. Atualizações dos dados cadastrais dos aposentados da empresa, a fim de facilitar futuros estudos sobre o consumo de recursos de saúde.

3. Avaliação da necessidade de extensão do programa de abordagem de alcoolismo oferecido pela empresa aos atuais trabalhadores para seus aposentados, uma vez que esse índice mostrou-se presente em 5,7% dos entrevistados.

4. Incentivar programas de promoção à saúde antes e após a aposentadoria, oferecendo as mesmas atividades normativas como exames periódicos de saúde.

5. Realização de estudos semelhantes entre a aposentados do sistema público e privado.

6. Incentivo à prática de atividade física para trabalhadores e aposentados, uma vez que esse estudo reforçou a sua importância na melhora da qualidade de vida.

7. Avaliação periódica e acompanhamento freqüente das condições de trabalho na empresa com o objetivo de prevenir adoecimentos físicos e psíquicos dos trabalhadores, dado que a aposentadoria por invalidez associou-se a uma pior autopercepção do estado de saúde.

8. Implementação de projetos de informação e planejamento para a aposentadoria aos trabalhadores ainda em fase laboral, com o objetivo de contribuir de forma positiva com orientações para a nova fase da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, L. C. Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do Município de São Paulo. 2004. 89f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
2. APPELS, A.; BOSMA, H.; GRATOUSKAS, V.; GOSTAUTAS, A.; STURMANS, F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. **Social Science & Medicine**, v.42, n.5, p.681-689, 1996.
3. ARBER, S.; GINN, J. Gender and inequalities in health in later life. **Social Science & Medicine**, v.36, n.1, p.33-46, 1993.
4. BAILIS, D. S.; SEGALL, A.; CHIPPERFIELD, J. G. Two views of self-rated general health status. **Social Science & Medicine**, v.56, n.2, p.203-217, 2003.
5. BARON-EPEL, O.; KAPLAN, G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? **Social Science & Medicine**, v. 53, n.9, p.1373-1381, 2001.
6. BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Comportamento de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.6, p.554-563, 2001.
7. BERKMAN, L. F.; SYME, S. L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. **American Journal of Epidemiology**, v.109, n.2, p.186-204, 1979.
8. BLACK, C.; ROOS, N.; ROOS, L. From Health statistics to Health Information Systems: a new path for the 21st century. **National Committee for Vital and**

Health Statistics, 1999. Disponível em:

<<http://ncvhs.hhs.gov/hsvision/visiondocuments.html>>. Acesso em: 27 out. 2006.

9. BOSSÉ, R.; ALDWIN, C.; LEVENSON, M.; EKERDT, D. Mental health differences among retirees and workers: findings from the Normative Aging Study. **Psychology and Aging**, v.2, n.4, p.383-389, 1987.
10. BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998. Altera a redação do art. 201 da Constituição Federal, referente ao sistema de previdência social. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição/Emendas/Emc/emc20.htm>
. Acesso em: 01 out. 2006.
11. CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.3, p.436-443, 2006.
12. CARR, J. A.; HIGGINSON, I. J. Measuring quality of life: are quality of life measures patient centred? **British Medical Journal**, v.322, p.1357-1360, 2001.
13. CASPERSEN, C. J.; PEREIRA, M. A.; CURRAN, K. M. Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. **Medicine Science Sports Exercise**, v.32, p.1601-1609, 2000.
14. CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

15. CHOI, N. G. Determinants of self-perceived changes in health status among pre-and early-retirement populations. **International Journal Aging and Human Development**, v.56, n.3, p.197-222, 2003.
16. CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.39, n.3, p.143-150, 1999.
17. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde / [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.
18. COTT, C. A.; GIGNAC, M. A.; BADLEY, E. M. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.53, n.11, p.731-736, 1999.
19. DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.641-657, 2002.
20. DAHL, E.; ELSTAD, J. I. Recent changes in social structure and health inequalities in Norway. **Scandinavian Journal of Public Health**, Oslo, v.29, p.7-17, 2001. Supplement 55.
21. DAMIÁN, J.; RUIGOMEZ, A.; PASTOR, V.; MARTIN-MORENO, J. M.. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.53, n.7, p.412-416, 1999.

22. DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 346p. il.
23. DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Envelhecimento e alocação de recursos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1141-1159, 2004.
24. EDEN, L.; EJLERTSSON, G.; LEDEN, I. Health and health care utilization among early retirement pensioners with musculoskeletal disorders. **Scandinavian Journal Primary Health Care**, v.12, p.211-216, 1995.
25. EKERDT, D. J.; BADEN, L.; BOSSI, R.; DIBBS, E. The effect of retirement on physical health. *American Journal of Public Health*, v.73, n.7, p.779-783, 1983.
26. EKERDT, D. J., BOSSI, R. Change in self-reported health with retirement. **International Journal of Aging and Human Development**, v.15, n.3, p.213-223, 1982.
27. ELOVAINIO, M.; KIVIMÄKI, M.; VAHTERA, J.; OJANLATVA, A.; KORKEILA, K.; SUOMINEN, S.; HELENIUS, H.; KOSKENVUO, M. Social support, early retirement, and a retirement preference: a study of 10,489 finnish adults. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v.45, n.4, p.433-439, 2003.
- EPI INFO™ software: version 6.04. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1996.
28. FERRARO, K. F.; FARMER, M. M.; WYBRANIEC, J. A. Health Trajectories: Long-term Dynamics Among Black and White Adults. **Journal of Health and Social Behavior**, v.38, p.38-54, 1997.
29. GAMA, E. V.; DAMIÁN, J.; DEL MOLINO, J. P.; LÓPEZ, M. R.; PÉREZ, M. L.; IGLESIAS, F. J. G. Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. **Age and Ageing**, v.29, n.3, p. 267-270, 2000.

30. GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.759-771, 2003.
31. GILL, T. M.; ALVAN, N. D.; FEINSTEIN, M. D. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. The **Journal of the American Medical Association**, v.272, p.619-626, 1994.
32. GONZÁLES, F. A. L.; MOTA-VELAZCO, G.; SALAS-RO-MERO, M. F. Depression en jubilados no activos. Estudio de 234 casos. **Revista Medica**, v.33, p.51-55, 1995.
33. GRAEFF, L. Representações sociais da aposentadoria. **Textos Envelhecimento**, v.4, n.7, 2002. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000100003&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 20 jul. 2006.
34. GUERRA, H. L.; VIDIGAL, P. G.; LIMA-COSTA, M. F. Biomedical factors associated with hospitalization of older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.829-838, 2003.
35. HAYWARD, M. D; GRADY, W. R.; HARDY, M. A.; SOMMERS, D. Occupational influences on retirement, disability, and death. **Demography**, v.26, n.3, P, 393-409, 1989.
36. HERZOG, A. R.; HOUSE, J. S.; MORGAN, J. N. Relation of Work and Retirement to Health and Well-Being in Older Age. **Psychology and Aging**, v.6, n.2, p.202-211, 1991.
37. HOLTZMAN, J. M.; BERMAN, H.; HAM, R. Health and early retirement decisions. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.28, n.1, p.23-28, 1980.

38. HOEYMANS, N.; FESKENS, E. J. M.; VAN DEN BOS, G. A. M.; KROMHOUT, D. Measuring functional status: cross-sectional and longitudinal associations between performance and self-report (Zutphen Elderly Study 1990-1993). **Journal Clinical Epidemiology**, v.49, n.10, p.1103-1110, 1996.
39. HOEYMANS, N.; FESKENS, E. J. M.; KROMHOUT, D.; VAN DEN BOS, G. A. M. Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. **Social Science & Medicine**, v.45, n.10, p.1527-1536, 1997.
40. HUGHES, M. E.; WAITE, L. J. Health in household context: living arrangements and health in late middle age. **Journal of Health and Social Behavior**, v.43, n.1, p.1-21, 2002.
41. IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso: 29 out. 2006.
42. IDLER, E. L.; KASL, S. V.; LEMKE, J. H. Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986. **American Journal of Epidemiology**, v.131, p.91-103, 1990.
43. IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-seven Community Studies. **Journal of Health and Social Behavior**, v.38, n.1 p.21-37, 1997.
44. JEKEL, J.F.; ELMORE, J.G.; KATZ, D.L. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 328p. il.
45. KAPLAN, G. A.; CAMACHO, T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. **American Journal of Epidemiology**, v.117, n.3, p.292-304, 1983.

46. KAPLAN, G.; BARON-EPEL, O. What lies behind the subjective evaluation of health status? **Social Sciences and Medicine**, v.56, n.8, p.1669-1676, 2003.
47. KARPANSALO, M.; MANNINEN, P.; KAUKANEN, J.; LAKKA, T. A.; SALONEN, J. T. Perceived health as a predictor of early retirement. **Scandinavian Journal of Work Environment & Health**, v.30, n.4, p.287-292, 2004.
48. KREMER, Y. The association between health and retirement: self-health assessment of Israeli retirees. **Social Sciences and Medicine**, v. 20, n.1, p.61-66, 1985.
49. KROUT, J. A.; OGGINS, J.; HOLMES, H. H. Patterns of service use in a continuing care retirement community. **The Gerontologist**, v.40, n.6, p.698-705, 2000.
50. KUBZANSKY, L. D.; BERKMAN, L. F.; GLASS, T. A.; SEEMAN, T. E. Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur studies of successful aging. **Psychosomatic Medicine**, v.60, n.5, p.578-585, 1998.
51. 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. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.37, n.1, p.63-76, 2003.
52. LEINONEN, R.; HEIKKINEN, E. JYLHÄ, M. Predictors of decline of in self-assessments of health among older people - a 5-year longitudinal study. **Social Science and Medicine**, v.52, n.9, p.1329-1341, 2001.
53. LEINONEN, R.; HEIKKINEN, E.; JYLHÄ, M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-

- up study in older people. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.35, n.1, p.79-92, 2002.
54. LEVY, B.R.; SLADE M.D.; KASL, S. V. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**. v. 57, n.5, p. 409-417, 2002.
55. LEVY, B. R.; MYERS, L. M. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. **Preventive Medicine**, v.39, p.625-629, 2004.
56. LIMA-COSTA, M. F. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L.; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.745-757, 2003a.
57. LIMA-COSTA, M. F. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.735-743, 2003b.
58. LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.6, p.827-834, 2004.
59. MARCELLINI, F.; LEONARDI, F.; MARCUCCI, A.; FREDDI, A. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Ancona, v.35, p.181-189, 2002. Supplement 8.

60. MARMOT, M.; RYFF, C. D.; BUMPASS, L. L.; SHIPLEY, M.; MARKS, N. F.
Social inequalities in health: next questions and converging evidence. **Social Science & Medicine**, v.44, n.6, p.901-910, 1997.
61. MASUR, J.; MONTEIRO, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry Inpatient Hospital Setting. **Journal Biology Research**, v.16, p.215-8, 1983.
62. MCDONOUGH, P.; WALTERS, V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. **Social Science & Medicine**, v.52, n.4, p.547-559, 2001.
63. MEIN, G.; MARTIKAINEN, P.; STANSFELD, S. A.; BRUNNER, E. J.; FUHRER, R.; MARMOT, M. G. Predictors of early retirement in British civil servants. **Age and Ageing**, v.29, n.6, p.529-536, 2000.
64. MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec.1999. 300p. il.
65. MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.
66. MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social), 1999. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília: Instituto Nacional do Seguro Social, MPAS.
67. MOR-BARAK, M.E.; SCHARLACH, A. E.; BIRBA, L.; SOKOLOV, J.
Employment, social networks, and health in the retirement years. **International Journal Aging and Human Development**, v.35, n.2, p.145-159, 1992.
68. MOREIRA, M. M. S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. 2000. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

69. MORRIS, J. K.; COOK, D.G.; SHAPER, A. G. Loss of employment and mortality. **British Medical Journal**, v. 308, n.30, p.1135-1139, 1994.
70. MOSSEY, J. M.; SHAPIRO, E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. **American Journal of Public Health**, v.72, p.800-808, 1982.
71. NEGRI, L. S. A.; RUY, G. F.; COLLODETTI, J. B. PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.9, n.4, p.1033-1046, 2004.
72. NEUHS, H.P. Retirement self-efficacy: the effects of socioeconomic status, life satisfaction, health, and readiness for retirement. **Journal of the New York State Nurses Association**, v. 21, n.1, p.15-20, 1990.
73. OLDRIDGE, N. B.; STUMP, T. E. Heart disease, comorbidity, and activity limitation in community-dwelling elderly. **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, v.11, n.5, p.427-434, 2004.
74. OLIVEIRA, J. C. **Aposentadoria – um caminho que nem sempre leva o caminhante ao melhor lugar**. Belo Horizonte: Cultura, 2001. 271 p. il.
75. **ORGANIZAÇÃO** Pan-Americana de Saúde, 2000. Envelhecimento: Mitos na Berlinda. 19 Maio 2000. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/noticias/publicacoes/mitos%20Berlinda.htm>>. Acesso em: 30 jul. 2006.
76. [PATE, R. R.; PRATT, M.; BLAIR, S. N.; HASKELL, W. L.; MACERA, C. A.; BOUCHARD, C. et al.](#) Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **Journal of America Medical Association**, v.273, n.5, p.402-407, 1995.

77. PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.5, p.745-753, 2005.
78. PIJLS, L.T.J.; FESKENS, E. J. M.; KROMHOUT, D. Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men: The Zutphen study, 1985-1990. **American Journal Epidemiology**, v.138, n.10, p.840-848, 1993.
79. PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.
80. PITT, B. Mental Health in Retirement: Can Deterioration be Prevented? **Journal Royal Society Health**, v.11, n.3, p.81-84, 1990.
81. PRICE, C. A.; JOO, E. Exploring the relationship between marital status and women`s retirement satisfaction. **International Journal of Aging and Human Development**, v.61, n.1, p.37-55, 2005.
82. RAMOS, L. R.; CENDOROGLO, M. S.; GARCIA, J. T.; NAJAS, M. S.; PERRACINI, M.; PAOLA, C. R. et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.5, p.397-407. 1998.
83. RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.793-798, 2003.
84. REITZES, D. C.; MUTRAN, E. J.; FERNANDES, M. E. Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers. **The Gerontologist**, v.36, n.5, p.649-656, 1996.

85. ROCHA, A. D.; OKABE, I.; MARTINS, M. E. A.; MACHADO, P. H. B.; MELLO, T. C. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.63-81, 2000.
86. ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-48, 2003.
87. ROSS, C. E.; WU, C. L. Education, age, and the cumulative advantage in health. **Journal of Health and Social Behavior**, v.37, p.104-120, 1996.
88. ROSS, R. K.; BERNSTEIN, L.; TRENT, L.; HENDERSON, P. E.; PAGANINI-HILL, A.. A prospective study of risk factors for traumatic deaths in a retirement community. **Preventive Medicine**, v.19, n.3, p.323-334, 1990.
89. SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.841-855, 2005.
90. SECKER, J.; BOWERS, H.; WEBB, D.; LLANES, M. Theories of change: what works in improving health in mid-life? **Health Education Research**, v.20, n.4, p.392-401, 2005.
91. SCOTT, W. K.; MACERA, C. A.; CORNMAM, C. B.; SHARPE. Functional health status as a predictor of mortality in men and women over 65. **Journal of clinical epidemiology**, v.50, n.3, p.291-296, 1997.
92. SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, 2004.

93. SEITSAMO, J.; KLOCKARS, M. Aging and changes in health. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v.1, p.27-35, 1997. Supplement 23.
94. SIEGEL, M.; BRADLEY, E. H.; KASL, S. V. Self-rated life expectancy as a predictor of mortality: evidence from the HRS and AHEAD surveys. **Gerontology**, v.49, n.4, p.265-271, 2003.
95. SMITH, A. M. A.; SHELLEY, J. M.; DENNERSTEIN, L. Self-rated health: biological continuum or social discontinuity? **Social Science & Medicine**, v.39, n.1, p.77-83, 1994.
96. SOUMERAI, S. B.; AVORN, J. Perceived health, life satisfaction, and activity in urban elderly: a controlled study of the impact of part-time work. **Journal of Gerontology**, v.38, n.3, p.356-362, 1983.
97. SZINOVACZ, M. E.; DAVEY, A. Predictors of perceptions of involuntary retirement. **The Gerontologist**, v.45, n.1, p.36-47, 2005.
98. TELES, A. S. Sem controle, gastos com aposentadoria por invalidez chegam a R\$ 16,4 bi. **Contas Abertas**, 2006. Disponível em http://contasabertas.uol.com.br/noticias/detalhe_noticias_impressao.asp?auto=1351; Acesso em 27 de out. 2006.
99. TOUGHILL, E.; MASON, D. J.; BECK, T. L.; CHRISTOPHER, M. A. Health, income, and postretirement employment of older adults. **Public Health Nursing**, v.10, n.2, p.100-107, 1993.
100. TURNER, M. J.; KILLIAN, T. S.; CAIN, R. Life course transitions and depressive symptoms among women in midlife. **International Journal of Aging and Human Development**, v.58, n.4, p.241-265, 2004.

101. VALDERRÁBANO, F. Quality of life benefits of early anaemia treatment. **Nephrology Dialytic Transplant**, v.15, p.23-28, 2000.
102. VERAS, R. P. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 3, p.705-715, 2003.
103. VERBRUGGE, L. M. Gender and health: an update of hypotheses. **Journal of Health and Social Behavior**, v.26, n.3, p.156-182, 1985.
104. VIACAVAL, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 4, p.607-621, 2002.
105. WALLMAN, T.; BUREL, G.; KULLMAN, S.; SVÄRDSUDD, K. Health care utilization before and after retirement due to illness. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v.22, n.2, p.95-100, 2004.
106. WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS – 36 item Short Form Health Survey (SF – 36) conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.
107. WARE, J.E.; Jr.; KOSINSKI, M.; GANDEK, B. **SF-36 Health Survey: Manual & Interpretation Guide**. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2003.
108. WILSON, S. E. Socioeconomic status and the prevalence of health problems among married couples in late midlife. **American Journal of Public Health**, v.91, n.1, p.131-135, 2001.
109. WU, A. W.; HAYS, R. D.; KELLY, S.; MALITZ, F.; BOZZETTE, S. A. Applications of the medical outcomes study health-related quality of life measures in HIV/AIDS. **Quality of Life Research**, v.6, n.6, p.531-554, 1997.

110. XAVIER, F.M. F.; FERRAZ, M. P. T.; MARC, N.; ESCOSTEGUY, N. U., MORIGUCHI, E. A definição dos idosos de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, n.1, p.31-39; 2003.
111. ZIMMER, Z.; AMORNSIRISOMBOON, P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. **Social Science & Medicine**, v.52, n.8, p.1297-1311, 2001.

**NEXO 1: ESTUDOS DA AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM
APOSENTADOS E SUA RELAÇÃO COM O USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Estudo, ano, local	Idade/nº de participantes	Pergunta	Item da autopercepção do estado de saúde	Associação entre autopercepção e aposentadoria	Associação entre autopercepção e serviços de saúde
HOLTZMAN et al., 1980, EUA.	47 a 62 anos; n=80.	Autopercepção geral de saúde ^a .	Excelente, boa, regular e ruim.	Não houve diferença.	Não houve diferença.
KREMER, 1985, Israel.	66 a 70 anos; n=310.	Você considera seu estado de saúde agora comparado com o período de pré-aposentadoria... Você sentiu alguma mudança no período da aposentadoria?	Muito bom, bom, não tão bom, ruim ou muito ruim.	Associação entre pior autopercepção do estado de saúde com a aposentadoria.	Houve maior uso de serviços de saúde após a aposentadoria.
MOR-BARAK et al., 1992, EUA.	Média 70 anos; n=175.	Autopercepção geral de saúde ^a .	De 1 a 5, sendo 1 ruim e 5 excelente.	Uma boa autopercepção do estado de saúde associa-se a uma boa rede social (família e amigos) e ocupação laboral após a aposentadoria.	Uma pior autopercepção do estado de saúde não está associada ao uso de serviços de saúde.
EDÉN et al., 1995, Suécia.	25 a 59 anos; n=900	1. Como você diria que está sua saúde em geral? 2. Como você avalia a sua saúde hoje comparada com um ano antes da aposentadoria?	1. Boa, regular, nem boa nem ruim, um pouco ruim, ruim. 2. Muito melhor, um pouco melhor, basicamente a mesma, um pouco pior, muito pior.	Piora da autopercepção do estado de saúde com a aposentadoria, exceto em mulheres na faixa de 55 a 64 anos, as quais relataram melhora após a	Aumento do uso de serviços médicos e medicamentos em relação ao grupo controle após a aposentadoria, exceto em mulheres na faixa de 55 a 64

				aposentadoria.	anos.
KROUT et al., 2000, EUA.	Acima de 65 anos; n=91.	Autopercepção geral de saúde ^a .	Escala de 0 a 10, sendo 0 ruim.	Não foi avaliada.	Piora da autopercepção do estado de saúde associada ao uso de serviços de saúde.
CHOI, 2003, EUA.	51 a 61 anos; n=9456.	1.Em geral como você diria que está a sua saúde? 2.Comparada com sua saúde há um ano, como você diria que está a sua saúde hoje?	1.Excelente/ muito boa, regular/ruim e boa. 2.Muito melhor agora, um pouco melhor agora, a mesma, um pouco pior, ou muito pior agora.	Piora da autopercepção do estado de saúde após a aposentadoria.	Maior uso de serviços de saúde após a aposentadoria.
GIATTI et al., 2003, Brasil.	Acima de 65 anos; n=2898.	De um modo geral, considera seu próprio estado de saúde como...	Muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim.	A autopercepção do estado de saúde positiva associou-se à presença de atividade laboral após a aposentadoria.	Não houve diferença.
LIMA-COSTA et al., 2004, Brasil.	Acima de 60 anos; n=1516.	Você diria que a sua saúde é muito boa, boa, razoável, ruim ou muito ruim?	Boa / muito boa, razoável ou ruim/muito ruim.	Não foi avaliado.	Houve associação entre autopercepção ruim e maior uso de serviço de saúde.

^a A pergunta não foi especificada, mas houve indicação de ser autopercepção da saúde em geral

**ANEXO 2: ESTUDOS DA AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM
APOSENTADOS E SUAS VARIAÇÕES NAS PERGUNTAS E RESPOSTAS**

Estudo, ano, local	Idade / número de participantes	Pergunta	Item da autopercepção do estado de saúde
EKERDT et al., 1983, EUA.	53 a 64 anos; n=229 aposentados e 409 trabalhadores.	Autopercepção geral de saúde. ^a	Excelente, boa, regular ou ruim.
SOUMERAI et al., 1983, EUA.	Acima de 60 anos; n=55.	Autopercepção geral de saúde. ^a	Excelente, boa, regular ou ruim.
NEUHS, 1990, EUA.	50 a 70 anos; n=83 aposentados e 40 pré-aposentados.	Autopercepção geral de saúde. ^a	Muito boa, boa, não tão boa, ruim ou muito ruim.
TOUGHILL et al., 1993, EUA.	60 a 96 anos; n=216.	Autopercepção geral de saúde. ^a	Excelente, bom, regular ou ruim.
SEITSAMO et al., 1997, Finlândia.	55 a 69 anos; n=4534.	Autopercepção geral de saúde. ^a	Boa, regular, piorando ou ruim.
ALVES, 2004, Brasil.	Acima de 60 anos; n=2143.	Você diria que a sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?	Excelente, muito boa, boa, regular ou ruim.
MEIN et al., 2000, Inglaterra.	50 a 59,5 anos; n=2532.	Nos últimos 12 meses você diria que a sua saúde tem estado...	Muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim.
BARROS et al., 2001, Brasil.	Média 29,7 anos; n= 4225	Autopercepção geral de saúde. ^a	Excelente, bom, regular ou ruim
SIEGEL et al., 2003, EUA.	Média entre 56 e 76 anos; n=11975 e 5262.	Autopercepção geral de saúde. ^a	Excelente, muito bom, bom, regular ou ruim.
KARPANSALO et al., 2004, Finlândia.	42 a 60 anos; n=1748.	1. Como você diria que está sua saúde agora? 2. Quando comparado com homens da sua idade, você se considera...	1.Muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim. 2.muito mais saudável que outros, um pouco mais saudável que outros, tão saudável quanto outros, um pouco menos saudável que outros ou muito menos saudável que

			outros.
OLDRIDGE et al., 2004, EUA.	51 a 60 anos e acima de 70 anos; n=17272.	Autopercepção geral de saúde. ^a	Excelente, muito boa, boa, regular ou ruim.
SZINOVACZ et al., 2005, EUA.	Acima de 51 anos; n=1160.	Como você diria que está a sua saúde em geral?	De 1 a 5, sendo 1 ruim e 5 excelente.

^a A pergunta não foi especificada, mas houve indicação de ser autopercepção da saúde em geral

ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, através da Pós-Graduação em Clínica Médica, está realizando uma pesquisa entre os aposentados da COPASS, mediante autorização. O objetivo é relacionar o uso de serviços de saúde à autopercepção do estado de saúde e qualidade de vida dos aposentados da empresa, visando interferir positivamente na sua qualidade de assistência em saúde.

Ao concordar em participar da pesquisa você permitirá que seja realizada uma entrevista com duração aproximada de 20 minutos, contendo perguntas sobre sua vida pessoal, hábitos de vida, problema de saúde atual e anterior à aposentadoria. Você não será examinado pelo entrevistador e não haverá coleta de sangue ou de qualquer outro material biológico. Toda informação pessoal obtida nesta pesquisa é considerada CONFIDENCIAL. Os relatórios e resultados do estudo serão publicados em forma de textos, tabelas, gráficos e figuras, sem nenhuma forma de identificação individual.

Para maiores informações você poderá se comunicar com o investigador responsável, Dr. Fausto Aloísio Pedrosa Pimenta, CRM 34.390, telefones (31) 3468-9187 ou (31) 9119-8930, no horário de 8 a 12 horas e de 14 a 18 horas, de segunda a sexta-feira. Você poderá fazer perguntas que julgar necessárias, assim como recorrer ao COPASS para maiores informações, no telefone (31) 3296-1147.

Sua participação é voluntária e não será remunerada. Você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalidades e sem prejuízo no seu atendimento médico.

ANEXO 4: QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

I. DADOS DEMOGRÁFICOS	
1. Número do formulário:	
2. Número de matrícula:	
3. Data da entrevista: ___ / ___ / ____	
4. Nome:	Idade:
5. Endereço: (rua/av.):	Bairro:
6. Município:	UF:
7. CEP:	Telefone:
8. Sexo: 1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Feminino	
9. Data de nascimento: ___ / ___ / ____	
Profissão:	
10. Estado conjugal: 1. Casado ou em união consensual <input type="checkbox"/> 2. Solteiro <input type="checkbox"/> 3. Viúvo <input type="checkbox"/> 4. Divorciado ou separado <input type="checkbox"/>	
2. Arranjo familiar: Mora sozinho: 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/>	
II. DADOS SOCIOECONÔMICOS	
16. Educação: ___ anos estudados	
17. Renda familiar (renda per capita): Valor salarial bruto de todos os moradores: 1. <input type="checkbox"/> até 3 SM 2. <input type="checkbox"/> 4 a 6 SM 3. <input type="checkbox"/> 7 a 9 SM 4. <input type="checkbox"/> 10 a 12 SM 5. <input type="checkbox"/> acima de 13 SM Número de moradores:	
III. RECURSOS DE SAÚDE	
18. Utilizou, nos últimos doze meses, serviço de saúde? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> plano 3. <input type="checkbox"/> SUS Qual? (especificar qual plano de saúde): Número de consultas: <input type="checkbox"/> 1 a 3 consultas <input type="checkbox"/> 4 a 6 consultas <input type="checkbox"/> acima de 7 consultas	
19. Utilizou, nos últimos doze meses, profissionais da área de saúde ou particulares? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Quais? (especificar qual profissional): Número de consultas: <input type="checkbox"/> 1 a 3 consultas <input type="checkbox"/> 4 a 6 consultas <input type="checkbox"/> acima de 7 consultas	
20. Esteve internado nos últimos doze meses? Número de internações (zero para nenhuma) Motivo: Onde:	
21. Utiliza medicamentos atualmente regularmente? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Quais?	

Número de medicamentos: <input type="checkbox"/> 1 a 4 medicamentos <input type="checkbox"/> acima de 5 medicamentos
IV. DADOS DA APOSENTADORIA
22. Invalidez: <input type="checkbox"/> Causa: Compulsória (por idade): <input type="checkbox"/> Por tempo de serviço: <input type="checkbox"/>
23. Data da aposentadoria: / /
24. Tipo de trabalho que executava na Copasa:
25. Ocupação atual: 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Qual? Em caso afirmativo: 1. <input type="checkbox"/> não remunerada 2. <input type="checkbox"/> remunerada
V. CONDIÇÕES DE SAÚDE
Atividade física habitual? 1. <input type="checkbox"/> Não 2. <input type="checkbox"/> Sim Tipo de atividade, frequência e duração: Doenças no momento da aposentadoria: Depressão: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Artrite / reumatismo: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Câncer: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Doença neurológica crônica: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Hipertensão arterial sistêmica: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Diabetes: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Asma, bronquite, enfisema: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Acidente vascular cerebral: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Deficiência visual incapacitante: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Deficiência auditiva incapacitante: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Doenças no momento atual: Depressão: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Artrite / reumatismo: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Câncer: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Doença neurológica crônica: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Hipertensão arterial sistêmica: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Diabetes: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Asma, bronquite, enfisema: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Acidente vascular cerebral: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Deficiência visual incapacitante: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Deficiência auditiva incapacitante: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
Tabagismo 1. <input type="checkbox"/> Nunca fumou (menos de 100 cigarros durante a vida) 2. <input type="checkbox"/> já fumou (pelo menos 100 cigarros durante a vida e parou) 3. <input type="checkbox"/> fumante (pelo menos 100 cigarros durante a vida e atualmente)
Uso de álcool atualmente: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Nunca bebeu <u>Em caso afirmativo:</u> Dose diária, frequência, tipo de bebida: Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida

alcoólica ou parar de beber? Sim () Não ()
 As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?
 Sim () Não ()
 O(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma
 tomar bebidas alcoólicas? Sim () Não ()
 Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou
 ressaca? Sim () Não ()

ANEXO 5: SF-36

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(Circule uma)

Excelente.....1
 Muito boa.....2
 Boa.....3
 Ruim.....4
 Muito ruim.....5

2. Comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(Circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano.....1
 Um pouco melhor agora do que há um ano.....2
 Quase a mesma coisa do que há um ano.....3
 Um pouco pior agora do que há um ano4
 Muito pior agora do que há um ano.....5

3.Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(Circule um número em cada linha)

Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade pouco	Não, não dificuldade de modo algum
A)Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
B)Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
C)Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D)Subir vários lances de escada	1	2	3
E)Subir um lance de escada	1	2	3
F)Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G)Andar mais de 1 Km	1	2	3
H)Andar vários quarteirões	1	2	3
I)Andar um quarteirão	1	2	3
J)Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4.Durante as últimas quatro semanas, você apresentou algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(Circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A)Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B)Realizou menos tarefas que gostaria?	1	2
C)Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D)Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (por ex. necessitou de um esforço extra?)	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você apresentou algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(Circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou grupo?

(Circule uma)

- De forma nenhuma.....1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

7.Quanta dor no corpo você apresentou durante as últimas quatro semanas?

(Circule uma)

- Nenhuma.....1
- Muito leve.....2
- Leve.....3
- Moderada.....4
- Grave.....5
- Muito grave.....6

8.Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo fora ou dentro de casa)?

(Circule uma)

- De maneira alguma.....1
- Um pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

(Circule um número para cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parente, etc...)?

(circule uma)

Todo o tempo.....1
 A maior parte do tempo.....2
 Alguma parte do tempo.....3
 Uma pequena parte do tempo.....4
 Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsas
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 6: ORIENTAÇÕES GERAIS PARA APLICAÇÃO DO SF-36

1. Cumprimentar o aposentado, se apresentando com crachá de identificação.
2. O entrevistador deverá deixar uma impressão positiva, ajudando o aposentado a compreender a pergunta. Não discutir problemas de saúde que possam conduzir a uma resposta (ex. “tenho este problema de saúde logo devo estar ruim”). Explique que o questionário será analisado em conjunto a outros aposentados, sem identificação.
3. Não demonstrar pressa. O tempo estimado para a entrevista foi de 15 a 30 minutos.
4. Não permita interferência dos familiares, preferencialmente peça ambiente reservado, quando possível. Esclarecer que não existem respostas corretas ou erradas. Não explicar ou interpretar as questões.
5. Entregue o formulário e um lápis.
6. O SF-36 deverá ser entregue para o aposentado que souber ler. O pesquisador não pode interferir nas respostas. Em caso de impossibilidade do preenchimento pelo próprio aposentado, o entrevistador fará a leitura das questões.
7. Checar o preenchimento total do questionário. Não aceite questionário incompleto. Neste caso, retorne-o ao aposentado para preenchimento completo.
8. Agradecer pela entrevista e fornecer telefones de contato sobre a pesquisa.

ANEXO 7: AVALIAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

1. No momento da sua aposentadoria sua saúde era:

(Circule uma)

- Excelente.....1
- Muito boa.....2
- Boa.....3
- Ruim.....4
- Muito ruim.....5

2. Comparada ao momento anterior à aposentadoria, como você classificaria sua saúde em geral, **agora?**

(Circule uma)

- Muito melhor agora do que no momento anterior à aposentadoria.....1
- Um pouco melhor agora do que no momento anterior à aposentadoria.....2
- Quase a mesma coisa do que no momento anterior à aposentadoria.....3
- Um pouco pior agora do que no momento anterior à aposentadoria.....4
- Muito pior agora do que no momento anterior à aposentadoria.....5

APÊNDICE 2: MODELAGEM PARA AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA DO ESTADO DE SAÚDE NO MOMENTO DA PESQUISA DE UMA POPULAÇÃO DE APOSENTADOS DE BELO HORIZONTE, MG

Verossimilhança (-)	30,7	30,7	30,7	30,8	30,9	31,1	32,6	32,7	33,9	34,6	34,6	35,3	41,1
Variável	Valor de p												
Idade	0,115	0,110	0,112	0,099	0,102	0,111	X	X	X	X	X	X	X
Sexo	0,531	0,527	0,531	0,511	0,621	0,642	X	X	X	X	X	X	X
Cônjuge	0,276	0,274	0,277	0,244	0,238	0,193	0,374	0,418	0,372	X	X	X	X
Escolaridade	0,279	0,272	0,268	0,263	0,247	0,230	0,313	0,242	X	X	X	X	X
Medicamentos	0,188	0,188	0,184	0,134	0,162	0,132	0,201	0,159	X	X	X	X	X
Renda familiar per capita	0,816	0,816	0,802	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Serviço de saúde	0,897	0,900	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Internação	0,947	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aposentadoria invalidez	0,436	0,434	0,439	0,430	0,330	0,363	0,278	0,309	0,364	0,462	X	X	X
Ocupação atual	0,174	0,155	0,157	0,143	0,146	0,150	0,183	0,198	0,156	0,181	0,157	0,144	X
Atividade física	0,013	0,013	0,013	0,009	0,008	0,008	0,005	0,005	0,004	0,005	0,002	0,002	0,051
Depressão	0,729	0,733	0,722	0,727	0,649	X	X	X	X	X	X	X	X
Doença neurológica crônica	0,539	0,535	0,541	0,511	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diabetes mellitus	0,387	0,385	0,386	0,335	0,361	0,346	0,576	X	X	X	X	X	X
Asma, bronquite, enfisema	0,280	0,268	0,269	0,284	0,242	0,254	0,272	0,291	0,263	0,288	0,251	X	X

**APÊNDICE 3: MODELAGEM PARA PONTUAÇÃO NO DOMÍNIO “CAPACIDADE
FUNCIONAL” DE UMA POPULAÇÃO DE APOSENTADOS DE BELO
HORIZONTE, MG**

Variável	Valor de p												
Sexo	0,994	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Medicamentos	0,366	0,362	0,336	0,348	0,343	0,324	X	X	X	X	X	X	X
Idade	0,656	0,678	0,642	0,616	0,648	X	X	X	X	X	X	X	X
Cônjuge	0,673	0,637	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aposentadoria invalidez	0,203	0,200	0,173	0,192	0,203	0,079	0,125	0,173	X	X	X	X	X
Ocupação	0,011	0,010	0,011	0,010	0,007	0,007	0,007	0,005	0,012	0,009	0,009	0,009	0,009
Atividade física	0,697	0,695	0,723	0,707	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Depressão	0,376	0,367	0,425	0,433	0,437	0,470	0,444	X	X	X	X	X	X
Artrite	0,703	0,699	0,677	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Doença neurológica	0,202	0,195	0,186	0,168	0,141	0,110	0,071	0,079	0,113	X	X	X	X
HAS	0,075	0,068	0,060	0,057	0,058	0,063	0,105	0,074	0,107	0,042	0,083	X	X
Deficiência visual	0,116	0,112	0,105	0,093	0,072	0,076	0,078	0,057	0,071	0,097	X	X	X

APÊNDICE 4: MODELAGEM PARA PONTUAÇÃO NO DOMÍNIO “ASPECTOS FÍSICOS” DE UMA POPULAÇÃO DE APOSENTADOS DE BELO HORIZONTE, MG

Variável	Valor de p								
Sexo	0,873	0,857	X	X	X	X	X	X	X
Idade	0,955	X	X	X	X	X	X	X	X
Cônjuge	0,682	0,683	0,588	X	X	X	X	X	X
Aposentadoria invalidez	0,337	0,285	0,289	0,315	0,390	0,411	X	X	X
Tempo de aposentadoria	0,493	0,491	0,497	0,426	0,342	X	X	X	X
Ocupação	0,002	0,002	0,002	0,001	0,001	0,001	0,002	0,001	0,001
Depressão	0,473	0,462	0,437	0,330	0,350	0,357	0,503	X	X
Artrite	0,512	0,510	0,493	0,525	X	X	X	X	X
Deficiência visual	0,147	0,142	0,135	0,111	0,093	0,105	0,093	0,073	X

**APÊNDICE 5: MODELAGEM PARA PONTUAÇÃO NO DOMÍNIO “DOR” DE UMA
POPULAÇÃO DE APOSENTADOS DE BELO HORIZONTE, MG**

Variável	Valor de p									
Sexo	0,229	0,220	0,214	0,174	0,164	0,189	0,365	X	X	X
Idade	0,847	0,851	X	X	X	X	X	X	X	X
Cônjuge	0,221	0,217	0,219	0,203	0,195	0,264	X	X	X	X
Mora sozinho	0,569	0,568	0,580	0,551	0,504	X	X	X	X	X
Escolaridade	0,154	0,136	0,137	0,136	0,135	0,129	0,120	0,072	0,084	X
Medicamentos	0,835	0,826	0,851	0,844	X	X	X	X	X	X
Aposentadoria invalidez	0,091	0,086	0,033	0,031	0,020	0,019	0,017	0,026	0,026	0,032
Ocupação	0,004	0,004	0,003	0,003	0,003	0,003	0,004	0,003	0,004	0,005
Tabagismo	0,916	0,924	0,863	X	X	X	X	X	X	X
Depressão	0,917	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Deficiência visual	0,269	0,256	0,259	0,253	0,257	0,252	0,290	0,209	X	X
Consulta médica	0,024	0,022	0,021	0,021	0,019	0,013	0,014	0,011	0,012	0,006

**APÊNDICE 6: MODELAGEM PARA PONTUAÇÃO NO DOMÍNIO “ESTADO
GERAL DE SAÚDE” DE UMA POPULAÇÃO DE APOSENTADOS DE BELO
HORIZONTE, MG**

Variável	Valor de		p			
Cônjuge	0,797	0,801	X	X	X	X
Atividade física regular	0,021	0,020	0,018	0,023	0,034	0,052
Ocupação	0,002	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001
Aposentadoria invalidez	0,429	0,426	0,433	X	X	X
Depressão	0,341	0,339	0,353	0,348	0,375	X
Doença neurológica crônica	0,361	0,361	0,349	0,302	X	X
Diabetes mellitus	0,924	X	X	X	X	X

**APÊNDICE 7: MODELAGEM PARA PONTUAÇÃO NO DOMÍNIO “VITALIDADE”
DE UMA POPULAÇÃO DE APOSENTADOS DE BELO HORIZONTE, MG**

Variável	Valor de p							
Sexo	0,416	0,460	0,605	X	X	X	X	X
Idade	0,378	0,353	0,392	0,440	0,411	X	X	X
Cônjuge	0,458	0,524	X	X	X	X	X	X
Aposentadoria invalidez	0,030	0,030	0,032	0,025	0,020	0,027	0,082	X
Ocupação	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Atividade física	0,832	X	X	X	X	X	X	X
Depressão	0,217	0,206	0,152	0,174	0,142	0,099	X	X
Deficiência visual	0,531	0,484	0,454	0,490	X	X	X	X

**APÊNDICE 8: MODELAGEM PARA PONTUAÇÃO NO DOMÍNIO “ASPECTOS
SOCIAIS” DE UMA POPULAÇÃO DE APOSENTADOS DE BELO HORIZONTE,
MG**

Variável	Valor de p											
Sexo	0,852	0,845	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Idade	0,245	0,240	0,242	0,222	0,253	0,204	0,175	0,175	0,162	X	X	X
Cônjuge	0,978	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Internação	0,716	0,715	0,682	0,595	0,544	X	X	X	X	X	X	X
Aposentadoria invalidez	0,025	0,024	0,022	0,021	0,026	0,027	0,024	0,024	0,023	0,069	X	X
Ocupação	0,014	0,013	0,013	0,009	0,008	0,010	0,010	0,010	0,011	0,009	0,031	X
Álcool	0,200	0,196	0,197	0,176	0,213	0,191	0,202	0,202	X	X	X	X
Depressão	0,738	0,726	0,754	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Artrite	0,520	0,517	0,529	0,535	X	X	X	X	X	X	X	X
Deficiência visual	0,511	0,509	0,514	0,463	0,422	0,496	X	X	X	X	X	X

**APÊNDICE 9: MODELAGEM PARA PONTUAÇÃO NO DOMÍNIO “ASPECTOS
EMOCIONAIS” DE UMA POPULAÇÃO DE APOSENTADOS DE BELO
HORIZONTE, MG**

Variável		Valor	de	p	
Aposentadoria invalidez	0,619	0,683	X	X	X
Ocupação	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Depressão	0,878	X	X	X	X
Artrite	0,534	0,538	0,615	X	X
Deficiência visual	0,136	0,123	0,117	0,106	X

APÊNDICE 10: MODELAGEM PARA PONTUAÇÃO NO DOMÍNIO “SAÚDE MENTAL” DE UMA POPULAÇÃO DE APOSENTADOS DE BELO HORIZONTE, MG

Variável	Valor de p									
Sexo	0,669	0,666	0,595	0,613	0,673	X	X	X		
Idade	0,664	0,662	0,646	0,643	X	X	X	X		
Cônjuge	0,919	0,919	X	X	X	X	X	X		
Internação	0,987	X	X	X	X	X	X	X		
Aposentadoria invalidez	0,019	0,018	0,017	0,014	0,012	0,007	0,013	0,039	0,063	
Ocupação	0,010	0,008	0,008	0,007	0,007	0,007	0,003	0,002	0,002	0,009
Atividade física	0,338	0,331	0,330	0,290	0,262	0,273	X	X		
Depressão	0,165	0,141	0,135	0,124	0,107	0,117	0,116	X		
Asma/ bronquite/ enfisema	0,114	0,108	0,106	0,100	0,082	0,078	0,090	0,080		
Deficiência visual	0,795	0,788	0,791	X	X	X	X	X		

APÊNDICE 11: CODIFICAÇÃO DE VARIÁVEIS ORIGINAIS

Variável	Opções originais	Ponto de corte/ nova classificação	Justificativa
Escolaridade	Variável quantitativa (tempo em anos).	0-8; 9-11; ≥ 12.	Correspondem aos pontos de corte entre níveis primário, secundário e superior.
Tempo de aposentadoria	Variável quantitativa (idade em anos).	≤ 6.	Ponto de corte equivalente à mediana.
Idade do aposentado	Variável quantitativa (idade em anos).	30-49; 50-59; ≥ 60.	Pontos de corte arbitrários, dividindo a amostra em partes praticamente iguais (três terços). A idade igual ou superior a 60 anos corresponde à definição de idosos.
Tabagismo	Variável quantitativa (já fumou pelo menos 100 cigarros e continua fumando; já fumou pelo menos 100 cigarros durante a vida).	Fumante e já fumou; nunca fumou.	As perguntas foram adaptadas do National Center for Health Statistics, 1994 (PEIXOTO et al., 2005).
Etilismo	Variável quantitativa: sim, não, nunca bebeu.	Sim; não.	Foi utilizado o questionário CAGE (Cut-down, Annoy, Guilt, Eye opening), já validado no Brasil. Considerado dependente de álcool o aposentado que marcou duas ou mais respostas positivas no questionário (MASUR & MONTEIRO, 1983).
Atividade física	Variável quantitativa (frequência semanal, tipo e duração).	Sim; não.	Sim significa pelo menos cinco vezes por semana, por pelo menos 30 minutos. Caracteriza o indivíduo como não sedentário (PATE et al., 1995).

**APÊNDICE 12: CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO TABAGISMO E
ETILISMO EM UMA POPULAÇÃO DE APOSENTADOS DE BELO HORIZONTE,
MG**

Características	n	%
Tabagismo		
Nunca fumou	31	35,6
Já fumou	46	52,9
Fumante	10	11,5
Sim (já fumou e fumante)	56	64,4
Não (nunca fumou)	31	35,6
Uso de álcool		
Nunca bebeu	7	8,0
Sim (dependente de álcool - CAGE)	5	5,7
Não (não preencheu os critérios CAGE)	75	86,2
Não (nunca bebeu ou não preencheu os critérios CAGE)	82	94,3
Dose diária		
350 ml	1	20,0
1100 ml	1	20,0
1650 ml	1	20,0
2200 ml	1	20,0
3300 ml	1	20,0
Frequência		
1 vez por semana	1	20,0
3 vezes por semana	1	20,0
Diariamente	3	60,0
Tipo de bebida		
Cerveja	2	40,0
Cerveja e vinho	1	20,0
Aguardente	1	20,0
Uísque e cerveja	1	20,0

**APÊNDICE 13: DESCRIÇÃO DETALHADA DO USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
DE UMA POPULAÇÃO DE APOSENTADOS DE BELO HORIZONTE, MG**

Características	n	%
Uso de serviços de saúde nos doze meses anteriores à pesquisa		
Não utilizou	9	10,3
Utilizou Plano COPASS ¹	75	86,2
Utilizou SUS	3	3,4
Sim (plano ou SUS)	78	89,7
Não (não utilizou serviço de saúde)	9	10,3
Número de consultas		
1 a 3	23	29,5
4 a 6	31	39,7
≥ 7	24	30,8
Consultas médicas particulares		
Sim	18	21,7
Não	65	78,3
Qual profissional?		
Cardiologista	5	27,7
Clínico geral	5	27,7
Ginecologista	3	16,7
Ortopedista	3	16,7
Neurologista	1	5,5
Anestesista	1	5,5
Oftalmologista	1	5,5
Oncologista	1	5,5
Otorrinolaringologista	1	5,5
Urologista	1	5,5
Psiquiatra	1	5,5
Reumatologista	1	5,5
Mastologista	1	5,5
Número de consultas particulares		
1 a 3	11	61,1
4 a 6	4	22,2
≥ 7	3	16,7
Internações nos 12 meses anteriores à pesquisa		
Nenhuma internação	74	85,1
1 internação	10	11,5
2 internações	1	1,1
3 internações	1	1,1
4 internações	1	1,1
Nenhuma internação	74	85,1
Uma ou mais internações	13	14,9
Motivos das internações		

Doença clínica	5	5,7
Cirurgia	14	16,1
Descrição dos motivos das internações		
Cirurgia de catarata	1	7,7
Prostatectomia	1	7,7
Cirurgia cardíaca	1	7,7
Correção cirúrgica de prótese ilíaca	1	7,7
Depressão e dependência química ²	1	7,7
Cirurgia para diverticulite	1	7,7
Hemorragia digestiva alta ²	3	23,1
Cirurgia para hérnia de disco	2	15,4
Laparotomia para ligadura de trompa	1	7,7
Cirurgia de mama	1	7,7
Desordem temporomandibular	1	7,7
Tromboembolismo pulmonar ²	1	7,7
Transtorno psiquiátrico ²	1	7,7
Trauma por agressão ²	1	7,7
Cirurgia de joelho	2	15,4

¹ Cinco aposentados relataram uso do plano COPASS e SUS; quatro relataram uso do plano COPASS e UNIMED

² Causas clínicas das internações

**APÊNDICE 14: DESCRIÇÃO DETALHADA DAS CAUSAS DA APOSENTADORIA
POR INVALIDEZ (DOENÇAS CLÍNICAS) DE UMA POPULAÇÃO DE
APOSENTADOS DE BELO HORIZONTE, MG**

Doença	n	%
Câncer	4	8,4
Artrite/artrose	3	6,3
Diabetes mellitus e HAS	2	4,2
AVE	1	2,1
Degeneração macular	1	2,1
Depressão	1	2,1
Doença de chagas	1	2,1
Epilepsia	1	2,1
Esclerose múltipla	1	2,1
Infarto Agudo do Miocárdio	1	2,1
Incapacidade quadril (poliomielite)	1	2,1
Retinose pigmentar	1	2,1