

DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS DA AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS NO BRASIL

GIOVANI BAGGIO¹; FERNANDA EWERLING²; ANDERSON MOREIRA
ARISTIDES DOS SANTOS³; CESAR AUGUSTO OVIEDO TEJADA⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – gbaggio.92@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – feewerling@gmail.com

³Universidade Federal de Alagoas – anderson_moreira_aristides@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – cesartejada9@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

No final do século XIX, teve início o processo de envelhecimento da população em alguns países da Europa Ocidental, fato que também ocorreu no resto dos países mais desenvolvidos e, a partir do século passado, veio a se estender para os países em desenvolvimento (CARVALHO; GARCIA, 2003). A maior longevidade da população é amplamente reconhecida como uma importante conquista atual, porém também se reconhece que ela carrega grandes desafios às políticas públicas, visto que os com o aumento da idade aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos, a perda de papéis sociais com a cessação da atividade econômica e o agravamento de doenças crônicas e degenerativas (CAMARANO *et al.*, 2004). No Brasil, existe um crescimento sistemático e consistente da população idosa (IBGE, 2010a). Este processo acelerado é causado pela brusca queda de fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida dos brasileiros, e tem feito com que haja maior preocupação sobre as condições de saúde dessas pessoas (CAMARANO *et al.*, 2004; ALVES; RODRIGUES, 2005; IBGE, 2010b).

Dada a tendência de envelhecimento da população brasileira, saber quais os fatores que levam os idosos a relatar pior saúde é um tema de grande relevância no sentido de que políticas podem ser postas em prática visando melhorar estes aspectos, fazendo com que essa crescente população tenha melhor qualidade de vida no futuro. Neste sentido, este trabalho visa encontrar os fatores socioeconômicos, demográficos, bem como características do indivíduo, como capacidade funcional e número de doenças crônicas, que estão relacionados à pior autopercepção de saúde entre os idosos brasileiros.

2. METODOLOGIA

Este trabalho se apresenta na forma de um estudo transversal feito com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008. A PNAD é uma pesquisa de abrangência nacional que, periodicamente apresenta suplementos sobre temas específicos. O questionário de 2008 apresenta um suplemento sobre a saúde da população, que é, inclusive, a pesquisa mais atual neste sentido disponível em nível nacional para o Brasil.

A variável dependente foi a saúde dos idosos e, para mensurá-la, usou-se como *proxy* a saúde autorreferida. As variáveis independentes foram classificadas em quatro grupos: demográficas, sócio-econômicas, número de doenças crônicas e capacidade funcional. As regressões foram feitas utilizando-se o modelo logístico.

3. RESULTADOS

Pelos dados da PNAD, podemos ver que a maior parte da população idosa reside na região Sudeste (33,78%) e a proporção de idosos do sexo feminino supera a do sexo masculino em todas as categorias em questão. Observa-se ainda que a amostra é relativamente jovem, aproximadamente 55% dos idosos têm menos de 70 anos. Além disso, a grande maioria tem baixa escolaridade, cerca de 70% têm até 4 anos de estudo. Com relação à saúde, a maioria (37,23%) apresenta 2 a 3 doenças crônicas.¹

Para uma primeira análise, o desfecho saúde autoavaliada dos idosos foi dicotomizado (muito boa ou boa/ regular, ruim ou muito ruim).² Analisando os resultados, pode-se notar que quando o próprio idoso é o respondente da PNAD, ele tende a avaliar seu estado de saúde como sendo melhor do que quando outro informante a avalia. Os homens mostraram uma maior propensão a avaliar sua saúde como regular, ruim ou muito ruim. Aqueles que viviam em outras regiões que não a Norte e a Nordeste, aqueles com 80 anos ou mais e os que viviam sozinhos apresentaram uma maior propensão a auto avaliar melhor sua saúde. A propensão a auto-avaliar a saúde como boa ou muito boa aumentou com a escolaridade e a renda dos idosos – apenas o segundo quartil de renda não se mostrou estatisticamente significativo. Idosos com maior número de doenças crônicas e maior dificuldade de mobilidade mostraram uma maior tendência para avaliar sua saúde como ruim. Aqueles que têm plano de saúde e que consultaram dentista no último ano relataram melhor saúde, porém os que consultaram médico nos últimos 12 meses tenderam a relatar piores níveis de saúde.

A segunda análise é bastante similar à anterior, porém se distingue por dicotomizar a saúde dos idosos de forma diferenciada (muito boa, boa ou regular/ ruim ou muito ruim).³ Em geral, seus resultados são bastante parecidos com os da tabela 2, porém agora o tabagismo e o Programa Saúde da Família passam a ser fatores significativos, no sentido de que idosos que fumam ou já fumaram e que não participam do programa têm uma maior propensão a relatar pior saúde.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os resultados encontrados no presente trabalho mostram que quando os próprios idosos eram os respondentes da PNAD, eles tendiam a avaliar mais positivamente sua saúde do que quando outro morador do domicílio a avaliava. Esta diferença também é encontrada em outras pesquisas e pode ser influenciada por diversos fatores: falta de memória dos idosos, que estariam influenciando sua capacidade de recordar problemas de saúde e, assim, de passar a informação correta; desejo de independência por parte dos idosos, ou seja, pode ser que eles relatem melhor saúde para não demonstrar a necessidade de cuidados (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Nas duas análises as mulheres idosas apresentaram uma maior propensão a relatar um melhor nível de saúde que os homens. Existem trabalhos que mostram que os homens idosos tenderiam a relatar melhor saúde do que as mulheres, porém encontram resultados semelhantes ao do presente trabalho

¹ Tabela completa no *link* <https://www.dropbox.com/s/5y5zd99t7d8e3mj/Tabela%201.pdf>.

² Tabela completa no *link* <https://www.dropbox.com/s/rvgsooxutyv9hf2/Tabela%202.pdf>.

³ Tabela completa no *link* <https://www.dropbox.com/s/za8o7hehtjvw9bv/Tabela%203.pdf>.

quando o número de doenças crônicas foi adicionado em sua análise de autopercepção de saúde (RUEDA, 2008; ALVES; RODRIGUES, 2005).

Os resultados encontrados de que idosos com menor renda apresentam uma pior percepção da saúde corroboram com diversas evidências empíricas (ALVES; RODRIGUES, 2005; LIMA-COSTA *et al.*, 2003; LIMA-COSTA *et al.*, 2005). Comparando idosos de maior e menor renda da PNAD 1998, evidências mostram que aqueles com menor renda têm piores condições de saúde, pois os idosos mais pobres teriam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mesmo tendo uma cobertura adequada destes serviços (LIMA-COSTA *et al.*, 2003). Com relação à escolaridade, os resultados encontrados sugerem que os idosos com maior escolaridade tendem a apresentar uma melhor autoavaliação da saúde. Esse achado corrobora com resultados encontrados na literatura, que inclusive coloca a escolaridade como um fator de proteção para a percepção de saúde ruim entre os idosos (ALVES; RODRIGUES, 2005).

A idade mostrou-se um fator importante para a saúde dos idosos, no sentido de que idosos mais velhos tenderam a relatar melhor saúde, o que está de acordo com os resultados encontrados na literatura acadêmica (CAMPOS, 2009). Pode-se argumentar que esses indivíduos mais velhos podem estar superestimando sua condição de saúde para demonstrar independência e autossuficiência por medo de institucionalização. O arranjo familiar também se mostrou importante, ou seja, morar sozinho mostrou-se um fator protetor para a autopercepção de saúde ruim. Indivíduos que moram sozinhos têm maior autonomia, independência e, principalmente, melhor saúde (ALVES; RODRIGUES, 2005). Além disso, a maioria daqueles que moram sozinhos estão aptos física e economicamente, portanto este arranjo familiar também é colocado na literatura como um fator protetor da independência dos idosos (ROSA, 2003).

Com relação à capacidade funcional, os resultados encontrados mostram que quanto maior a dependência do idoso, maior é a sua propensão a autoperceber sua saúde como ruim. Esse resultado já era esperado e implicações semelhantes podem ser encontradas na literatura (ALVES; RODRIGUES, 2005; ALVES *et al.*, 2010). Evidências mostram que a capacidade funcional chega a se mostrar mais significativa que o número de doenças crônicas para a autopercepção de saúde dos idosos, pois a habilidade de desempenhar atividades com independência seria mais importante que as doenças crônicas, que podem ser controladas com medicação, quando os idosos avaliam seu estado de saúde (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Este estudo revela, ainda, que idosos que praticam exercícios físicos ou algum esporte têm uma melhor autopercepção de saúde do que os mais sedentários. Sabe-se, no entanto, que existe uma alta prevalência de inatividade física entre os idosos brasileiros (LIMA-COSTA *et al.*, 2001). Pode ser que os idosos que praticam exercícios tenham maior preocupação com sua saúde e levem vidas mais saudáveis, e isto os levaria a ter uma melhor percepção de saúde. O tabagismo só mostrou significativo na segunda análise, quando a saúde foi dicotomizada em muito boa, boa ou regular e ruim ou muito ruim. Ou seja, quando os idosos fumavam, ou já tinham sido fumantes, tiveram uma maior propensão a relatar saúde ruim ou muito ruim. Sabe-se que o tabaco é um dos grandes causadores de morbidades como câncer e doenças cardíacas, portanto esperava-se que o tabagismo estivesse relacionado à pior percepção de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Com relação ao uso de serviços de saúde, observou-se que quanto aqueles que consultaram médico ou outro profissional da saúde nos últimos 12 meses apresentaram pior percepção de saúde. Provavelmente, os idosos que estão

procurando por este atendimento já não estão bem de saúde, ou seja, não consultam o médico por rotina, mas por motivo de doença.

Dada a tendência de envelhecimento da população brasileira, estudos deste tipo são bastante importantes no sentido de guiar políticas públicas que visem melhorar a saúde deste segmento da população. Todos os determinantes utilizados tiveram influência sobre a saúde autoavaliada. Os resultados do presente trabalho alertam para a necessidade de pesquisas mais detalhadas sobre a saúde da população idosa, mas também mostram a necessidade de melhoria no acesso aos serviços de saúde, que venham a melhorar a capacidade funcional e a prevenir as doenças crônicas nestes indivíduos. Além disso, existe a necessidade de políticas sociais com o intuito de garantir melhores oportunidades na educação e melhor distribuição de renda no Brasil, o que também viria a melhorar o problema da desigualdade no acesso aos serviços de saúde no país.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, L. *et al.* Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. **Revista de Saúde Pública**, 44(3), 468-478, (2010).

ALVES, L.; RODRIGUES, R. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 17(5/6), 333-34, (2005).

CAMARANO, A. *et al.* **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, (2004).

CAMPOS, N. **Os determinantes das condições de saúde dos idosos do município de São Paulo em uma perspectiva de ciclo de vida.** Belo Horizonte, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG, (2009).

CARVALHO, J.; GARCIA, R. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(3), 109-118, (2003).

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, (2010a).

IBGE. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008.** Rio de Janeiro: IBGE, (2010b).

LIMA-COSTA, M. *et al.* The Bambuí Health and Aging study (BHAS): prevalence of risk factors and use of preventive health care services. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 9(4), 219-227, (2001).

LIMA-COSTA, M. *et al.* Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. **Cadernos de Saúde Pública**, 21(3), 830-839, (2005).

ROSA, T.; *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, 37(1), 40-8, (2003).

RUEDA, S. *et al.* Health inequalities among the elderly in western Europe. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 62, 492-498, (2008).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco.** WHO, (2011).