

Luciana Correia Alves

**DETERMINANTES DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE  
DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO,  
1999/2000**

Belo Horizonte, MG  
UFMG/Cedeplar  
2004

Luciana Correia Alves

**DETERMINANTES DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE  
DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO,  
1999/2000**

Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Demografia.

Orientador: Prof. Dr. Roberto do Nascimento Rodrigues

Belo Horizonte, MG  
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional  
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG  
2004

## Folha de Aprovação

*“Quem acredita sempre alcança”.*

*Flávio Venturini &  
Renato Russo*

*Aos meus pais,  
que tiveram como projeto de vida a minha  
educação e que sempre me incentivaram  
a continuar na carreira acadêmica.*

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma tarefa difícil, pois nem sempre as palavras conseguem expressar o que verdadeiramente estamos sentindo. Ao longo da minha trajetória acadêmica tive a oportunidade de conhecer e conviver com diversas pessoas, mas algumas delas foram realmente muito especiais na minha vida. Chegou o momento de dizer muito obrigada.

Ao professor Dr. Roberto do Nascimento Rodrigues, meu orientador e mestre, que me transmitiu a segurança necessária para enfrentar o meu caminho e seguir, que incluiu no nosso convívio: sabedoria, amizade, compreensão, alegria, sinceridade, apoio, incentivo, tranquilidade. Roberto, obrigada pela sua precisa orientação, pela sua inteira disponibilidade, pela paciência, pelo aprendizado, por tudo... A você a minha eterna admiração e gratidão.

Ao professor Dr. José Alberto Magno de Carvalho, que acompanhou os meus primeiros passos no CEDEPLAR e que esteve sempre disponível para ouvir, aconselhar e transmitir conhecimentos. Foi um privilégio ter sido sua aluna.

Aos demais professores do CEDEPLAR, pelo exemplo e aprendizado acadêmico, especialmente à Laura Lídia Rodriguez Wong e Carla Jorge Machado.

Aos colegas da coorte 2002: Flávio, Gabriela, Néelson, Luiza, em especial, Cláudio e Ana Paula pela amizade e agradável convivência; Carolina pelo apoio, pelas muitas conversas e amizade; Adriana, por ter sempre acreditado e confiado em mim, pela ajuda nos momentos que mais precisei, pelos diálogos e belos momentos que compartilhamos e, sobretudo, pela sua grande amizade.

À Mirela, amiga de sempre, que esteve presente desde o princípio de tudo, por ter dividido comigo as incertezas, os dias tristes e alegres, as dificuldades, a superação, o crescimento profissional e acadêmico e, principalmente, este momento. Obrigada pela sua colaboração ao longo desses anos, pelos conselhos, pela troca de idéias, pelo incentivo, por me compreender.

Aos colegas das outras coortes: Ricardo, Kenya, Dulce, César, Aloísio, Ana Paula Viegas, Andréa que também colaboraram cada um à sua maneira. A vocês meu muito obrigada!

Ao Moisés, pela sua companhia e amizade, pelo apoio, incentivo e, principalmente, pela imensa disponibilidade em ajudar sempre que precisei.

À Flávia Cristina Drumond Andrade pela imensa ajuda com as informações do SABE.

Aos funcionários da biblioteca, Mirtes, José Henrique, Maristela, Maria Célia, Ricardo e Consolação, pela disponibilidade na ajuda com as consultas e revisão bibliográfica.

Às secretárias da diretoria, Lucília, Cátia e Edina e às funcionárias da Secretaria de Curso, Cecília, Margaret, Andréa e Cleusa, pela presteza em resolver as questões administrativas e pela agradável convivência.

Aos funcionários do Laboratório de Computação Aplicada, Gustavo, Luiz, Rodrigo e Neilton pelo apoio técnico fundamental para o desenvolvimento da dissertação.

Às professoras do Departamento de Fisioterapia da UFMG: Elyonara Mello de Figueiredo, Leani Souza Máximo Pereira e Maria Lúcia Paixão (in memoriam) pela minha formação profissional, por terem me despertado o interesse acadêmico e, sobretudo, pelo incentivo desde os anos da graduação.

À Ângela Maria Ribeiro por acreditar incondicionalmente em mim e pelo constante apoio.

Aos meus pais, pela força motivadora que me estimula a seguir em frente.

Ao Alexandre, meu irmão, que do seu jeito torce muito por mim.

Aos amigos Janete, Micheline, Luciano, Monique e ao meu primo Léo que compreenderam a minha ausência e que sempre incentivaram e acreditaram em mim.

À Universidade Federal de Minas Gerais, pela minha formação profissional e acadêmica e pelo apoio institucional.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – pelo apoio financeiro, essencial para a realização desta dissertação.

Aos idosos, que têm sido a minha fonte de inspiração ao longo desses anos, em especial a Dona Maria do Rosário Costa Santos e Luci Vana Resende.

A Deus, que esteve presente em todos os momentos.

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>vi</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>viii</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b> .....	<b>ix</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>xi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xii</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 QUESTÕES RELACIONADAS À AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS</b> .....	<b>7</b>
2.1 A saúde do idoso .....	7
2.2 A autopercepção de saúde dos idosos .....	11
2.3 Considerações finais .....	21
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>23</b>
3.1 Fonte de dados .....	23
3.2 Variáveis selecionadas .....	25
3.3 Método estatístico .....	28
<b>4 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> .....	<b>32</b>
4.1 Características descritivas da amostra .....	32
4.2 Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos .....	46
4.3 Discussão e considerações finais .....	54
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>60</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>67</b>
<b>ANEXO I</b> .....	<b>75</b>



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 – Proporção de idosos, por sexo e idade, no município de São Paulo, 1999/2000.....	33
TABELA 1 – Distribuição relativa por idade e sexo dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	33
TABELA 2 – Distribuição relativa das características demográficas e socioeconômicas, segundo sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	35
TABELA 3 – Distribuição relativa do relato de doença crônicas, segundo sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	39
TABELA 4 – Distribuição relativa das atividades de vida diária, segundo sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	41
TABELA 5 – Distribuição relativa das atividades instrumentais de vida diária, segundo sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	42
TABELA 6 – Distribuição relativa da escala de incapacidade hierárquica, segundo sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	43
TABELA 7 – Distribuição relativa da autopercepção de saúde, segundo a informação de outro informante, por sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	45
TABELA 8 – Distribuição relativa da autopercepção de saúde, segundo a informação do entrevistado, por sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	45

TABELA 9 – Parâmetros estimados pela regressão logística binária para autopercepção de saúde ruim dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	47
TABELA 10 – Razões de chances (odds ratio) dos modelos logísticos binário para autopercepção de saúde ruim dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	48
TABELA 11 – Parâmetros e razões de chances para autopercepção de saúde ruim dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	53
TABELA 12 – Parâmetros e razões de chances para as interações entre sexo e doenças crônicas para autopercepção de saúde ruim dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000.....	54

## RESUMO

O objetivo principal desta dissertação é investigar a influência dos determinantes demográficos (idade, sexo, arranjo familiar e estado conjugal), socioeconômicos (educação e renda), das doenças crônicas e da capacidade funcional (atividades de vida diária – AVD, e atividades instrumentais de vida diária – AIVD) sobre a autopercepção de saúde entre os idosos do município de São Paulo. Adicionalmente, pretende-se verificar as prováveis diferenças de sexo na autopercepção de saúde entre os idosos e examinar como elas podem ser explicadas pelas características demográficas, socioeconômicas e pelas medidas de saúde, tais como a presença de doenças crônicas e a capacidade funcional. Os dados foram obtidos do projeto SABE, que consiste de um estudo epidemiológico transversal, de base populacional domiciliar, realizado em sete áreas urbanas da América Latina e Caribe. No Brasil, o SABE circunscreveu-se ao município de São Paulo, e a pesquisa foi a campo entre outubro de 1999 e dezembro de 2000. Foram entrevistados 2.143 idosos (indivíduos de 60 anos e mais). Para a análise dos dados foi utilizada a regressão logística binária múltipla. Os resultados revelaram que a presença de doenças crônicas associadas ao sexo é o determinante mais fortemente relacionado com a autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, seguido da capacidade funcional. O nível de escolaridade e a renda também são altamente associados com a percepção de saúde. A idade desempenha uma significativa influência. Com relação às desigualdades de sexo, observa-se que na ausência de doenças crônicas, ou na presença de duas ou mais doenças crônicas, as mulheres idosas são mais prováveis de reportarem uma boa autopercepção de saúde, em comparação com os homens. É importante salientar que as variáveis estado conjugal e arranjo familiar também interferem na autopercepção de saúde do idoso. O estudo demonstrou que, para se alcançar um envelhecimento saudável é preciso que o Estado invista efetivamente nos setores da saúde, social e econômico do país. Políticas públicas voltadas para cada determinante isoladamente podem proporcionar um efeito relevante para a redução das desigualdades de saúde do idoso, mas as ações integradas que abordem simultaneamente os principais fatores determinantes da autopercepção de saúde podem contribuir significativamente para a promoção da saúde e do bem-estar e, conseqüentemente, para a qualidade de vida dos idosos.

## ABSTRACT

As the process of demographic transition consolidates, many countries of the developing world are facing a wave of population ageing, which is expected to have a major impact on many aspects of life as well as on public policies directed to improve the well-being of the population. One of the main issues related with the population ageing is the health of older persons. The main objective of this dissertation is to investigate the role of demographic (age, sex, living arrangements and marital status) and socioeconomic (education and income) factors on the self-assessment of health among the older people living in the city of São Paulo (Brazil), in conjunction with chronic diseases and functional status (activities of daily living – ADL, instrumental activities of daily living – IADL). The analysis is based on information provided by the SABE Project, a multicenter study designed to investigate the health conditions of the elderly within major urban areas in seven countries in Latin America and the Caribbean. In Brazil, the project took place in the city of São Paulo, and 2.143 persons aged 60 years and over were interviewed during the period of October 1999 to January 2000. A binary multiple logistic regression model was used.

The presence of chronic diseases, interacted with sex, was the main factor affecting the self-assessment of health among the older people living in São Paulo, followed by functional status. Education, income, age, marital status and living arrangements are also important factors related to self-assessment of health. Throughout the study a control for the kind of respondent (if the person him/herself or other person) was controlled for. In the absence of chronic diseases, or in the presence of two or more chronic diseases, old women have more chance to report a good self-assessed health, compared with the self-assessment of old men. The results seems to indicate that in order to achieve a healthy process of population ageing there is a need of multiple public policies encompassing different areas, such as health, social and economics. Policies directed to single determinants may help to improve the well-being of the older population, but they will be far more effective when combined with the other related factors.

# 1 INTRODUÇÃO

Desde as últimas décadas do século passado, o Brasil se depara com um declínio rápido e acentuado da fecundidade, fenômeno sem precedentes na sua história, e que se sobressai mesmo em comparação com outros países, seja do mundo desenvolvido, seja entre aqueles do terceiro mundo. Como aconteceu na maioria dos países em desenvolvimento, esse declínio, combinado com a queda da mortalidade, acarretou um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população.

Os dados do Censo Demográfico de 2000 mostram que a proporção de pessoas de 60 anos e mais no Brasil corresponde a 8,6% da população total, em comparação com 7,3% no ano de 1991, o que confirma o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira. Mesmo se não houver mais declínio da fecundidade no Brasil, a partir do ano 2000, o envelhecimento da população continuará até que desapareça, totalmente, de sua configuração etária, o efeito direto e indireto da alta fecundidade do passado (CARVALHO & GARCIA, 2003). As projeções mostram que a população de idosos brasileira chegará ao ano 2020 com mais de 26,2 milhões, representando quase 12,4% da população total (UFMG/CEDEPLAR, 1999).

O declínio sustentado da fecundidade é o grande definidor do processo de envelhecimento de uma população. No final da década de 60, iniciou-se uma rápida e generalizada redução da fecundidade no Brasil. A taxa de fecundidade total (TFT) mudou de 5,8 em 1970 para cerca de 2,3 filhos por mulher em 2000. A mortalidade declinou significativamente a partir de 1940 até a década de 70. A rápida queda da mortalidade nesse período não provocou mudanças na distribuição etária da população em direção a um maior envelhecimento relativo, pois a redução era atribuída, principalmente, à queda das taxas específicas de mortalidade infantil. Como consequência, maior proporção de crianças sobreviveram em relação aos

adultos e idosos, desencadeando um efeito sobre a distribuição etária semelhante ao de um aumento da fecundidade, isto é, de uma população mais jovem (CARVALHO, 1993). A queda da mortalidade contribui para o envelhecimento populacional quando essa se concentra nas idades mais avançadas, pois ocorrerá, assim, um incremento no número absoluto de idosos (CARVALHO & GARCIA, 2003). No Brasil, esta etapa do processo de envelhecimento já se encontra em andamento.

A evolução da queda nos níveis de mortalidade ao longo do tempo é a responsável pelo aumento da longevidade entre a população idosa. A maior longevidade é considerada uma grande conquista em todo o mundo e tem conseqüências importantes para a sociedade. No Brasil, a redução nos níveis de mortalidade propiciou ganhos significativos da esperança de vida, como resultado das diminuições de mortes provocadas pelas doenças infecto-contagiosas, especialmente na infância (BARBOSA & ANDRADE, 2001). A esperança de vida ao nascer cresceu cerca de 30 anos entre 1940 e 2000, passando de 37,6 para 64,8 anos entre os homens e de 39,4 para 72,6 anos entre as mulheres. Os ganhos foram mais expressivos entre as mulheres, que apresentaram, em 2000, uma esperança de vida ao nascer superior em oito anos à masculina (IBGE, 2000).

Assim, com a queda da fecundidade e conseqüentemente a menor proporção de crianças, os adultos e, principalmente, os idosos, começaram a ter maior representatividade. Por sua vez, com a queda da mortalidade, os indivíduos sobrevivem, em média, mais tempo, vivendo um maior número de anos nas idades mais avançadas (WONG, 2001).

O que era antes um privilégio de poucos – chegar à velhice – passou a ser a norma, mesmo nos países mais pobres. Essa nova situação se transforma em um grande desafio para a sociedade porque envelhecer não é o suficiente. É também fundamental alcançar uma melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão envelhecendo. Portanto, a preocupação passou a ser com o bem-estar e a boa qualidade de vida na velhice, um privilégio de poucos

idosos residentes nos países em desenvolvimento (KALACHE et al., 1987; RAMOS, 1993; VERAS, 2002).

Na maior parte dos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento populacional ocorreu em uma época de intenso desenvolvimento social e econômico, ao passo que na maioria dos países em desenvolvimento, como é o caso específico do Brasil, esse processo vem acontecendo paralelamente com graves problemas sociais e econômicos. Diante desse contexto de desigualdades socioeconômicas, o Estado se depara, ainda, com a necessidade de enfrentar as dificuldades impostas pelo aumento da proporção de idosos na população. Deste modo, as questões relacionadas aos idosos e ao processo de envelhecimento têm despertado cada vez mais interesse entre os pesquisadores brasileiros de diversas áreas (TIRADO, 2000).

O progressivo e acentuado aumento da proporção de idosos tem implicações importantes que envolvem a vida do próprio indivíduo idoso, de sua família, da comunidade em que vive e, principalmente, dos órgãos responsáveis pela assistência social e de saúde (CANÇADO, 1994). Para KALACHE et al. (1987) o aumento do número de idosos em uma população se traduz em um maior número de problemas de longa duração, que com freqüência dependem de intervenções de custos elevados, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado apropriado. Assim, o aumento relativo dos idosos associado à maior longevidade da população brasileira pode representar um grave problema para a sociedade se os anos de vida adicionados não forem vividos em condições de saúde adequadas (CHAIMOWICZ, 1997).

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são freqüentemente encontradas entre os idosos (CHAIMOWICZ, 1998). Segundo RAMOS (1993), à medida que um maior número de pessoas atingem idades mais avançadas há uma tendência de alteração no padrão da morbidade e causas de morte, modificando o perfil de saúde da população e criando demandas específicas, tais como programas

de prevenção de doenças crônicas, especialmente neoplasmas, modificações no estilo de vida e hábitos alimentares e aumento de leitos hospitalares para ocupação com a população idosa. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, encontram-se funcionalmente incapacitados e com uma saúde precária. Associado ao declínio da saúde, os idosos são expostos a outros prejuízos significativos, como separação de filhos, perdas de amigos, de emprego, de renda e de companheiro. Essas perdas podem interferir diretamente na saúde dos idosos, na medida em que exacerbam os fatores de risco ambientais, comportamentais e psicológicos que resultam em deterioração das condições de saúde (CHENG et al., 2002).

Há um número razoável e crescente de investigações que abordam as associações entre saúde e os determinantes demográficos, socioeconômicos, as doenças crônicas e a capacidade funcional entre as pessoas idosas nos países desenvolvidos. Uma das possibilidades de conduzir este tipo de estudo tem como base informações provenientes da percepção dos idosos em relação ao seu próprio estado de saúde.

Embora a mensuração do estado de saúde seja bastante difícil, englobando diversos aspectos da vida do indivíduo, a autopercepção de saúde tem sido muito utilizada em pesquisas que visam estabelecer o estado de saúde do indivíduo, especialmente do idoso. No entanto, a autopercepção também apresenta as suas desvantagens, uma vez que não está imune a falhas. Os diferentes indivíduos, de distintos grupos sociais, apresentam percepções diversas sobre as opções de respostas (MURRAY & CHEN, 1992). Ainda assim, a autopercepção é considerada uma medida válida e confiável de saúde, consistindo em uma variável interveniente importante entre os problemas objetivos de saúde e o bem-estar subjetivo ou a qualidade de vida.

Os resultados de numerosas pesquisas comprovam a correlação entre a autopercepção de saúde do idoso e os determinantes demográficos, socioeconômicos, as doenças crônicas e a capacidade funcional (SMITH et al., 1994;



DENTON & WALTERS, 1999; ARBER & GINN, 1993; COTT et al, 1999; LEINONEN et al., 2002). Entretanto, alguns autores (HAY, 1988; ROSS & WU, 1996; CHENG et al., 2002; ZIMMER & AMORNSIRISOMBOON, 2001) destacam que o nível socioeconômico apresenta uma forte associação com a percepção de saúde, mas outros (GAMA et al., 2000; HOEYMANS et al., 1997; DAMIAN et al, 1999) afirmam que a capacidade funcional e as doenças crônicas são os principais determinantes da autopercepção de saúde do idoso. Os resultados se mostram ainda bastante controversos.

Os estudos sobre as condições de saúde dos idosos apontam para a existência de desigualdades de sexo com relação aos fatores demográficos, socioeconômicos e vários indicadores de saúde no Brasil e em outros países (ARBER & GINN, 1993; LIMA-COSTA et al, 2003a; PLOUFFE, 2003). Apesar disso, as diferenças de sexo na saúde dos idosos de países como o Brasil tem recebido pouca atenção. Como homens e mulheres vivem e envelhecem de forma diferente e como a velhice é caracterizada por um perfil predominantemente feminino, reforça-se a importância de estudar as desigualdades de sexo na saúde entre os idosos (BARRETO et al., 2002).

Diante disso, torna-se essencial buscar responder às seguintes questões: quais são os principais determinantes relacionados com a autopercepção de saúde entre os idosos? Existem diferenças de sexo na autopercepção de saúde dos idosos?

Uma compreensão mais ampla dos fatores determinantes que influenciam a percepção de saúde do idoso representa uma importante estratégia para reduzir as desigualdades de saúde neste estágio da vida. A ampliação do conhecimento pode auxiliar na adoção de estratégias preventivas e na implementação de políticas públicas especificamente voltadas para atenuar os efeitos deletérios de certos determinantes sobre o estado de saúde da população idosa.

No entanto, são poucos os estudos que focalizam a relação dos determinantes demográficos, socioeconômicos, das doenças crônicas e da capacidade funcional

com a autopercepção de saúde das pessoas idosas residentes em países ou regiões em desenvolvimento. Parte desta lacuna deve-se à ausência de bases de dados adequadas, como aquela que tem sido disponibilizada no âmbito do desenvolvimento do Projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). Esse projeto constitui um estudo epidemiológico transversal, de base populacional domiciliar e é realizado em sete países da América Latina e Caribe, sob a coordenação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). No Brasil, o projeto SABE tem como universo amostral idosos (pessoas de 60 anos e mais<sup>1</sup>) residentes no município de São Paulo entre outubro de 1999 e dezembro de 2000.

O objetivo principal desta dissertação é investigar a influência dos determinantes demográficos (idade, sexo, arranjo familiar e estado conjugal), socioeconômicos (educação e renda), das doenças crônicas e da capacidade funcional (atividades de vida diária – AVD, atividades instrumentais de vida diária – AIVD) sobre a autopercepção de saúde entre os idosos do município de São Paulo. Adicionalmente, pretende-se verificar as prováveis diferenças de sexo na autopercepção de saúde entre os idosos e examinar como elas podem ser explicadas pelas características demográficas, socioeconômicas e pelas medidas de saúde, tais como a presença de doenças crônicas e a capacidade funcional.

Para isso, a dissertação é composta de outros quatro capítulos. No segundo, são discutidas algumas questões referentes à saúde do idoso e à forma de mensurá-la, assim como os resultados dos principais estudos que abordam os determinantes relacionados com a autopercepção de saúde dos idosos. No terceiro capítulo são apresentadas as fontes de dados e as estratégias utilizadas para a obtenção dos resultados. O capítulo quatro analisa os resultados relacionados às características demográficas e socioeconômicas, assim como às condições de saúde dos idosos. No quinto capítulo são apontadas considerações acerca dos principais resultados do estudo.

---

<sup>1</sup> A Organização das Nações Unidas (ONU) considera como idosas as pessoas de 60 anos e mais para os países em desenvolvimento, e de 65 anos e mais para os países desenvolvidos.

## **2 QUESTÕES RELACIONADAS À AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS**

O objetivo deste capítulo é abordar as principais questões relacionadas à saúde da população idosa e fornecer a fundamentação teórica dos determinantes da autopercepção de saúde dos idosos focalizados nesta dissertação.

O capítulo está estruturado em três subitens. O primeiro discute a importância da saúde do idoso, dos inquéritos populacionais para se obter as informações das reais condições de saúde da população e, por fim, da autopercepção de saúde como o método mais prático de mensurar o estado de saúde do idoso. O segundo focaliza os diversos estudos referentes aos determinantes da autopercepção de saúde do idoso, que irão nortear a análise empreendida nesta dissertação. O terceiro refere-se às considerações finais.

### **2.1 A saúde do idoso**

A saúde é um componente importante na vida das pessoas idosas. Ela é o determinante chave da possibilidade dessas se manterem independentes e autônomas (ARBER & GINN, 1993). Uma boa saúde é fundamental para aumentar ou manter a qualidade de vida dos idosos e garantir a continuidade da contribuição desses para a sociedade (WHO, 2001). Por sua vez, uma condição de saúde ruim implica numa maior vulnerabilidade e dependência na velhice (BARRETO et al., 2002). E a dependência é considerada por muitos como uma ameaça aos valores, como o respeito próprio e a dignidade humana, além de criar barreiras para obter satisfações na vida (ARBER & GINN, 1993).

Vale ressaltar que a autonomia se refere a capacidade de decidir e a independência a capacidade do indivíduo realizar algo com seus próprios meios. Assim, a condição de saúde ruim pode ser influenciada pela perda de autonomia e/ou dependência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. A obtenção do estado de completo bem-estar físico, mental e social depende de fatores que não estão somente ao alcance da medicina, mas sim da sociedade em geral. Deste modo, a saúde depende dos recursos alocados para a educação, da alimentação, da habitação, da infra-estrutura sanitária, das condições de vida e de trabalho, da renda, do estilo de vida, do meio ambiente, do lazer. Por ser multidimensional e dinâmico, o estado de saúde não possui um conceito bem definido. Sendo assim, a caracterização das condições de saúde dos idosos requer informações detalhadas sobre diferentes aspectos da vida deles. Cada elemento pode ser visto como um indicador específico, mas quando analisados separadamente são insuficientes para descrever o estado geral de saúde do indivíduo (PORTRAIT et al., 2001).

As informações necessárias para que se conheçam as condições de saúde da população idosa residente na comunidade somente podem ser obtidas por meio dos inquéritos domiciliares de base populacional (LIMA-COSTA et al., 2003b). Os instrumentos e métodos utilizados são bastante eficazes para identificar subgrupos populacionais e caracterizar sua situação de saúde (VIACAVA, 2002). Tais pesquisas possibilitam uma avaliação do estado de saúde do indivíduo sob uma perspectiva diferente daquela obtida com base em registros de serviços de saúde ou de amostra de provedores desses serviços (LEITE et al., 2002). Outra razão que aumenta a importância dos inquéritos é o fato de que os dados de registros de tipo administrativos, em geral, não coletam informações sobre educação, renda, família, gastos dos domicílios e condições de moradia, simultaneamente com as informações sobre o estado de saúde. Ademais, esses registros não permitem investigar as

desigualdades e seus determinantes sociais de forma satisfatória porque incluem somente os indivíduos que procuraram atendimento (DACHS, 2002).

No entanto, as pesquisas domiciliares também apresentam algumas desvantagens. Como as informações são referidas pelos próprios entrevistados ou por outros moradores do domicílio, as variáveis são susceptíveis a vários tipos de erros de medida. Dentre esses, destacam-se aqueles relacionados à qualidade dos dados, que depende enormemente da capacidade dos entrevistados de recordar e informar adequadamente, e as características intrínsecas das pessoas. Tais características determinam, para cada indivíduo, uma interpretação diferente daquilo que sente, de acordo com sua experiência, da cultura, da escolaridade, e do contexto social em que está inserido. Adicionalmente, os estudos sugerem que os homens são menos propensos a reportarem problemas de saúde do que as mulheres (LEITE et al., 2002; PINHEIRO et al., 2002).

Uma grande variedade de escalas tem sido construída para avaliar saúde, incluindo as medidas de capacidade funcional, qualidade de vida relacionada à saúde, bem-estar psicológico e satisfação de vida. Mas, apesar da existência de outras medidas e do seu caráter subjetivo, a autopercepção de saúde é uma das variáveis mais utilizadas nas pesquisas de saúde dos inquéritos domiciliares nas populações em geral e particularmente nas gerontológicas (BARON-EPEL & KAPLAN, 2001), sendo por ora considerada o meio mais prático de reunir informações da condição de saúde dos indivíduos.

Embora a observação direta possa ter se mantido por algum tempo como o padrão, o auto-relato torna-se preferível porque é um método válido e bem aceito (GUCCIONE, 2002). Os resultados do estudo de MARTIKAINEN et al. (1999) encontraram uma boa confiabilidade da variável percepção de saúde, adicionando segurança na utilização dessa medida em investigações do estado de saúde. Os resultados de BAILIS et al. (2003) corroboram os resultados desse estudo, mostrando que a autopercepção da saúde é uma medida válida.

A autopercepção de saúde mensura, de uma maneira muito mais global, o estado de saúde do indivíduo, incorporando aspectos da saúde cognitiva e emocional, como também da saúde física (OFSTEDAL et al., 2002). BROOK<sup>2</sup> et al., citados por BARON-EPEL & KAPLAN (2001), ressaltaram que as medidas de autopercepção diferem das outras medidas de saúde porque não enfatizam uma dimensão específica. Elas incluem informações médicas confirmadas do nível de saúde do indivíduo, do diagnóstico de condições crônicas, das limitações funcionais e de incapacidade. Podem ser influenciadas pelo conhecimento da história familiar, das doenças crônicas, comportamento e estilos de vida, como também pelas características psicossociais, cognitivas, afetivas e de personalidade do indivíduo (MARTIKAINEN et al., 1999). A percepção de saúde pode mudar em resposta a uma variedade de eventos (BAILIS et al., 2003). Segundo IDLER & BENYAMINI (1997), as pessoas sintetizam uma grande quantidade de informações sobre elas mesmas quando avaliam a sua saúde como excelente, muito boa, boa, razoável ou ruim.

O interesse em pesquisas sobre a percepção de saúde dos idosos vem aumentando consideravelmente nas últimas décadas (IDLER & BENYAMINI, 1997). Esse aumento pode ser atribuído, principalmente, ao fato de que a autopercepção de saúde é um poderoso e confiável indicador de mortalidade entre os idosos (KAPLAN & CAMACHO, 1983; IDLER & BENYAMINI, 1997). Aquelas pessoas que relatam a sua saúde como sendo ruim apresentam um risco aumentado de todas as causas de mortalidade, em comparação com aquelas que reportam a sua saúde como excelente (MARCELLINI et al., 2002). Além disso, a autopercepção é um determinante particularmente importante de satisfação de vida ou do bem-estar subjetivo, especialmente entre os idosos (LARSON, 1978; ZAUTRA & HEMPEL, 1984), de saúde nas idades mais avançadas (HOEYMANS et al., 1997), de morbidade (FERRARO et al., 1997), de utilização dos serviços de saúde e de necessidade de cuidados a longo prazo da população idosa (SEGOVIA et al., 1989;

---

<sup>2</sup> BROOK, R. H. et al. Overview of adult health status measures fielded in Rand's Health Insurance Study. **Medical Care**. v.17, p.1-131, 1979.

IDLER & BENYAMINI, 1997; OFSTEDAL et al., 2002). Conforme SCHIPPER<sup>3</sup> et al., citados por LEINONEN et al. (1998), ela é também um considerável componente da qualidade de vida.

A principal vantagem dessa variável é que o resultado da pergunta associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas (APPELS et al., 1996), sugerindo que a autopercepção da saúde pode ser usada como uma *proxy* das avaliações objetivas de saúde.

O maior problema da percepção de saúde é a sua natureza subjetiva, que ocasiona diferentes respostas em decorrência das diferentes interpretações dos indivíduos com relação às questões. As diferenças culturais também determinam que em certos contextos os indivíduos, principalmente os idosos, considerem uma saúde comprometida como natural (BECKETT et al., 2000) e relatem uma boa saúde, mesmo em condições bastante adversas (DACHS, 2002).

A literatura propõe que a autopercepção de saúde do idoso é produto de um amplo espectro de fatores determinantes, incluindo a idade, o sexo, o suporte familiar, o estado conjugal, as oportunidades de educação e emprego, a renda, a capacidade funcional, as condições crônicas de saúde, o estilo de vida, dentre outros. Como lembra BARON-EPEL & KAPLAN (2001), diversos estudos demonstram uma correlação da autopercepção de saúde com as variáveis demográficas e socioeconômicas e com outras medidas de condição de saúde, como as doenças crônicas e a capacidade funcional.

## **2.2 A autopercepção de saúde dos idosos**

Vários fatores determinantes influenciam, simultaneamente, a autopercepção do estado de saúde do idoso. Esses determinantes podem ser organizados,

---

<sup>3</sup> SCHIPPER, H., CLINCH, J., POWELL, V. Definitions and conceptual issues. In: SPILKER. B. (Ed.). **Quality of life assessments in clinical trials**. New York: RAVEN PRESS, 1990. p.11-24.

basicamente, em quatro grupos: o demográfico, compreendendo a idade, o sexo, o arranjo familiar e o estado conjugal; o socioeconômico, incluindo a educação e a renda; as doenças crônicas; e, finalmente, a capacidade funcional, avaliada pelas AVDs, AIVDs e mobilidade.

Dentre os determinantes demográficos, a idade é considerada por muitos pesquisadores como um fator fundamental da saúde e do bem-estar na velhice. As evidências mais recentes sugerem que o avançar da idade implica em um aumento da probabilidade do relato de problemas de saúde pelos indivíduos (ARBER & GINN, 1993; ZIMMER & AMORNSIRISOMBOON, 2001).

Algumas pesquisas ressaltam a associação entre idade e a autopercepção de saúde dos idosos. FERRARO et al. (1997) concluíram que o aumento da idade entre as pessoas idosas estava relacionado a uma percepção da saúde ruim. DENTON & WALTERS (1999) empreenderam um estudo utilizando os dados do *National Population Health Survey – NPHS*, com o objetivo de medir o estado de saúde dos indivíduos canadenses, em 1994, e expandir o conhecimento sobre os determinantes de saúde. As autoras encontraram que a idade é um significativo determinante da autopercepção de saúde em ambos os sexos, sendo que tanto os homens quanto as mulheres idosas não percebem a saúde deles como boa ou excelente. Os resultados de BARON-EPEL & KAPLAN (2001) obtidos de uma pesquisa transversal conduzida por telefone, em 1998, com indivíduos israelenses de 45 a 75 anos, mostraram que a autopercepção de saúde é correlacionada negativamente com a idade. Uma pesquisa sobre desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde e suas determinações, realizada no Brasil, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD-98), revelou que a probabilidade dos indivíduos classificarem o estado de saúde como ruim aumenta significativamente a partir dos 65 anos de idade, sendo a idade o determinante mais importante do estado de saúde autopercebido (DACHS, 2002). Por sua vez, um estudo realizado com 677 indivíduos com 65 anos e mais na cidade de Madrid (Espanha) mostrou que a auto-avaliação do estado de saúde como ruim tende a diminuir com o avançar da idade, sendo que



os idosos de 85 anos e mais avaliam a sua saúde melhor do que os idosos de 65 a 74 anos (DAMIAN et al., 1999). Assim, como a autopercepção de saúde varia com a idade, esta variável deve ser incluída em pesquisas que investigam o estado de saúde do indivíduo, principalmente do idoso.

Um outro fator diretamente relacionado à saúde dos idosos é o sexo. Os estudos destacam que os homens apresentam maiores taxas específicas de mortalidade, ao passo que as mulheres uma pior saúde (LAHELMA et al., 1999). De acordo com VERBRUGGE (1985), as mulheres têm maiores taxas de morbidade, mas os homens se deparam com condições que são, freqüentemente, mais severas, como as doenças crônicas fatais.

A desigualdade de sexo exibe uma significativa influência na saúde e no bem-estar porque afeta a maioria dos determinantes de saúde, incluindo a educação, a ocupação, a renda, as redes sociais, o ambiente físico e social e os serviços de saúde (PLOUFFE, 2003). Apesar disso, de um modo geral, as pessoas idosas tendem a ser negligenciadas em pesquisas de diferença de sexo na saúde, quando comparadas com os outros estágios da vida (ARBER & COOPER, 1999).

Ainda assim, muitos estudos evidenciam a relação entre sexo e a autopercepção do estado de saúde entre os idosos. Segundo ARBER & GINN (1993), a análise de dados da pesquisa domiciliar geral britânica demonstra modestas diferenças entre os idosos do sexo masculino e feminino na avaliação subjetiva de saúde, com as mulheres avaliando a saúde delas apenas um pouco menos positiva em relação à saúde dos homens. KUBZANSKY et al. (1998) realizaram um trabalho utilizando os dados do *MacArthur Research Network on Successful Aging Community Study*, com uma amostra de idosos entre 70 a 79 anos residentes em três cidades americanas, objetivando investigar a associação do nível educacional com uma variedade de fatores de risco para saúde ruim e argumentaram que os homens idosos avaliavam a saúde deles melhor do que as mulheres. DAMIAN et al. (1999) afirmaram que as mulheres idosas de Madrid (Espanha) apresentavam uma pior percepção de saúde

do que homens. O estudo de ZIMMER & AMORNSIRISOMBOON (2001), com base nos dados de uma pesquisa com idosos da Tailândia, em 1994, conduzido pelo *National Statistical Office of Thailand*, que consiste de uma amostra representativa da população de 50 anos e mais, aponta que as mulheres declaram mais prejuízos na saúde do que os homens. McDONOUGH & WALTERS (2001), com dados do NPHS, examinaram as diferenças de sexo na autopercepção de saúde. Os resultados indicaram que as mulheres avaliavam a saúde delas ligeiramente inferior (cerca de 2%) à saúde dos homens. Por outro lado, um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou uma melhor autopercepção de saúde das mulheres, em comparação com os homens (MARKS, 1996). Conforme LAHELMA et al. (1999), existe uma similaridade na autopercepção de saúde entre os idosos do sexo masculino e feminino. Para ARBER & COOPER (1999), as mulheres idosas são mais prováveis de relatarem uma boa saúde do que os homens, sugerindo o aparecimento de um novo paradoxo entre os idosos. Deste modo, ao analisar questões relacionadas à saúde dos idosos, é essencial levar em consideração o sexo como base de diferenciação.

A família parece ser um outro aspecto importante na vida dos indivíduos idosos. O contexto social formado pela família pode ser particularmente significativo para a etiologia da saúde (HUGHES & WAITE, 2002). ROMERO (2002) coloca que os estudos enfatizam a existência de uma reciprocidade entre a saúde dos idosos e a estrutura e conformação das relações sociais e familiares, já que a deterioração da saúde pode levar a redefinir os arranjos familiares, assim como certas estruturas domiciliares; e, por outro, o tipo e características da rede social e familiar pode levar a diferentes riscos de doenças e morte. Assim, a saúde do idoso pode determinar o tipo de arranjo familiar e, ao mesmo tempo, o arranjo familiar pode ser determinante da saúde/risco de morte para os idosos. Entretanto, a autora argumenta que não há certeza de que uma determinada combinação de suporte e estrutura familiar favoreça mais a saúde dos idosos.

De acordo com CHENG et al. (2002), o suporte familiar ocasiona nas pessoas idosas uma sensação de cuidado e respeito. Morar ou co-residir com os membros da família pode refletir em auxílio nas tarefas domésticas e obtenção de suporte emocional. Assim, torna-se bastante razoável esperar que os indivíduos que moram sozinhos experimentem piores condições de saúde. Mas, nem sempre o idoso recebe o apoio de que necessita.

Nos países desenvolvidos, uma variedade de pesquisas já demonstrou a relevância do arranjo familiar e das redes de relações sociais na saúde e na mortalidade dos idosos (BERKMAN & SYME, 1979; BLAZER, 1982; SHYE et al., 1995). Conforme VELKOFF (2001), o arranjo familiar afeta diretamente a saúde. GRUNDY (2001) relata a existência de diversos estudos que comprovam uma desvantagem na percepção de saúde entre as pessoas que moravam sozinhas.

Nos países em desenvolvimento existe uma escassez de investigações que examinam a relação entre arranjo familiar e saúde do idoso. Ao analisar os dados da PNAD de 1998, no Brasil, ROMERO (2002) destaca que os arranjos familiares dos idosos têm relação significativa e, de forma diferenciada por sexo, com o estado de saúde do idoso. Entretanto, morar sozinho não apresentou relação significativa com a auto-avaliação de saúde do idoso, e a presença de menores de 18 anos no domicílio diminuiu o risco do idoso auto-avaliar sua saúde de forma deficiente, em relação àqueles idosos sem a presença de menores no domicílio.

Apesar de certas evidências sugerirem que o arranjo familiar interfere diretamente no estado de saúde do idoso, poucos estudos relacionam as duas variáveis. Além disso, os resultados nem sempre apresentam conclusões definitivas. Sendo assim, os estudos de saúde em idosos devem incluir a análise do arranjo familiar.

O estado de saúde dos idosos difere também sistematicamente de acordo com o estado conjugal, em ambos os sexos (ARBUR, 1991). Estar casado parece ser a condição mais favorável (ZIMMER & AMORNSIRISOMBOON, 2001). HU &

GOLDMAN (1990) observaram que nos Estados Unidos e em outros países industrializados, as pessoas casadas desfrutavam de melhor saúde e menores taxas de mortalidade em relação às solteiras, viúvas e divorciadas. Segundo HAHN (1993), o casamento está correlacionado com uma melhor autopercepção de saúde entre as mulheres, sendo que as casadas têm uma vantagem de saúde sobre as não-casadas. Os idosos divorciados e separados mostram, freqüentemente, uma pobre autopercepção da saúde. Mais recentemente, GRUNDY (2001) enfatiza que uma literatura extensa relacionando estado conjugal e saúde mostra que o indivíduo casado apresenta melhor saúde, seguido pelo solteiro, o viúvo e, então, o divorciado.

GOLDMAN et al. (1995) destacaram a existência de dois processos responsáveis por esses diferenciais. O primeiro é a proteção do casamento: um conjunto de mecanismos causais, consistindo de fatores ambientais, sociais e psicológicos tornam o estado de casado mais saudável do que os demais. O segundo processo é a seleção marital: o casamento e o recasamento selecionam indivíduos mais saudáveis tanto física quanto psicologicamente.

Porém, alguns autores apontam para diferentes resultados com relação à autopercepção de saúde e o estado conjugal entre os idosos. Segundo COTT et al. (1999), a situação de casado diminui as chances dos idosos avaliarem a saúde como boa ou excelente. GOLDMAN et al. (1995) sugerem que o estado conjugal é de fato relacionado com a autopercepção de saúde e a sobrevivência nas idades mais avançadas. Ainda, a viuvez é associada com uma saúde deteriorada, mas isto não é verdadeiro para as pessoas solteiras ou divorciadas, sendo que as mulheres solteiras apresentavam melhor saúde do que as casadas. Sendo assim, é imprescindível acrescentar a variável estado conjugal em pesquisas que visam estudar os determinantes do estado de saúde dos idosos.

Dentre as diversas variáveis relacionadas com a condição de saúde, a situação socioeconômica desempenha um papel fundamental na determinação da saúde dos indivíduos. Entretanto, até recentemente, algumas pesquisas ignoravam o impacto

da condição social e econômica nas idades mais avançadas. Para alguns autores, o efeito do *status* socioeconômico na saúde é consequência de uma interação de mecanismos psicológicos e sociológicos, como o comportamento, o suporte social, o *stress*, os fatores ambientais e o acesso aos cuidados médicos (HOUSE et al., 1994; WILLIAMS, 1990).

Os diferenciais socioeconômicos na saúde persistem e em alguns casos aumentam com o avançar da idade (SYME & BERKMAN, 1976; FINGERHUT et al., 1980; ARBER & COOPER, 1999). As pesquisas realizadas em países desenvolvidos confirmam uma vantagem na saúde das pessoas que se encontram em um nível socioeconômico mais elevado (HAY, 1988; ARBER, 1991). No entanto, os efeitos das desigualdades sociais na saúde dos idosos brasileiros e de outros países em desenvolvimento não têm sido completamente investigados (LIMA-COSTA et al., 2003a). Existem estudos que apontam uma fraca associação entre as condições socioeconômicas e a saúde nos grupos etários mais velhos e, ao contrário, aqueles que indicam uma forte correlação. Segundo ARBER & GINN (1993), as pesquisas britânicas recentes sugerem que o ambiente social e econômico pode desencadear diferentes efeitos no estado de saúde do idoso, tanto masculino quanto feminino. Conforme GOLDMAN et al. (1995), numerosos estudos têm mostrado que um baixo *status* socioeconômico é associado com uma saúde deficiente e elevados riscos de mortalidade. Os resultados de CHENG et al. (2002) demonstram que as condições econômicas são significativamente relacionadas com a autopercepção de saúde. Ou seja, as pessoas que relatam sua situação financeira como insuficiente apresentam uma pobre percepção da saúde.

Os indicadores da situação socioeconômica são freqüentemente operacionalizados pela educação e a renda. Essas variáveis fazem referência a um aspecto específico da saúde. A educação, por exemplo, estimula o acesso às informações e a prática de comportamentos saudáveis (KUBZANSKY et al., 1998). A renda favorece o acesso aos serviços médicos (ZIMMER & AMORNSIRISOMBOON, 2001). Isso sugere que a educação e a renda influenciam diretamente a saúde.

A literatura fornece evidência de uma relação positiva entre educação e saúde dos idosos, apesar dessa associação declinar com a idade em determinadas pesquisas (ELO & PRESTON, 1996; HOUSE et al., 1990). ROSS & WU (1996) encontraram uma correlação significativa entre educação e a autopercepção de saúde. Nesse estudo, a percepção de saúde dos indivíduos com maior nível educacional era melhor entre os grupos etários mais avançados. Para ARBER & GINN (1993), os idosos de baixa renda relatavam uma condição de saúde ruim. ECOB & DAVEY SMITH (1999) apresentaram dados confirmando uma forte associação entre renda e saúde. LIMA-COSTA et al. (2003a) utilizaram os dados da PNAD de 1998 para examinar a influência da situação socioeconômica em uma amostra de 19.068 indivíduos com 65 anos e mais, representativos da população brasileira, e encontraram que os idosos com renda mais baixa apresentavam uma pior percepção da saúde.

Conforme ZIMMER & AMORNSIRISOMBOON (2001), a educação e a renda são fortes indicadores da autopercepção de saúde entre os idosos, ou seja, a redução dos níveis de educação e renda acarreta um aumento na probabilidade destas pessoas perceberem sua saúde como ruim. Assim, como o estado de saúde declina com a redução do nível socioeconômico, torna-se apropriado analisar as condições sociais e econômicas, por meio da educação e da renda, em pesquisas que visam estabelecer o estado de saúde do indivíduo (MARMOT et al., 1997; HOUSE et al., 1990).

Adicionalmente, além dos determinantes demográficos e socioeconômicos, a presença de doenças crônicas é um outro fator que tem uma significativa associação com a autopercepção de saúde na maioria dos estudos da população idosa.

PIJLS et al. (1993) argumentaram que a prevalência de doenças crônicas é um importante determinante da autopercepção de saúde. FERRARO et al. (1997) observaram um declínio na auto-avaliação da saúde entre os idosos que possuíam um maior número de condições crônicas. Os resultados de DAMIAN et al. (1999)

apontam que as doenças crônicas são fortemente relacionadas com uma autopercepção de saúde ruim entre os idosos, indicando que um aumento no número das doenças eleva a probabilidade do indivíduo perceber a sua saúde de forma negativa. Um estudo realizado por ORFILA et al. (2000), com base nos dados do *Health Interview Survey*, com indivíduos de 65 anos ou mais, não-institucionalizados, residentes na cidade de Barcelona (Espanha), evidenciou que as doenças crônicas são importantes determinantes do declínio da autopercepção do estado de saúde do idoso. A pesquisa de MOLARIUS & JANSON (2002) analisou o impacto das doenças crônicas na autopercepção de saúde. Os autores utilizaram dados de um questionário obtidos por meio de correspondência, de uma amostra representativa da população da Suécia em 2000. Os resultados indicaram que as doenças crônicas são fortemente relacionadas com uma pobre percepção de saúde entre os idosos.

Mas, ao contrário do que se deveria esperar, as evidências sugerem que as pessoas portadoras de algum tipo de doenças crônicas também podem relatar uma boa saúde. COTT et al. (1999) colocam que os dados de uma pesquisa de saúde realizada no Canadá, em 1990, mostrou que 79% dos indivíduos que reportaram a presença de doenças crônicas classificaram sua saúde como sendo boa ou excelente.

Diante desse contexto, torna-se necessário analisar a influência da presença de doenças crônicas na autopercepção de saúde dos idosos.

Uma outra maneira de conceituar o estado de saúde é por meio da capacidade funcional (KATZ, 1983), que se refere à potencialidade para desempenhar as AVD ou para realizar um determinado ato, necessário para garantir condições mínimas de sobrevivência aos indivíduos, bem como para proporcionar qualidade de vida ou bem-estar (YUASO & SGUIZZATTO, 2002). Já a incapacidade funcional é definida pela presença de dificuldade no desempenho de atividades de vida diária ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las (ROSA, 2003).

A capacidade funcional é vista como um poderoso determinante de saúde (HOEYMANS et al., 1997), qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997) e mortalidade entre os idosos (HARRIS et al., 1989; PIJLS et al., 1993; SCOTT et al., 1997) e particularmente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo todas as funções não significa problema para o indivíduo ou sociedade. O problema se inicia quando as funções começam a deteriorar (KALACHE et al., 1987).

As AVDs, AIVDs e mobilidade são as medidas freqüentemente utilizadas para avaliar a capacidade funcional do indivíduo. As AVDs consistem nas tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deitar/levantar da cama, usar o sanitário. As AIVDs são tarefas mais adaptativas, como, por exemplo, fazer compras, telefonar, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição. A mobilidade se refere à capacidade de sair da residência (KATZ, 1983).

A dependência funcional é um componente do modelo teórico da autopercepção de saúde (MOUM, 1992). A literatura destaca a capacidade funcional como um forte indicador do modo como as pessoas avaliam o seu estado geral de saúde. Diversos estudos exibem uma significativa associação entre essas duas variáveis. Segundo DAMIAN et al. (1999), a capacidade funcional é um robusto determinante da autopercepção de saúde entre os idosos. FERRARO et al. (1997) revelaram que a capacidade funcional afeta a auto-avaliação da saúde. HOEYMANS et al. (1997), numa pesquisa longitudinal realizada com 939 idosos do sexo masculino, na Holanda, concluíram que a porcentagem de indivíduos incapacitados e limitados funcionalmente aumentava ao longo do tempo, e a relação entre nível de incapacidade e percepção de saúde era significativa. Nesse estudo, somente a incapacidade para AVDs e para mobilidade apresentavam impacto na auto-avaliação de saúde dos idosos masculinos. GAMA et al. (2000) encontraram num estudo transversal de 5139 idosos não institucionalizados, realizado na região rural da Espanha, que as AVDs, AIVDs e as atividades envolvendo mobilidade eram fortemente associadas com a autopercepção da saúde. Para KIM et al. (1997), um aumento nas dificuldades de realização de AVDs pressupõe um declínio na



autopercepção de saúde. LEINONEN et al. (2001) ressaltam que o aumento das dificuldades nas AVDs é indicativo de declínio na autopercepção de saúde. LEINONEN et al. (2002) afirmam que as diferentes autopercepções de saúde observadas entre os idosos refletem sistematicamente o nível de desempenho funcional. LEE & SHINKAI (2003) examinaram a associação entre autopercepção de saúde e capacidade funcional de idosos japoneses e coreanos que residiam na comunidade, por meio da análise de *surveys* nacionais, e os resultados apontaram que a capacidade funcional era significativamente relacionada com a autopercepção de saúde nas duas populações.

A saúde do idoso é o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (RAMOS, 2003). Portanto, é imprescindível incluir questões referentes à capacidade funcional em investigações que mensuram o estado de saúde do indivíduo idoso.

### **2.3 Considerações finais**

Os resultados dos diferentes estudos focalizados ao longo deste capítulo reforçam a importância de se estudar os determinantes da autopercepção de saúde dos idosos, uma vez que esses podem influenciar diretamente na saúde e no bem-estar da população idosa. Nessa perspectiva, um envelhecimento saudável depende da interação multidimensional de vários fatores determinantes. No entanto, são poucos os estudos que exploram um modelo que combine a idade, o sexo, o arranjo familiar, o estado conjugal, a educação, a renda, as doenças crônicas e a capacidade funcional, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. A influência desses diferentes determinantes na autopercepção do estado de saúde do idoso é incerta, sendo que a correlação nem sempre é consistente entre os estudos. Além disso, algumas pesquisas alertam para as dificuldades em interpretar essas associações. Cada determinante pode proporcionar um efeito significativo e

independente na autopercepção de saúde do idoso, mas a interação entre eles também apresenta um papel importante.

Esta problemática aponta para a necessidade de identificação dos fatores determinantes relacionados com a autopercepção do estado de saúde entre os idosos, na medida em que a expansão do conhecimento desses determinantes pode contribuir para a minimização das desigualdades de saúde, e para o desenvolvimento e planejamento de políticas públicas adequadas e orientadas à manutenção e à melhora da saúde, à valorização das ações corretas e à implementação de intervenções preventivas que visam um envelhecimento com saúde e uma maior qualidade de vida na velhice.

Tentativa nessa direção é empreendida nesta dissertação, com base nos dados recém disponibilizados originários do projeto SABE, para o município de São Paulo. Antes da apresentação e análise dos resultados, discute-se, no próximo capítulo, a metodologia adotada, assim como questões relacionadas à base de dados utilizados.

## **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Para responder às questões formuladas, que compõem os objetivos da pesquisa, já explicitados anteriormente, tomar-se-á como universo de análise os idosos residentes no município de São Paulo, que no Brasil fez parte do Projeto SABE, empreendido pela OPAS. Os indicadores utilizados coincidem com aqueles que têm sido tradicionalmente focalizados nas pesquisas sobre saúde da população idosa e cujos principais resultados foram sintetizados no capítulo anterior. Cumpre, agora, descrever sucintamente a fonte de dados e apontar os métodos para obtenção dos resultados.

### **3.1 Fonte de dados**

O estudo foi desenvolvido com base em dados oriundos do projeto SABE. O SABE consiste de um estudo transversal, que integra um estudo multicêntrico da Organização Panamericana de Saúde. O objetivo desse projeto é investigar os diversos aspectos referentes à saúde da população idosa residente em área urbana de sete países da América Latina e Caribe: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai. No Brasil, o SABE circunscreveu-se aos limites territoriais do município de São Paulo. Foram entrevistados 2.143 idosos (indivíduos com 60 anos e mais), não institucionalizados, de ambos os sexos, no período entre outubro de 1999 e dezembro de 2000.

As informações foram obtidas por meio de entrevistas domiciliares. O questionário é dividido em módulos. No primeiro módulo foram pesquisadas as características demográficas, sociais e econômicas do idoso, as condições crônicas e agudas de saúde, o estado funcional (AVD e AIVD), o estado cognitivo, o uso de medicamentos, o estado nutricional, o acesso e o uso dos serviços de saúde, as fontes de renda, a história ocupacional, a assistência familiar, a rede de apoio social e as características

do domicílio. No segundo módulo foi realizada a antropometria e a análise da mobilidade e da flexibilidade do idoso. Um aspecto particularmente importante no projeto é o estudo das condições de saúde nos indivíduos de 80 anos e mais.

A vantagem do Projeto SABE em relação às outras pesquisas que abordam as condições de saúde no Brasil é que além de ser um estudo específico de saúde, direcionado exclusivamente aos indivíduos de 60 anos e mais, ele contém informações bem coletadas sobre vários domínios da saúde e de fatores diretamente relacionados a ela. A capacidade funcional, por exemplo, é avaliada mais detalhadamente, por meio de três componentes: AVD, AIVD e mobilidade, sendo que as AVDs são compostas por seis atividades, as AIVDs por nove e a mobilidade por doze. Em contrapartida, a PNAD-98, embora apresente a vantagem de ser representativa para o conjunto do Brasil, unidades da federação e regiões metropolitanas, não investiga as AIVDs e analisa, somente, três componentes das AVDs: alimentar-se, tomar banho e ir ao banheiro. Diante disso, optou-se pelo projeto SABE como a base de dados para esta dissertação.

O SABE tomou como referência o desenho amostral<sup>4</sup> da PNAD-98. O processo de amostragem foi realizado em dois estágios: no primeiro, selecionaram-se os setores censitários e, no segundo, foram selecionados os domicílios dentro de cada setor. Em cada domicílio foram entrevistadas todas as pessoas residentes, com 60 anos ou mais, independentemente do seu estado conjugal ou grau de parentesco.

No presente estudo foram selecionados todos os indivíduos com 60 anos e mais de idade que responderam à pergunta referente à auto-avaliação do estado de saúde. Foram excluídos os idosos que deixaram de responder, no questionário, as perguntas das variáveis pertencentes ao estudo. Assim, foram eliminados oito casos, e a amostra considerada neste estudo é constituída, portanto, de 2.135 idosos.

---

<sup>4</sup> Os detalhes do desenho amostral estão disponíveis em PALLONI & PELAÉZ (2003).

Entre os indivíduos que participaram do estudo, 87,2% responderam, inteiramente, à entrevista. As demais entrevistas foram respondidas apenas parcialmente pelo entrevistado ou foram inteiramente respondidas por um outro informante. Dos participantes do estudo, 58,6% eram do sexo feminino e 41,4% do masculino. A idade variou de 60 a 100 anos, sendo que a idade média e mediana foi 69,4 e 68,0 anos, respectivamente (DP=7,4).

### 3.2 Variáveis selecionadas

A variável dependente é a autopercepção do estado de saúde<sup>5</sup>. No SABE, o entrevistado avalia a sua própria saúde durante a entrevista, por meio da seguinte pergunta: “Você diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?” Neste estudo, a medida foi dicotomizada pela combinação das categorias excelente, muito boa e boa, para referir uma boa autopercepção de saúde, e em regular e ruim, para referir uma autopercepção de saúde ruim.

Sabe-se que a percepção de saúde envolve aspectos subjetivos e, portanto, é de se esperar que haja diferença entre a percepção baseada nas respostas do próprio idoso e aquelas relatadas parcial ou totalmente por outro informante. Por isso, foi criada a variável “informante”, que identifica se as respostas foram ou não fornecidas totalmente pelo idoso de referência.

Como o questionário não possui a variável que identifica exatamente quem respondeu à entrevista, foi possível determinar uma *proxy* dos respondentes. A variável informante foi construída com base na avaliação do estado cognitivo do idoso. No SABE foi utilizado a versão abreviada do “Mini-Mental State Examination” de Folstein (MMSE), conhecido como AMMSE, para investigar o estado mental do indivíduo, porque esse instrumento permite um menor viés do nível educacional. O AMMSE consiste de 9 itens (vs. os 19 itens do MMSE). Um ponto de corte de 12

---

<sup>5</sup> A relação das variáveis do SABE utilizadas para construção das variáveis analisadas neste estudo está apresentada no Anexo I.

pontos foi aplicado para selecionar os idosos com um visível comprometimento cognitivo. Assim, os indivíduos que alcançaram um escore de 12 ou menos foram classificados como tendo déficit cognitivo. Os idosos que obtiveram uma pontuação de 13 ou mais no teste foram considerados como capazes de responder a entrevista independentemente. Quando o indivíduo pontuou 12 ou menos no AMMSE, o “Portable Functional Assessment Questionnaire” (Escala Pfeffer) foi administrado a uma outra pessoa que residia no domicílio e poderia ajudar a responder a entrevista. O objetivo da Escala Pfeffer é confirmar que o nível de declínio cognitivo é de fato acompanhado por limitações no desempenho das atividades instrumentais de vida diária do indivíduo, indicando uma progressão nas desordens cognitivas. O ponto de corte desse teste é de 6 pontos. Se o indivíduo alcançasse um escore de 6 ou mais seria considerado como funcionalmente dependente. Portanto, quando o idoso alcançava 12 pontos ou menos no AMMSE e 6 pontos ou mais na Escala Pfeffer, um outro informante deveria responder a entrevista. Neste estudo, a variável informante foi codificada em: 0=outro informante, 1=entrevistado.

As variáveis independentes foram classificadas em quatro grupos: o demográfico, o socioeconômico, o das doenças crônicas e o da capacidade funcional.

Os seguintes determinantes demográficos foram considerados: idade, sexo, estado conjugal e arranjo familiar. Os idosos foram categorizados em cinco grupos quinquenais de idade: 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80+. Os arranjos familiares foram dicotomizados em: mora sozinho(a), mora acompanhado(a). Em relação ao estado conjugal, os idosos foram classificados em quatro categorias: solteiro(a), casado(a) ou em união consensual, divorciado(a) e separado(a), viúvo(a).

O nível socioeconômico foi investigado por meio da educação e da renda. Em relação ao nível educacional, os idosos foram categorizados em: sem escolaridade, 1ª a 4ª série do ensino fundamental, 5ª série do ensino fundamental ou mais. A renda mensal do idoso foi obtida pelo somatório das rendas de aposentadoria ou pensão, ajuda de familiares que estão em outro país, ajuda de familiares que estão no país,

aluguel ou aplicações bancárias, ajuda do bem-estar social, e rendimento de outras fontes; o total dessa somatória foi dividido pelo valor do salário mínimo de abril de 2000 (R\$151,00). Quatro categorias foram definidas: menor que um salário mínimo, um a três salários mínimos, três a cinco salários mínimos, cinco ou mais salários mínimos.

As doenças crônicas foram mensuradas com base nas respostas afirmativas de sete doenças crônicas: hipertensão arterial, artrite/reumatismo, doença cardiovascular, diabetes, asma/bronquite/enfisema, embolia/AVC e câncer. Em seguida, foram agrupadas em quatro categorias: nenhuma, uma, duas a três, quatro ou mais.

Entre os determinantes da capacidade funcional, foram incluídos neste estudo: AVD e AIVD. No questionário do SABE os participantes foram interrogados sobre a presença de dificuldades ou necessidade de ajuda com cada atividade. Neste estudo, conforme proposto por HOYEMANS et al. (1996), os entrevistados foram dicotomizados em independentes e dependentes. Os itens foram agrupados em duas dimensões. A primeira dimensão, baseada nas AVDs, consistiu de 6 itens: a) atravessar um quarto caminhando, b) alimentar-se, c) deitar e levantar da cama, d) usar o vaso sanitário, e) vestir e despir, f) tomar banho. A segunda dimensão, AIVD, consistiu de três itens: 1) preparar uma refeição quente, 2) fazer tarefas domésticas leves (arrumar a cama, tirar pó dos móveis, etc.), 3) fazer tarefas domésticas mais pesadas (lavar roupas, limpar o chão, limpar o banheiro, etc.). Os entrevistados foram classificados como sendo dependentes quando relataram necessidade de ajuda com pelo menos um item de cada dimensão.

Uma escala de incapacidade hierárquica foi construída distinguindo três categorias: (1) independente, (2) dependente nas AIVDs, (3) dependente nas AVDs e AIVDs. Os idosos que relataram dependência na AVD, mas não com a AIVD, foram classificados na categoria 3.

### 3.3 Método estatístico

Para garantir a representatividade da população total, foram incorporados aos dados os pesos para expansão da amostra. Dados oriundos de pesquisas amostrais complexas são usados, freqüentemente, para estimar médias, taxas e proporções. A utilização dos pesos amostrais permite que se obtenha estimativas não viciadas para os parâmetros populacionais. Contudo, as estimativas de medidas de dispersão não são obtidas de forma adequada com a simples utilização dos pesos. Este é o caso do erro-padrão associado com os coeficientes das variáveis usadas no modelo de regressão. As estimativas dos coeficientes são influenciadas apenas pelos pesos, ao passo que as estimativas das medidas de dispersão são influenciadas também pela estratificação e conglomeração. Sendo assim, é preciso incorporar, no processo de estimação dessas medidas, os aspectos que definem o plano amostral complexo. Softwares, tais como SUDAN, permitem a incorporação de alguns planos amostrais. No entanto, no caso do SABE, que é uma subamostra da PNAD, não existe software que consiga incorporar o seu plano amostral.

A estatística descritiva foi obtida para todas as variáveis pertencentes ao estudo, estratificadas por sexo e idade, considerando a amostra total.

As análises dos dados foram realizadas usando os procedimentos de pesquisa do SPSS versão 9.0. Para estimar a associação entre a autopercepção de saúde com cada variável demográfica, socioeconômica, com as doenças crônicas e a capacidade funcional e estudar os diferenciais por sexo foi realizada uma análise de regressão logística binária múltipla.

Uma variedade de modelos de regressão tem sido utilizado no estudo das condições de saúde da população idosa. A escolha do modelo deve ser feita em função dos objetivos do trabalho, das características da variável dependente e das covariáveis consideradas na análise.



A regressão logística binária é um tipo de regressão que é amplamente utilizada quando a variável dependente é dicotômica e as variáveis independentes são de qualquer tipo. Esse método pode ser usado para prever as variáveis dependentes, com base nas independentes, e determinar a porcentagem da variância da variável dependente explicada pelas independentes.

O modelo de regressão logística integra a classe dos modelos lineares generalizados, ou seja, aqueles que se tornam lineares por meio da aplicação de algum tipo de transformação.

Seja o modelo seguinte, no qual se utiliza apenas uma variável independente  $x_1$ :

$$Y = e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + r} \quad (3.1)$$

Se obtiver o logaritmo neperiano de (3.1), tem-se o seguinte modelo linear:

$$\ln(Y) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + r \quad (3.2)$$

Para o modelo de regressão logística, a grandeza  $Y$  é dada por:

$$Y = \frac{p}{1 - p} \quad (3.3)$$

Dessa forma, tem-se o modelo do tipo:

$$\text{Ln}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + r \quad (3.4)$$

Generalizando para um número qualquer de covariáveis, o modelo de regressão logística pode ser escrito da seguinte forma:

$$\text{Ln}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \sum \beta_x + r \quad (3.5)$$

onde

$p$  é a probabilidade de ocorrência de autopercepção de saúde ruim;

$\beta$  é um vetor de parâmetros associados ao vetor de variáveis  $x$ ;

$x$  é um vetor de covariáveis para cada idoso; e

$r$  é o resíduo ou erro aleatório.

O parâmetro do modelo indica a mudança que ocorre no logito, dada uma mudança unitária na variável independente. Quando as variáveis independentes do estudo são categóricas (como no caso da presente dissertação), uma das grandes justificativas para a utilização do modelo logístico reside no fato de que a exponencial do parâmetro fornece as “odds ratio” (razão de chance). A razão de chance mede a força da associação entre um determinado fator e a variável dependente. Por exemplo, uma razão de chance de 2.0 significa que quando a variável independente aumenta em uma unidade, a chance do idoso perceber a sua saúde como ruim multiplica-se por 2.0.

Adotou-se o processo *stepwise* de inclusão das variáveis. As variáveis demográficas, socioeconômicas, as doenças crônicas e a capacidade funcional foram incorporadas uma a uma de forma seqüencial no modelo. Os resultados dos modelos foram apresentados como razões de chance (*odds ratio*), tendo como referência intervalos de confiança de 95%. A razão de chance menor que um significa que a variável está funcionando como protetor do risco de relatar uma autopercepção de saúde ruim. Por sua vez, quando a razão de chance é maior que um, a variável está atuando como um fator de risco para uma autopercepção de saúde ruim. As variáveis sexo e informante, que controlam o efeito produzido pelas respostas dadas pelo próprio entrevistado, foram consideradas como variáveis de confundimento neste estudo e foram incluídas em todos os modelos logísticos.

## **4 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

O objetivo do presente capítulo é identificar a relação dos fatores determinantes demográficos, socioeconômicos, das doenças crônicas e da capacidade funcional na autopercepção de saúde dos idosos residentes no município de São Paulo e examinar as prováveis diferenças de sexo.

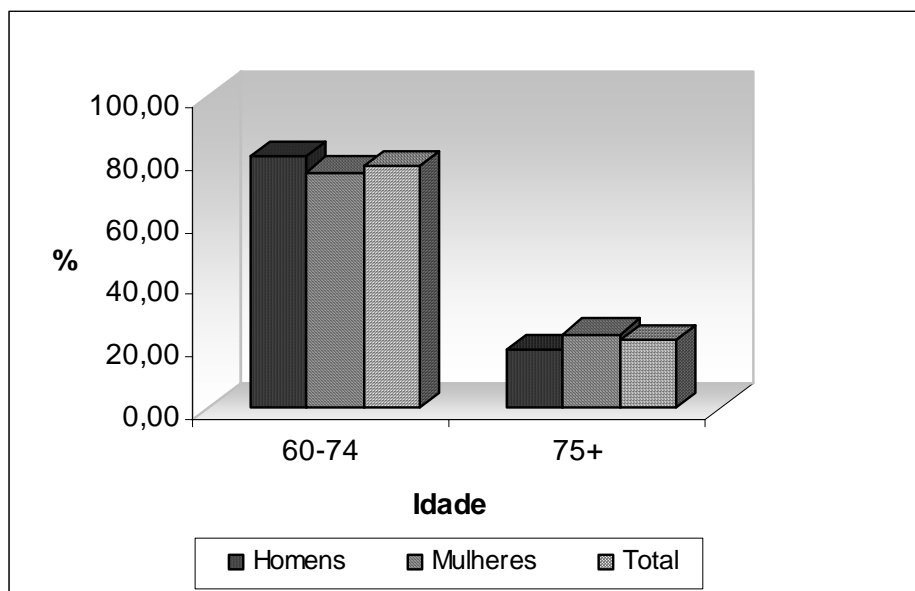
Inicialmente, faz-se uma análise descritiva da amostra, segundo algumas características demográficas, socioeconômicas e de saúde. Em seguida, são apresentados os resultados dos modelos oriundos da análise de regressão logística binária múltipla. Os modelos incluem as características demográficas, socioeconômicas e as condições de saúde, como presença de doenças crônicas e a capacidade funcional. Para cada modelo, são realizados cálculos da probabilidade do idoso autoperceber a sua saúde como ruim. No item subsequente, estabelece-se uma análise comparativa entre os resultados encontrados no presente estudo e aqueles verificados em outros países.

### **4.1 Características descritivas da amostra**

Observa-se que a população era relativamente “jovem”, com 78% abaixo dos 75 anos e somente 22% com 75 anos de idade ou mais (GRAF. 1). A TAB. 1 mostra a distribuição relativa dos idosos, por idade e sexo. Nota-se que a proporção de idosos do sexo feminino era superior à masculina em todos os grupos etários. Essa diferença aumentou progressivamente com o avançar das idades, sendo que, aos 75 anos ou mais, era significativamente maior, com as mulheres atingindo uma proporção de 63,9%, em comparação a 36,1% dos homens. Esse resultado era esperado devido às maiores taxas de mortalidade experimentadas pelos homens e à

maior longevidade feminina, que torna a diferença nas proporções de homens e mulheres, portanto, mais expressiva entre os idosos de idades mais avançadas.

**GRÁFICO 1: Proporção de idosos, por sexo e idade, no município de São Paulo, 1999/2000**



Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

**TABELA 1: Distribuição relativa por idade e sexo dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

Idade	Sexo		Total	N
	Homem	Mulher		
60-64	44,01	55,99	32,24	268.824
65-69	42,86	57,14	26,84	223.805
70-74	40,82	59,18	18,88	157.427
75-79	38,82	61,18	11,15	92.952
80+	33,34	66,66	10,90	90.854
<b>Total</b>	<b>41,36</b>	<b>58,64</b>	<b>100,00</b>	<b>833.862</b>

Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

A TAB. 2 apresenta algumas características demográficas e socioeconômicas dos idosos, segundo sexo e idade. Com relação ao estado conjugal, verifica-se que a condição de solteiro foi menos freqüente entre os idosos (5%), mas a proporção era maior entre as mulheres (5,4%) do que entre os homens (4,4%). A maioria dos entrevistados era casado ou estava em união consensual (51,1%), sendo que esta condição foi mais freqüente entre os homens (70,7%) do que entre as mulheres (37,3%). A tendência foi de declínio na porcentagem de mulheres casadas ou em união consensual, com o aumento da idade. A viuvez foi encontrada com maior freqüência entre as mulheres (43,2%), em comparação com os homens (14,4%), sendo que esta proporção aumentou com a idade, em ambos os sexos. As mulheres predominaram também na categoria dos separados e divorciados (14,1%, em relação aos 10,5% dos homens). Esses diferenciais por sexo quanto ao estado conjugal acontecem não apenas pela maior longevidade das mulheres, mas também porque as normas sociais e culturais da nossa sociedade favorecem ao recasamento dos homens após a viuvez e, principalmente, com mulheres mais jovens do que eles. Assim, o recasamento entre os viúvos idosos do sexo masculino é mais freqüente do que entre o feminino nas idades mais avançadas. Isto ocorre, provavelmente, também porque grande parte das mulheres idosas não deseja se casar novamente, por diversas razões, tais como querer experimentar autonomia, liberdade, independência e etc., muitas vezes impedidas durante a vida em união conjugal.

**TABELA 2: Distribuição relativa das características demográficas e socioeconômicas, segundo sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

	Homens						Mulheres						Total					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total
<b>Estado Conjugal</b>																		
Solteiro(a)	3,46	5,07	6,06	4,39	2,69	4,42	6,25	4,57	4,27	7,33	4,56	5,35	5,02	4,78	5,00	6,19	3,93	4,96
Casado(a)/união consensual	74,62	71,11	75,36	64,05	51,57	70,65	49,86	40,69	32,79	28,77	13,80	37,29	60,76	53,73	50,17	42,47	26,39	51,09
Separado/divorciado(a)	14,42	11,89	4,94	9,53	4,02	10,52	18,83	17,62	11,56	8,22	4,65	14,14	16,89	15,16	8,86	8,73	4,44	12,64
Viúvo(a)	7,50	11,93	13,65	22,03	41,71	14,41	25,06	37,12	51,38	55,68	77,00	43,22	17,34	26,33	35,98	42,62	65,23	31,30
<b>Arranjo Familiar</b>																		
Mora sozinho(a)	3,95	6,90	9,78	11,75	13,82	7,54	11,57	14,94	18,61	26,92	25,28	17,28	8,22	11,49	15,00	21,03	21,46	13,25
Mora acompanhado(a)	96,05	93,10	90,22	88,25	86,18	92,46	88,43	85,06	81,39	73,08	74,72	82,72	91,78	88,51	85,00	78,97	78,54	86,75
<b>Escolaridade</b>																		
Sem escolaridade	13,13	13,91	22,61	25,78	31,78	18,08	14,86	21,16	26,57	26,54	39,88	23,20	14,10	18,05	24,96	26,24	37,18	21,08
1 a 4ª série do ensino fundamental	75,94	66,52	63,10	60,81	56,18	67,61	72,83	66,43	65,80	65,56	55,30	66,80	74,20	66,47	64,70	63,72	55,59	67,13
5ª série + do ensino fundamental	10,93	19,58	14,29	13,40	12,04	14,32	12,31	12,40	7,63	7,90	4,82	10,00	11,71	15,48	10,35	10,04	7,23	11,79
<b>Renda</b>																		
<1SM	33,42	18,51	13,86	12,74	8,87	21,31	53,95	40,14	36,13	30,57	30,92	41,37	44,91	30,87	27,04	23,65	23,57	33,07
1-3 SM	26,32	37,76	37,12	49,14	57,26	36,62	27,87	40,53	49,39	51,39	52,33	41,04	27,19	39,34	44,38	50,52	53,97	39,21
3-5 SM	19,73	19,40	21,78	21,24	14,95	19,76	7,00	7,78	7,47	9,69	8,28	7,77	12,60	12,76	13,31	14,18	10,50	12,73
5+ SM	20,53	24,33	27,23	16,87	18,92	22,31	11,18	11,55	7,01	8,35	8,47	9,82	15,30	17,03	15,27	11,66	11,95	14,99

Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

Com relação ao arranjo familiar, verifica-se que a grande maioria dos idosos, de ambos os sexos, moravam acompanhados (86,8%), sendo esta condição mais freqüente entre os homens (92,5%) do que entre as mulheres (82,7%). As mulheres moravam mais sozinhas (17,3%) do que os homens (7,5%). Observa-se uma diminuição na proporção de morar acompanhado e um aumento na proporção de morar sozinho, com o avançar da idade, para ambos os sexos. Ao analisar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) de 1998, ROMERO (2002) destaca que os arranjos familiares dos idosos brasileiros são distintos entre os sexos. Segundo a autora, a grande maioria dos homens idosos mora com seu cônjuge (80,9%) e apenas 8,7% moram sozinhos. Por outro lado, 83,3% das mulheres distribuem-se em diversas opções de arranjo familiar e 16,7% vivem sozinhas. No total de idosos, 13,7% moram sós. É possível que a diminuição no tamanho da família, como consequência do declínio nas taxas de fecundidade, associado às mudanças no estilo de vida das pessoas (individualismo, independência, ausência de filhos, descasamentos, estabilidade financeira, etc.), também tenha contribuído para aumentar a proporção de idosos morando sozinhos. As desigualdades de sexo no arranjo familiar são resultados esperados. Os homens escolhem morar com os filhos ou outros parentes ou reconstruir a sua família por meio de novas uniões, ao passo que as mulheres se dividem entre aquelas que preferem morar sozinhas, morar com outros parentes, ou somente com os filhos. Além disso, as mulheres desfrutam de uma maior longevidade em relação aos homens, o que as torna mais susceptíveis a sobreviverem por mais tempo sós.

As características socioeconômicas dos idosos (TAB. 2) mostram que ausência de escolaridade foi encontrada com mais freqüência entre os idosos do sexo feminino (23,2%) do que o masculino (18,1%) e, principalmente, entre os idosos com idade mais avançada (70 anos ou mais), para ambos os sexos. Cerca de 67,1% dos idosos possuíam um nível de escolaridade de 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série do ensino fundamental, não existindo diferenças significativas entre os homens e as mulheres. Somente 10% das mulheres e aproximadamente 14% dos homens apresentavam uma escolaridade igual ou superior à 5<sup>a</sup> série do ensino fundamental. Portanto, a escolaridade da



população idosa é bastante baixa e declina ainda mais com o aumento da idade. A situação é bem desfavorável às mulheres, com exceção dos grupos etários mais jovens (60-64 anos), onde elas já apresentam níveis educacionais mais elevados, sugerindo uma modificação desse quadro para as coortes subseqüentes. Esse diferencial por sexo reflete as menores oportunidades de acesso à escola sofrida pelas mulheres no passado.

Menor renda foi mais freqüente entre os idosos mais velhos (70 anos ou mais) do sexo feminino. Ao redor de 33,1% dos idosos tinham um rendimento abaixo de um salário mínimo, sendo que esta proporção foi maior entre as mulheres (41,4%) do que entre os homens (21,3%) e tendo diminuído com o avanço da idade, em ambos os sexos. Por volta de 39,2% dos idosos recebiam de um a três salários mínimos, com as mulheres apresentando uma proporção mais elevada, em comparação com os homens (41,0% e 36,6%, respectivamente), e um aumento na freqüência com a idade em ambos os sexos. Maior renda (cinco ou mais salários mínimos) foi encontrada com mais freqüência entre os idosos masculinos (22,3%) do que entre os femininos (9,8%).

A população idosa no Brasil apresenta um baixo poder aquisitivo devido aos menores salários, poucos benefícios da aposentadoria ou pensão ou até mesmo pela ausência de rendimentos. Com o aumento da idade, crescem as dificuldades enfrentadas pelos idosos na procura de empregos, uma vez que as oportunidades se reduzem. Na maioria das vezes, a atividade ocupacional do idoso é mal remunerada e a jornada de trabalho extensa. As mulheres se encontram em mais desvantagens do que os homens, em razão da pior colocação no mercado de trabalho, da interrupção de suas carreiras ou da menor chance de inserção em atividades produtivas.

Os dados apresentados na TAB. 3 mostram que a doença crônica mais prevalente entre os idosos, em ambos os sexos, foi a hipertensão arterial (53,3%), seguida por artrite/reumatismo (31,6%), doença cardiovascular (19,6%), diabetes (17,8%),

asma/bronquite/enfisema (12,2%), embolia/acidente vascular cerebral (7,2%) e câncer (3,3%). A presença de doenças cardiovasculares, asma/bronquite/enfisema e embolia/acidente vascular cerebral foi encontrada em maior proporção entre os idosos do sexo masculino, ao passo que a hipertensão arterial, artrite/reumatismo, diabetes e câncer foi relatada com mais frequência pelas mulheres. Nenhum dos idosos relatou a presença das sete condições crônicas ao mesmo tempo; cerca de 40,3% dos idosos apresentavam duas a três doenças crônicas, sendo esta proporção maior entre as mulheres (42,9%) do que entre os homens (36,7%). Ao contrário do que se poderia esperar, não houve aumento no relato da presença de duas a três doenças crônicas com o avançar da idade, em ambos os sexos (TAB. 3). É possível que alguns fatores sejam responsáveis por esse diferencial. Como as informações são fornecidas por meio de auto-relato, a oscilação da memória do idoso, especialmente no idoso de idade mais avançada, pode influenciar na precisão da resposta. Além disso, cada indivíduo interpreta de maneira diferente aquilo que sente, de acordo com as suas experiências, os seus valores, a sua auto-estima, o seu nível educacional. As diferenças culturais também podem interferir; os indivíduos, especialmente os idosos, muitas vezes consideram condições de saúde adversas como normal. Um outro fator a ser destacado é a sobrevivência: o avançar da idade seleciona idosos mais saudáveis. Assim, o viés de informação e a sobrevivência provavelmente reduziram a autopercepção de doenças crônicas entre os idosos das idades mais avançadas.

**TABELA 3: Distribuição relativa do relato de doenças crônicas, segundo sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

	Homens						Mulheres						Total					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total
<b>Relato de doenças crônicas *</b>																		
Hipertensão arterial	43,78	54,19	54,33	48,21	43,18	49,05	50,46	59,45	56,69	61,77	58,02	56,25	47,52	57,19	55,73	56,50	53,07	53,27
Artrite/reumatismo	16,91	22,78	21,92	22,28	24,13	20,67	33,06	44,28	38,52	40,37	45,11	39,38	25,95	35,06	31,74	33,35	38,11	31,64
Doença cardiovascular	15,29	19,98	26,83	24,03	25,42	20,55	14,16	17,62	21,46	23,47	25,00	18,88	14,65	18,63	23,66	23,69	25,14	19,57
Diabetes	12,70	22,72	17,66	17,49	11,88	16,84	17,89	20,83	18,30	17,91	15,77	18,48	15,60	21,64	18,04	17,74	14,47	17,80
Asma/bronquite/enfisema	14,23	11,94	16,14	17,09	15,68	14,37	12,93	7,99	10,82	11,15	10,50	10,73	13,50	9,68	12,99	13,45	12,23	12,24
Embolia/AVC	7,67	6,47	13,34	11,12	9,82	8,94	4,19	6,16	7,63	4,69	8,77	5,98	5,72	6,29	9,96	7,19	9,12	7,21
Câncer	1,04	2,03	7,61	4,60	3,25	3,11	3,06	3,20	2,51	3,94	5,25	3,37	2,17	2,70	4,59	4,20	4,58	3,26
<b>Número de doenças crônicas</b>																		
Nenhuma	33,14	26,29	20,39	27,43	30,69	28,04	24,46	19,79	21,20	19,08	17,19	21,09	28,28	22,57	20,87	22,32	21,69	23,97
1	36,65	29,19	29,67	25,71	30,19	31,56	32,78	30,26	31,41	27,02	28,75	30,69	34,49	29,80	30,70	26,51	29,23	31,05
2-3	27,38	41,28	44,25	43,41	34,19	36,66	40,50	44,22	40,13	47,68	45,65	42,87	34,72	42,96	41,81	46,02	41,83	40,31
4+	2,83	3,24	5,69	3,46	4,93	3,73	2,25	5,73	7,26	6,23	8,41	5,34	2,51	4,66	6,62	5,15	7,25	4,67

Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

\* Distribuição relativa dos idosos que relataram a presença da doença.

As TAB. 4 e 5 apresentam a distribuição relativa de alguns indicadores de capacidade funcional, por sexo e idade. Na TAB. 4, os resultados referentes às atividades de vida diária indicaram que a dependência em atravessar um quarto caminhando foi referida por 2,5% dos idosos, vestir/despir por 5,6%, tomar banho por 4,5%, alimentação por 2,6%, deitar/levantar da cama por 2,4%, e usar o sanitário por 2,0%. Observa-se que com o avançar da idade ocorreu um aumento na porcentagem de dependência nas atividades de vida diária, em ambos os sexos, sendo que, aos 80 anos ou mais, esta proporção foi maior entre as mulheres (26,2%) do que entre os homens (18,9%).

A TAB. 5 mostra que, em relação às atividades instrumentais de vida diária, 5,1% dos idosos apresentavam dependência em preparar uma refeição quente, 4,7% em fazer tarefas domésticas leves, e 14,8% em fazer tarefas domésticas pesadas. Nota-se que a porcentagem de dependência aumenta com a idade, em ambos os sexos. As mulheres tinham maior proporção de dependência do que os homens, em todos os grupos etários, sendo este aumento mais significativo aos 80 anos ou mais (28,7% dos homens e 44,8% das mulheres). Esses resultados eram esperados porque a capacidade para realizar atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária diminui ao longo do tempo, principalmente entre as mulheres, onde essa tendência é ainda mais acentuada. Um inquérito domiciliar realizado no município de São Paulo, em 1987, demonstrou que a proporção de idosos que referiram necessidade de ajuda nas atividades de vida diária aumentou com a idade, passando de 46%, dos 65 aos 69 anos, para 85%, aos 80 anos e mais de idade (FUNDAÇÃO SEADE, 1990).

**TABELA 4: Distribuição relativa das atividades de vida diária, segundo sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

Atividades de vida diária (AVDs)	Homens						Mulheres						Total					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total
<b>Atravessar um quarto caminhando</b>																		
Dependente	0,55	1,69	4,10	3,10	5,70	2,25	1,21	1,16	2,39	4,45	8,94	2,75	0,92	1,38	3,09	3,92	7,86	2,54
Independente	99,45	98,31	95,90	96,90	94,30	97,75	98,79	98,84	97,61	95,55	91,06	97,25	99,08	98,62	96,91	96,08	92,14	97,46
<b>Vestir/despir</b>																		
Dependente	1,79	5,07	7,64	7,01	16,91	5,67	2,83	3,30	5,71	7,34	15,02	5,54	2,37	4,06	6,50	7,21	15,65	5,59
Independente	98,21	94,93	92,36	92,99	83,09	94,33	97,17	96,70	94,29	92,66	84,98	94,46	97,63	95,94	93,50	92,79	84,35	94,41
<b>Tomar banho</b>																		
Dependente	1,62	1,57	7,29	4,48	12,34	3,90	1,57	2,03	4,62	3,76	20,44	4,86	1,59	1,83	5,71	4,04	17,74	4,46
Independente	98,38	98,43	92,71	95,52	87,66	96,10	98,43	97,97	95,38	96,24	79,56	95,14	98,41	98,17	94,29	95,96	82,26	95,54
<b>Alimentação</b>																		
Dependente	1,25	2,21	3,44	4,77	8,77	2,95	0,94	1,08	1,57	3,65	7,83	2,27	1,08	1,57	2,33	4,09	8,15	2,55
Independente	98,75	97,79	96,56	95,23	91,23	97,05	99,06	98,92	98,43	96,35	92,17	97,73	98,92	98,43	97,67	95,91	91,85	97,45
<b>Deitar/levantar da cama</b>																		
Dependente	0,55	2,18	3,19	2,45	5,12	2,10	1,21	1,65	1,86	3,42	9,14	2,69	0,92	1,88	2,40	3,04	7,80	2,44
Independente	99,45	97,82	96,81	97,55	94,88	97,90	98,79	98,35	98,14	96,58	90,86	97,31	99,08	98,12	97,60	96,96	92,20	97,56
<b>Usar o sanitário</b>																		
Dependente	0,55	0,87	4,10	2,45	5,06	1,90	0,83	1,16	1,72	3,17	6,92	2,11	0,71	1,03	2,69	2,89	6,30	2,02
Independente	99,45	99,13	95,90	97,55	94,94	98,10	99,17	98,84	98,28	96,83	93,08	97,89	99,29	98,97	97,31	97,11	93,70	97,98
<b>Classificação dos indivíduos com relação as AVDs</b>																		
Dependente	3,52	7,23	9,28	8,90	18,88	7,54	3,23	3,66	7,68	8,77	26,23	7,68	3,36	5,19	8,34	8,82	23,78	7,62
Independente	96,48	92,77	90,72	91,10	81,12	92,46	96,77	96,34	92,32	91,23	73,77	92,32	96,64	94,81	91,66	91,18	76,22	92,38

Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

**TABELA 5: Distribuição relativa das atividades instrumentais de vida diária, segundo sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

Atividades instrumentais de vida diária (AIVDs)	Homens						Mulheres						Total					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total
<b>Preparar uma refeição quente</b>																		
Dependente	2,38	2,31	7,89	8,83	18,52	5,48	1,60	1,07	5,15	5,85	18,64	4,74	1,94	1,60	6,27	7,01	18,60	5,05
Independente	97,62	97,69	92,11	91,17	81,48	94,52	98,40	98,93	94,85	94,15	81,36	95,26	98,06	98,40	93,73	92,99	81,40	94,95
<b>Fazer tarefas domésticas leves</b>																		
Dependente	1,93	1,48	7,50	5,76	13,50	4,26	2,68	2,18	4,42	4,84	18,18	5,05	2,35	1,88	5,67	5,20	16,62	4,72
Independente	98,07	98,52	92,50	94,24	86,50	95,74	97,32	97,82	95,58	95,16	81,82	94,95	97,65	98,12	94,33	94,80	83,38	95,28
<b>Fazer tarefas domésticas pesadas</b>																		
Dependente	2,08	4,47	9,95	10,54	20,89	6,75	14,86	15,36	22,33	21,72	41,01	20,45	9,23	10,69	17,28	17,38	34,30	14,78
Independente	97,92	95,53	90,05	89,46	79,11	93,25	85,14	84,64	77,67	78,28	58,99	79,55	90,77	89,31	82,72	82,62	65,70	85,22
<b>Classificação dos indivíduos com relação as AIVDs</b>																		
Dependente	3,85	5,30	10,68	13,80	28,69	8,75	14,86	15,36	25,05	22,92	44,76	21,57	10,01	11,05	19,19	19,38	39,40	16,27
Independente	96,15	94,70	89,32	86,20	71,31	91,25	85,14	84,64	74,95	77,08	55,24	78,43	89,99	88,95	80,81	80,62	60,60	83,73

Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

Na TAB. 6 está apresentada a distribuição relativa da escala de incapacidade hierárquica, por sexo e idade. Pode-se observar que a proporção de idosos independentes declinou com o aumento da idade, nos dois sexos. Os homens eram mais independentes do que as mulheres (87,4% e 76,0%, respectivamente), sendo a porcentagem superior em todos os grupos etários. As mulheres eram mais dependentes do que os homens nas AIVDs (16,3% e 5,0%, respectivamente) e nas AIVDs/AVDs (7,7% e 7,5%, respectivamente); mas na categoria dependente, nas AIVDs/AVDs, os resultados não mostraram diferenças significativas entre homens e mulheres. A proporção de dependência aumentou com o avançar da idade, em ambos os sexos, sendo consideravelmente mais freqüente aos 80 anos ou mais. Estes resultados sugerem que as mulheres são mais prováveis de viverem parte da velhice com incapacidade ou com restrições de atividades, do que os homens.

**TABELA 6: Distribuição relativa da escala de incapacidade hierárquica, segundo sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

Grupo Etário	Homens			Mulheres			Total		
	Independente	Dependente nas AIVDs	Dependente nas AIVD/AVD	Independente	Dependente nas AIVDs	Dependente nas AIVD/AVD	Independente	Dependente nas AIVDs	Dependente nas AIVD/AVD
60-64	93,88	2,60	3,52	83,93	12,84	3,23	88,31	8,33	3,36
65-69	89,77	3,00	7,23	83,35	12,99	3,66	86,10	8,71	5,19
70-74	85,80	4,92	9,28	73,01	19,31	7,68	78,23	13,43	8,34
75-79	82,92	8,18	8,90	72,68	18,55	8,77	76,65	14,52	8,82
80+	63,57	17,55	18,88	48,29	25,48	26,23	53,39	22,84	23,78
Total	87,42	5,04	7,54	75,98	16,34	7,68	80,71	11,67	7,62

Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

A distribuição relativa da autopercepção de saúde, por sexo e idade, segundo quem fez a avaliação, está mostrada nas TAB. 7 e 8. Existem diferenças importantes nos resultados das categorias de percepção de saúde quando se compara a informação fornecida pelo próprio entrevistado com a de outro informante. Os indivíduos idosos que se auto-avaliaram classificaram o seu estado de saúde em categorias melhores do que aqueles cuja avaliação foi realizada por uma outra pessoa. Observa-se que

quando a saúde foi avaliada por um outro informante, os idosos foram classificados, com mais frequência, nas categorias regular (50,6%) e ruim (16,6%), ao passo que os entrevistados avaliaram a saúde deles mais predominantemente como excelente (5,3%), muito boa (6,1%) e boa (36,7%), em ambos os sexos.

Trata-se de um resultado esperado, uma vez que a incapacidade de auto-avaliação, por si só, denota deficiência na condição de vida e saúde do idoso. Uma autopercepção de saúde como boa ocorreu em maior proporção entre os homens (39,3%) do que entre as mulheres (34,7%). A percepção de saúde como boa diminuiu com a idade, para os homens, mas não para as mulheres. As mulheres referiram uma saúde ruim mais frequentemente (7,9%) do que os homens (5,7%), com um aumento desta proporção nas idades mais avançadas (80 anos ou mais).

Embora essa caracterização sirva para identificar um perfil preliminar da autopercepção de saúde da população idosa do município de São Paulo, não se pode fazer análises conclusivas acerca das interfaces entre as variáveis, uma vez que o tratamento estatístico adotado não é adequado. A análise empreendida no próximo item constitui um avanço em relação a esta limitação, já que os resultados foram obtidos por meio da aplicação de regressão logística binária, descrita no capítulo anterior.



**TABELA 7: Distribuição relativa da autopercepção de saúde, segundo a informação de outro informante, por sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

Autopercepção de Saúde	Homens						Mulheres						Total					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total
Excelente	-	-	-	3,57	1,60	0,88	-	-	-	1,27	0,46	0,41	-	-	-	2,05	0,79	0,60
Muito boa	10,83	-	10,08	4,50	7,45	6,68	-	5,82	-	2,41	7,14	4,17	5,31	2,76	5,07	3,12	7,23	5,19
Boa	42,70	22,97	22,75	10,06	26,72	25,71	32,54	13,17	23,82	29,03	32,22	27,97	37,52	18,32	23,28	22,64	30,61	27,06
Regular	46,47	52,44	49,17	49,96	46,93	48,91	53,87	44,32	61,56	58,13	47,07	51,68	50,24	48,58	55,33	55,38	47,03	50,56
Má	-	24,59	17,99	31,91	17,29	17,82	13,59	36,69	14,62	9,15	13,11	15,77	6,93	30,33	16,32	16,82	14,33	16,60

Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

**TABELA 8: Distribuição relativa da autopercepção de saúde, segundo a informação do entrevistado, por sexo e idade, dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

Autopercepção de Saúde	Homens						Mulheres						Total					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	Total
Excelente	1,83	8,48	8,12	3,47	5,15	5,26	5,31	5,80	4,78	6,53	3,83	5,36	3,79	6,93	6,10	5,31	4,31	5,32
Muito boa	4,87	5,87	4,78	8,37	10,14	5,83	5,63	6,89	7,13	6,32	5,28	6,33	5,30	6,46	6,20	7,14	7,04	6,12
Boa	46,62	34,70	35,64	38,56	30,19	39,34	39,33	28,34	36,14	28,47	43,03	34,74	42,51	31,02	35,94	32,50	38,38	36,65
Regular	40,86	47,81	43,79	42,78	45,81	43,90	41,64	50,90	45,35	50,55	38,71	45,70	41,30	49,60	44,74	47,45	41,28	44,95
Má	5,83	3,13	7,67	6,82	8,72	5,67	8,08	8,07	6,60	8,13	9,14	7,88	7,10	5,99	7,02	7,60	8,99	6,96

Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

## 4.2 Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos

Na TAB. 9, apresentam-se os parâmetros da regressão logística binária para autopercepção de saúde ruim dos indivíduos idosos. Embora os ajustes dos modelos de regressão devam ser feitos na escala logito, tecnicamente mais apropriada, a interpretação substantiva, nesta dissertação, está apresentada em razões de chances (odds ratio), tendo em vista que essas são de mais fácil comparação e compreensão (TAB. 10).

A TAB. 10 demonstra as razões de chances obtidas dos procedimentos de regressão logística binária múltipla. O Modelo 1 fornece as razões de chances da autopercepção de saúde ruim para as mulheres idosas, com os homens permanecendo na categoria de referência (1,00) e a variável informante controlando o efeito produzido pelas respostas dadas pelo próprio entrevistado. Nota-se que o sexo é relacionado com a autopercepção de saúde: entre os indivíduos de 60 anos e mais, a chance de auto-avaliar a saúde como ruim é 16% maior para as mulheres do que entre os homens. Também há associação da autopercepção de saúde, de acordo com quem responde às questões: a chance de auto-avaliar a saúde como ruim é 47% menor quando as informações são dadas pelo próprio idoso, em comparação com idosos cuja avaliação é fornecida por outro informante. Nos dois casos, sexo e informante, a diferença é estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

**TABELA 9: Parâmetros estimados pela regressão logística binária para auto percepção de saúde ruim dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6	Modelo 7	Modelo 8
<b>Constante</b>	0,629**	0,505**	0,504**	0,424**	0,805**	0,621**	-0,012	-0,352**
<b>Informante</b>								
Outro informante	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Entrevistado	-0,638**	-0,670**	-0,659**	-0,667**	-0,540**	-0,503**	-0,519**	-0,197**
<b>Sexo</b>								
Homens	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Mulheres	0,146**	0,148**	0,179**	0,195**	0,165**	0,152**	-0,008	-0,094**
<b>Idade</b>								
60-64 anos		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
65-69 anos		0,331**	0,342**	0,347**	0,373**	0,344**	0,235**	0,237**
70-74 anos		0,167**	0,190**	0,202**	0,171**	0,126**	-0,029**	-0,074**
75-79 anos		0,290**	0,334**	0,350**	0,324**	0,254**	0,099**	0,055**
80+		-0,010	0,036**	0,063**	0,014	-0,036**	-0,199**	-0,392**
<b>Arranjo familiar</b>								
Mora acompanhado(a)			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Mora sozinho(a)			-0,330**	-0,307**	-0,267**	-0,231**	-0,097**	-0,052**
<b>Estado conjugal</b>								
Solteiro(a)				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Casado(a)/União Consensual				0,088**	0,074**	0,121**	0,052**	0,059**
Separado/Divorciado(a)				0,117**	0,125**	0,136**	0,073**	0,079**
Viúvo(a)				0,020	-0,067**	-0,085**	-0,141**	-0,132**
<b>Escolaridade</b>								
Sem escolaridade					0,000	0,000	0,000	0,000
1 a 4ª série ensino fundamental					-0,450**	-0,390**	-0,349**	-0,329**
5ª série + ensino fundamental					-1,142**	-1,023**	-0,979**	-0,968**
<b>Renda</b>								
< 1 SM						0,000	0,000	0,000
1-3 SM						0,352**	0,295**	0,284**
3-5 SM						0,126**	-0,021*	-0,016
5+ SM						-0,292**	-0,411**	-0,392**
<b>Número de doenças crônicas</b>								
Nenhuma							0,000	0,000
1							0,621**	0,610**
2-3							-0,950**	-0,852**
4+							2,483**	2,293**
<b>Capacidade funcional</b>								
Independente								0,000
Dependente nas AIVD								0,916**
Dependente nas AVD/AIVD								0,994**

Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

Significância estatística, \* p<0,05; \*\* p<0,01

**TABELA 10: Razões de chances (odds ratio) dos modelos logísticos binário para autopercepção de saúde ruim dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6	Modelo 7	Modelo 8
<b>Informante</b>								
Outro informante	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Entrevistado	0,53	0,51	0,52	0,51	0,58	0,60	0,60	0,82
<b>Sexo</b>								
Homens	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mulheres	1,16	1,16	1,20	1,22	1,18	1,16	0,99	0,91
<b>Idade</b>								
60-64 anos		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
65-69 anos		1,39	1,41	1,42	1,45	1,41	1,27	1,27
70-74 anos		1,18	1,21	1,22	1,19	1,13	0,97	0,93
75-79 anos		1,34	1,40	1,42	1,38	1,29	1,10	1,06
80+		0,99	1,04	1,07	1,01	0,97	0,82	0,68
<b>Arranjo familiar</b>								
Mora acompanhado(a)			1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mora sozinho(a)			0,72	0,74	0,77	0,79	0,91	0,95
<b>Estado conjugal</b>								
Solteiro(a)				1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Casado(a)/União Consensual				1,09	1,08	1,13	1,05	1,06
Separado/Divorciado(a)				1,12	1,13	1,15	1,08	1,08
Viúvo(a)				1,02	0,94	0,92	0,87	0,88
<b>Escolaridade</b>								
Sem escolaridade					1,00	1,00	1,00	1,00
1 a 4ª série ensino fundamental					0,64	0,68	0,71	0,72
5ª série + ensino fundamental					0,32	0,36	0,38	0,38
<b>Renda</b>								
< 1 SM						1,00	1,00	1,00
1-3 SM						1,42	1,34	1,33
3-5 SM						1,13	0,98	0,98
5+ SM						0,75	0,66	0,68
<b>Número de doenças crônicas</b>								
Nenhuma							1,00	1,00
1							1,86	1,84
2-3							0,39	0,43
4+							11,98	9,91
<b>Capacidade funcional</b>								
Independente								1,00
Dependente nas AIVD								2,50
Dependente nas AVD/AIVD								2,70

Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

No Modelo 2 foi incluída a idade, categorizada em cinco grupos quinquenais. A idade se mostra um importante determinante da autopercepção de saúde. O grupo etário de 65 a 69 anos possui uma chance 39% maior do que a categoria de referência (60-64 anos) de declarar uma percepção de saúde como ruim ( $p < 0,01$ ). Observa-se que as chances dos idosos reportarem uma saúde negativa são maiores do que a categoria de referência, em todos os grupos etários, mas declinam com o avançar das idades. Os indivíduos nas idades de 70-74 anos e de 75-79 anos têm uma chance de 18% e 34%, respectivamente, de reportarem a sua saúde como ruim ( $p < 0,01$ ). Os idosos mais velhos relatam uma melhor saúde do que os mais novos, em relação à categoria de referência. No grupo etário de 80 anos e mais, a razão de chance de uma percepção de saúde ruim é de 0,99, mas o resultado não é estatisticamente significativo. A entrada no modelo da idade não modificou o efeito das variáveis sexo e informante. As razões de chances se mantiveram inalteradas, no caso da variável sexo, indicando que as mulheres idosas continuavam a apresentar uma chance 16% maior de perceber a sua saúde como ruim do que os homens idosos ( $p < 0,01$ ). No que se refere ao informante, a chance de avaliar a saúde como ruim foi 49% menor quando as informações são dadas pelo próprio idoso.

No Modelo 3 foi introduzido o arranjo familiar. Essa variável tem uma grande força explicativa na autopercepção de saúde. O idoso que mora sozinho avalia a sua saúde mais positivamente em relação àqueles que moram acompanhados, mesmo depois de controlar pela variável informante, sexo e idade. Sendo assim, a categoria mora sozinho se mostra um poderoso fator de proteção. O arranjo familiar contribui para o aumento nos diferenciais de sexo na percepção de saúde ruim entre os idosos. A chance das mulheres idosas relatarem uma saúde ruim é 20% maior do que entre os homens. Esse efeito é estatisticamente significativo ( $p < 0,01$ ).

Quando o estado conjugal foi inserido, no Modelo 4, as desigualdades de sexo na autopercepção de saúde aumentaram ainda mais. A chance das mulheres idosas declararem uma saúde ruim é 22% maior, em comparação com os homens idosos. A

condição de separado/divorciado e casado ou em união consensual tem um efeito estatisticamente significativo na autopercepção de saúde. O idoso separado/divorciado e casado ou em união consensual apresenta uma chance de 12% e 9%, respectivamente, de perceber sua saúde como ruim, em relação aos solteiros (categoria de referência). A chance de o idoso viúvo reportar uma saúde ruim é 2% maior do que a do idoso solteiro, mas esse resultado não alcançou uma significância estatística.

O nível de escolaridade é altamente associado com a autopercepção de saúde. Nota-se que os idosos com escolaridade mais elevada, como aqueles pertencentes à categoria 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série do ensino fundamental, são 36% menos prováveis de declarar uma saúde ruim, em comparação com os idosos sem escolaridade (categoria de referência). Já para os idosos com escolaridade correspondente à 5<sup>a</sup> série do ensino fundamental ou acima, essa chance é quase duas vezes maior (68%). Esse resultado indica que após controlar pela variável informante e pelas variáveis demográficas, o nível de escolaridade se apresenta como um importante fator de proteção de uma percepção de saúde ruim entre os idosos. A introdução da escolaridade no modelo reduz as diferenças de sexo na autopercepção de saúde ruim. As chances das mulheres avaliarem a sua saúde de maneira negativa são 18% maiores, em comparação com os homens. Os resultados são estatisticamente significativos (Modelo 5).

A renda também é significativamente associada com a autopercepção de saúde entre os idosos. Observa-se que os indivíduos com renda de 1 a 3 salários mínimos são 42% mais prováveis de relatarem uma saúde ruim, em relação à categoria de referência (menor que um salário mínimo). Por sua vez, os idosos com renda maior (5 salários mínimos ou acima) têm uma chance menor, cerca de 25%, de perceberem sua saúde como ruim, ou seja, apresentam uma boa autopercepção da saúde. Os idosos com renda de 3 a 5 salários mínimos são 13% mais prováveis de auto-avaliarem o seu estado de saúde como ruim ( $p < 0,01$ ). Apesar da forte associação entre renda e a autopercepção de saúde, a inclusão da variável renda

diminui somente um pouco a diferença de sexo nos modelos testados, passando as mulheres a apresentarem uma chance 16% maior em relação aos homens de perceberem a sua saúde como ruim. A introdução da renda ocasionou também uma redução do efeito da variável idade do idoso (Modelo 6).

No Modelo 7 é introduzido o controle pelas doenças crônicas. As doenças crônicas são fortemente relacionadas com a autopercepção de saúde dos idosos ( $p < 0,01$ ). Os idosos que se encontram nas categorias “uma doença crônica” e “quatro ou mais doenças crônicas” possuem uma razão de chance de 1,86 e 11,98, respectivamente, de autoperceberem a sua saúde como ruim, em relação àqueles que não apresentam doenças (categoria de referência). Os resultados apontam para uma observação interessante. Os indivíduos idosos classificados na categoria “duas a três doenças crônicas” têm uma chance 61% menor de perceberem sua saúde como ruim, em relação à categoria de referência, sugerindo uma boa percepção da saúde. A entrada das doenças crônicas no modelo acarretou uma inversão nos diferenciais de sexo na autopercepção de saúde. As mulheres idosas passaram a ter uma menor chance, aproximadamente 1%, de relatarem uma saúde ruim, mas esse resultado não é estatisticamente significativo. Essa inversão pode estar indicando que há uma associação entre essas duas variáveis (sexo e doenças crônicas). Para testar essa hipótese, foi incluído um modelo que incorpora uma interação entre elas e que será apresentado e discutido mais adiante. Embora o modelo em si não seja estatisticamente significativo, julgou-se importante ressaltar alguns dos seus impactos, que permanecem no modelo posterior, especificamente com relação à possibilidade de simbiose entre os efeitos de doenças crônicas e sexo.

Quando a variável capacidade funcional foi incluída (Modelo 8), as diferenças de sexo na autopercepção de saúde se modificaram consideravelmente. As mulheres idosas passaram a ter uma chance 9% inferior de auto-avaliarem a sua saúde como ruim, em relação aos homens. Depois de controlar por informante, sexo, idade, estado conjugal, arranjo familiar, escolaridade, renda e doenças crônicas, as mulheres idosas com um determinado nível de capacidade funcional são mais

prováveis de reportarem uma boa saúde do que os homens. O grau de incapacidade de uma pessoa idosa mostra um forte efeito na autopercepção de saúde ruim. As razões de chances aumentam para 2,5 para aqueles idosos dependentes apenas nas AIVD, e para 2,7 para os idosos dependentes nas AVDs/AIVDs, comparado com a categoria de referência (independente). Os resultados são estatisticamente significativos ( $p < 0,01$ ).

A TAB. 11 apresenta os resultados do modelo final, que incorpora uma variável resultante da interação entre sexo e doenças crônicas. Como a interação é estatisticamente significativa, os parâmetros e as razões de chance referentes a essas duas variáveis não podem mais ser interpretados separadamente. Em consequência da interação entre as variáveis mencionadas acima (sexo X doenças crônicas), tem-se uma categoria de referência, formada pelo sexo masculino e ausência de doenças crônicas e sete categorias de risco. O valor do coeficiente do parâmetro da categoria de referência é igual a zero. As demais categorias, com os respectivos valores dos coeficientes dos parâmetros, são descritas a seguir: sexo masculino e uma doença crônica (parâmetro = 0,398); sexo masculino e duas a três doenças crônicas (parâmetro = -0,819); sexo masculino e quatro ou mais doenças crônicas (parâmetro = 2,354); sexo feminino e nenhuma doença crônica (parâmetro = - 0,171); sexo feminino e uma doença crônica (parâmetro =  $-0,171 + 0,398 + 0,375 = 0,602$ ); sexo feminino e duas a três doenças crônicas (parâmetro =  $- 0,171 - 0,819 - 0,067 = - 1,057$ ); sexo feminino e quatro ou mais doenças crônicas (parâmetro =  $- 0,171 + 2,354 - 0,065 = 2,118$ ). Os resultados dos parâmetros e de suas respectivas razões de chances estão apresentados na TAB.12.



**TABELA 11: Parâmetros e razões de chances para autopercepção de saúde ruim dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

	Parâmetros	Razões de Chances
<b>Constante</b>	-0,317***	
<b>Informante</b>		
Outro informante	0,000	1,00
Entrevistado	-0,203***	0,82
<b>Sexo</b>		
Homens	0,000	1,00
Mulheres	-0,171***	0,84
<b>Idade</b>		
60-64 anos	0,000	1,00
65-69 anos	0,229***	1,26
70-74 anos	-0,088***	0,92
75-79 anos	0,047***	1,05
80+	-0,394***	0,67
<b>Arranjo familiar</b>		
Mora acompanhado(a)	0,000	1,00
Mora sozinho(a)	-0,056***	0,95
<b>Estado conjugal</b>		
Solteiro(a)	0,000	1,00
Casado(a)/União Consensual	0,074***	1,08
Separado/Divorciado(a)	0,081***	1,08
Viúvo(a)	-0,129***	0,88
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	0,000	1,00
1 a 4ª série ensino fundamental	-0,327***	0,72
5ª série e + ensino fundamental	-0,963***	0,38
<b>Renda</b>		
< 1 SM	0,000	1,00
1-3 SM	0,298***	1,35
3-5 SM	-0,023**	0,98
5+ SM	-0,389***	0,68
<b>Número de doenças crônicas</b>		
Nenhuma	0,000	1,00
1	0,398***	1,49
2-3	-0,819***	0,44
4+	2,354***	10,52
<b>Capacidade funcional</b>		
Independente	0,000	1,00
Dependente nas AIVDs	0,915***	2,50
Dependente nas AVD/AIVD	0,980***	2,66
<b>Interação (sexo X doenças crônicas)</b>		
Sexo masculino X sem doença crônica	0,000	1,00
Sexo feminino X 1 doença crônica	0,375***	1,45
Sexo feminino X 2-3 doenças crônicas	-0,067**	0,94
Sexo feminino X 4+ doenças crônicas	-0,065*	0,94

Fonte dos dados básicos: SABE, 1999/2000

Significância estatística, \*p<0,10; \*\*p<0,05; \*\*\*p<0,01

**TABELA 12: Parâmetros e razões de chances para as interações entre sexo e doenças crônicas para autopercepção de saúde ruim dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000**

Doenças Crônicas	Parâmetros		Razões de Chances	
	Sexo		Sexo	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Nenhuma	0,000	-0,171	1,000	0,843
1	0,398	0,602	1,489	1,825
2-3	-0,819	-1,057	0,441	0,347
4+	2,354	2,118	10,528	8,314

Fonte: TAB. 11

Em relação aos homens idosos com nenhuma doença crônica, a chance de autopercepção de saúde como ruim é menor entre os idosos com “duas a três” doenças crônicas, tanto do sexo feminino (65%) quanto do sexo masculino (56%). Ainda tomando como referência os homens idosos com nenhuma doença crônica, verifica-se autopercepção de saúde ruim maior entre aqueles com “uma” doença crônica (49% no caso de idosos masculinos e 82% no caso dos idosos femininos). A autopercepção de saúde ruim é muitas vezes maior entre os idosos com “quatro ou mais” doenças crônicas, tanto do sexo masculino (9,5 vezes) quanto do sexo feminino (7,3 vezes). Tais resultados, portanto, sugerem que na ausência de doenças crônicas, ou na presença de duas ou mais doenças crônicas, as mulheres idosas auto-avaliam a saúde delas relativamente melhor do que os homens idosos.

### 4.3 Discussão e considerações finais

Os resultados deste estudo encontraram que os idosos entrevistados auto-avaliaram a saúde deles como sendo melhor, quando comparados com os idosos cuja avaliação foi realizada por outro informante. Essa diferença pode estar relacionada com alguns fatores. É possível que a alteração de memória do idoso influencie a capacidade de recordar e informar adequadamente. Ainda, os idosos podem superestimar a sua condição de saúde para mostrar auto-suficiência, por medo de institucionalização e de precisar de cuidados. Ademais, as diferenças culturais

associadas com menores níveis de educação e renda, e expectativas mais baixas em relação ao estado de saúde do idoso podem interferir na avaliação de saúde feita por um outro informante. De qualquer forma, trata-se de um resultado coerente, uma vez que a indicação de outro respondente para representar o entrevistado denota que o mesmo apresenta precariedade na sua condição de saúde.

Pesquisas anteriores identificaram uma relação entre sexo e autopercepção de saúde, o que foi confirmado neste estudo. Pode-se verificar que as mulheres idosas são mais prováveis de reportarem uma boa autopercepção de saúde do que os homens. Mas esse efeito somente se sobressai após a inclusão da variável doenças crônicas no modelo, e se acentua com a entrada da capacidade funcional. O presente estudo investigou os efeitos de interação entre as variáveis sexo e doenças crônicas e verificou a existência de uma interação significativa. Os resultados corroboram com os de ARBER & COOPER (1999), indicando o surgimento de um novo paradoxo, em que as mulheres idosas avaliam a sua saúde mais positivamente do que os homens. Porém, esses autores não mencionaram efeitos de interação em seus trabalhos. Esse fato pode ter três possíveis explicações. A primeira delas está associada às mudanças de gênero, onde os novos papéis assumidos pelas mulheres na sociedade e na família, assim como as alterações em seus padrões de vida e na escolaridade podem influenciar a forma delas perceberem a saúde. A segunda explicação refere-se à hipótese de que a contribuição diferenciada por sexo, de diversas doenças crônicas e da capacidade funcional, podem ser responsáveis pelas mudanças nos níveis da autopercepção da saúde. E, finalmente, a terceira explicação sugere o fato de que a mulher idosa que apresenta doenças crônicas e dependência funcional pode se considerar saudável quando possui o controle das mesmas. Por outro lado, este estudo contraria outros autores que comprovaram uma melhor percepção de saúde dos idosos masculinos, em relação às mulheres (KUBZANSKY et al, 1998; McDONOUGH & WALTERS, 2001).

A idade mostra uma importante associação com a autopercepção de saúde dos idosos. Resultados similares foram previamente observados em pesquisas

anteriores. Ao contrário do que se poderia esperar, o presente estudo demonstrou que uma percepção de saúde ruim diminuiu com o avançar da idade. Os idosos dos grupos etários mais velhos (80 anos e mais) relatavam uma boa percepção de saúde, em comparação com os grupos etários mais novos (65-69 anos). Esse mesmo efeito foi observado por DAMIAN et al. (1999) e parece ser resultante de um processo de adaptação dos idosos ou do reconhecimento da deterioração das condições de saúde como normal do envelhecimento. Outras possíveis explicações podem ser atribuídas ao efeito coorte, em que as diferenças são aplicadas às experiências de vida peculiares a cada grupo de idade ou devido às alterações de suas expectativas e normas; e à sobrevivência, que seleciona, com o avançar da idade, os idosos mais saudáveis, tendo em vista que aqueles com pior percepção de saúde e maiores riscos de mortalidade deixam a coorte mais cedo. Este estudo confirma o crescimento do corpo de evidências que aponta os idosos mais velhos como um grupo, atualmente, bastante distinto. Dentro desta nova perspectiva, torna-se essencial investigar mais criteriosamente esses indivíduos, a fim de obter essa explicação.

A variável arranjo familiar mostra-se associada com a autopercepção de saúde do idoso. A categoria “mora sozinho” apresenta-se como um fator protetor para uma percepção de saúde ruim, contradizendo as conclusões de GRUNDY (2001), que afirmou a existência de uma desvantagem na percepção de saúde entre as pessoas que moravam sozinhas. Esse resultado sugere que os idosos que moram acompanhados podem estar sofrendo demandas e desequilíbrios que influenciam a sua saúde. O ambiente social formado pela estrutura domiciliar pode desencadear prejuízos financeiros, *stress*, estilos de vida pouco saudáveis, redução no tempo disponível para o auto-cuidado e do acesso aos serviços de saúde, entre outros. Essas condições aumentam ainda mais as chances do indivíduo desenvolver doenças e/ou limitações funcionais, contribuindo para uma acelerada deterioração da saúde. Por sua vez, os idosos que moram sozinhos provavelmente são indivíduos independentes, resistentes, estáveis financeiramente e, principalmente, mais saudáveis.

Verifica-se que o estado conjugal de fato influencia a autopercepção de saúde do idoso. Investigações anteriores encontraram que a viuvez interfere de maneira negativa na saúde e que a condição de casado era o estado conjugal mais favorável. BERKMAN & SYME (1979) revelaram que os viúvos possuíam maiores problemas de saúde e maiores taxas específicas de mortalidade. Entretanto, o presente estudo revelou resultados contrários para a categoria viúvo, sugerindo que esse estado exerce um efeito protetor na percepção de saúde dos idosos. É provável que os idosos viúvos criam um ambiente social que compense, na forma de melhoras na autopercepção de saúde, a perda ou ausência do cônjuge. Os viúvos podem experimentar mais autonomia, independência, liberdade, que foram muitas vezes reprimidas durante a vida em união conjugal e que contribuem diretamente para uma considerável melhora na autopercepção de saúde do idoso.

A educação apresenta uma correlação significativa com a autopercepção de saúde do idoso. Nota-se que quanto maior o nível educacional menores são as chances do idoso reportar uma saúde ruim. A educação, portanto, atua como um importante fator de proteção. Os resultados dessa pesquisa concordam com os de estudos anteriores, tais como ELO & PRESTON (1996) e ROSS & WU (1996), que evidenciaram uma relação positiva entre educação e a percepção de saúde do idoso. A educação determina diversas vantagens para a saúde porque influencia os fatores psicossociais e de comportamento. Os indivíduos idosos com um nível educacional mais elevado são menos prováveis de se exporem aos fatores de risco para doenças e de se submeterem a condições de trabalho inadequadas. Uma maior educação favorece o acesso às informações e a modificação do estilo de vida, a adoção de hábitos saudáveis, a procura dos 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.

Com relação à variável renda, este estudo confirma os resultados encontrados em outras pesquisas (ARBER & GINN, 1993; ZIMMER & AMORNSIRISOMBOON, 2001). Verifica-se uma importante relação da renda com a autopercepção de saúde.

Os idosos com renda mais baixa apresentavam uma percepção de saúde ruim. Por outro lado, uma renda elevada é um indicador robusto de uma boa autopercepção de saúde. A maior probabilidade de reportar saúde ruim entre os idosos com renda de 1 a 5 salários mínimos, em comparação com aqueles cujo rendimento é inferior a 1 salário mínimo, parece contraditório, mas remete ao debate acerca dos diferenciais de percepção segundo nível socioeconômico. Alguns autores, como RODRIGUES (1981; 1989) já mostraram que a percepção de morbidade pode ser maior entre os estratos socioeconômicos menos favorecidos, o que pode estar relacionado, dentre outros aspectos, ao valor atribuído ao corpo, especialmente tendo em vista a necessidade de trabalhar, possivelmente mais premente entre os grupos de menor rendimento. Existem evidências também de que a baixa renda dos idosos atua negativamente no comportamento saudável, no ambiente domiciliar, no acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, mesmo se esses são disponibilizados adequadamente e, finalmente, nos recursos materiais. De acordo com LIMA-COSTA et al. (2003a), os idosos mais pobres procuram menos os serviços de saúde, possuem pouca adesão aos tratamentos e têm pouco acesso aos medicamentos, o que reflete diretamente nas condições de saúde do indivíduo.

Os resultados do presente estudo indicam que a presença de doenças crônicas, associadas ao sexo, são os mais fortes determinantes da autopercepção de saúde entre os idosos. A capacidade funcional demonstra também uma grande força explicativa. As associações encontradas foram coincidentes com as obtidas em estudos realizados em outros países (FERRARO et al, 1997; HOYEMANS et al, 1997; DAMIAN et al., 1999; GAMA et al., 2000). Conforme foi destacado na literatura, o maior número de doenças crônicas (quatro ou mais) implica no aumento da probabilidade do idoso relatar uma percepção de saúde ruim. No entanto, foi observado neste estudo que os idosos pertencentes à categoria “duas a três doenças crônicas” eram menos prováveis de avaliarem o seu estado de saúde como ruim. Esse resultado não era esperado, mas corrobora com os de COTT et al. (1999), que encontraram uma boa autopercepção de saúde entre os indivíduos portadores de doenças crônicas. Uma possível explicação para esse efeito é a de

que os idosos com duas ou três doenças crônicas podem se considerar idosos saudáveis, quando as mesmas estão controladas.

Em relação à capacidade funcional, à medida que o grau de dependência aumenta, maior é a chance do idoso autoperceber a sua saúde como ruim. Deste modo, a capacidade funcional passa a ser um dos principais determinantes da percepção de saúde do idoso. RAMOS (2003) argumenta que a capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso. Segundo o autor, a saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso.

## 5 CONCLUSÃO

A população de idosos brasileiros vem aumentando consideravelmente a cada ano. As projeções apontam que, em 2020, teremos aproximadamente 26 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Associado ao crescimento no número absoluto de idosos, a sociedade brasileira se depara ainda com uma nova situação: a do aumento da longevidade. Diante disso, questões referentes à saúde e à qualidade de vida dos idosos estão sendo cada vez mais levantadas e discutidas entre os pesquisadores e a população em geral. O estabelecimento de determinantes de saúde capazes de identificar e facilitar ações de manutenção e promoção da saúde se torna indispensável, uma vez que a saúde é vista como um componente particularmente importante na vida dos indivíduos idosos. Esta dissertação buscou analisar o comportamento desses determinantes, a fim de embasar os debates e nortear as políticas públicas na área de geriatria e gerontologia.

Este estudo investigou a influência dos determinantes demográficos, socioeconômicos, das doenças crônicas e da capacidade funcional sobre a autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo. Além disso, verificou a existência das diferenças de sexo na autopercepção de saúde entre os idosos e examinou como elas poderiam ser explicadas pelas características demográficas, socioeconômicas, pelas doenças crônicas e pela capacidade funcional.

Os resultados revelaram que a presença de doenças crônicas associadas ao sexo é o determinante mais fortemente relacionado com a autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, seguido da capacidade funcional. O nível de escolaridade e a renda são altamente associados com a percepção de saúde. Uma escolaridade mais elevada (5ª série do ensino fundamental ou mais) e uma renda de “um a três” e “cinco ou mais” salários mínimos são as categorias que exerceram



maiores efeitos sobre a percepção de saúde dos idosos. A idade desempenha uma significativa influência. O grupo etário de 65 a 69 anos é a categoria responsável pelas maiores variações no relato de uma autopercepção de saúde ruim dos idosos. A variável informante é correlacionada com a autopercepção de saúde do idoso, sendo que o idoso entrevistado declara uma melhor percepção de saúde, em comparação com a avaliação realizada por outro informante. Com relação às desigualdades de sexo, observa-se que na ausência de doenças crônicas, ou na presença de duas ou mais doenças crônicas, as mulheres idosas são mais prováveis de reportarem uma boa autopercepção de saúde, em comparação com os homens, sugerindo que as mulheres idosas auto-avaliam a saúde delas relativamente melhor do que os homens idosos. A capacidade funcional amplia a diferença das mulheres no sentido de uma melhor percepção de saúde. Tais resultados apontam para o aparecimento de um novo padrão. Isso confirma a importância de se investigar mais detalhadamente as diferenças de sexo em estudos que abordam a saúde do idoso. É importante salientar que as variáveis estado conjugal e arranjo familiar também interferem na autopercepção de saúde do idoso. Esses resultados são coincidentes com os de pesquisas desenvolvidas em outros países ou regiões.

Dentro desta perspectiva, um envelhecimento saudável é consequência da interação entre as condições de saúde, nível educacional, situação financeira, idade, sexo, tipo de arranjo familiar e estado conjugal. Assim, a deterioração da saúde física, o baixo nível de escolaridade e os prejuízos financeiros são elementos que podem interferir diretamente na saúde dos idosos.

Embora os determinantes demográficos tenham apresentado uma relação com a autopercepção de saúde dos idosos, eles são pouco passíveis a mudanças e intervenções. No entanto, devem ser considerados. Por exemplo, é impossível modificar a idade, o sexo, e até mesmo, em muitos casos, o estado conjugal do idoso. O tipo de arranjo familiar se mostra como o único fator capaz de ser alterado e reestruturado. Como “morar sozinho” atua como um fator de proteção para uma percepção de saúde ruim, ações que priorizem o estabelecimento de um ambiente

domiciliar organizado e seguro para os idosos, onde os mesmos possam receber o suporte e o apoio de que necessitam, podem contribuir para que eles se tornem pessoas ainda mais saudáveis.

Outro resultado importante do presente estudo refere-se ao impacto do nível de escolaridade e da situação econômica na percepção de saúde dos idosos. Maior escolaridade e renda ocasionaram uma menor chance do idoso perceber a sua saúde como ruim. A exposição aos fatores de risco para doenças e a adoção de hábitos pouco saudáveis é mais elevada entre os indivíduos de baixa renda e menos escolarizados. Por sua vez, melhores condições socioeconômicas favorecem o acesso às informações, aos serviços de saúde e às mudanças no estilo de vida. Deste modo, políticas focalizadas para a redução das desigualdades sociais e econômicas devem ser incentivadas, tendo em vista a relevância desses fatores para a saúde dos idosos. As mudanças não precisam ser necessariamente revolucionárias. Garantir a educação nas fases iniciais da vida são medidas que reduzem consideravelmente as desigualdades sociais na velhice e proporcionam um envelhecimento com saúde. Investir efetivamente em programas que preconizam a continuidade do idoso no mercado de trabalho e que asseguram a renda mínima contribui de maneira eficaz para a diminuição da pobreza e melhora da saúde.

Com relação às doenças crônicas, já está bem estabelecido na literatura a importância do controle da hipertensão arterial e da diabetes para a prevenção das doenças cardiovasculares e do acidente vascular cerebral. Exames clínicos visando o diagnóstico precoce de neoplasias são amplamente divulgados na comunidade científica e, atualmente, se estendem para o conjunto da população. Ademais, adoção de ações preventivas, como a imunização e as mudanças para hábitos de vida saudáveis, a prática de atividades físicas, a eliminação do tabagismo, a diminuição do consumo de álcool e o seguimento de uma dieta adequada são medidas que reduzem a incidência de patologias e promovem a saúde, e também estão bastante difundidas na sociedade. Portanto, cabe aqui somente reafirmar que intervenções que evitam doenças devem continuar a serem vistas como prioridades.

O aumento crescente de idosos, associado à maior longevidade, exige que o Estado disponibilize recursos e invista consistentemente na tecnologia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas, o que onera bastante o sistema de saúde. Essa condição reforça a importância da divulgação da prevenção em todos os níveis de atenção à saúde do idoso, uma vez que esse tipo de ação contribui para o controle das condições crônicas, acarretando menores custos e sendo muito mais eficazes para a promoção e a manutenção da saúde do idoso.

A análise empreendida nesta dissertação ressalta que a capacidade funcional é um importante determinante da autopercepção de saúde do idoso. Conforme ROSA et al. (2003), a manutenção da capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até as idades mais avançadas. Mais recentemente, a capacidade funcional vem emergindo como um novo modelo de saúde e um aspecto central na avaliação de saúde dos idosos. Para RAMOS (2003), um idoso com “uma ou mais” doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas e incapacidades associadas. Sendo assim, o que importa é a habilidade para desempenhar as atividades e não as doenças propriamente ditas. O presente estudo reforça a noção de que é imprescindível implementar estratégias específicas voltadas para a manutenção ou resgate da capacidade funcional entre os idosos. Como na maioria das vezes é pouco provável reverter o quadro clínico, ou seja, eliminar as doenças, a abordagem da capacidade funcional se torna essencial para a promoção da saúde e do bem-estar do idoso.

Diante disso, as atividades preventivas e de reabilitação, como a fisioterapia, precisam ser enfatizadas nas unidades de saúde, assim como nos grupos de terceira idade. O fisioterapeuta, portanto, deve ser considerado como um componente vital dentro da equipe de saúde, uma vez que presta atendimento nos três níveis de atenção à saúde do idoso e é o profissional responsável pela execução de métodos

e técnicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e manter a capacidade física e funcional do indivíduo, contribuindo para a redução das desigualdades de saúde. No entanto, é importante enfatizar também que outros profissionais, como médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, dentistas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais devem integrar uma equipe multidisciplinar que se destine à promoção da saúde e bem-estar dos idosos.

Estes resultados alertam para a necessidade de pesquisas mais específicas. É importante destacar que outros determinantes influenciam a autopercepção de saúde do idoso. Tais pesquisas devem incorporar outros fatores e examinar o efeito desses na percepção de saúde do idoso.

As pesquisas domiciliares que coletam informações de saúde dos idosos em países como o Brasil são pouco abundantes. Os pesquisadores que estão interessados nas questões relacionadas à saúde e envelhecimento dependem de pesquisas que têm sido realizadas em diferentes períodos e por distintas organizações de pesquisas. Além do mais, como as informações são fornecidas por meio de auto-relato, as respostas podem sofrer influência dos fatores emocionais, psicológicos, da memória, da auto-estima, da cultura, da escolaridade, dentre outros. No entanto, estudos desta natureza permitem a obtenção de dados dentro do domicílio do idoso e, de maneira especial, da comunidade na qual o indivíduo está inserido, podendo refletir, assim, a realidade das condições de saúde da população residente naquela área.

Uma outra vantagem deste tipo de estudo é a possibilidade da compreensão da relação entre a autopercepção de saúde com os diversos determinantes, tais como os demográficos, os sociais, os econômicos e os de condições de saúde, constituindo um importante instrumento para subsidiar a (re)formulação de políticas públicas de saúde mais eficazes para os idosos. Entretanto, os estudos transversais impossibilitam a identificação da causa da relação. Futuras pesquisas longitudinais deverão ser conduzidas visando obter maiores explicações sobre as causalidades destas relações.

A autopercepção de saúde tem sido amplamente utilizada em pesquisas que visam estabelecer o estado de saúde dos indivíduos em diversos países, o que facilita a comparação dos resultados. É importante ressaltar que apesar do seu caráter subjetivo, a literatura afirma que a autopercepção de saúde é uma medida válida e confiável e, ainda, reflete o estado objetivo de saúde do indivíduo. Acredita-se que uma melhor compreensão da natureza dessa variável seja fundamental para reforçar a importância da utilização dessa medida em pesquisas de saúde. A realização de pesquisas que utilizam métodos qualitativos de investigação faz-se necessária a fim de aprofundar o conhecimento sobre o significado da autopercepção de saúde entre os idosos.

Em consequência da avaliação de saúde ser diferente de acordo com quem informa, isto é, se é a própria pessoa ou outro informante, o SABE adotou a estratégia de indicar se, de fato, as questões foram respondidas pelo próprio idoso, ou por outra pessoa, assim como apresentou os critérios para definição de quem deveria responder as questões, seguindo normas internacionais (AMMSE, Escala Pfeffer). É recomendável que pesquisas futuras sigam essa orientação pois, como ficou constatado na análise empreendida nesta dissertação, esta é uma variável importante, capaz de promover variações estatisticamente significativas sobre a percepção do estado de saúde do idoso.

No projeto SABE não se coletou detalhadamente as variáveis educação e a mobilidade. Em relação à mobilidade, os idosos não foram interrogados quanto à necessidade de ajuda para cada atividade, o que inviabilizou a utilização dessa variável no estudo. No entanto, essas informações são de grande utilidade para o melhor entendimento dos determinantes da autopercepção de saúde e deveriam ser contempladas em pesquisas futuras.

As reflexões expostas nesta dissertação sobre os determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo destacam a necessidade de países

como o Brasil produzirem, regular ou periodicamente, informações que permitam avaliar e aprofundar as discussões sobre a saúde do idoso, em nível nacional.

Finalmente, os resultados do presente estudo apontam para o fato de que para se alcançar um envelhecimento saudável é preciso que o Estado invista efetivamente nos setores da saúde, social e econômico do país. Políticas públicas voltadas para cada determinante isoladamente podem proporcionar um efeito relevante para a redução das desigualdades de saúde do idoso, mas as ações integradas que abordem, simultaneamente, os principais fatores determinantes da autopercepção de saúde podem contribuir significativamente para a promoção da saúde e do bem-estar e, conseqüentemente, para a qualidade de vida dos idosos.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPELS, A. et al. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. **Social Science and Medicine**, v.42, n.5, p.681-689, Mar. 1996.

ARBER, S. Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. **Social Science and Medicine**, v.32, n.4, p.425-436, 1991.

ARBER, S., GINN, J. Gender and inequalities in health in later life. **Social Science and Medicine**, v.36, n.1, p.33-46, Jan. 1993.

ARBER, S., COOPER, H. Gender differences in health in later life: the new paradox? **Social Science and Medicine**, v.48, n.1, p.61-76, Jan. 1999.

BAILIS, D. S., SEGALL, A., CHIPPERFIELD, J. G. Two views of self-rated general health status. **Social Science and Medicine**, v.56, n.2, p.203-217, Jan. 2003.

BARBOSA, L. M., ANDRADE, F. C. D. Rompendo a barreira dos 60: aplicação da técnica dos riscos competitivos à mortalidade do Brasil, 1991. In: WONG, L. L. R. (Org.) **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2001. Cap.7, p.191-218.

BARON-EPEL, O., KAPLAN, G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? **Social Science and Medicine**, v.53, n.9, p.1373-1381, Nov. 2001.

BARRETO, S. M. et al. Gênero e desigualdades em saúde entre idosos brasileiros. In: OFICINA DE TRABALHO SOBRE DESIGUALDADES SOCIAIS E DE GÊNERO EM SAÚDE DE IDOSOS NO BRASIL, 1, 2002, Ouro Preto. **I oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil = workshop on social and gender inequalities in health among the elderly in Brazil**. Ouro Preto: NESPE, 2002. p.59-69.

BECKETT, M. et al. Do health interview surveys yield reliable data on chronic illness among older respondents? **American Journal of Epidemiology**, v.151, n.3, p.315-323, Feb. 2000.

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, Feb. 1979.

BLAZER, D. G. Social support and mortality in an elderly community population. **American Journal of Epidemiology**, v.115, n.5, p.684-694, May 1982.

CANÇADO, F. A. X. (Coord.). **Noções práticas de geriatria**. Belo Horizonte: COOPMED: Health CR, 1994. 419p. Epidemiologia do envelhecimento. p.15-43.

CARVALHO, J. A. M. **Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil**. 1993. 20 p. (Trabalho apresentado no Seminário sobre "Crescimento Populacional e Estrutura Demográfica", Rio de Janeiro, 27-28 de maio de 1993)

CARVALHO, J. A. M., GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.109-118, maio-jun. 2003.

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, abr. 1997.

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI**. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. 92p.

CHENG, Y. H. et al. Self-rated economic condition and health of elderly persons in Hong Kong. **Social Science and Medicine**, v.55, n.8, p.1415-1424, Oct. 2002.

COTT, C. A., GIGNAC, M. A. M., 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, Nov. 1999.

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.

DAMIAN, J. et al. 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, July 1999.

DENTON, M., WALTERS, V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. **Social Science and Medicine**, v.48, n.9, p.1221-1235, May 1999.

ECOB, R., DAVEY SMITH, S. Income and health: what is the nature of the relationship? **Social Science and Medicine**, v.48, n.5, p.693-705, Mar. 1999.

ELO, G., PRESTON, I. T. Educational differentials in mortality: United States, 1979-85. **Social Science and Medicine**, v.42, n.1, p.47-57, Jan. 1996.



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, n.1, p.38-54, Mar. 1997.

FINGERHUT, L. A., WILSON, R. W., FELDMAN, J. J. Health and disease in the United States. **Annual Review of Public Health**, v.1, p.1-36, May 1980.

FUNDAÇÃO SEADE. **O idoso na Grande São Paulo**. São Paulo: Fundação SEADE, 1990. 262p.

GAMA, E. V. et al. Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. **Age and Ageing**, v.29, n.3, p.267-270, May 2000.

GOLDMAN, N., KORENMAN, S., WEINSTEIN, R. Marital Status and health among the elderly. **Social Science and Medicine**, v.40, n.12, p.1717-1730, Jun. 1995.

GRUNDY, E. Living arrangements and the health of older persons in developed countries. In: LIVING ARRANGEMENTS OF OLDER PERSONS. New York: United Nations, (Population Bulletin of the United Nations Special issue n.42/43 2001). p.311-329.

GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Capítulo 7. Avaliação funcional do idoso. p.114-124.

HAHN, B. A. Marital status and women's health: the effect of economic and marital acquisitions. **Journal of Marriage and the Family**, v.55, n.2, p.495-504, May 1993.

HARRIS, T. et al. Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. **American Journal of Public Health**, v.79, n.6, p.698-702, Jun. 1989.

HAY, D. I. Socioeconomic status and health status: a study of males in the Canada Health Survey. **Social Science and Medicine**, v.27, n.12, p.1317-1325, 1988.

HOYEMANS, N. et al. Measuring functional status: cross-sectional and longitudinal associations between performance and self-report (Zuthen Elderly Study 1990-1993). **Journal of Clinical Epidemiology**, v.49, n.10, p.1103-1110, Oct. 1996.

HOEYMANS, N. et al. Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. **Social Science and Medicine**, v.45, n.10, p.1527-1536, Nov. 1997.

HOUSE, J. S. et al. Age, socioeconomic status, and health. **The Milbank Quarterly**, v.68, n.3, p.383-411, 1990.

HOUSE, J. S. et al. The social stratification of aging and health. **Journal of Health and Social Behavior**, v.35, n.3, p.213-234, Sep. 1994.

HU, Y., GOLDMAN, N. Mortality differentials by marital status: an international comparison. **Demography**, v.27, n.2, p.233-250, May 1990.

HUGHES, M. E., WAITE, L. 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, Mar. 2002.

IBGE. **Censo demográfico**: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1991, 2000.

IBGE. **Tábuas completas de mortalidade**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabuadevida>> Acesso em: 20 nov. 2003.

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, Mar. 1997.

KALACHE, A., VERAS, R. P., RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, v.21, n.3, p.200-210, 1987.

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, Mar. 1983.

KATZ, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.31, n.12, p.721-727, Dec. 1983.

KIM, S. H., WOLDE-TSADIK, G., REUBEN, D. B. Predictors of perceived health in hospitalized older persons: a cross-sectional and longitudinal study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.45, n.4, p.420-426, Apr. 1997.

KUBZANSKY, L. D. et al. 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, Sep.-Oct. 1998.

LAHELMA, E. et al. Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. **Social Science and Medicine**, v.48, n.1, p.7-19, Jan. 1999.

LARSON, R. Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. **Journal of Gerontology**, v.33, n.1, p.109-125, Jan. 1978.

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, Jul.-Aug. 2003.

LEINONEN, R., HEIKKINEN, E., JYLHÄ, M. Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women – a five-year longitudinal study. **Social Science and Medicine**, v.46, n.4-5, p.591-597, 1998.

LEINONEN, R., HEIKKINEN, E., JYLHÄ, M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a 5- year longitudinal study. **Social Science and Medicine**, v.52, n.9, p.1329-1341, Mar. 2001.

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.4-5, p.79-92, July-Aug. 2002.

LEITE, I. C. et al. Comparação das informações sobre as prevalências de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da PNAD/98 e as estimativas pelo estudo Carga de Doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.733-741, 2002.

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, maio-jun 2003a.

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, maio-jun 2003b.

MARCELLINI, F. et al. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.35, p.181-189, 2002.

MARKS, N. F. Socioeconomic status, gender and health at midlife: evidence from the Wisconsin Longitudinal Study. **Research in the Sociology of Health Care**. v.13, p.133-150, 1996.

MARMOT, M. et al. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. **Social Science and Medicine**, v.44, n.6, p.901-910, Mar. 1997.

MARTIKAINEN, P. et al. Reliability of perceived health by sex and age. **Social Science and Medicine**, v.48, n.8, p.1117-1122, Apr. 1999.

McDONOUGH, P., WALTERS, V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. **Social Science and Medicine**, v.52, n.4, p.547-559, Feb. 2001.

MOLARIUS, A., JANSON, S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.55, n.4, p.364-370, Apr. 2002.

MOUM, T. Self-assessed health among Norwegian adults. **Social Science and Medicine**, v.35, n.7, p.935-947, Oct. 1992.

MURRAY, C. J. L., CHEN, L. C. Understanding morbidity change. **Population and Development Review**, v.18, n.3, p.481-503, Sep. 1992.

OFSTEDAL, M. B. et al. **Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods**. Ann Arbor: Population Studies Center, 2002. 19p. (Research reports/Population Studies Center, n.03-60)

ORFILA, F. et al. Evolution of self-rated health status in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.53, n.6, p.563-570, Jun. 2000.

PALLONI, A., PELAEZ, M. **Survey on health and well-being of elders**. 2002. (mimeogr.)

PELÁEZ, M; PALLONI, A; ALBALA, C; ALFONSO, J. C.; HAM-CHANDE, R; HENNIS, A; LEBRAO, M. L.; LEON-DIAZ, E; PANTELIDES, A; PRATTS, O. **Survey on Aging, Health and Wellbeing, 2000** : Pan American Health Organization (PAHO/WHO) 2003.

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 of Epidemiology**, v.138, n.10, p.840-848, Nov. 1993.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PLOUFFE, L. A. Addressing social and gender inequalities in health among seniors in Canada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.855-860, Maio-Jun. 2003.

PORTRAIT, F., LINDEBOOM, M., DEEG, D. Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. **Demography**, v.38, n.4, p.525-536, Nov. 2001.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v.1, n.1, p.3-8, 1993.

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, maio-jun. 2003.

RODRIGUES, R. N. **Determinantes sócio-econômicos de morbidade e mortalidade numa área de industrialização recente: o caso de Belo Horizonte**. 1981. 224 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RODRIGUES, R. N. "**Vida severina**", **healthy family?: morbidity and mortality in two metropolitan regions of Brazil**. 1989. 256 f. Tese (Doutorado em Demografia), Australian National University, Canberra.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no *status* de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.777-794, 2002.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-48, fev. 2003.

ROSS, C. E., WU, C. L. Education, age, and the cumulative advantage in health. **Journal of Health and Social Behavior**, v.37, n.1, p.104-120, Mar. 1996.

SCOTT, W. K. et al. 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, Mar. 1997.

SEGOVIA, J., BARTLETT, R. F., EDWARDS, A. C. An empirical analysis of the dimension of health status measures. **Social Science and Medicine**, v.29, n.6, p.761-768, 1989.

SHYE, D. et al. Gender differences in the relationship between social network support and mortality: a longitudinal study of an elderly cohort. **Social Science and Medicine**, v.41, n.7, p.935-947, Oct. 1995.

SMITH, A. M. A., SHELLEY, J. M., DENNERSTEIN, L. Self-rated health: biological continuum or social discontinuity? **Social Science and Medicine**, v.39, n.1, p.77-83, Jul. 1994.

SYME, S. L., BERKMAN, L. F. Social class, susceptibility and sickness. **American Journal of Epidemiology**, v.104, n.1, p.1-8, Jul. 1976.

TIRADO, M. G. A. **A percepção dos idosos sobre envelhecimento e dependência: um estudo qualitativo no município de Belo Horizonte**. 2000. 126 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

UFMG/CEDEPLAR. **Projeção populacional das unidades da Federação, Brasil, por sexo e grupos quinquenais de idades: 1990-2020**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 1999. (mimeogr. Trabalho realizado no âmbito do Projeto "Dinâmica Demográfica, Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas" PRONEX/CEDEPLAR/UFMG, 41/96/0892)

VELKOFF, V. A. Living arrangements and the well-being of the older population: future research directions. In: **LIVING ARRANGEMENTS OF OLDER PERSONS**. New York: United Nations, (Population Bulletin of the United Nations Special issue n.42/43 2001). p.376-385.

VERAS, R. P. A era dos idosos: os novos desafios. In: OFICINA DE TRABALHO SOBRE DESIGUALDADES SOCIAIS E DE GÊNERO EM SAÚDE DE IDOSOS NO BRASIL, 1, 2002, Ouro Preto. **I oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil** = workshop on social and gender inequalities in health among the elderly in Brazil. Ouro Preto: NESPE, 2002. p.89-96.

VERBRUGGE, L. M. Gender and health: an update of hypotheses. **Journal of Health and Social Behavior**, v.26, n.3, p.156-182, Sep. 1985.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.607-621, 2002.

WILLIAMS, D. R. Socioeconomic differentials in health: a review and redirection. **Social Psychology Quarterly**. v.53, n.2, p.81-99, Jun.1990.

WONG, L. L. R. (Org.) **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade**: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2001. 265p. Introdução: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso sob a ótica de uma sociedade para todas as idades. p. 11-22)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Men, ageing and health. Geneva: WHO, 2001, 55p.

YUASO, D. R., SGUIZZATTO, G. T. Fisioterapia em pacientes idosos. In: PAPALÉONETTO, M. (Org.) **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. Cap. 30, p. 331-347.

ZAUTRA, A., HEMPEL, A. Subjective well-being and physical: a narrative literature review with suggestions for future research. **International Journal of Aging and Human Development**, v.19, n.2, p.95-110, Dec. 1984.

ZIMMER, Z., AMORNSIRISOMBOON, P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. **Social Science and Medicine**. v.52, n.8, p.1297-1311, Apr. 2001.

## ANEXO I

**Variáveis do SABE utilizadas para a construção das variáveis analisadas no estudo**

Variável	Questão	Variável do estudo
c01	O(a) Sr(a) diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?	Autopercepção de saúde
a01b	Quantos anos completos o(a) Sr. tem?	Idade
sexo	Sexo	Sexo
a07	Atualmente o(a) Sr(a) vive sozinho ou acompanhado? <i>Resposta: (1)Sozinho, (2) Acompanhado</i>	Arranjo familiar
a13a	Alguma vez o(a) Sr(a) foi casado ou teve uma união livre? <i>Resposta: (1)Sim, (2) Não</i>	Estado conjugal
a161	Esse casamento ou união continua ou terminou? <i>Resposta: (1) Continua, (2) Separação, (3) Viuvez, (4) Divórcio</i>	
a06g	Qual a última série, na escola, o(a) Sr. obteve com aprovação?	Escolaridade
h26	O(a) Sr. recebe receita por... (1) Aposentadoria ou pensão, (2) Ajuda de familiares que estão em outro país, (3) Ajuda de familiares que estão no país, (4) Aluguel (renda) ou aplicações bancárias, (5) Ajuda do bem estar social, (6) Outro.	Renda
c04	Um médico lhe disse que o(a) Sr. tem pressão sanguínea alta? <i>Resposta: (1) Sim, (2) Não</i>	Doença crônica
c05	Um médico lhe disse que o(a) Sr. tem diabetes? <i>Resposta: (1)Sim, (2) Não</i>	
c06	Um médico lhe disse que o(a) Sr. tem câncer ou tumor maligno? <i>Resposta: (1) Sim, (2) Não</i>	
c07	Um médico lhe disse que o(a) Sr. tem alguma doença crônica do pulmão? <i>Resposta: (1) Sim, (2) Não</i>	
c08	Um médico lhe disse que o Sr. teve um problema cardíaco? <i>Resposta: (1) Sim, (2) Não</i>	
c09	Um médico lhe disse que o(a) Sr. teve embolia/derrame...? <i>Resposta: (1) Sim, (2) Não</i>	
c10	Um médico lhe disse que o(a) Sr. tem artrite/reumatismo/artrose? <i>Resposta: (1)Sim, (2) Não</i>	

Continua

Variável	Questão	Variável do estudo
d11	O(a) Sr(a) tem dificuldade em atravessar um quarto caminhando? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d12c	O(a) Sr(a) recebe ajuda de alguém para atravessar um quarto caminhando? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d13a	O(a) Sr(a) tem dificuldade para se vestir/despir? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d13b	O(a) Sr(a) recebe ajuda de alguém para se vestir/despir? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d14a	O(a) Sr(a) tem dificuldade para tomar banho? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d14c	O(a) Sr(a) recebe ajuda de alguém para tomar banho? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d15a	O(a) Sr(a) tem dificuldade para comer? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	Capacidade Funcional (Atividades de vida diária)
d15b	O(a) Sr(a) recebe ajuda de alguém para comer? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d16a	O(a) Sr(a) tem dificuldade para deitar ou levantar da cama? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d16c	O(a) Sr(a) recebe ajuda de alguém para deitar ou levantar da cama? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d17a	O(a) Sr(a) tem dificuldade para usar o sanitário? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d17c	O(a) Sr(a) recebe ajuda de alguém para usar o sanitário? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	



Continua

Variável	Questão	Variável do estudo
d18a	O(a) Sr(a) tem dificuldade em preparar uma refeição quente? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d18b	O(a) Sr(a) recebe ajuda de alguém para preparar uma refeição quente? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d23a	O(a) Sr(a) tem dificuldade para fazer tarefas domésticas leves, tais como arrumar a cama, tirar pó dos móveis, etc.? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	Capacidade Funcional (Atividades instrumentais de vida diária)
d23b	O(a) Sr(a) recebe ajuda de alguém para fazer tarefas domésticas leves? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d24a	O(a) Sr(a) tem dificuldade para fazer tarefas domésticas mais pesadas, tais como lavar roupas, limpar o chão, limpar o banheiro, etc.? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	
d24b	O(a) Sr(a) recebe ajuda de alguém para fazer tarefas domésticas pesadas? <i>Resposta:</i> (1) Sim, (2) Não	

Fonte: Questionário do projeto SABE.