



ALAP 2020

IX Congreso de la Asociación
Latinoamericana de Población



9 a 11 diciembre

EL ROL DE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 Y
EL DESAFÍO DE LA IGUALDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Alice Delarue A. Matos (Universidade do Minho - adelerue@ics.uminho.pt)
Ana Maria Nogales Vasconcelos (Universidade de Brasília – nogales@unb.br)
Gina Voss (Universidade do Minho - gvoss16@gmail.com)

Solidão na velhice e comportamentos de risco em saúde: uma
análise comparativa Brasil-Europa

1. Introdução

Na literatura científica, as definições de solidão não são consensuais ainda que diversos autores considerem tratar-se de uma experiência negativa, resultante de um desajustamento entre as relações sociais desejadas e as experienciadas (DOMÈNECH-ABELLA ET AL., 2017; LASGAARD, FRIIS, & SHEVLIN, 2016; PERLMAN & PEPLAU, 1981; VOZIKAKI, PAPADAKI, LINARDAKIS, & PHILALITHIS, 2018).

A solidão é frequente em indivíduos de idades elevadas (THEEKE, 2009; VICTOR, SCAMBLER, BOWLING, & BOND, 2005) e tem sido associada, nas pessoas idosas de ambos os gêneros, a menor saúde auto-reportada (STICKLEY A, KOYANAGI A, ROBERTS B, ET AL., 2013), sintomas depressivos (CACIOPPO JT, HUGHES ME, WAITE LJ, HAWKLEY LC, THISTED RA., 2006), declínio cognitivo (SHANKAR A, HAMER M, MCMUNN A, STEPTOE A., 2013), doenças do coração (HOLT-LUNSTAD J, SMITH TB, 2016), e diversas causas de mortalidade (HOLT-LUNSTAD J, SMITH TB, BAKER M, HARRIS T, STEPHENSON D., 2015).

A solidão pode ainda afetar os comportamentos de saúde (SHANKAR ET AL, 2011). Mas, os resultados dos estudos sobre esta relação não são inequívocos. Algumas pesquisas não encontram diferenças significativas nos comportamentos de saúde entre indivíduos que sofrem de solidão e que não sofrem (CACIOPPO ET AL., 2002; HAWKLEY & CACIOPPO, 2003; HAWKLEY, BURLESON, BERNTSON, & CACIOPPO, 2003; STEPTOE, OWEN, KUNZ-EBRECHT, & BRYDON, 2004) enquanto outros mostram, por exemplo, que os indivíduos que se sentem sós são menos ativos (HAWKLEY, THISTED, & CACIOPPO, 2009) ou seguem uma dieta alimentar menos adequada (ESKELINEN ET AL., 2016).

O objetivo do presente trabalho foi descrever a prevalência da solidão entre idosos e explorar a relação entre a solidão e os dois comportamentos de risco em saúde citados: a inatividade física e o consumo inadequado de frutas e legumes. O estudo tem por base os dados do SHARE (vaga 6) e do ELSI-Brasil (vaga 1) e incide sobre a população dos 50 aos 89 anos, adotando uma perspectiva comparativa Brasil/Europa, com um olhar especial para Portugal. Uma vez que tanto a solidão como os comportamentos de saúde diferem por gênero, o estudo inclui ainda esta perspectiva.

2. Métodos

Fonte de dados

Foram utilizados dados da linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), realizado entre 2015 e 2016, disponíveis via registro em <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/registro-para-acesso/>. O ELSI-Brasil é um estudo de coorte, conduzido em amostra representativa da população brasileira com idade igual ou superior a 50 anos. Para a seleção da amostra, considerou-se uma estratificação geográfica e por

conglomerados em três estágios (município, setor censitário e domicílio), de forma a garantir representatividade para as grandes regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Mais detalhes podem ser obtidos em <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br> e em outras publicações (LIMA-COSTA, M. FERNANDA *et al.*, 2018; LIMA-COSTA, MARIA FERNANDA, 2018).

A pesquisa SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) é um levantamento longitudinal multidisciplinar sobre saúde, perfil socioeconômico e relações familiares em 140000 indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos. A pesquisa cobre 27 países europeus e Israel, mas para o presente estudo, os dados se referem a somente 18 países (Áustria, Alemanha, Suécia, Espanha, Itália, França Dinamarca, Grécia, Suíça, Bélgica, Israel, República Tcheca, Polônia, Luxemburgo, Portugal, Eslovênia, Estônia e Croácia) . Mais informações sobre o SHARE podem ser obtidos em <http://www.share-project.org/home0.html>.

Variáveis

No presente trabalho foram consideradas as seguintes variáveis presentes nos dois levantamentos:

Variável	Nome	Categorias/dados	Descrição
Inatividade física	inat_fic	SIM/NÃO	Não realiza caminhadas ou atividades físicas durante a semana
Consumo inadequado de frutas e legumes	no_frut_veg	SIM/NÃO	Não consome uma porção diária de frutas ou verduras/ legumes no mínimo 5 por semana.
Solidão	solidao	SIM/NÃO	Sempre se sente sozinho ou solitário
Gênero	genero	MASC/FEM	Masculino/Feminino
Idade	idade	50 a 89	Idade no momento da entrevista
Situação matrimonial	casado	SIM/NÃO	Casado ou em união estável
Renda	renda_tercil	Baixo/Médio/Alto	Tercis de renda
Escolaridade	escol	Primária Secundária Pos-secundária	Nível mais elevado alcançado
Depressão	depressao	[0 ; 12] – SHARE [0 ; 8] - ELSI	Escala de depressão
Saúde física	saude_fis	[-1,91; 1,43] – SHARE [-5,83 ; 5,16] - ELSI	Escala de saúde física
Consulta médica	consulta	[0 ; 98] – SHARE [0 ; 120] - ELSI	Número de consultas médicas nos últimos 12 meses
Área	area	Urbana/rural	Área da residência
Localidade	País/regiao	Países europeus e Israel – SHARE Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste - ELSI	País (SHARE) ou região (ELSI)

3. Resultados

Com relação à composição da amostra dos dois levantamentos segundo gênero e idade ($n=8326$ (ELSI); $n=63336$ (SHARE)), tem-se que há uma maior participação de mulheres (54% tanto no SHARE como no ELSI) e a idade média dos incluídos nesta análise foi superior nos países europeus, 65,7 anos ($DP=10,3$), do que no Brasil (62,2 anos; $DP=9,4$).

O sentimento de solidão atinge 10% das mulheres europeias (dos países que participam no SHARE) e 5% dos homens enquanto que, no Brasil, esse sentimento é reportado por 20,3% das mulheres e 9,2% dos homens. Entre os países europeus, a proporção de idosos que reportam esse sentimento variou de 2,3% na Dinamarca a 19,7% na Grécia, entre as mulheres, e de 1,7% na Áustria a 12,3% em Israel, entre os homens. No Brasil, observa-se variação regional: 14,6% no Norte a 25,9% no Centro-Oeste, entre as mulheres, e de 7,9% no Sul a 12,6% no Nordeste, entre os homens.

A inatividade física, avaliada pelo não envolvimento em caminhadas, atividades moderadas ou vigorosas, sem considerar o período de exercício, atinge 16% das mulheres e 11% dos homens europeus e, em torno de 13,5% de mulheres e homens no Brasil. A dieta inadequada em termos de consumo de frutas e legumes é verificada em 19% das mulheres e 29% dos homens na Europa enquanto que caracteriza 25% das mulheres e 37% dos homens no Brasil.

Para responder à questão subjacente a esta pesquisa, foram realizadas análises de regressão para cada levantamento e para cada gênero, em que se procurou explorar a relação entre a solidão e os dois comportamentos de risco de saúde indicados (inatividade física e consumo inadequado de frutas e legumes), controlando-se algumas características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos, geralmente associadas aos comportamentos de risco em saúde, tais como idade, escolaridade, situação conjugal, rendimento, saúde física e mental.

Os resultados das análises de regressão são mostrados nas Tabelas 1 a 3 no Anexo. Verifica-se que enquanto a solidão contribui significativamente na variabilidade dos comportamentos de risco em saúde no conjunto dos países europeus analisados, tanto entre as mulheres como entre os homens, isso não é observado quando se consideram os idosos brasileiros ou apenas os portugueses.

No caso do Brasil, a inatividade física aumenta com a idade e com a perda das condições de saúde física. Entre as mulheres, a baixa renda é indicativo de inatividade física; e entre os homens, a depressão é um fator contributivo. Já o consumo inadequado de frutas, verduras ou legumes, tanto entre homens como entre as mulheres, em idades mais jovens, entre aqueles que têm baixa escolaridade, baixa renda, e maiores índices na escala de depressão. Entre as mulheres, o consumo inadequado está associado a um maior número de consultas médicas e à residência na área rural. Entre os homens, a situação matrimonial, casado ou em união, é um fator de proteção à dieta inadequada.

Em Portugal, a solidão é declarada por 17,2% das mulheres e por 10,3% dos homens, e da mesma forma que para o Brasil, este sentimento não foi significativo na explicação da variabilidade dos comportamentos de risco em saúde. A inatividade física foi reportada por

25,1% das mulheres e 17,8% dos homens portugueses, e a dieta inadequada por 10,2% e 13,6% das mulheres e dos homens portugueses, respectivamente. De acordo com o modelo de regressão, a inatividade física tem como variáveis explicativas: idade e saúde física, para homens e mulheres. E apenas para as mulheres, acrescentam-se a depressão e a área de residência (rural). Já no caso da dieta inadequada, entre as mulheres, nenhuma das variáveis foi retida no modelo, e entre os homens apenas as variáveis depressão e área de residência (rural).

4. Discussão

A comparação da associação entre comportamentos de risco em saúde e a solidão no Brasil e em países europeus corroboram que não existe um resultado inequívoco nessa relação, quando controladas por outros fatores associados, como gênero, idade, relatos de depressão, escolaridade, renda, condições de saúde física e situação matrimonial.

No presente estudo, a solidão foi identificada a partir da resposta “Sempre” à pergunta sobre a frequência com que o indivíduo se sente sozinho(a) ou solitário. Aqui, por limitações do ELSI, não foi possível construir uma escala de solidão, como a *UCLA loneliness scale*, muito utilizada nas pesquisas sobre envelhecimento, e que permite uma aproximação mais rigorosa do sentimento de solidão (CAMPAIGN TO END LONELINESS, 2020).

No entanto, foi possível constatar que a prevalência da solidão entre idosos de 50 a 89 anos é muito variável nas diferentes localidades, regiões do Brasil e países europeus (participantes da pesquisa SHARE), e segundo gênero. As mulheres reportam mais frequentemente do que os homens se sentirem sempre sozinhas ou solitárias. No Brasil, esse sentimento está mais presente no Centro-Oeste e Nordeste, e na Europa, nos países mediterrâneos (Grécia, Portugal, Espanha e Israel).

O fato de, nos modelos de regressão, a solidão não ter sido significativa para explicar a variabilidade nos comportamentos de risco em saúde, certamente, se deve à correlação com outras variáveis consideradas como controle no modelo, como a depressão e a saúde física.

Outros estudos mostram que a solidão é mais frequentemente reportada entre os idosos de mais baixa renda (STEPTOE, OWEN, KUNZ-EBRECHT, & BRYDON, 2004). Já que a renda está associada com os comportamentos de risco em saúde, e, por sua vez, a renda está associada à solidão, apenas a primeira foi retida no modelo.

Muito embora, não tenha sido observada associação significativa entre os comportamentos de risco e a solidão, nota-se que esse sentimento é importante para compreender outros aspectos relevantes relacionados à qualidade de vida da pessoa idosa, sobretudo no que diz respeito à saúde mental.

Para finalizar, ainda que os dados utilizados no estudo tenham como referência temporal os anos de 2015 e 2016, pode-se discutir os resultados à luz das condições atuais impostas pela Pandemia da Covid-19 em todos os países. A população idosa foi identificada como aquela de maior risco de morte pela doença e, portanto, foi submetida a medidas mais estritas de distanciamento social e restrições de mobilidade. Será importante avaliar em estudos futuros,

qual o impacto dessas restrições sobre o sentimento de solidão e por conseguinte, quais os impactos nos comportamentos de risco em saúde.

5. Referências

- CACIOPPO, J. T., HUGHES, M. E., WAITE, L. J., HAWKLEY, L. C., & THISTED, R. A. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 2006, 21(1), 140–151.
- CAMPAIGN TO END LONELINESS, Measuring your impact on loneliness in later life, Disponível em: <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Loneliness-Measurement-Guidance1.pdf>. Acesso em: Agosto 2020.
- ESKELINEN K, et al., Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People?, *International Journal of Gerontology*, 2016.
- HAWKLEY, L. C., THISTED, R. A., & CACIOPPO, J. T. Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychology*, 2009, 28(3), 354–363
- LIMA-COSTA, M. FERNANDA et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. *American Journal of Epidemiology*, v. 187, n. 7, p. 1345–1353, 2018.
- LIMA-COSTA, MARIA FERNANDA. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). *Rev Saude Publica*, v. 52, p. 17–19, 2018. Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/>>.
- SHANKAR A, HAMER M, MCMUNN A, STEPTOE A. Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosom Med*. 2013; 75(2):161-170.
- STEPTOE, OWEN, KUNZ-EBRECHT, & BRYDON, Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women, *Psychoneuroendocrinology*, 2004, 29(5):593-611.
- STICKLEY A, KOYANAGI A, ROBERTS B, et al. Loneliness: its correlates and association with health behaviours and outcomes in nine countries of the former Soviet Union. *PLoS One*. 2013;8(7).
- THEEKE, L.A. (2009) Predictors of Loneliness in U.S. Adults over Age Sixty-Five. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23, 387-396.
- VICTOR, C., SCAMBLER, S., BOWLING, A., & BOND, J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 2005, 25(6), 357-375.

Anexos:

Tabela 1 – Resultado final da análise multivariada para inatividade física e consumo inadequado de frutas, verduras ou legumes, relativa a variáveis explicativas selecionadas para adultos entre 50 e 89 anos de idade segundo gênero. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), 2015–2016.

Inatividade Física									
Feminino					Masculino				
Variáveis	OR	IC (95%)	Pr(> t)		OR	IC (95%)	Pr(> t)		
Intercep	0,8493	0,776	0,929	0,00037 ***	1,0168	0,926	1,116	0,726276	
solidao	0,9933	0,967	1,021	0,629239	0,9655	0,929	1,003	0,073765 !	
idade	1,0050	1,004	1,006	3,50E-16 ***	1,0012	1,000	1,002	0,063609 !	
renda (tercil2)	0,9834	0,959	1,009	0,193158	0,9850	0,957	1,013	0,296092	
renda (tercil3)	0,9633	0,937	0,990	0,007739 **	1,0127	0,982	1,044	0,423341	
escol(sec)	1,0017	0,975	1,029	0,900543	0,9851	0,957	1,014	0,316901	
escol(pos_sec)	0,9792	0,943	1,016	0,268242	0,9721	0,931	1,015	0,199321	
depressao	1,0029	0,998	1,008	0,222491	1,0070	1,001	1,013	0,018663 *	
saude_fis	0,9894	0,983	0,996	0,000748 ***	0,9836	0,977	0,990	2,80E-06 ***	
consulta	1,0009	0,999	1,003	0,290903	1,0008	0,999	1,003	0,438755	
casado	1,0095	0,989	1,031	0,372673	0,9775	0,952	1,003	0,087604 !	
area (rural)	0,9934	0,964	1,023	0,663315	0,9750	0,944	1,007	0,12533	
Consumo inadequado de frutas, verduras ou legumes									
Feminino					Masculino				
Variáveis	OR	IC (95%)	Pr(> t)		OR	IC (95%)	Pr(> t)		
Intercep	2,0410	1,816	2,293	< 2e-16 ***	2,2760	1,987	2,606	< 2e-16 ***	
solidao	1,0100	0,975	1,046	0,59886	1,0420	0,985	1,102	0,155	
idade	0,9960	0,995	0,998	9,67E-07 ***	0,9960	0,994	0,998	5,54E-06 ***	
renda (tercil2)	0,9160	0,886	0,946	1,43E-07 ***	0,9680	0,928	1,009	0,11987	
renda (tercil3)	0,8560	0,826	0,887	< 2e-16 ***	0,8730	0,835	0,913	3,8E-09 ***	
escol(sec)	0,8920	0,862	0,924	1,94E-10 ***	0,8960	0,859	0,935	5,34E-07 ***	
escol(pos_sec)	0,8800	0,839	0,924	2,42E-07 ***	0,8460	0,795	0,901	2,16E-07 ***	
depressao	1,0120	1,006	1,018	0,00015 ***	1,0260	1,018	1,035	1,84E-09 ***	
saude_fis	1,0010	0,993	1,009	0,82464	0,9990	0,989	1,010	9,17E-01	
consulta	0,9970	0,994	0,999	0,0024 **	0,9980	0,995	1,001	0,21657	
casado	0,9910	0,964	1,018	0,5033	0,9470	0,912	0,984	0,00519 **	
area (rural)	1,1120	1,070	1,155	7,69E-08 ***	1,0340	0,986	1,084	0,16558	

Signif. codes: 0 '***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1 ' ' 1

Tabela 2 – Resultado final da análise multivariada para inatividade física e consumo inadequado de frutas, verduras ou legumes, relativa a variáveis explicativas selecionadas para adultos entre 50 e 89 anos de idade segundo gênero. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), 2015.

Inatividade Física									
Feminino					Masculino				
Variáveis	OR	IC (95%)		Pr(> t)		OR	IC (95%)		Pr(> t)
Intercep	0,8119	0,787	0,837	< 2e-16	***	0,9609	0,931	0,992	0,014725 *
solidao	1,0442	1,032	1,057	4,56E-12	***	1,0324	1,016	1,050	0,000144 ***
idade	1,0045	1,004	1,005	< 2e-16	***	1,0023	1,002	1,003	< 2e-16 ***
renda (tercil2)	0,9848	0,977	0,992	7,15E-05	***	0,9902	0,982	0,998	0,016842 *
renda (tercil3)	0,9863	0,979	0,994	0,000531	***	0,9885	0,981	0,996	0,004803 **
escol(sec)	0,9774	0,970	0,985	1,57E-08	***	0,9844	0,976	0,993	0,000263 ***
escol(pos_sec)	0,9723	0,964	0,981	5,09E-10	***	0,9812	0,972	0,990	3,29E-05 ***
depressao	1,0109	1,009	1,013	< 2e-16	***	1,0175	1,016	1,019	< 2e-16 ***
saude_fis	0,9049	0,900	0,910	< 2e-16	***	0,9108	0,906	0,916	< 2e-16 ***
consulta	1,0012	1,001	1,002	3,7E-10	***	1,0004	1,000	1,001	0,036822 *
casado	0,9931	0,986	1,000	0,047035	*	0,9870	0,979	0,995	0,001757 **
area (rural)	0,9922	0,985	0,999	0,026343	*	0,9749	0,968	0,982	1,77E-12 ***
Consumo inadequado de frutas, verduras ou legumes									
Feminino					Masculino				
Variáveis	OR	IC (95%)		Pr(> t)		OR	IC (95%)		Pr(> t)
Intercep	1,5281	1,467	1,591	< 2e-16	***	2,1840	0,931	0,992	< 2e-16 ***
solidao	1,0269	1,010	1,044	0,001235	**	1,0465	1,016	1,050	0,000912 ***
idade	0,9975	0,997	0,998	< 2e-16	***	0,9949	1,002	1,003	< 2e-16 ***
renda (tercil2)	0,9939	0,984	1,004	0,225765		0,9869	0,982	0,998	0,049782 *
renda (tercil3)	0,9785	0,968	0,989	3,23E-05	***	0,9748	0,981	0,996	0,000151 ***
escol(sec)	0,9710	0,961	0,981	3,05E-08	***	0,9764	0,976	0,993	0,000712 ***
escol(pos_sec)	0,9366	0,926	0,948	< 2e-16	***	0,9421	0,972	0,990	1,4E-15 ***
depressao	1,0042	1,002	1,006	5,24E-05	***	1,0054	1,016	1,019	0,000438 ***
saude_fis	0,9647	0,958	0,972	< 2e-16	***	0,9893	0,906	0,916	2,27E-02 *
consulta	0,9993	0,999	1,000	0,004721	**	0,9998	1,000	1,001	0,453268
casado	0,9657	0,957	0,974	2,8E-14	***	0,9203	0,979	0,995	< 2e-16 ***
area (rural)	1,0036	0,995	1,013	0,42941		0,9965	0,968	0,982	0,556703

Signif, codes: 0 '***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1 ' ' 1

Tabela 3 – Resultado final da análise multivariada para inatividade física e consumo inadequado de frutas, verduras ou legumes, relativa a variáveis explicativas selecionadas para adultos entre 50 e 89 anos de idade segundo gênero. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), Portugal, 2015.

Inatividade Física								
Feminino					Masculino			
Variáveis	OR	IC (95%)		Pr(> t)	OR	IC (95%)		Pr(> t)
Intercep	0,5243	0,415	0,662	7,81E-08 ***	0,7639	0,600	0,972	0,029 *
solidao	1,0183	0,937	1,107	0,669854	1,0645	0,948	1,196	0,2922
idade	1,0101	1,007	1,013	2,27E-09 ***	1,0052	1,002	1,009	0,0022 **
renda (tercil2)	1,0239	0,961	1,091	0,463947	1,0065	0,944	1,073	0,8428
renda (tercil3)	1,0333	0,966	1,105	0,337367	0,9912	0,926	1,061	0,7983
escol(sec)	1,0505	0,957	1,153	0,298446	1,0728	0,984	1,170	0,1135
escol(pos_sec)	1,0399	0,948	1,141	0,408139	0,9970	0,916	1,085	9,45E-01
depressao	1,0199	1,009	1,031	0,000559 ***	1,0063	0,993	1,019	0,3441
saude_fis	0,8888	0,848	0,931	0,000001 ***	0,8587	0,820	0,899	1,86E-10 ***
consulta	1,0020	0,998	1,006	0,310556	1,0016	0,998	1,006	0,4367
casado	1,0494	0,985	1,118	0,133656	1,0000	0,924	1,082	0,9999
area (rural)	0,9301	0,876	0,987	0,017299 *	0,9917	0,937	1,050	7,74E-01
Consumo inadequado de frutas, verduras ou legumes								
Feminino					Masculino			
Variáveis	OR	IC (95%)		Pr(> t)	OR	IC (95%)		Pr(> t)
Intercep	1,1657	0,961	1,414	0,120	1,357	1,057	1,742	0,01689 *
solidao	0,9458	0,883	1,013	0,113	1,087	0,964	1,226	0,17585
idade	1,0000	0,997	1,003	0,984	0,998	0,994	1,001	0,17403
renda (tercil2)	0,9924	0,942	1,046	0,775	0,988	0,925	1,056	0,72855
renda (tercil3)	0,9844	0,931	1,041	0,579	1,018	0,948	1,092	0,6264
escol(sec)	0,9468	0,877	1,022	0,164	1,046	0,956	1,145	0,32267
escol(pos_sec)	0,9759	0,904	1,054	0,533	0,921	0,844	1,005	0,06645 !
depressao	0,9953	0,986	1,005	0,316	1,021	1,007	1,035	0,00247 **
saude_fis	0,9761	0,939	1,015	0,221	1,002	0,956	1,051	9,28E-01
consulta	0,9987	0,995	1,002	0,435	0,998	0,994	1,002	0,35125
casado	1,0035	0,953	1,057	0,894	0,965	0,889	1,047	0,38879
area (rural)	0,9560	0,910	1,004	0,074 !	0,923	0,870	0,979	0,00806 **

Signif, codes: 0 '***' 0,001 '**' 0,01 '*' 0,05 '.' 0,1 ' ' 1