

Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil*

Maria Isabel Parahyba[†]

Resumo

Introdução: Em todo o mundo, as mulheres tendem a sobreviver aos homens e a exibir uma mortalidade menor que a masculina, mas isso não significa que estas mulheres desfrutem de melhor condição de saúde. A mortalidade constitui somente um reflexo da deterioração extrema da saúde, que não dá conta das profundas variações que se registram no estado de bem-estar daqueles que sobrevivem. **Objetivo:** analisar diferenças existentes nas condições de saúde de homens e de mulheres idosos no Brasil, através de alguns indicadores selecionados - percepção da própria saúde, incapacidade funcional e uso de serviços de saúde. **Metodologia:** os dados utilizados foram os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1998 e 2003, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O estudo envolveu duas amostras representativas nacionalmente, cada uma delas de cerca de 30 mil pessoas, de 60 anos ou mais de idade. Os dados foram processados, e analisados, através do Banco Multidimensional Estatístico (BME/IBGE) e as informações apresentadas estão expandidas e são representativas para o total da população idosa brasileira. **Resultados:** a expectativa de vida das mulheres idosas é sempre mais elevada do que a dos homens. Já as taxas de prevalência de incapacidade funcional são bem mais elevadas entre as mulheres, o que evidencia que, apesar de viverem mais, suportam uma maior carga de problemas de saúde. **Conclusão:** além da redução das desigualdades de renda e da melhoria das condições de suporte institucional para a população como um todo, é importante desenvolver novas estratégias de prevenção e tratamento que amenizem as conseqüências funcionais das doenças crônicas na população de mulheres que vive, cada vez mais, até idades mais avançadas.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional; Saúde do idoso; Incapacidade funcional; Desigualdades de gênero.

* Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18 - 22 de Setembro de 2006.

[†] Pesquisadora do IBGE.

Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil*

Maria Isabel Parahyba[†]

Introdução

Muitos estudos mostraram evidência sugerindo desigualdades de gênero nas condições de saúde entre os idosos, em diversos níveis, tanto na Europa e nos Estados Unidos, quanto no Brasil (Jagger e Matthews, 2002; Gallant e Dorn, 2001; Arber e Cooper, 1999; Arber e Ginn, 1993; Parahyba et al., 2005; Barreto et al., 2004; Melzer e Parahyba, 2004).

Em todo o mundo, as mulheres tendem a sobreviver aos homens e a exibir uma mortalidade menor que a masculina, mas isso não significa que estas mulheres desfrutem de melhor condição de saúde. A mortalidade constitui somente um reflexo da deterioração extrema da saúde, que não dá conta das profundas variações que se registram no estado de bem-estar daqueles que sobrevivem.

Os padrões de procura e de uso dos serviços de saúde entre os idosos são determinados por diversos fatores que afetam diferenciadamente homens e mulheres. Há evidência de que as mulheres idosas suportam uma maior carga de condições crônicas de doença, o que acarreta um declínio funcional mais acentuado (WHO, 1998; Barreto et al., 2004). Além dos fatores comportamentais, que indicam uma maior procura das mulheres por serviços de saúde do que os homens, as condições socioeconômicas também desempenham um papel importante neste processo.

Este estudo tem por objetivo analisar diferenças existentes nas condições de saúde de homens e de mulheres idosos no Brasil, através de alguns indicadores selecionados - percepção da própria saúde, incapacidade funcional e uso de serviços de saúde.

Métodos

Os dados utilizados foram os da PNAD, de 1998 e 2003, realizada pelo IBGE, envolvendo duas amostras representativas nacionalmente de cerca de 30 mil pessoas de 60 anos ou mais de idade. Os dados da PNAD são representativos da população residente no país em setembro, de 1998 e 2003 (excluindo a área rural da região Norte). O inquérito coletou informações sobre demografia,

* Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18 - 22 de Setembro de 2006.

[†] Pesquisadora do IBGE.

emprego e ocupação, saúde e mobilidade física, educação, rendimento, migração e condições do domicílio.

A PNAD é realizada através de uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção: unidades primárias - municípios; unidades secundárias -setores censitários; e unidades terciárias - unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos). A amostra final foi desenhada para ser representativa da população brasileira (Bianchini e Albieri, 2003).

Do total de domicílios amostrados, aproximadamente 81% foram entrevistados e um total de cerca de 60 mil pessoas, de 60 anos ou mais de idade, foram incluídas nas duas amostras. Foram entrevistadas todas as pessoas nos domicílios, quando possível. As pessoas em domicílios coletivos foram incluídas na amostra, mas estas representavam, aproximadamente, 0,1% do total de idosos.

O questionário da PNAD incluiu questões sobre percepção da própria saúde, acesso e uso dos serviços de saúde e incapacidade funcional. Para o presente estudo, dentre as questões levantadas pela PNAD, foram selecionados os seguintes indicadores: auto-avaliação de saúde (estado de saúde ruim e muito ruim), consulta médica nos últimos 12 meses (sim, não) e dificuldade para caminhar cerca de 100 metros (não consegue e tem algum grau dificuldade).

A renda mensal familiar *per capita*, em salários mínimos, foi utilizada como um indicador das condições socioeconômicas dos idosos. Os dados da PNAD 1998 e 2003 foram processados e analisados através do Banco Multidimensional Estatístico (BME/IBGE), e as informações apresentadas estão expandidas e são representativas para o total da população idosa brasileira. Os valores do salário mínimo de 1998 foram inflacionados para 2003, tomando-se por base o INPC de 2003, possibilitando a comparação real, e não nominal, da renda.

Resultados

Em 1998, havia aproximadamente 14 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil, representando cerca de 9% do total da população. Em 2003, a população idosa era de cerca de 17 milhões de pessoas, representando cerca de 10% da população total do País, evidenciando o acelerado processo de envelhecimento da sociedade brasileira.

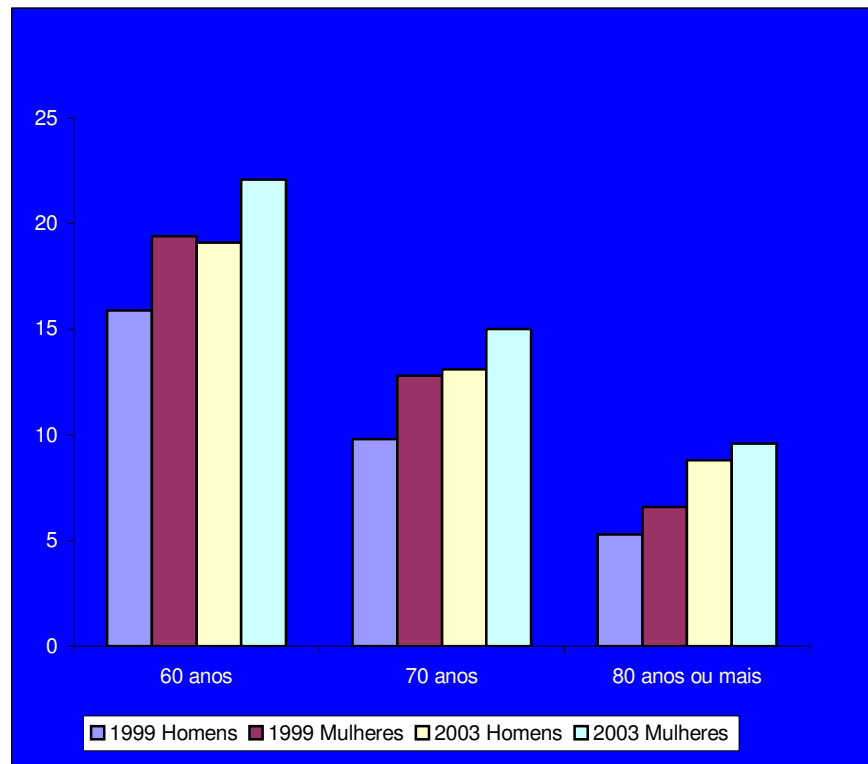
As diferenças de gênero são importantes para descrever as pessoas idosas no Brasil e, como tem ocorrido em todo o mundo, o número de mulheres idosas no Brasil é maior do que o de homens: as informações da PNAD mostraram que, em 1998, do total das pessoas idosas no País, 44,5% eram homens e 55,5% eram mulheres, enquanto que, em 2003, essa proporção passou para 44,1% e 55,9%, respectivamente, o que indica um aumento nessa diferença.

A Figura 1 mostra a expectativa de vida no Brasil aos 60, 70 e 80 anos ou mais de idade. A expectativa de vida aumentou em todas as faixas de idade, tanto para homens quanto para mulheres, entre 1999 e 2003. Entretanto, a expectativa de vida das mulheres excede à dos homens, e este fato explica, em parte, a maior proporção de mulheres idosas, em relação aos homens.

Figura1

Expectativa de vida aos 60, 70 e 80 anos ou mais por sexo

Brasil



Fonte: Tábuas completas de mortalidade 1999-2003, IBGE

A percepção da saúde tem sido descrita como um importante preditor de sobrevivência entre idosos. Os estudos confirmam que diferenças de gênero na percepção de saúde são importantes determinantes do comportamento em relação a procura por atendimento de saúde (WHO, 2001; Barreto et al., 2004).

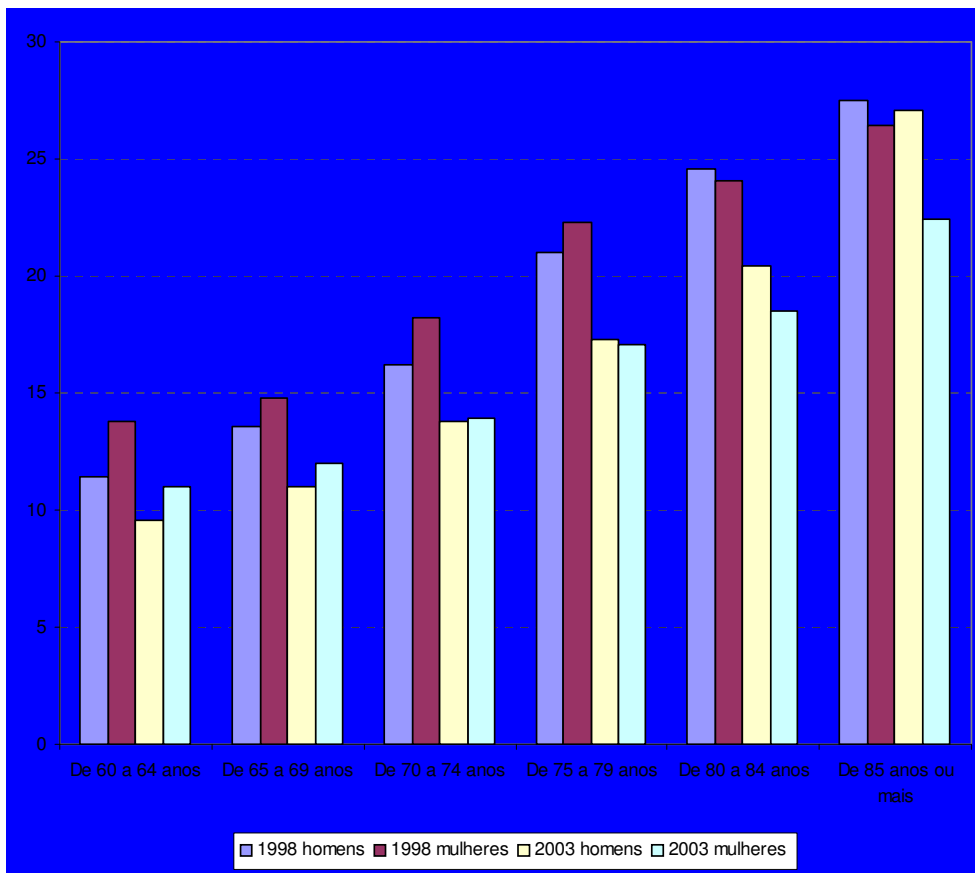
As Figuras 2 e 3 mostram que as diferenças eram maiores em 1998 do que em 2003, que as mulheres idosas declararam um estado de saúde pior do que os homens, exceto entre os idosos de 80 anos ou mais, onde a tendência se inverte, passando os homens a declarar um estado de saúde pior do que aquele declarado pelas mulheres.

As diferenças de renda não parecem ser expressivas, mas observa-se uma estabilidade maior, entre homens e mulheres, em 2003, no que se refere a percepção da própria saúde.

Figura 2

Proporção de idosos que declararam saúde ruim e muito ruim por grupos de idade

Brasil

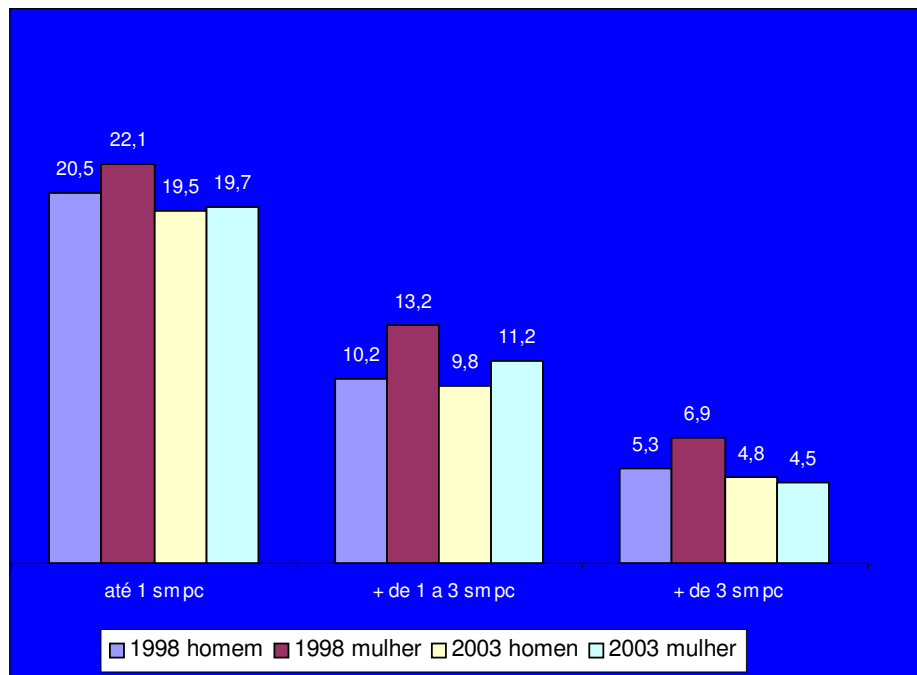


Fonte: IBGE/COREN/Suplemento de Saúde da PNAD 1998 e 2003

Figura 3

Proporção de idosos que declaram saúde ruim e muito ruim por renda mensal familiar per capita, em salários mínimos

Brasil



Fonte: IBGE/COREN/Suplemento de Saúde da PNAD 1998 e 2003.

Um estado de saúde ruim acarreta um maior uso dos serviços de saúde entre os idosos, mas há diferenças de gênero na procura e no uso do atendimento de saúde que não podem ser explicadas através da idade, das condições de saúde ou do nível de renda. Muitos estudos mostram que os homens tendem a usar com menor frequência do que as mulheres serviços médicos preventivos (Liang et al., 1999), que podem resultar em atrasos e piora no problema de saúde, aumentando a possibilidade de uma internação (Barreto et al., 2004).

Os dados da PNAD confirmam os resultados de outros estudos, que apontam as mulheres idosas procurando atendimento médico em maior proporção do que os homens, mesmo quando considerados diferenciais socioeconômicos. Em 1998, esta proporção era de 65,4%, para os homens, e de 77,6%, para as mulheres. Já em 2003, há um aumento na procura por consulta médica, alcançando 71,2% e 83,4%, respectivamente.

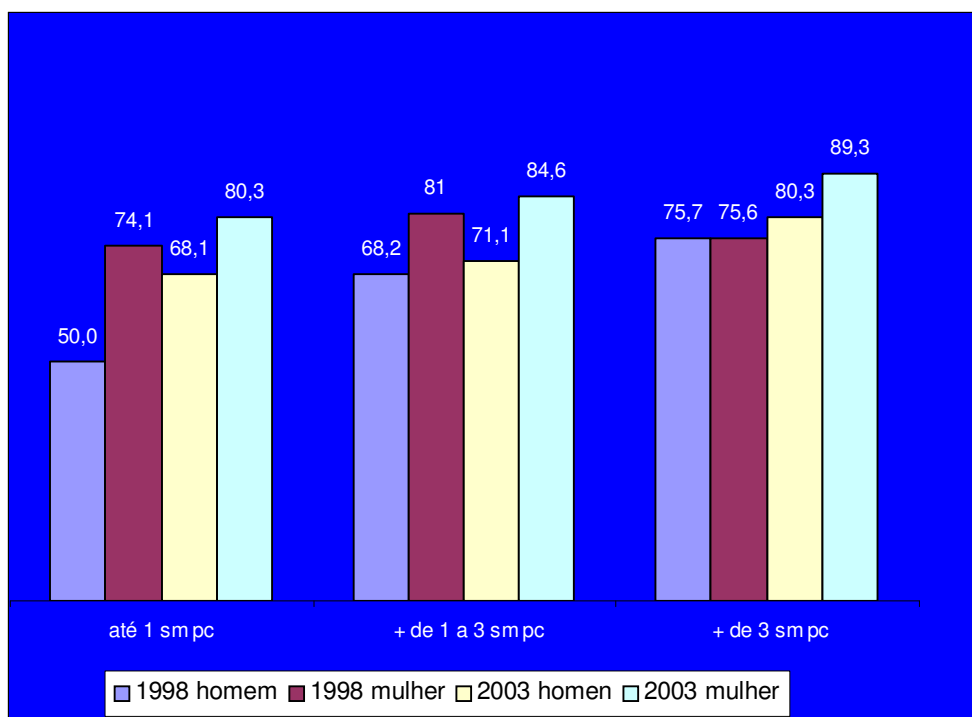
A Figura 4 mostra a proporção de idosos que consultaram médico, nos últimos 12 meses anteriores a data da pesquisa (Setembro de 1998 e 2003), por renda familiar *per capita*. Verifica-

se que houve aumento em ambos os sexos, em todos os grupos de renda considerados, embora os diferenciais diminuam nos segmentos de renda mais elevada.

Figura 4

Proporção de idosos que consultaram médico, nos últimos 12 meses anteriores a data da pesquisa, por renda familiar per capita, em salários mínimos

Brasil



Fonte: IBGE/COREN/Suplemento de Saúde da PNAD 1998 e 2003.

O aumento da expectativa de vida adulta e o número cada vez maior de pessoas sobrevivendo com idade avançada é um fenômeno global, afetando todos os países. Um indicador chave para compreender e responder ao processo de envelhecimento populacional é a informação sobre a capacidade funcional das pessoas idosas, já que esta traz poderosos efeitos sobre o bem-estar dos indivíduos, a necessidade de ajuda informal e de assistência de saúde, e a necessidade de cuidados de longo prazo.

A incapacidade funcional é frequentemente avaliada através de auto-declaração ou de necessidade de ajuda em tarefas básicas de cuidados pessoais (*atividades básicas da vida diária, ABVDs*) e em tarefas mais complexas, necessárias para viver de forma independente na

comunidade (*atividades instrumentais da vida diária, AIVD*). Incluem atividades como fazer compras, preparo de comida, trabalho doméstico, lavar roupas, utilizar transporte, tomar medicação, manusear dinheiro e o uso de telefone.

Em adição às *ABVDs e AIVDs*, uma ampla variedade de outras medidas de *status* funcional auto-declarado tem sido desenvolvidas. A avaliação de mobilidade tem sido considerada como uma parte importante da avaliação funcional. Mobilidade pode ser avaliada através de auto-declaração utilizando uma abordagem hierárquica, começando com tarefas simples de mobilidade tais como a transferência de uma cama até uma cadeira e progredindo através de caminhar curtas e longas distâncias, e subir escadas. Resultados utilizando as medidas de mobilidade têm provado sua importância no estudo da relação do *status* funcional com características demográficas e condições crônicas, comportamentos relacionados à saúde, mudança de peso, e osteoartrite (Guralnik, 1993; Lan et al., 2002).

Neste estudo, a escolha recaiu sobre a dificuldade para caminhar cerca de 100 metros como *proxy* para incapacidade funcional. Diferenças de gênero em relação à incapacidade funcional são importantes, e as mulheres reportam maior dificuldade do que os homens, o que também ocorre em outros países (as taxas de prevalência de incapacidade funcional são de 18,9%, para os homens idosos, e de 24,9%, para as mulheres, em 1998, e em 2003, de 17,6% e 26,6%, respectivamente).

Os padrões de incapacidade funcional em mulheres idosas, no Brasil, são compatíveis com os padrões encontrados em outros países. As mulheres idosas avaliam sua saúde de forma semelhante aos homens, mas estão em desvantagem séria em incapacidade funcional. Entretanto, os estudos têm mostrado que as mulheres não desenvolvem incapacidades funcionais com maior frequência do que os homens, mas sobrevivem mais tempo do que eles com as suas limitações.

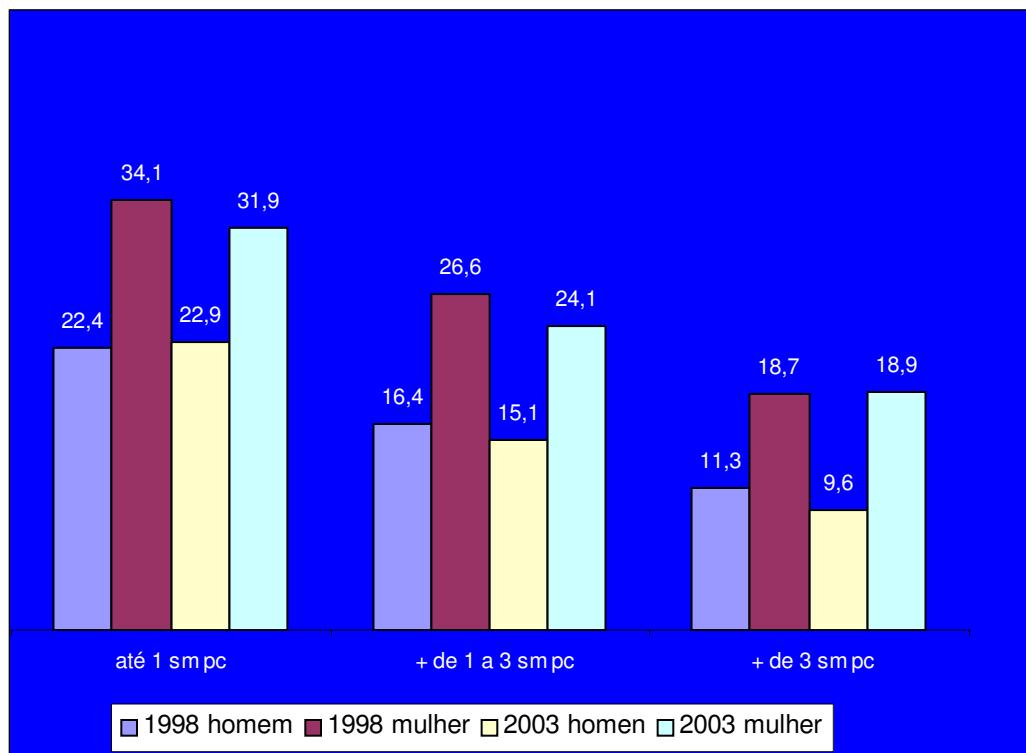
Este fato pode ser explicado, segundo Guralnik et al. (1997), pelo menos em parte, devido à diferença nas doenças associadas aos homens e às mulheres que relatam incapacidade, e por fatores comportamentais, que indicam uma maior procura das mulheres por serviços de saúde do que os homens.

A condição socioeconômica é um importante fator para redução de risco de declínio funcional em idosos, como mostra a Figura 5, mas os diferenciais de gênero mantêm-se em todos os grupos de renda selecionados no estudo.

Figura 5

Proporção de idosos que declaram algum tipo de dificuldade para caminhar 100 m por renda mensal familiar per capita, em salários mínimos

Brasil



Fonte: IBGE/COREN/Suplemento de Saúde da PNAD 1998 e 2003.

Discussão

O estudo confirma o padrão desigual de condições de saúde, entre homens e mulheres idosos, relatados por outros estudos (Barreto et al., 2004; Melzer e Parahyba, 2004; Parahyba, 2005; Arber et Ginn, 1993; WHO, 2001). Revela, também, que a desigualdade de gênero em saúde está presente em todos os grupos socioeconômicos considerados.

A expectativa de vida das mulheres idosas é sempre mais elevada do que a dos homens. Infelizmente, não há informação sobre a expectativa de vida da população idosa brasileira por

status socioeconômico, o que possibilitaria verificar se esses diferenciais persistiriam quando desagregados por renda ou educação. É urgente a elaboração desses indicadores.

As taxas de prevalência de incapacidade funcional são mais elevadas, também, entre as mulheres, o que evidencia que, apesar de viverem mais, suportam uma maior carga de problemas de saúde. E estas diferenças persistem quando são analisadas por renda.

Para avaliar esses resultados deve-se, também, considerar as limitações dos dados. Primeiramente, a amostra rural não é completa, pois a região rural Norte foi excluída, devido a complexidade logística requerida nessa área para realizar o levantamento². Além disso, as questões sobre incapacidade funcional cobriram principalmente funcionamento físico, e não houve a possibilidade de utilizar nenhuma medida de incapacidade funcional instrumental, cognitiva ou de saúde mental, dado que o questionário do Suplento de Saúde da PNAD não levantou essas informações. Espera-se que numa próxima PNAD sobre a saúde da população sejam introduzidas questões relativas à estes tópicos, importantes componentes da avaliação funcional dos idosos.

A renda familiar *per capita* declarada mostrou ser uma medida adequada para dividir a população idosa em grupos de renda, embora também haja sugestão de um viés de informação no arredondamento dos valores de renda próximos ao valor do salário mínimo em setembro de 1998. Além disso, a extrema concentração de renda no Brasil dificulta a mensuração entre os grupos que se situam abaixo do valor da mediana de renda. Isso ocorre porque os rendimentos familiares são baixos e homogêneos, tornando difícil discriminar essas pessoas quanto à diferenças.

Embora os dados disponíveis apresentem certas limitações, eles também possuem robustez. Isso inclui o amplo tamanho da amostra e sua cobertura nacional. De fato, estes inquéritos populacionais fornecem um grande volume de informações sobre saúde no Brasil. Além disso, incluem um compreensivo conjunto de variáveis sociodemográficas, permitindo assim a realização de análises sobre a influência dessas variáveis sobre as condições de saúde da população idosa. Finalmente, os dados fornecem informação sobre indicadores largamente usados, para os quais há extensiva evidência de validade e de valor preditivo, e os estudos internacionais apontam resultados na mesma direção.

Conclusão

Além da redução das desigualdades de renda, da melhoria das condições de suporte institucional e de acesso ao sistema de saúde para a população como um todo, é extremamente importante desenvolver novas estratégias de prevenção e tratamento que amenizem as conseqüências funcionais das doenças crônicas na população de mulheres que vive, cada vez mais, até idades mais avançadas.

² A partir de 2004, a PNAD passou a investigar a área rural da Região Norte.

Referências

- Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med* 1999;48:61-76.
- Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in later life. *Br J Sociol* 1993;36:33-46.
- Barreto SM, Giatti L, Kalache A.. Gender inequalities in health among Brazilian older adults. *Pan American J Pub Health* 2004;vol16;numb2, pages 110-117.
- Bianchini ZM, Albieri S. Principais aspectos da amostragem das pesquisas domiciliares do IBGE: revisão 2002. *Textos para discussão, Diretoria de Pesquisas n.8*. IBGE: Rio de Janeiro, 2003.
- Gallant MP, Dorn GP. Gender and race differences in the predictors of daily health practices among older adults. *Health Educ Res* 2001;16:21-31.
- Guralnik, J M. Assessment of physical performance and disability in older persons. *Muscle Nerve Suppl* 1997;5:S14-S16.
- Guralnik JM, Lacroix AZ, Abbott RD, Berkman LF, Satterfield S, Evans DA *et al.*. Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. *Am.J.Epidemio.*1993.Apr.15. 1993;137:845-57.
- Jagger C, Mathews F. Gender differences in life expectancy free of impairment at older ages. *J Women Aging* 2002;14:85-97.
- Lan TY, Melzer D, Tom BD, Guralnik JM. Performance tests and disability: developing an objective index of mobility-related limitation in older populations. *J.Gerontol.A Biol.Sci.Med.Sci.* 2002, 57:M294-M301.
- Liang W, Shediak-Rizkallah MC, Celentano DD, Rohde C. A population-based study of gender and gender differences in patterns of health-related behaviours. *Am J Prev Med* 1999;17:8-17.
- Melzer D, Parahyba MI. Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the first national survey. *Age and Ageing* 2004; 33:1-7.
- Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005, vol.39, no.3, p.383-391.
- World Health Organization. *Women. Ageing and health. Achieving health across the life span*. WHO; Geneva: 1998.
- World Health Organization. *Men. Ageing and health. Achieving health across the life span*. WHO; Geneva: 2001.