



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Consalter Geib, Lorena Teresinha
Determinantes sociais da saúde do idoso
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 1, enero, 2012, pp. 123-133
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020622014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Determinantes sociais da saúde do idoso

Social determinants of health in the elderly

Lorena Teresinha Consalter Geib¹

Abstract Health is affected throughout the course of life by characteristics of social context, which produce inequalities in terms of exposure and vulnerability. These social determinants interfere with the well-being, functional independence and quality of life of the elderly, but are generally overlooked in interventions and policies. Therefore, the aim of this study was to systematize the knowledge of the social determinants of health in the elderly, using the Dahlgren and Whitehead model as a conceptual guide. The effects of demographic changes in the aging process and morbidity profile were approached at the structural level. The conditions of life and work with impact on current and future health and the role of social cohesion were studied at the intermediate level. Lastly, the behavior and lifestyles of major risk were examined at close quarters. It was detected that equity in health requires attention to social determinants during the course of life in order to minimize chronic diseases and deficiencies of the elderly, which reflect their social positions in early life.

Key words Inequalities in health, Health of the elderly, Equity

Resumo A saúde é afetada ao longo da vida pelas características do contexto social, que geram desigualdades nas exposições e vulnerabilidades. Esses determinantes sociais interferem no bem-estar, independência funcional e qualidade de vida dos idosos, mas geralmente são desconsiderados nas intervenções e políticas. Diante disso, objetivou-se sistematizar os conhecimentos acerca dos determinantes sociais da saúde do idoso, adotando-se como marco conceitual o modelo de Dahlgren e Whitehead. No nível estrutural, abordaram-se os efeitos das mudanças demográficas no processo de envelhecimento e perfil de morbidade; no nível intermediário, as condições de vida e trabalho com impacto na saúde atual e futura e o papel da coesão social; no nível proximal, os comportamentos e estilos de vida de maior risco. Evidenciou-se que a equidade em saúde requer ação sobre os determinantes sociais no curso da vida para minimizar as doenças crônicas e deficiências do idoso que refletem as suas posições sociais no passado.

Palavras-chave Desigualdades em saúde, Saúde do idoso, Equidade

¹ Curso de Enfermagem,
Instituto de Ciências
Biológicas, Universidade de
Passo Fundo. BR 285,
Bairro São José. 99052-900
Passo Fundo RS.
lorena@upf.br

Introdução

Na década atual, há uma forte tendência de promover as políticas sanitárias que abordam os determinantes sociais da saúde (DSS), definidos como as características sociais dentro das quais a vida transcorre¹ ou como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham². No Brasil, essa definição foi ampliada pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), englobando “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”³. Essas definições expressam a intenção de atacar as causas das doenças e das iniquidades em matéria de saúde e os mecanismos pelos quais as condições do contexto social afetam a saúde e podem ser modificadas por ações específicas sobre os determinantes como renda, educação, ocupação, estrutura familiar, disponibilidade de serviços, saneamento, exposições a doenças, redes e apoio social, discriminação social e acesso a ações preventivas de saúde.

A compreensão da saúde como um fenômeno social resulta de um longo processo histórico. As dimensões sociais foram incorporadas à Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1948, que previa uma integração de métodos biomédicos, tecnológicos e sociais para melhorar a saúde. Entretanto, esse propósito foi ofuscado pelos programas verticais baseados na tecnologia, que dominaram a saúde pública. Nos anos 50, com o sucesso da erradicação da varíola, o enfoque manteve-se concentrado na tecnologia de prevenção ou cura e nas campanhas de combate a doenças específicas, deixando à margem o contexto social e o seu papel na geração do processo saúde-doença. Nos anos 60 e início dos anos 70, emergiu o enfoque comunitário, que utilizava a educação sanitária e a prevenção de doenças como estratégias para atender as necessidades básicas de saúde da população nos países em desenvolvimento. A ampliação da atenção básica às comunidades desfavorecidas revelou as iniquidades da saúde e a necessidade de abordar seus determinantes não médicos.

Os determinantes sociais reapareceram no final dos anos 70 com a Conferência de Alma-Ata e foram cruciais para conduzir o programa “Saúde para todos no ano 2000”. Entretanto, nos anos 80, o consenso econômico e político neoliberal, que tratou a saúde como um bem privado, criou condições pouco propícias para a ação sistemática de melhorar a saúde mediante a in-

tervenção sobre os determinantes sociais. Nos anos 90, muitos países em desenvolvimento tiveram que reduzir o gasto social para quitar as dívidas externas, afetando áreas de grande importância na determinação da saúde como a educação, os programas nutricionais, o saneamento básico, o transporte, a habitação, as diversas formas de proteção social e os gastos diretos no setor saúde. A consequência direta foi o aumento da pobreza e da iniquidade em saúde, que passou a ocupar a agenda desses países ao mesmo tempo em que se acelerava a compreensão científica dos DSS. Muitos países europeus implantaram políticas sanitárias inovadoras para melhorar a saúde e reduzir suas iniquidades mediante ação sobre aqueles determinantes, com vistas a proteger os grupos populacionais desfavorecidos das exposições e vulnerabilidades ligadas a sua posição socioeconômica³⁻⁴.

Nesta primeira década do século XXI, o mundo avança para a perspectiva de focalizar as populações, com ações direcionadas às sociedades às quais os indivíduos pertencem. Esse movimento pendular é impulsionado pelo respeitável avanço no estudo das relações entre a forma de organização e desenvolvimento de uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população⁵. Assim, o reconhecimento da inadequação das estratégias sanitárias não direcionadas a atacar as raízes sociais da doença e do bem-estar dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais consolidados pela criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005 e do Brasil, em 2006.

Determinantes sociais da saúde

Os DSS abrangem as características específicas do contexto social que influem na saúde e o modo como as condições sociais afetam a saúde⁶.

A aceleração no conhecimento sobre os DSS permitiu a construção de diversos modelos que procuram demonstrar a relação entre as desigualdades e iniquidades sociais e os resultados na saúde. Entre estes modelos, a CNDSS resolveu adotar o de Dahlgren e Whitehead⁷, por sua simplicidade, fácil compreensão e clara visualização gráfica dos diversos DSS.

Modelo de Dahlgren e Whitehead

Este modelo explica os mecanismos pelos quais as interações entre os diferentes níveis de condições sociais produzem as desigualdades em saúde, desde o individual até o nível das condi-

ções econômicas, culturais e ambientais que predominam na sociedade como um todo. No âmbito individual, consideram-se algumas características como idade, gênero e fatores genéticos que influenciam a saúde do indivíduo; no nível imediatamente superior situam-se os fatores relacionados ao comportamento e estilo de vida, que contribuem para a exposição diferencial a fatores de risco à saúde como, por exemplo, o hábito tabágico e o sedentarismo. No contexto dos DSS, os comportamentos muitas vezes ultrapassam o limiar das responsabilidades individuais, podendo ser considerados parte dos determinantes sociais quando são fortemente influenciados por informações, propagandas, pressão dos pares, possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros³. O próximo nível demonstra a influência das interações estabelecidas na sociedade e na comunidade disponibilizadas por meio de redes comunitárias e de apoio, serviços sociais, de lazer e de segurança. Essas redes expressam o nível de coesão social e constituem-se em elemento fundamental para a saúde da sociedade. No próximo nível estão as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, que colocam as pessoas em desvantagem social pelo maior grau de exposição ao desemprego, à alimentação inadequada, às habitações insalubres, ao menor acesso aos serviços públicos, entre outros. O último nível aponta as condições econômicas, culturais e ambientais, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. Esses macro-determinantes agem sobre todos os outros, pois o padrão de vida alcançado por grupos específicos determina a escolha da moradia, do trabalho, das interações sociais e dos hábitos alimentares, com repercussões sobre a saúde.

O modelo de Dahlgren e Whitehead destaca a importância dos fatores não-clínicos sobre a situação da saúde dos indivíduos e das populações. Neste texto será utilizado como marco conceitual para a análise da cadeia de produção social da saúde do idoso por possibilitar a cartografia dos pontos de acesso para a ação política sobre os DSS.

Determinantes sociais da saúde do idoso

A forte e crescente evidência da vinculação entre a estrutura socioeconômica e o estado de saúde das pessoas tem contribuído para a consolidação do contexto sociopolítico e cultural como geradores da má saúde e das desigualda-

des em saúde. Esses fatores, também considerados estruturais, são os primeiros a influenciar a saúde do indivíduo. No entanto, essa influência não é direta, mas ocorre através de determinantes mais específicos. Sendo assim, descreveremos os determinantes sociais da saúde do idoso utilizando como ponto de partida o nível da macro determinação, percorrendo na sequência os níveis intermediários e, por fim, o nível proximal. Cabe ressaltar, que cada um deles possui sua própria importância, mas age em inter-relação com os demais em mecanismos tão complexos, que se torna difícil perceber sua atuação isolada, de modo que se aceita hoje a influência combinada desses fatores como determinante do estado de saúde das populações⁸. Além de agir na forma de gradiente social, as circunstâncias econômicas e sociais desfavoráveis também afetam a saúde no curso da vida⁹, tornando a saúde dos idosos ainda mais susceptível à determinação social pela acumulação das exposições aos fatores de risco.

1. Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais formam o contexto sociopolítico responsável pela estratificação dos grupos segundo os níveis de renda, escolaridade, profissão, sexo, gênero, local de moradia e outros fatores. Esses mecanismos de estratificação socioeconômica são descritos como determinantes estruturais da saúde ou como fatores sociais determinantes das desigualdades na saúde. A posição que os grupos populacionais ocupam dentro das hierarquias de poder, de prestígio e de acesso aos serviços de saúde configura as diferentes oportunidades de saúde do indivíduo⁴.

Neste nível de determinação é conveniente reconhecer o efeito das transições demográficas na estrutura etária e o avanço dos indicadores de saúde e desenvolvimento nas últimas décadas no Brasil. O país vem experimentando mudanças demográficas importantes: o crescimento demográfico, a urbanização e o envelhecimento da população.

A taxa geométrica anual de crescimento da população brasileira diminuiu de 1,9%, na década de 1980, para 1,6%, no período 1991–2000. Em 2004, a população chegava a 186 milhões de habitantes, e a densidade populacional média era de 21,9 habitantes por km²¹⁰.

De 1960 a 2000, a população urbana brasileira aumentou expressivamente em razão das altas taxas de natalidade e das migrações internas. A população urbana passou de 44,76% para

83%¹⁰, tornando a urbanização um fato relevante para a implantação de políticas públicas sociais, direcionadas a enfrentar os problemas estruturais e contingenciais que impulsionam a estratificação e a segregação social. No espaço urbano, torna-se mais visível o efeito das condições de vida e de trabalho e a adequação ou não das políticas sanitárias.

No processo de urbanização as pessoas e as atividades econômicas tornam-se mais concentradas. As moradias tendem a situar-se nas periferias urbanas, onde as deficiências nos serviços como educação, saúde e saneamento persistem por algum tempo dentro das cidades. As disparidades nos padrões de vida básicos caracterizam o cenário urbano de muitos países, mesmo depois de eles alcançarem níveis de renda elevados. Assim, é comum um terço da população de uma cidade em desenvolvimento viver em favelas¹¹. O agravamento da pobreza e da exclusão social, especialmente nos grandes centros urbanos, piora as desigualdades sociais, tornando mais difícil erradicar a pobreza extrema e a fome, que são medidas pela porcentagem da população que vive com menos de um dólar por dia, medido de acordo com a paridade de poder de compra (US\$ 1 PPC/dia)¹². Contribuem para esse agravamento, o aumento do desemprego, o decréscimo do setor formal de trabalho, a redução da oferta de oportunidades de emprego em trabalhos de baixa qualificação e o agravamento da desocupação feminina e dos chefes de família¹³. Entre 1990 e 2003, houve uma redução expressiva da pobreza extrema: de 9,9% da população para 5,7%, (42,4% menos), devido, em boa parte, a uma melhor situação nas zonas rurais, onde a pobreza extrema caiu de 24,2% para 13,5%. Por outro lado, no mesmo período, a pobreza urbana reduziu pouco: de 4,8% em 1990 para 4,2% em 2003¹⁴.

No entanto, é alentadora a redução de 4% na desigualdade de renda observada entre 2001 e 2004, atribuída ao controle da inflação e à estabilidade, à valorização do salário mínimo e aos programas de transferência de renda.

Apesar desses avanços, a desigualdade de renda persiste entre os idosos brasileiros. No Nordeste, 68% dos idosos residem em domicílios com renda familiar per capita menor que um salário mínimo, enquanto no Sul e no Sudeste este percentual está abaixo dos 35%¹⁵. O Brasil situa-se em 11º lugar entre os países com mais alta concentração de renda¹⁶. Por isso, a Organização Pan-americana da Saúde considera que serão necessários outros 20 anos para que a desigualdade

no Brasil atinja a média que prevalece em países de grau semelhante de desenvolvimento¹⁷.

A desigualdade de renda soma-se a desigualdade de gênero, que coloca em desvantagem as idosas com histórico de escassa participação no mercado de trabalho, com benefícios mínimos de aposentadoria e inteiramente dependentes do sistema público de saúde.

Outro efeito do processo de urbanização acelerada foi a mudança nos padrões de fecundidade da população. A queda nas taxas de fecundidade tem impacto na estrutura etária, com envelhecimento da população. Em 2004, a proporção de pessoas de 60 e mais anos de idade aumentou de 5,8%, em 1991, para 7,8% (homens) e de 6,4% para 9,2% (mulheres). Nesse período, a população economicamente dependente (menores de 15 anos e maiores de 65 anos) reapresentava 35,4% da população total¹⁰.

Outro aspecto a destacar é o aumento da longevidade, traduzido pelo aumento na esperança de vida ao nascer. Estima-se que mais de 80% dos nascidos em 2000 deverão chegar aos 65 anos de idade, com tendência de aumento desse percentual. Com a longevidade, um fator importante a ser observado pelas políticas públicas se refere à evolução da razão de dependência total (RDT= a proporção da soma de jovens e idosos em relação à População em Idade Ativa) em função das mudanças na estrutura etária. Em 1960, havia 83 dependentes para cada 100 pessoas na População em Idade Ativa (PIA), sendo 78 jovens e cinco idosos. Em 2000, a RDT caiu para 54%, correspondendo a 46 jovens e oito idosos para cada 100 pessoas da PIA. As projeções indicam que, entre 2010 e 2030 para 100 pessoas da PIA teremos 50 jovens e idosos dependentes, com predomínio dos jovens, ou seja, uma relação de uma pessoa dependente para cada duas potencialmente produtivas¹⁸.

O tempo de contribuição dos idosos para os programas de seguridade social deverá aumentar¹⁹. Nesse aspecto, deve-se considerar a limitação financeira desses futuros beneficiários para arcar com a contribuição ao sistema previdenciário brasileiro, considerando que, de acordo com o Censo de 2000, 16% da população idosa tinha uma renda familiar per capita menor do que meio salário mínimo e 47% até um salário mínimo. Essa situação deverá ser levada em consideração na formulação das políticas sociais. Nesse contexto, Brito²⁰ acredita que a situação social da população idosa poderá se tornar insustentável no futuro se continuar a depender fundamentalmente de recursos orçamentários. Para redu-

zir o impacto das transições demográficas sobre o sistema previdenciário há necessidade de aumentar o número de contribuintes, o que poderá ser alcançado com a expansão de empregos e ocupações. Além disso, Brito destaca ainda a necessidade de priorizar as políticas públicas para os jovens pobres, por serem eles que integrarão, em breve, a PIA e serão os idosos no futuro. Argumenta o autor que, não havendo políticas que favoreçam a mobilidade social desses jovens pobres, não só se estará reproduzindo a pobreza, como poderá haver comprometimento da situação previdenciária no médio prazo, pois, provavelmente, serão trabalhadores não contribuintes e, no longo prazo, dependentes de programas de transferência de renda.

Assim, o contexto socioeconômico revela que o Brasil é extremamente injusto e desigual. É um país fundamentalmente urbano, com manutenção do índice de pobreza urbana por conta do descompasso entre a taxa de aumento da força de trabalho e o número de postos de trabalho criados. As desigualdades de renda mantêm-se elevadas e demandam políticas fiscais mais efetivas para sua remissão. Neste cenário, a desigualdade da distribuição da renda, os elevados índices de desemprego e subemprego, que resultam em precárias condições de vida de expressiva parcela da população, são alguns dos problemas que determinam as condições de saúde e tornam complexo o desempenho dos serviços de saúde. Esses problemas agravam a exclusão social de certos grupos da população, como o de idosos, que aumentam devido à expectativa de vida mais prolongada e a queda das taxas de fecundidade. Por efeito da globalização, a crise econômica internacional deflagrada em 2008 deverá elevar as taxas de desemprego e impedir a participação da população no sistema de seguridade e acesso à assistência em saúde.

A ameaça de exclusão social dos idosos por déficit na seguridade social constitui um poderoso determinante social de saúde, que inter-relacionado com baixa renda, moradia precária, insegurança alimentar e medicamentosa, entre outros, pode afetar negativamente a saúde dos idosos brasileiros e tornar-se um dos principais fatores de morbidade prematura e mortalidade por doenças crônicas como cardiopatias, acidentes vasculares e diabetes⁹.

2. Condições de vida e de trabalho

Essas condições e seus efeitos psicossociais são influenciados pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais e constituem

um dos principais mediadores através dos quais a estratificação socioeconômica influencia a situação de saúde de indivíduos ou grupos, bem como as desigualdades existentes entre eles¹⁸. As condições de vida e de trabalho constituem os determinantes intermediários e abarcam, entre outros, a educação, a disponibilidade de alimentos e o padrão alimentar, as condições de habitação e saneamento e o próprio sistema de saúde.

Educação - no que se refere à educação, os avanços no Brasil tem sido expressivos nas últimas décadas. O percentual de analfabetismo caiu de 40% em 1960 para 13,6% em 2000. Em 2006, alcançou 12,3% entre as pessoas com cinco anos ou mais de idade. Contudo, as diferenças entre os grupos da população ainda persistem: as mulheres mantêm taxas inferiores a dos homens; os moradores das zonas rurais apresentam taxas mais baixas do que aqueles da zona urbana; os pobres estão menos alfabetizados do que os ricos e na Região Sul os percentuais são menores do que no Nordeste²¹.

Numa perspectiva de médio prazo, os jovens e adultos com carências educacionais e financeiras serão os idosos que acorrerão aos serviços de saúde. Para eles podemos buscar algumas compreensões num modelo explicativo da determinação social da saúde que utiliza o enfoque “no curso da vida”. A abordagem “no curso da vida” enfatiza a interação entre a pessoa e seu ambiente na trajetória de vida e permite perceber como a vantagem ou desvantagem de determinado fator, como a educação, contribui para a geração de iniquidades sociais e de saúde no contexto social²². Nesse enfoque, parte-se do pressuposto que as circunstâncias sociais de infância pobre predizem circunstâncias pobres na idade adulta e velhice. Sendo assim, a educação é considerada o caminho mais eficaz para sair da posição desfavorável. No entanto, as crianças mais pobres em muitos casos apresentam um desempenho educacional menor do que as crianças em melhor posição socioeconômica, além de maiores taxas de evasão escolar. Comumente, ao chegar à idade adulta não encontram trabalho e nem sempre se inscrevem em programas de treinamento. Essas crianças, por constituírem um grupo particular de alto risco social, deveriam ser alvo de políticas direcionadas a proteger os mais vulneráveis², para que pudessem romper com os pontos críticos e diminuir as iniquidades sociais e de saúde entre aqueles expostos a circunstâncias sociais mais pobres e os grupos em melhor situação. Só assim se poderia melhorar os indicadores de 2007 que apontam para uma propor-

ção de 32,2% de idosos brasileiros sem instrução ou com menos de um ano de estudo. No Nordeste a proporção é de 52,2%, mais do que o dobro da Região Sul (21,5%)²³. A baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida.

Alimentação e nutrição - o acesso e a qualidade da alimentação também dependem dos fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, estando na linha da determinação social da saúde.

Em relação à situação nutricional, a transição dos padrões de consumo, somada ao sedentarismo, aponta para um aumento na prevalência do sobrepeso e da obesidade, condições que contribuem para o aparecimento de doenças crônicas e incapacidades, prevalentes nos idosos. Em 2003, quatro em cada dez brasileiros adultos apresentavam excesso de peso. O IBGE estima que entre os brasileiros com 20 anos ou mais de idade, o excesso de peso atinge 38,8 milhões (40,6%), dos quais 10,5 milhões são considerados obesos, enquanto que o déficit de peso atinge 3,8 milhões de pessoas (4,0%)²³.

Na população idosa houve um aumento na prevalência de obesidade, especialmente entre as mulheres²⁴⁻²⁶. Estudo de Campos et al.²⁷ mostrou que o aumento da renda domiciliar aumentou a prevalência de sobrepeso e obesidade, enquanto a alta escolaridade foi protetora para baixo peso. Não foi encontrada associação entre escolaridade e obesidade. Outros estudos destacam a redução da capacidade funcional dos idosos relacionadas às alterações na distribuição da gordura corporal, baixo peso e obesidade²⁸⁻³⁰.

As mudanças nos padrões alimentares, com o aumento de consumo de alimentos mais saudáveis como frutas, vegetais, grãos, cereais e legumes representam uma ação positiva sobre a determinação de doenças cardiovasculares, de alguns tipos de câncer e de diabetes.

Saneamento básico e habitação - o saneamento forma parte integral da saúde, reflete o desenvolvimento e integra as estratégias de redução da pobreza. No Brasil, a disponibilidade de água potável e esgoto melhorou entre 1999 e 2004, mas não de maneira uniforme. O percentual de domicílios particulares permanentes atendidos por rede geral de abastecimento de água passou de 80% para 83% e o percentual de domicílios servidos por esgotamento sanitário adequado aumentou de 65% para 70%. Porém, persistem diferenças entre as regiões, com maior cobertura

nas regiões Sul (83%) e Sudeste (91%) e menor nas regiões Norte (54,8%) e Nordeste (72%)¹⁵. As desigualdades são observadas também entre a zona urbana e rural, com uma cobertura de abastecimento de água de 96% e 58%, respectivamente¹⁷. Essas iniquidades no acesso aos serviços de água e saneamento contribuem para a sua consolidação como um importante determinante das desigualdades em saúde.

O processo de urbanização contribuiu para a proliferação de moradias precárias, que se contrapõem à habitação saudável - aquela que inclui agentes promotores da saúde e do bem-estar e controla ou previne fatores de risco existentes na casa (refúgio físico onde residem as pessoas), no lar (grupo de pessoas que vivem sob o mesmo teto), no ambiente (ambiente físico e psicossocial imediatamente exterior a casa) e na comunidade (o grupo de pessoas identificadas como vizinhos pelos residentes)³¹. A salubridade no espaço habitacional e seu entorno fica comprometida em 12,6% dos domicílios no Brasil que, no ano de 2007, poderiam ser considerados em situação de pobreza (rendimento médio mensal per capita inferior a ½ salário mínimo). Novamente, essa proporção é desigual entre as regiões: 6,5% na Região Sul e 24,2% no Nordeste²³.

A maior parte dos idosos brasileiros (61%) coabita com familiares, como forma de suporte ou como alternativa à falta de recursos financeiros dos filhos para a manutenção de moradias próprias. Nesse âmbito há um longo percurso a ser trilhado para atingir a habitação saudável, que inclui a adequação de projetos arquitetônicos às limitações físicas e fisiológicas impostas pelo envelhecimento.

Condições de emprego e trabalho - a posição social e a desigualdade de renda encontram-se no eixo da determinação das condições de trabalho e, essas por sua vez, influenciam a situação de saúde do trabalhador e sua família. Há muitas evidências de que trabalhadores manuais são mais expostos a danos físicos e químicos quando comparados a administradores e profissionais liberais.

Para muitos aposentados, a necessidade de manter-se no mercado laboral pode estar relacionada à insuficiência dos proventos para cobrir as despesas do dia a dia, agravada pelo descuido com a saúde em certas atividades, especialmente àquelas com prolongadas e cansativas jornadas de trabalho. Nesses casos, parte dos recursos é absorvida para a aquisição de medicamentos.

Outra razão que posterga a aposentadoria é o desemprego, que interrompe o tempo de contri-

buição para a Previdência Social, dificultando o alcance dos requisitos atuais: idade e tempo de contribuição. Aqueles que não alcançam o segundo requisito encontram sérias dificuldades para ingressar no mercado de trabalho, distanciando-se cada vez mais de usufruir o direito à aposentadoria. Esse quadro agrava-se ainda mais ao se constatar que, em 2004, 65,4% das pessoas acima de 60 anos eram responsáveis pela família, com uma participação de mais da metade total da renda domiciliar em 53% dos domicílios¹⁵, refletindo o peso da contribuição dos idosos para a manutenção das despesas correntes e também a baixa disponibilidade de recursos para outras atividades, como lazer, expondo-os a maior risco de adoecimento. O impacto social dessa situação é maior, especialmente para aqueles que apresentam doenças ou algum grau de deficiência³²⁻³³, pela possibilidade de restringir a empregabilidade e, consequentemente, a renda potencial.

A desigualdade nas condições de emprego e trabalho na trajetória social das mulheres repercute no seu processo de envelhecimento, especialmente para aquelas oriundas da classe média, com histórico de participação limitada no mercado de trabalho, que contam com recursos financeiros insuficientes para desfrutar do tempo livre. Para essas, as desigualdades estruturais de renda e gênero afetam diretamente o acesso ao lazer. Entretanto, um grande contingente de idosas, muito superior ao de idosos, independente de classe social, tem descoberto nos chamados grupos de convivências da terceira idade oportunidades de experimentar novos modos de viver, que contribuem para aflorar sentimentos de maior satisfação, plenitude e autonomia.

Acesso a serviços de saúde – o sistema de saúde constitui um poderoso determinante intermediário na cadeia da produção social da saúde, especialmente pelo acesso universal, que permite tratar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidades, evitando que os indivíduos, especialmente os idosos com doenças crônicas, sejam forçados à pobreza pelos altos custos dos cuidados de saúde³⁴. Muitos avanços foram obtidos com programas como o Piso de Assistência Básica, o Programa Nacional de Imunização, o Programa de Alimentação e Segurança Nutricional e a Estratégia Saúde da Família. Contudo, as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde ainda persistem. Estudo de Ribeiro et al.³⁵ constatou maior dificuldade para aqueles com pior nível socioeconômico. Para os usuários do SUS, a falta de acesso aos serviços de saúde foi maior, embora 11,2% dos indivíduos

com cobertura por planos de saúde também não tenham conseguido ser atendidos no mesmo período de referência. No entender dos autores, os problemas de acesso não se restringem às características socioeconômicas dos indivíduos, refletindo também problemas de oferta e organização dos serviços de saúde. A associação inversa encontrada entre renda e uso dos serviços de saúde, evidenciou que as desigualdades sociais afetam tanto os adultos quanto os idosos³⁶. Os resultados reafirmam que a exclusão social em saúde, definida como a falta de acesso de indivíduos ou grupos aos bens, serviços e oportunidades em saúde desfrutados por outros indivíduos ou grupos da sociedade¹⁷, está relacionada também à estrutura e organização dos sistemas de saúde e não somente aos efeitos da globalização, à pobreza, à perda de empregos e trabalhos informais e às desigualdades na distribuição da renda.

3. Redes sociais e comunitárias

As redes sociais e comunitárias constituem o capital social, entendido como o conjunto das relações sociais caracterizadas por atitudes de confiança e comportamento de cooperação e reciprocidade³⁷. As redes sociais são formadas por amigos, parentes e vizinhos, grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes recreativos, os quais possibilitam que os grupos de pessoas estabeleçam as relações de solidariedade e confiança, que caracterizam o capital social.

O empobrecimento do capital social tem sido apontado como um determinante social da saúde, incluído no modelo de Dahlgren e Whitehead⁷, o qual atua sobre o estilo de vida, sendo tão nocivo como o fumo, a hipertensão, a obesidade e o sedentarismo, fatores que influenciam diretamente as condições de saúde do indivíduo³⁸. O desgaste dos laços de coesão social em sociedades não equitativas tem explicado em grande medida por que sua situação de saúde é inferior à de sociedades em que as relações de solidariedade são mais desenvolvidas.

Para muitas pessoas, em especial as idosas, as redes constituem o único recurso disponível para aliviar as cargas da vida cotidiana e aquelas que provêm da enfermidade.

Entretanto, o idoso estando debilitado tende a enfraquecer a interação e os contatos afetivos e a colocar em risco o apoio social recebido, que se sustenta numa relação de reciprocidade. Dessa forma, as doenças e incapacidades do idoso podem contribuir para o isolamento social por limitar a sua participação na comunidade. A rede social reduzida, por sua vez, pode exacerbar a

incapacidade original ou impor novas limitações no estilo de vida do idoso.

4. Comportamentos e estilos de vida

No modelo de Dahlgren e Whitehead⁷, os comportamentos e estilos de vida são considerados como determinantes proximais, por serem modificáveis pelos indivíduos. Entre aqueles com maior influência sobre a saúde dos idosos, destacam-se a dieta pouco saudável, a falta de atividade física, o tabagismo e o abuso do álcool. Esses fatores de risco modificáveis explicam parcialmente o perfil epidemiológico das doenças não-transmissíveis - as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias -, que estão entre as principais causas de morte dos idosos brasileiros. Por sua vez, esses fatores manifestam-se através de outros de risco intermediário, como hipertensão, hiperglicemia, hipercolesterolemia, sobrepeso e obesidade e também são determinados por condições demográficas, sociais, culturais, políticas e econômicas, como a pobreza, a urbanização, a globalização, e a estrutura e dinâmica da população¹⁷.

Em relação aos hábitos alimentares da população, constata-se um consumo crescente de alimentos elaborados, leite, cereais refinados, carnes e açúcar e um consumo cada vez menor de frutas, verduras, legumes, grãos inteiros e cereais. Os efeitos desses hábitos puderam ser constatados em inquéritos domiciliares que revelaram o crescimento acelerado de sobrepeso e obesidade, especialmente em estratos sociais de menor renda³⁹⁻⁴⁰. O baixo custo de alimentos altamente calóricos torna-os mais acessíveis a grupos economicamente desfavorecidos, indicando que a obesidade pode ser um marcador social da carência nutricional. Outros estudos revelam que o padrão inadequado de consumo alimentar é também fortemente influenciado pela menor escolaridade e moradia na zona rural⁴¹⁻⁴².

Entre os idosos brasileiros, Campos et al.²⁷ encontraram uma prevalência de 32,3% de sobrepeso e de 11,6% de obesidade. Para as mulheres, a chance de sobrepeso foi 1,32 vezes maior e de obesidade, 4,11. Os idosos portadores de doenças crônicas apresentaram maior risco de alterações do estado nutricional. Com base nos resultados, os autores concluíram que o excesso de peso, e não a desnutrição, constitui o principal problema nutricional da população idosa brasileira.

As mudanças provocadas pela urbanização atingiram o padrão alimentar e também a atividade física. O deslocamento do trabalho manual

e agrícola para o setor serviços, o transporte motorizado e a automação -, inclusive nos domicílios -, são alguns exemplos de fatores que contribuíram para estilos de vida sedentários.

No Brasil, estimou-se que mais de dois terços da população não realizam atividade física nos padrões recomendados para beneficiar a saúde. A participação nessas atividades é menor nas mulheres que nos homens; maior nas pessoas com mais renda, e diminui à medida que avança a idade, em ambos os sexos⁴³. Estimou-se também que aproximadamente dois terços das mortes prematuras e um terço da carga total de morbidade dos adultos podem estar ligadas a condições ou comportamentos que se iniciaram na juventude¹¹. Sendo assim, a manutenção da saúde requer o enfoque de “curso de vida” relativo a comportamentos e estilo de vida, com início na gestação para proteger o feto e incorporação na infância, mantendo-os até a velhice.

Outro fator de risco modificável é o consumo de tabaco, responsável por 45% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das mortes por câncer. Especificamente em relação ao câncer de pulmão, 90% dos casos ocorrem em fumantes, com uma mortalidade 15 vezes maior do que entre os não-fumantes⁴⁴.

Nos idosos foi encontrada uma prevalência de 31,4% de fumantes entre os homens e 10,3% entre as mulheres em estudo realizado por Peixoto et al.⁴⁵ em Minas Gerais. A escolaridade igual ou superior a oito anos mostrou-se protetora tanto para homens quanto para mulheres.

O consumo abusivo do álcool é considerado um fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, doenças hepáticas, doenças cerebrovasculares, determinados tipos de câncer, acidentes de trânsito e violência, além de gerar impactos psicossociais³⁴. Em Pelotas/RS, o consumo pesado de álcool (>30g/dia) apresentou uma prevalência de 14,3%, sendo 10 vezes maior entre os homens. A idade entre 60-69 anos revelou um consumo 2,5 vezes maior do que a idade entre 20-29 anos. A cor da pele preta ou parda, a classe social E e os grandes fumantes também apresentaram associação com consumo pesado na análise multivariada⁴⁶.

Mudanças nos hábitos alimentares, na atividade física, no consumo do fumo e álcool no curso da vida poderiam contribuir para a redução das taxas de doenças crônicas. Contudo, é necessário considerar também a intervenção sobre os

determinantes intermediários e distais que condicionam os comportamentos e os estilos de vida.

Considerações finais

Neste texto adotamos o modelo de Dahlgren e Whitehead para contribuir com a compreensão do impacto dos determinantes sociais na saúde do idoso, abrindo pontos de acesso para a escolha de intervenções políticas e assistenciais necessárias à redução das iniquidades em saúde.

No nível da macrodeterminação, as mudanças demográficas aceleradas, ocorridas nas décadas recentes no país, levaram a um crescimento sem precedentes da população idosa. Esse fenômeno desencadeia o aumento da ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis, que geralmente se expressam na velhice, como reflexos das condições socioeconômicas. O processo de urbanização agravou a pobreza e a exclusão social e contribuiu para a persistência nas desigualdades de renda. Em médio prazo, poderá haver impactos sobre a situação previdenciária, ameaçando os idosos de tornarem-se dependentes de programas de transferência de renda. Nessa situação, a insuficiência financeira poderá comprometer os cuidados com a saúde.

No nível intermediário, situam-se as condições de vida e trabalho. Nesse âmbito, a educação deficitária da população idosa atual e de considerável parcela de jovens e adultos poderá representar um desafio para as ações de educação em saúde, requerendo novas e criativas estratégias para o sucesso das mudanças de comportamento e estilo de vida que influenciam diretamente a ocorrência de doenças crônicas. Outro aspecto preocupante é a transição dos padrões de consumo alimentar, decorrente do processo de urbanização/industrialização, que está na linha da determinação das doenças crônicas pelo aumento na prevalência do sobrepeso e da obesidade. O comprometimento da salubridade e dos padrões arquitetônicos no espaço habitacional integra também a linha de determinação da saúde do idoso brasileiro, que se mantém como responsável pela família, com uma participação expressiva na renda domiciliar. Em decorrência, muitos idosos se veem compelidos a postergar a aposentadoria por lacunas no tempo de contribuição, impostas pelo desligamento temporário

do trabalho formal, ou devido à insuficiência de proventos para as despesas cotidianas, o que pode afetar o cuidado com a saúde, especialmente daqueles que se deparam com dificuldade de acesso ao sistema de saúde. Essa situação é particularmente mais grave em algumas regiões do país onde a iniquidade na distribuição da renda expõe uma significativa parcela de idosos ao compartilhamento de lares com rendas per capita insuficientes para o atendimento das necessidades básicas do indivíduo. Consequentemente, reduz-se a disponibilidade financeira para o lazer, aumentando o risco de adoecimento e diminuindo a qualidade de vida.

No nível intermediário estão também as redes sociais e comunitárias que se encontram empobrecidas. A fragilidade de saúde e as incapacidades impostas pelo envelhecimento tendem a enfraquecer a interação social e a participação comunitária dos idosos, com riscos de isolamento social e limitações no estilo de vida. As mulheres, no entanto, num movimento de superação de desigualdades de gênero, encontram nos grupos de convivência da terceira idade um antídoto para a solidão, o sedentarismo e a falta de entretenimento, assegurando melhores padrões biológicos e sociais para o envelhecimento saudável.

No nível proximal, situam-se os comportamentos e estilos de vida. Entre aqueles com maior influência sobre a saúde dos idosos, destacam-se a dieta pouco saudável, a falta de atividade física, o tabagismo e o abuso do álcool, que determinam diretamente a ocorrência das doenças não transmissíveis.

Assim, circunstâncias sociais e econômicas determinam condições de vida e trabalho desiguais - com acesso diferenciado aos alimentos, à habitação, à educação, entre outros aspectos - influenciando na construção do capital social e dos comportamentos e estilos de vida, que expõem os indivíduos a diferentes exposições e vulnerabilidades. Nessa linha da produção social da saúde, os idosos apresentam desigualdades em saúde, que geram maiores demandas de assistência para o tratamento de doenças crônicas e deficiências. Para eles, a equidade requer ação sobre os determinantes sociais da saúde na perspectiva do "curso da vida", com ações multissetoriais e em todas as etapas do ciclo vital, já que o estado de saúde individual é um marcador de suas posições sociais no passado.

Referências

1. Tarlov A. Social determinants of health: the socio-biological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. *Health and social organization*. London: Routledge; 1996. p. 71-93.
2. World Health Organization (WHO). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneve: Commission on Social Determinants of Health; 2007.
3. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis -Rev Saude Coletiva* 2007; 17(1):77-93.
4. World Health Organization (WHO). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Genebra: Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2005. (Versão preliminar).
5. Almeida Filho N, Kawaki I, Pellegrini Filho A, Dachs JN. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health* 2002; 93(12):2037-2043.
6. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J epidemiology* 2001; 55(10):693-700.
7. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
8. Health Canada. *Determinants of Health*. Health Canada: Population and Public Health Branch AB/NWT; 2002. (Slide presentation)
9. Marmot M, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd edition. Copenhagen: World Health Organization (WHO); 2003.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais 2004*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2004.
11. Banco Mundial. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 2009: a geografia econômica em transformação – visão geral*. Washington: Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento, Banco Mundial; 2009.
12. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA). *O Estado de uma nação*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA); 2005.
13. Ramos L, Ferreira V. *Geração de empregos e realocação espacial no mercado de trabalho brasileiro: 1992–2002*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA); 2004.
14. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA). *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA); 2005.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais, 2005*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2006.
16. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNDU). *Relatório de desenvolvimento humano 2007-2008*. New York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNDU); 2007.
17. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). *Saúde nas Américas 2007*. Washington: Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)/OMS; 2007. v. I – Regional. (Publicação Científica e Técnica No. 622).
18. Brasil. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Brasília: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS); 2008.
19. Turra CM, Queiroz BL. *Before it's too late: demographic transition, labour supply and social security problems in Brazil*. United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. Divisão de População. México; 2005.
20. Brito F. *A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFGM; 2007. (Texto para Discussão nº 318).
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censos demográficos (1940-2000)*. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2004.
22. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(4):241-247.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2008.
24. Barbosa AR, Souza JM, Lebrão ML, Fátima NMM. Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo. *Rev Assoc Med Brás* 2007; 53(1):75-79.
25. Barreto SM, Passos VM, Lima-Costa MF. Obesity and underweight among Brazilian elderly: the Bambuí Health and Aging Study. *Cad Saude Publica* 2003; 19(2):605-612.
26. Cunha AS, Sichieri R. Trends in underweight, overweight and body mass index among elderly population of Brazil. *J Nutr Health Aging* 2007; 11(1):15-19.

27. Campos MAG, Pedrosa ERP, Lamounier JÁ, Colsoimo EA, Abrantes MM. Estado Nutricional e Fatores Associados em Idosos. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(4):214-221.
28. Apovian CM, Frey CM, Wood GC, Rogers JZ, Still CD, Jensen GL. Body mass index and physical function in older women. *Obes Res* 2002; 10(8):740-747.
29. Bannermann E, Miller MD, Daniels LA, Cobiack L, Giles LC, Whitehead C, Andrews GR, Crotty M. Anthropometric indices predict physical function and mobility in older Australians: the Australian Longitudinal Study of Ageing. *Public Health Nutr* 2002; 5(5):655-662.
30. Ferrucci L, Pennix BWJH, Leveille SG, Corti MC, Pahor M, Wallace R. Characteristics of nondisabled older persons who perform poorly in objective tests of lower extremity function. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(9):1102-1110.
31. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). *Vivenda saludable: reto del milenio en los asentamientos precarios de América Latina y el Caribe*. Guía para las autoridades nacionales y locales. Washington: Organización Pan-americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS); 2005.
32. Caldas C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3): 733-781.
33. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3): 861-866.
34. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). *Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde*. Washington, DC: Organização Pan-americana da Saúde (OPAS); 2007.
35. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):1011-1122.
36. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):941-950.
37. Ocampo JA. Capital social y agenda del desarrollo. In: Átria R, Siles M, Arriagada I, compiladores. *Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: En busca de un nuevo paradigma*. Michigan: United Nations Publications; 2003. p. 25-32.
38. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):925-934.
39. Monteiro CA, Benício MHDA, Popkin BM. Economic and cultural education predictors of overweight in urban and rural Brazilian women. *Rev Bras Nutr Clin* 2000; 15(2):253-260.
40. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003 *Am J Public Health* 2007; 97(10):1808-1812.
41. Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saude Publica* 2005; 21(Supl. 1):19-24.
42. Sichieri R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl. 1):S47-S53.
43. Jacoby E, Bull F, Neiman A. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas [editorial]. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 14(4): 223-225.
44. Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer (INCA); 2006.
45. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Rev Saude Publica* 2005; 39(5):746-753.
46. Dias-da-Costa J, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB, Gigante DP, Olinto MTA, Macedo S. Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica* 2004; 38(2):45-54.

Artigo apresentado em 25/10/2009

Aprovado em 21/02/2010

Versão final apresentada em 15/03/2010