

Roberta Stancioli Marinho Costa

Arranjos domiciliares e a utilização de serviços de saúde dos idosos brasileiros

Belo Horizonte, MG
UFMG/Cedeplar
2012

Roberta Stancioli Marinho Costa

Arranjos domiciliares e a utilização de serviços de saúde dos idosos brasileiros

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. Simone Wajnman

Co-orientador: Prof. Cássio Maldonado Turra

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2012

Folha de Aprovação

Aos amigos que fiz no CEDEPLAR.

AGRADECIMENTOS

O mestrado chegou ao fim, deixando muitas lembranças boas e a certeza de que tudo valeu a pena. Se hoje me sinto feliz e realizada, foi porque pude contar com o apoio de pessoas muito especiais, durante toda esta trajetória.

Agradeço aos meus pais, Célio e Silvana, e ao meu irmão Bruno, por serem essenciais em minha vida.

Ao Arthur, pelo apoio e carinho.

Aos meus muitos e queridos amigos, em especial ao Marcos, pela paciência e amizade verdadeira.

À HMB Saúde, Eprimecare e Mater Dei por terem me ajudado a crescer como profissional.

Ao Léo e à Carla pelo incentivo e coragem.

À coorte 2010, professores, funcionários e amigos do CEDEPLAR, que não foram poucos, mas tenho que ressaltar a grande força recebida da Maira. À Bruna, Charles, Marília e Tati por tornarem esses anos menos sofridos e mais alegres.

À Simone, minha orientadora e ao Cássio, co-orientador, pelo profissionalismo, pelos comentários sempre pertinentes e sábios e por terem despertado em mim um imenso carinho pela Demografia.

Por fim, agradeço a Deus, por ter colocado todos vocês em minha vida e por me dar inspiração e força para seguir sempre em frente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Acquired immune deficiency syndrome

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Atividade de vida diária

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CEDEPLAR – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional

HVI – Human immunodeficiency virus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2. ARRANJO DOMICILIAR DOS IDOSOS	16
2.1 Antecedentes: Uma breve contextualização dos arranjos domiciliares de idosos no mundo e no Brasil.....	16
2.2 Arranjo domiciliar do idoso e seu bem estar	19
2.3 Corresidência: necessidade ou preferência?	22
2.4 Determinantes dos arranjos domiciliares dos idosos	25
2.4.1 Fatores demográficos	25
2.4.2 Fatores socioeconômicos	27
2.4.3 Fatores de saúde	28
3. SAÚDE DOS IDOSOS	30
3.1. As relações de causalidade e as interrelações entre saúde e arranjos domiciliares dos idosos	34
4. FONTE DE DADOS E ASPECTOS METODOLÓGICOS	42
4.1. Fonte de dados: PNAD	42
4.2 Variáveis selecionadas	43
4.3 Descrição da amostra	45
4.4 Modelos utilizados	48
5. RESULTADOS	50
6. CONCLUSÃO	61
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 – EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DOS DOMICÍLIOS DE ACORDO COM ARRANJOS DOMICILIARES DOS IDOSOS NOS PERÍODOS DE 1985, 1995 E 2005, BRASIL	18
FIGURA 1 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA RESIDINDO SOZINHA, BRASIL, 1978, 1988, 1998, 2008.....	19
FIGURA 2 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA RESIDINDO SOZINHA OU COM	19
OUTRO (S) IDOSO (S), BRASIL, 1978, 1988, 1998, 2008.....	19
TABELA 02 – DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS, SEGUNDO SEXO E ARRANJO DOMICILIAR. BRASIL, 2008.....	45
TABELA 03- DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO ARRANJO DOMICILIAR E DIVERSAS CARACTERÍSTICAS, POR SEXO. BRASIL, 2008.....	47
TABELA 04 –CARACTERÍSTICAS DOS IDOSOS QUE CORRESIDIAM COM OUTROS INDIVÍDUOS, POR SEXO. BRASIL, 2008.....	48
QUADRO 1- SEQUÊNCIA DE MODELOS ESTIMADOS PARA A ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR ARRANJO DOMICILIAR DOS IDOSOS.....	49
QUADRO 2- SEQUENCIA DE MODELOS ESTIMADOS PARA A ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA OS IDOSOS QUE CORRESIDIAM COM OUTROS INDIVÍDUOS	49
TABELA 05 – RESULTADOS DO MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA (OR) PARA ANÁLISE DO EFEITO DAS CARACTERÍSTICAS APRESENTADAS SOBRE A REALIZAÇÃO DE CONSULTA DE MÉDICA ENTRE IDOSOS QUE MORAM SÓ X IDOSOS QUE MORAM COM OUTROS.....	52
TABELA 06 – RESULTADOS DO MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA (OR) PARA ANÁLISE DO EFEITO DAS CARACTERÍSTICAS	

APRESENTADAS SOBRE A OCORRÊNCIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ENTRE IDOSOS QUE MORAM SÓ X IDOSOS QUE MORAM COM OUTROS	53
TABELA 07 – RESULTADOS DO MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA (OR) PARA ANÁLISE DO EFEITO DAS CARACTERÍSTICAS APRESENTADAS SOBRE A REALIZAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA ENTRE OS IDOSOS QUE MORAM COM OUTROS INDIVÍDUOS	55
TABELA 08 – RESULTADOS DO MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA (OR) PARA ANÁLISE DO EFEITO DAS CARACTERÍSTICAS APRESENTADAS SOBRE A OCORRÊNCIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ENTRE OS IDOSOS QUE MORAM COM OUTROS INDIVÍDUOS	56
TABELA 09 – RESULTADOS DO MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA (OR) PARA ANÁLISE DO EFEITO DAS CARACTERÍSTICAS APRESENTADAS SOBRE O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA NO DOMICÍLIO ENTRE IDOSOS QUE MORAM SÓ X IDOSOS QUE MORAM COM OUTROS	58
TABELA 10 – RESULTADOS DO MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA (OR) PARA ANÁLISE DO EFEITO DAS CARACTERÍSTICAS APRESENTADAS SOBRE O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA ENTRE OS IDOSOS QUE MORAM COM OUTROS INDIVÍDUOS	60

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo medir a associação entre arranjos domiciliares e uso de serviços de saúde, controlando as estimativas por fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde. Os dados utilizados foram retirados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) referente ao ano de 2008. Três formas de utilização dos serviços de saúde foram levadas em consideração: consulta médica, internação hospitalar e atendimento de emergência no domicílio, no período de referência. Foram utilizados modelos de regressão logística multivariada para cada tipo de serviço de saúde e construídas duas sequências de modelos: uma comparou a utilização de serviços de saúde entre idosos que viviam sós em relação aos idosos que viviam com alguém, e outra comparou a utilização de serviços de saúde apenas entre os idosos que coresidiam com outros indivíduos. Os resultados sugerem forte diferencial entre os sexos nas distribuições das características demográficas, socioeconômicas e de saúde, assim como na utilização dos serviços. Além disso, os resultados sugerem que morar sozinho não diferencia o idoso para realização de consulta médica ou internação hospitalar, mas sim para atendimento de emergência no domicílio. Porém, entre os idosos que não vivem sozinhos, vários fatores interferem na probabilidade de utilizar os serviços de saúde. Idosos que coresidem apenas com idosos possuem maior chance de utilizar os serviços de saúde de forma adequada. Surpreendentemente, coresidir com adultos, supostamente os filhos dos idosos, não oferece proteção para os mesmos, no que diz respeito à utilização de serviços de saúde.

Palavras-chave: idoso, arranjo domiciliar, serviço de saúde.

ABSTRACT

The present study verifies the association between living arrangements and healthcare utilization, controlling estimation by demographic and socioeconomic factors and health conditions. The database used is that of PNAD 2008. Three ways of utilization of the healthcare were taken into account: medical appointment, hospitalization and emergency assistance at home in the period of reference. Models of multivariate logistic were used to each kind of health service: one has compared the utilization of health services between elders who lived by themselves with those who lived with other people, and the other model compared the utilization of health services only between elders which are co-residents with someone else. The result reveals a significant sex difference, not only in the characteristics of the arrangements and health conditions, but also in the usage of services. Besides, results suggest that living alone does not differentiate to the elder regarding medical appointment or hospitalization, but emergency assistance at home. Among the elders who do not live alone, several factors interfere in the probability of using health services. Living arrangements with elders-only have a greater chance to use health services in a appropriated way. Surprisingly, living with adults, supposedly the elders' children, does not offer protection regarding the utilization of health services.

Keywords: Elder, living arrangement, health services.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia, desde a década de 1940, o processo de transição demográfica, que é resultado tanto da queda acentuada da mortalidade, iniciada no pós guerra, quanto do rápido e sustentado declínio da fecundidade no país, que teve início em meados dos anos sessenta. Esse processo tem como consequência a estabilização das taxas de mortalidade e fecundidade em níveis baixos, resultando no envelhecimento populacional (GARCIA E CARVALHO, 2003). Um dos resultados dessa dinâmica é, segundo a Organização Mundial de Saúde, que o Brasil será o sexto país do mundo, até 2025, em número de idosos. Entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu o equivalente a 7,3 milhões de pessoas, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000 (WHO, 2005). O acelerado processo de envelhecimento da população brasileira pode ser evidenciado, por exemplo, pelas informações das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio, que indicam que a população idosa (de 60 anos de idade ou mais) aumentou 12% entre 2003 e 2006 (IBGE, 2009).

Porém, é importante ressaltar que existe uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e transição epidemiológica, sendo este caracterizado pela mudança do padrão de mortalidade da população, isto é, a mudança do perfil de mortalidade com maior prevalência de doenças infecciosas para a maior prevalência de doenças crônico-degenerativas (OMRAN¹, 2005). Assim, à medida que a população envelhece, ocorrem modificações, no longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte (CHAIMOWICZ, 1997). Portanto, esse processo de envelhecimento, ao trazer uma significativa mudança do perfil de morbidade da população, traz também consequências sérias para as demandas na área social (WAJNMAN, 2008). No entanto, ainda há grande falta de informação sobre a saúde dos idosos, suas particularidades e os desafios do

¹ OMRAN, A.R (2005. Primeira publicação em 1971).

envelhecimento populacional para a saúde pública no contexto social dos brasileiros (WHO, 2005).

Diante dessa rápida mudança na estrutura etária e no perfil de morbidade da população brasileira, muitos desafios a serem enfrentados pelo país são destacados atualmente, tais como o desequilíbrio fiscal na previdência social, a necessidade da redefinição da assistência à saúde para a população idosa e a importância da criação de redes sociais e suportes intergeracionais (WONG e CARVALHO, 2006). Entretanto, os arranjos domiciliares dos idosos, que permeiam nos dois últimos fatores citados, também merecem atenção e discussão imediata, pois representam mudanças demográficas importantes nas sociedades modernas.

As Nações Unidas identificaram os arranjos domiciliares das pessoas idosas como uma das preocupações mais urgentes do envelhecimento populacional (LAU e KIRBY, 2009). O aumento da probabilidade de se viver sozinho tem sido uma das mudanças mais marcantes na demografia nas últimas décadas e a tendência é de que no grupo de idosos aumente, cada vez mais, a probabilidade de viver sozinho (BENNETT e DIXON, 2006; VICTOR et al, 2000; MUTCHLER e BURR, 1991; STOCKMAYER, 2004). Sem dúvida, essa mudança gera muitas consequências, tais como a modificação do ambiente social em que os idosos vivem, assim como seus papéis na sociedade e a percepção das gerações de suporte no cuidado desses idosos (UNITED NATIONS, 2007).

É sabido que os arranjos domiciliares estão relacionados com a saúde. Pessoas que vivem em determinados tipos de arranjos apresentam melhor saúde em relação a pessoas que vivem em outros tipos (ROGERS, 1996; HUGHES e WAITE, 2002). Além disso, também já é conhecido que os problemas e o uso de serviços de saúde aumentam com a idade. (GORDILHO, 2000; VERAS, 2003, MINAS GERAIS, 2006, LIMA-COSTA, BARRETO & GIATTI, 2003, MMWR, 2003; PEIXOTO, 2004, LIMA-COSTA et al, 2007, VERAS e PARAHYBA, 2007). Pouco se sabe sobre qual suporte é necessário oferecer ou garantir aos idosos, de acordo com sua forma de coresidência. Independente de o arranjo domiciliar que o idoso pertença, é necessário oferecer apoio para que eles vivam os anos que lhes restam, de forma independente ou assistida, com dignidade e bem-estar

(CAMARGOS et al, 2011). Para isso, os desafios em lidar com uma população cada vez mais envelhecida que, por consequência da transição epidemiológica, demanda cada vez mais procedimentos e cuidados especializados e de alto custo, são enormes (WAJNMAN, 2008). Se nada for feito, os gastos com saúde tendem a sofrer significativo aumento, além da deterioração da qualidade de vida entre nossos idosos. Diante disso, torna-se fundamental conhecer melhor os diferentes arranjos domiciliares dos idosos e a forma como esses arranjos influenciam seus comportamentos. Os conhecimentos acerca de como os idosos vivem, comportam-se e utilizam os serviços de saúde permite o planejamento adequado do cuidado oferecido, isto é, o incentivo a cuidados preventivos e a redução de cuidados curativos, além de, sem dúvida, promover a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

O objetivo deste trabalho, portanto, é verificar a relação entre utilização de serviços de saúde pelos idosos brasileiros, e as formas de coresidência, controlando as estimativas por todos os outros fatores que também influenciam a utilização desses serviços, isto é, fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde.

Os dados utilizados foram retirados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008. A amostra selecionada para este trabalho constituiu-se de 39.346 idosos, isto é, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos de idade. Foram comparados, inicialmente, os idosos que moravam sozinhos com os que coresidiam com outros indivíduos. Posteriormente, apenas para esse último grupo, levou-se em consideração a presença ou não de cônjuge, ser ou não pessoa de referência do domicílio e o tipo de coresidência (coresidir apenas com idoso, apenas com adulto, apenas com criança ou com adulto e criança ao mesmo tempo). Com base nas informações disponíveis na PNAD, três formas de utilização dos serviços de saúde foram consideradas: consulta médica, internação hospitalar e atendimento de emergência no domicílio, nos últimos doze meses. Entendeu-se que a consulta médica representa cuidado preventivo, ao passo que a internação hospitalar e o atendimento de emergência no domicílio foram considerados cuidados curativos.

Este trabalho é composto, além desta introdução, por dois capítulos que abordam a revisão e discussão da literatura, um capítulo sobre fonte de dados e aspectos metodológicos, seguido do capítulo no qual são apresentados os resultados e por fim, o capítulo de conclusão.

2. ARRANJO DOMICILIAR DOS IDOSOS

2.1 Antecedentes: Uma breve contextualização dos arranjos domiciliares de idosos no mundo e no Brasil

Um estudo realizado pelas Nações Unidas (2005) analisou os padrões e tendências nas condições de vida dos idosos no mundo, utilizando dados de 130 países. Os resultados encontrados sugeriram que as condições de vida dos idosos variam consideravelmente entre países e regiões com diferentes níveis de desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, o arranjo mais comum é idoso e cônjuge no domicílio, seguido da vida independente, ou seja, o idoso vivendo sozinho. Viver com filhos é o tipo mais comum de arranjo domiciliar entre os idosos que vivem em países em desenvolvimento, sendo que em países com altas taxas de infecção pelo vírus HIV/SIDA a proporção de idosos vivendo com netos, na ausência da geração intermediária, tem aumentado.

Kautz et al (2010) avaliaram a relação entre HIV/AIDS e o apoio para idosos dependentes na África. Três desfechos foram investigados, a partir de medidas de arranjos domiciliares de idosos: idosos sozinhos, idosos com crianças de até 10 anos de idade e adultos em idade produtiva residindo com idosos. O aumento da mortalidade por AIDS foi associado a um aumento de 1,53% na proporção de idosos que vivem sós, 0,42% dos idosos que vivem com crianças na falta de uma geração intermediária e a uma diminuição de 0,07% na mortalidade por AIDS, quando havia adultos corresidentes com idosos. Esses resultados corroboram a hipótese de que a epidemia de AIDS pode ser a responsável por um grande número de idosos africanos que vivem sozinhos, sem apoio ou que precisam cuidar das crianças, na ausência da geração intermediária (KAUTZ et al, 2010).

Entre os achados do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE), na maioria das cidades pesquisadas, com exceção de Havana (Cuba) e da Cidade do México (México), o principal arranjo observado entre os idosos foi o casal sem outras pessoas corresidentes. Idosos

que moravam sozinhos ocuparam o segundo lugar em três das sete cidades (Buenos Aires, Bridgetown e Montevideu). Em São Paulo (Brasil), Santiago (Chile) e Havana, esse arranjo ocupou o terceiro posto, ficando na quinta posição apenas na Cidade do México, onde se observou uma maior proporção de corresidentes (DUARTE et al, 2005).

No Brasil, o número de idosos que moram sozinhos está crescendo consideravelmente. A TAB.1 ilustra a evolução dos arranjos domiciliares de idosos brasileiros, nos períodos de 1985, 1995 e 2005, de acordo com dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD). É possível observar a tendência de crescimento nos arranjos nos quais idosos vivem sozinhos ou com outro idoso, destacando o aumento de idosas que vivem sozinhas. A figura 1 ilustra a evolução da proporção da população idosa vivendo sozinha ou com apenas outro idoso, de acordo com os dados das PNADs de 1978, 1988, 1998 e 2008. Através desses dados, é possível observar que a proporção de domicílios unipessoais de idosos aumentou significativamente no período e os domicílios formados por casais de idosos passaram a representar grande parte do total de arranjos nos quais se inserem os idosos brasileiros.

Essa tendência de nuclearização dos arranjos domiciliares com idosos é, sem dúvida, uma indicação da demanda por cuidados que esses indivíduos irão necessitar (WAJNMAN, 2008). Segundo a autora, as alterações nos arranjos domiciliares são, ao mesmo tempo, causa e consequência das mudanças demográficas. A responsabilidade de proteção social dos idosos brasileiros que, até então, era papel das famílias, assim como a principal fonte da assistência dessa população, tende a ser enfraquecida por essa tendência de nuclearização das famílias, adicionando, assim, maior complexidade às novas demandas de políticas sociais (SAAD, 1997; GORDILHO et al, 2000; RAMOS, 2003; WAJNMAN, 2008, CAMARANO et al, 2010). Além disso, as mudanças nas estruturas das famílias, provocadas pelas mudanças nos padrões de mortalidade, fecundidade, nupcialidade, pelo aumento dos divórcios e pela presença de famílias alternativas, assim como a exigência pela reestruturação dos serviços de saúde, devido à mudança do perfil de morbidade, afetam diretamente o equilíbrio entre a necessidade dos indivíduos e a disponibilidade real de cuidados

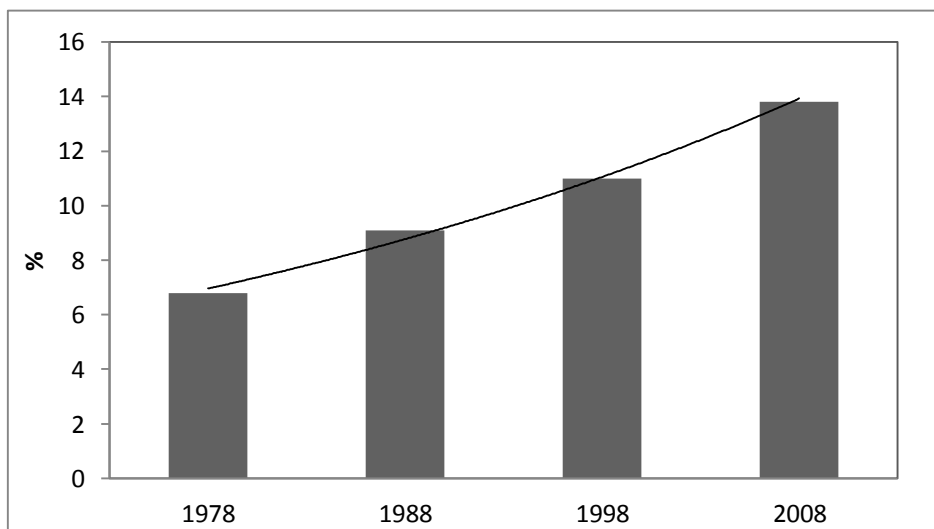
(GRUNFELD et al, 1997; GORDILHO et al, 2000; RAMOS, 2003; KARSCH, 2003; DUARTE et al, 2005).

TABELA 1 – Evolução da proporção dos domicílios de acordo com arranjos domiciliares dos idosos nos períodos de 1985, 1995 e 2005, Brasil

Categorias	1985	1995	2005
Casal idoso morando sozinho	13,7	14,9	16,6
Casal idoso + outros parentes	3,3	3,4	3,4
Idoso sozinho	4,1	4,6	5,6
Idoso + outros parentes	0,7	0,7	0,7
Idosa sozinha	8,7	10,6	11,6
Idosa + outros parentes	4	4,3	4,6
Casal idoso com filhos	22,3	19,5	16,7
Casal idoso com filhos + outros parentes	10,3	10,6	9,7
Idoso com filhos	2	2	2
Idoso com filhos + outros parentes	1,3	1,3	1,3
Idosa com filhos	7,3	7,9	8,7
Idosa com filhos + outros parentes	5,5	6,8	8
Homem solteiro com parente idoso	2,1	1,7	1,5
Mulher solteira com parente idoso	3,3	3,2	3,5
Casal não idoso com parente idoso	11,4	8,5	6,2

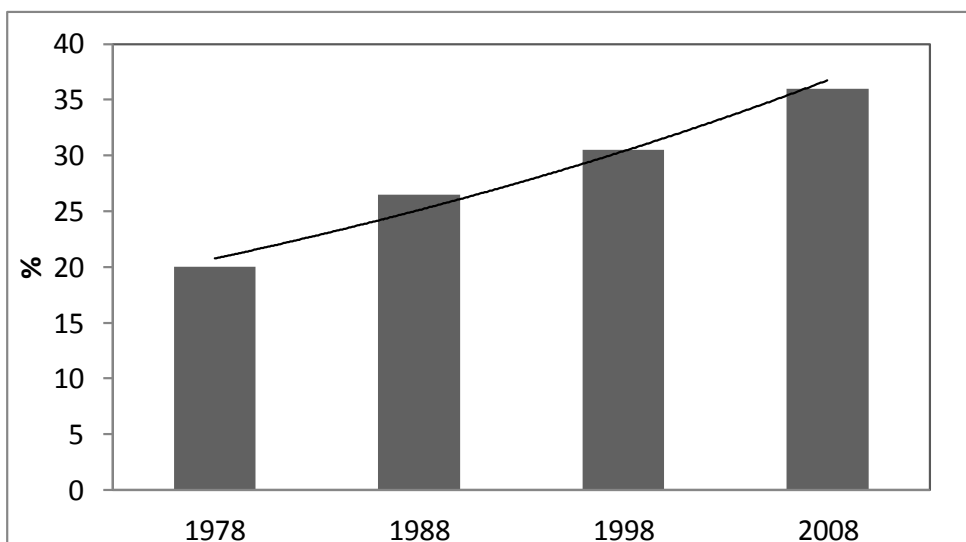
Fonte: Paulo, Maira Andrade, 2008. Dados PNADs de 1985, 1995 e 2005.

FIGURA 1 – Proporção da população idosa residindo sozinha, Brasil, 1978, 1988, 1998, 2008



Fonte: Wajnman, 2008

FIGURA 2 – Proporção da população idosa residindo sozinha ou com outro (s) idoso (s), Brasil, 1978, 1988, 1998, 2008



Fonte: Wajnman, 2008

2.2 Arranjo domiciliar do idoso e seu bem estar

O bem estar do idoso e o seu cuidado relacionado à saúde depende dele, ou seja, de suas características individuais tais como idade, sexo, escolaridade, renda e auto avaliação de saúde, mas também do grupo no qual ele está inserido (CORRÊA, 2010). Esse grupo pode ser sua rede de apoio, sua família ou seu domicílio. No presente estudo o grupo relevante que se pretende estudar é o

domicílio no qual o idoso está inserido. A organização social de um ou mais indivíduos em uma estrutura física de habitação, isto é, o domicílio, corresponde aos seus arranjos domiciliares (MEDEIROS E OSÓRIO, 2001). Becker (1981), em sua famosa obra, define domicílio como uma pequena fábrica: uma unidade de produção, na qual os indivíduos alocam tempo e seus recursos para produzir bens básicos, tais como alimentos, entretenimento, saúde, habilidades, procriação, residência, entre outros (BECKER, 1981).

Os arranjos domiciliares dos idosos são componentes críticos para um envelhecimento bem sucedido, pois os arranjos determinam o ambiente físico e social onde ocorre o envelhecimento (WILMOTH, 2002). Estudos indicam que os arranjos domiciliares estão estreitamente relacionados com a saúde dos idosos, sugerindo que o ambiente social formado especialmente pela coresidência pode ser fundamental para a definição das condições de saúde na velhice, pois a composição domiciliar é que rege os papéis e relações sociais nos quais os indivíduos encontram uma base diária de vida (ROGERS, 1996; WILMOTH, 2002; HUGHES e WAITE, 2002).

De acordo com De Vos e Holden (1988), uma das razões para se estudar os arranjos domiciliares dos idosos é que esse compartilhamento do espaço físico está fortemente relacionado ao compartilhamento de outros fatores. Quando indivíduos moram juntos, as chances de compartilhamento de rendimentos e cuidados também são maiores. Idosos que possuem baixo rendimento para compartilhar podem contribuir com a economia doméstica a partir da prestação de cuidados com as crianças e cuidados com a casa. Por sua vez, idosos menos capazes fisicamente, podem depender dos coresidentes para as atividades de vida diária, transporte, assistência médica e para cuidados domésticos (DE VOS E HOLDEN, 1988).

Em relação aos idosos em piores condições de saúde, portadores de demências ou outras doenças crônicas, que necessitam de auxílio total ou parcial

para as AVD² e AIVD³, os arranjos domiciliares compartilhados podem ser a alternativa mais eficiente para que esses idosos não se institucionalizem (MCGARRY, 1988; GRUNFELD et al, 1997). Além disso, a presença de outra pessoa em casa com o idoso diminui significativamente a probabilidade de ter um cuidador pago (MCGARRY, 1988). Os indivíduos que prestam cuidados aos idosos são substancialmente mais propensos a serem mulheres do que homens, independentemente da relação entre o cuidador e o destinatário do cuidado. Esse fato pode refletir a feminilização do envelhecimento, aumentando assim a responsabilidades das filhas (MCGARRY, 1988). Além disso, existe uma preferência por ser cuidado por alguém com quem se tenha intimidade (RAMOS, 2003). Certamente, o cônjuge é o cuidador mais provável, mas indivíduos casados também recebem a ajuda de filhos, bem como de cuidadores formais (MCGARRY, 1988). As horas destinadas aos cuidados variam substancialmente com o tipo de cuidador e de cuidado prestado, sendo que os cônjuges trabalham praticamente “*full time*” (MCGARRY, 1988; WOLF, 2004; GARRIDO e MENEZES, 2004; DIOGO et al, 2005). Na maioria das vezes, são esposas e filhas que vivem com os idosos que desempenham esse papel (MCGARRY, 1988; GRUNFELD et al, 1997; GORDILHO et al, 2000; GARRIDO e MENEZES, 2004; DIOGO et al, 2005; RICCI et al, 2005; CORRÊA, 2010). Além disso, os responsáveis pelos cuidados diretos aos idosos doentes ou dependentes que residem no mesmo domicílio e prestam os cuidados referentes às AVD, AIVD, também os acompanham e levam os idosos aos serviços de saúde (GORDILHO et al, 2000).

Dessa forma, os arranjos domiciliares são fundamentais na determinação do bem estar das pessoas que residem sob o mesmo teto e essas pessoas podem compartilhar bens, usufruir da renda, reduzir riscos econômicos, além de dar e receber cuidados e assistência à saúde (PAULO, 2008, WONG, 2009). Sem

² AVD é uma medida de função de independência funcional utilizada para os idosos e portadores de doenças crônicas. Foi desenvolvida por Sidney Katz, a partir de observações feitas em pacientes portadores de doenças prolongadas. É baseada na evolução da independência ou dependência funcional dos pacientes para banhar-se, vestir-se, ir ao toailete, realizar transferências, possuir continência e alimentar-se (KATZ, 1963).

³ AIVD é baseada na evolução da independência ou dependência dos pacientes de preparar refeições, fazer compras, administrar dinheiro, usar o telefone, realizar trabalhos domésticos, leves ou pesados (AVERY, SPEARE, LAWTON, 1989).

dúvida, torna-se relevante o estudo dos mesmos no contexto de saúde e do bem estar da população idosa.

2.3 Corresidência: necessidade ou preferência?

Com o envelhecimento populacional, a decisão sobre o arranjo domiciliar no qual se inserir nem sempre é uma opção do idoso, mas sim uma necessidade que a ele se impõe. O envelhecimento, nesse sentido, tem levado ao aumento da proporção de pessoas forçadas a viverem sozinhas (WONG e VEBRUGGE, 2009). Pessoas que vivem sozinhas podem ser divididas entre aquelas que escolheram viver sozinhas ou aquelas que foram forçadas a adotar este estilo devido circunstâncias da vida. Apesar de 84% das pessoas que vivem sozinhas dizerem que optaram por isso, quando perguntado em detalhes sobre as razões para viverem assim, uma proporção muito menor relata ter feito esta escolha em liberdade, ao invés da necessidade de se adaptarem a eventos adversos (LEWIS, 2005 apud BENNETT, J; DIXON, 2006). Por outro lado, Wong e Vebrugge (2009) avaliaram o isolamento social, acesso aos serviços de saúde, estratégias de enfrentamento dos idosos e preferência sobre os arranjos domiciliares de idosos chineses cingapurianos. Dentre os que escolheram viver sozinhos, estavam os que recusaram ofertas da família e os que preferiram evitar o contato social. Porém, a maior proporção (63%) dos idosos foi forçada a viver sozinha, porque ficaram de fora das redes familiares, nunca tiveram filhos ou foram afastados de seus filhos. Segundo os autores, apesar de a maioria ter sido forçada a viver sozinha, atualmente, os idosos preferem esse tipo de arranjo.

Uma alternativa de moradia e cuidados para os idosos, seja por opção ou não, são as instituições de longa permanência. Os tipos de arranjos domiciliares dos idosos e sua saúde podem influenciar fortemente a admissão nessas instituições. Existe uma forte correlação entre a probabilidade de admissão em instituições de longa permanência, a deterioração da saúde e a falta de alternativa disponível, ou seja, a dificuldade encontrada para se obter um cuidado domiciliar

aceitável, isto é, indisponibilidade de parentes que corresidam com o idoso (MCGARRY, 1988).

Kasper et al (2010) avaliaram se a influência da estabilidade dos arranjos domiciliares e das mudanças nos mesmos sobre o momento e a admissão da população idosa em casas de repouso nos EUA. De acordo com os resultados, diferentes arranjos acarretam riscos diferentes para a institucionalização do cuidado com os idosos. Idosos que viviam continuamente sozinhos ou com outros idosos apresentaram maior risco, enquanto idosos que viviam continuamente com cônjuge ou com filhos apresentaram menor risco de institucionalização. Além disso, Mutchler e Burr (1991) sugeriram que mudanças na composição dos arranjos domiciliares são fatores protetores contra o momento e a admissão em lar de idosos entre os norte americanos. Entre solteiros com idade superior a 55 anos, especialmente entre os que viviam sozinhos, os recursos econômicos foram importantes no processo de escolha do arranjo domiciliar, mas a condição de saúde foi a que dominou a decisão de entrar ou não em uma instituição de longa permanência (MUTCHLER e BURR, 1991).

De acordo com as Nações Unidas (2005), em geral, os níveis de institucionalização tendem a ser muito baixos em países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, a instituição tornou-se uma opção para aqueles idosos que têm dificuldade de autocuidado ou que precisam de serviços médicos especializados. Na maioria dos países, o nível de institucionalização é maior para mulheres do que para os homens. Além disso, as chances de viver em uma instituição são também substancialmente maiores para os idosos solteiros do que para aqueles que têm um cônjuge, uma vez que, como mostram estudos em países desenvolvidos, o cônjuge é, muitas vezes, o cuidador principal para as pessoas idosas que são incapazes de se gerirem por conta própria. Assim, idosas que não possuem cônjuge apresentam um risco maior de entrar numa instituição quando elas precisam de cuidados. A maior probabilidade das mulheres de ficarem viúvas é, portanto, a razão principal para a sua maior probabilidade de institucionalização. (UNITED NATIONS, 2005).

Dessa forma, mudanças nos arranjos domiciliares dos idosos podem ter implicações políticas consideráveis tanto para os países desenvolvidos quanto

para os países em desenvolvimento. Muitos países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda enfrentam o desafio de fornecer infraestrutura básica e serviços sociais para idosos em um contexto no qual a falta de programas formais de apoio adequado públicos e privados aumenta a vulnerabilidade dos idosos (UNITED NATIONS, 2007). Ainda de acordo com as Nações Unidas, a expansão de serviços básicos e infraestrutura terão que ser preenchidos, juntamente com a introdução de novas formas de prestação de cuidados informais e, principalmente, maior oferta de cuidado formal. Nos países desenvolvidos, o cuidado institucional é mais facilmente disponível, mas, provavelmente, maiores investimentos terão que ser realizados para expandir o número de instituições de longa permanência necessárias para acomodar a crescente demanda por esses serviços esperados no futuro próximo.

No Brasil, ainda há um grande estigma em relação à institucionalização do cuidado para idosos no país. Apesar de representarem a modalidade mais comum de cuidados fora do ambiente domiciliar e familiar, os chamados “asilos” ainda são associados a preconceitos, pobreza, perda de privacidade, negligência e abandono pela família (CAMARANO et al, 2010). Por outro lado, acredita-se que, apesar de ainda predominar essa visão negativa, está em curso uma mudança nessa percepção. Camarano e Scharfstein (2010), ao pesquisarem instituições e entrevistarem seus residentes, encontraram que, em algumas situações, as instituições já são vistas como uma residência coletiva que propicia integração social, criação de laços afetivos e não implica, necessariamente, rompimento de laços familiares.

Uma pesquisa realizada em todo território nacional entre 2007 e 2009 identificou 3.548 Instituições de Longa Permanência para os Idosos (ILPIs) distribuídas por 29,9% dos municípios brasileiros. Dentre a natureza jurídica delas, 65,2% eram filantrópicas, 28,2% privadas com fins lucrativos e, apenas, 6,6% públicas ou mistas. A maioria estava concentrada no Sudeste do país e a cobertura dessa modalidade mostrou-se bastante baixa, sendo que seus residentes responderam por apenas 1% da população idosa brasileira (CAMARANO et al, 2010).

2.4 Determinantes dos arranjos domiciliares dos idosos

Uma série de fatores influencia e determina os arranjos domiciliares dos idosos. Dentre eles, destacam-se as características demográficas, socioeconômicas e características e comportamentos de saúde (AVERY, SPEARE, LAWTON, 1989; MUTCHLER e BURR, 1991; ROGERS, 1996; MARADEE, 1997; SAAD, 2001; WILMOTH, 2002; CAMARGOS et al, 2003). Esta seção apresenta os principais fatores determinantes dos arranjos domiciliares da população idosa, em cada um desses campos.

2.4.1 Fatores demográficos

Em relação às características demográficas, a tendência de declínio da fecundidade e das taxas de mortalidade, além do rápido processo migratório das áreas rurais para as áreas urbana são importantes fatores para explicar a diminuição do tamanho das famílias em todo o mundo e as mudanças nos arranjos domiciliares (NAÇÕES UNIDAS, 2007). Fatores culturais e sociais, tais como o adiamento do casamento e o aumento das taxas de divórcio também influenciam o tamanho das famílias e a composição dos arranjos domiciliares (MUTCHLER e BURR, 1991, UNITED NATIONS, 2007). A idade ao primeiro casamento aumentou em todo o mundo, assim como a taxa de divórcio também aumentou significativamente na maioria dos países. Além disso, outros fatores como viuvez e a emancipação feminina, com a maior participação da mulher no mercado de trabalho e o aumento do uso de métodos contraceptivos têm contribuído para a diminuição da fecundidade e, conseqüentemente, para a mudança nos arranjos domiciliares (UNITED NATIONS, 2007).

Assim como ocorre no mundo, no Brasil, as mudanças na composição das famílias também refletem as mudanças demográficas que a população do país experimentou nas últimas décadas, especificamente a queda da fecundidade e da mortalidade, além das transformações no mercado de trabalho, o aumento da frequência de divórcios e o aumento da viuvez feminina, fatores que contribuíram para a redução do tamanho médio das famílias e que afetam a sua composição (SAAD, 1997; CAMARANO, 2004).

Além disso, outras características demográficas como idade, sexo, estado civil e alteração do mesmo, situação no domicílio, disponibilidade de parentes, ter filho vivo e o tipo de relacionamento com os filhos, também são determinantes para a composição dos arranjos domiciliares (BERQUÓ e CAVENAGHI, 1988; AVERY, SPEARE, LAWTON, 1989; MUTCHLER e BURR, 1991; MARADEE, 1997; WILMOTH, 2002; CAMARGOS et al, 2003, WOLF E SOLD, 1988). Filhos adultos são recursos importantes na velhice e a chance de viver sozinho diminui pela presença de filhos (MUTCHLER e BURR, 1991). Saad (1997) afirma que as relações de trocas e ajuda mútua entre pais idosos e seus filhos são os principais responsáveis pela sobrevivência dos idosos mais velhos. No que diz respeito à idade, indivíduos mais velhos são, particularmente, mais susceptíveis a mudanças em seus recursos e nas circunstâncias da vida, o que pode, sem dúvida, promover instabilidade em seus arranjos domiciliares (MUTCHLER e BURR, 1991). Entre os maiores de 55 anos de idade, viúvos, divorciados ou que nunca se casaram, que viviam sozinhos nos EUA, as mulheres apresentaram probabilidades significativamente menores que as dos homens de morrer ou de tornarem-se institucionalizadas (MUTCHLER e BURR, 1991). Além disso, as mulheres possuem maior expectativa de vida do que os homens, são mais propensas que os homens a viverem sozinhas, menos propensas a viverem com um cônjuge ou como chefe de família (GRUNFELD et al, 1997; VICTOR et al, 2000; BONGAATS E ZIMMER, 2002).

Além dos fatores citados, o sexo e o estado conjugal também estão fortemente interligados na conformação do arranjo domiciliar do idoso. Segundo as Nações Unidas (2005), mulheres idosas têm arranjos tipicamente diferentes dos arranjos dos homens idosos. Os homens são mais propensos a viverem em famílias, enquanto, na maioria dos países, as mulheres idosas são relativamente mais propensas a viverem sozinhas, como pessoas independentes. No que diz respeito ao estado civil, a razão de mulheres idosas viverem sozinhas acontece, basicamente, porque as mulheres são menos propensas a se casarem. Em todo o mundo, quase 80% dos homens com 60 anos ou mais estão casados, enquanto, entre as mulheres, a proporção correspondente é cerca de 45% (UNITED NATIONS, 2005). Dentre os solteiros norte americanos mais velhos, viver sozinho é o estado mais típico (MUTCHLER e BURR, 1991).

2.4.2 Fatores socioeconômicos

Em relação às características socioeconômicas, sabe-se que a educação e a renda também influenciam significativamente a escolha dos arranjos domiciliares dos idosos. Bongaarts e Zimmer (2002) discutiram a importância da escolaridade para a composição dos arranjos domiciliares. Segundo os autores, as famílias tendem a ser mais nucleares quanto maior o nível de escolaridade. Para Wilmoth (2002), a educação exerce influência direta e indireta nos arranjos domiciliares dos idosos. Direta, porque subsidia percepções e preferências individuais sobre o que é desejável em determinado arranjo. Indireta, através de seu impacto em outros fatores, como saúde e número de filhos, que são determinantes importantes em arranjos de vida.

As Nações Unidas encontraram relação significativa entre o PIB (Produto Interno Bruto) e a prevalência de todos os tipos de arranjos domiciliares, indicando que maiores níveis de renda estão associados a maiores proporções de pessoas vivendo sozinhas e como casais, e menores proporções de pessoas vivendo com um filho, neto ou com outros parentes. O nível de educação também aumenta a prevalência de pessoas vivendo sozinhas e reduz a chance de se viver com um filho ou neto (UNITED NATIONS, 2005). Da mesma forma, a independência econômica garante aos indivíduos uma maior liberdade para a escolha do arranjo domiciliar (AVERY, SPEARE, LAWTON, 1989; MUTCHLER e BURR, 1991; ROGERS, 1996; SAAD, 2001; WILMOTH, 2002; CAMARGOS et al, 2003, 2007; PAULO,2008).

Camargos et al (2003) analisaram a associação entre a renda e a chance de idosas viverem sozinhas no estado de Minas Gerais utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) em 2003. De acordo com os resultados, foi possível verificar que as chances da idosa morar sozinha cresceram na medida em que a renda aumentou, mesmo após controlar por educação, determinantes demográficos e de saúde. Além disso, idosas com idade igual ou superior a 75 anos, cinco anos e mais de estudo, ausência de filhos e melhores condições de saúde têm chance ainda maior de morarem sozinhas.

Os mesmos autores analisaram, para o ano de 2007, a relação entre renda e a chance de morar sozinho entre os idosos paulistanos, também controlando pela educação, determinantes demográficos e de saúde. Os autores utilizaram dados do Projeto SABE - Saúde Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe. De acordo com os resultados encontrados, as chances de o idoso morar sozinho também crescem na medida em que se aumenta a renda. Segundo os autores, isso indica uma tendência da importância dada para a privacidade e de escolha por autonomia pelos idosos de níveis socioeconômicos superiores. No mesmo sentido do aumento de renda, Paulo (2008) investigou o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) sobre os arranjos domiciliares dos idosos, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), entre 2002 e 2004. Seus resultados sugeriram um aumento na probabilidade de idosos morarem sozinhos, devido ao recebimento do benefício.

2.4.3 Fatores de saúde

Os arranjos domiciliares e as características de saúde estão estreitamente relacionados (WILMOTH, 2002). A autopercepção do estado de saúde, a capacidade funcional e o número de doenças crônicas são importantes determinantes dos arranjos domiciliares dos idosos (AVERY, SPEARE, LAWTON, 1989, MUTCHLER e BURR, 1991, ROGERS, 1996; SAAD, 2001; CAMARGOS et al, 2003).

Idosos saudáveis são menos propensos a receber assistência (MCGARRY, 1988). Especialmente para os idosos solteiros, a preferência por formas independentes de condições de vida parece ser fortemente condicionada por fatores que afetam a autonomia, como dificuldades em realizar atividades de vida diária (AVD) ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Essa constatação aponta para o importante papel que a coresidência desempenha, ao assegurar apoio aos idosos com algum grau de vulnerabilidade (UNITED NATIONS, 2005). Indivíduos com saúde precária são mais propensos a se institucionalizarem e menos propensos a viverem sozinhos, em relação àqueles que possuem melhores condições de saúde, menor idade e maior disponibilidade de parentes

(AVERY, SPEARE, LAWTON, 1989; MUTCHLER e BURR, 1991; ROGERS, 1996). Indivíduos que vivem juntos por causa de problemas de saúde apresentam probabilidade duas vezes maior de morrer do que aqueles que não têm essas restrições. Além disso, preocupações com a saúde são mais importantes que preocupações financeiras para a vida de indivíduos americanos, com idade igual ou superior a 55 anos (ROGERS, 1996).

3. SAÚDE DOS IDOSOS

Vários fatores influenciam e determinam uma saúde bem sucedida para os idosos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005), a longevidade deve ser acompanhada de saúde, participação e segurança. Diante dessa visão, a WHO adotou o termo “envelhecimento ativo” para definir “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2005). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2005), para a garantia de um envelhecimento ativo, no que diz respeito à saúde dos idosos, é necessário:

1. Prevenir e reduzir a carga de deficiências em excesso, doenças crônicas e mortalidade prematura;
2. Reduzir os fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores de que protegem a saúde ao longo da vida;
3. Desenvolver serviços sociais e de saúde contínuos e acessíveis, com custo baixo, de alta qualidade e adequados para a população idosa, que aborde as necessidades e os direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento;
4. Fornecer treinamento e educação para cuidadores.

Entre todas as metas estabelecidas acima, fica clara a influência dos arranjos domiciliares para a manutenção da saúde dos idosos, tendo em vista que a corresponsabilidade deve ser responsável e capaz de garantir um ambiente seguro, limpo e apropriado para os idosos, além de fornecer apoio social, estimular e compartilhar hábitos saudáveis de vida, favorecer acesso aos serviços de saúde e prestar cuidados aos idosos.

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, para que seja oferecido um cuidado adequado ao idoso é necessário que se mantenha

o bem estar e a autonomia no ambiente domiciliar, nos quais os cuidados sejam centralizados nas suas necessidades. Além disso, é necessário que as responsabilidades do cuidado sejam partilhadas, envolvendo os idosos e comprometendo a família, defendendo os direitos dos idosos, da sua família e comunidade. (MINAS GERAIS, 2006). Ramos (2003) define a saúde do idoso como a interação entre saúde física e mental, independência funcional, integração social, suporte familiar e independência econômica (RAMOS, 2003).

Por outro lado, o envelhecimento populacional e a conseqüente mudança do perfil epidemiológico aumentam a demanda do sistema de saúde pública e dos serviços sociais. Inevitavelmente, esse processo impacta nos gastos em saúde. É sabido que os problemas de saúde e o uso de serviços de saúde aumentam com a idade, sobretudo nas últimas décadas de vida. (GORDILHO, 2000; VERAS, 2003, MINAS GERAIS, 2006, LIMA-COSTA, BARRETO & GIATTI, 2003, MMWR, 2003; PEIXOTO, 2004, LIMA-COSTA et al, 2007, VERAS e PARAHYBA, 2007).

No Brasil, segundo a PNAD de 1998, 72% dos idosos brasileiros realizaram consulta médica nos últimos doze meses e 14% foram a proporção de internação hospitalar. (LIMA-COSTA, BARRETO & GIATTI, 2003). Já em 2003 observou-se melhora nas condições de saúde autoreferidas da população idosa brasileira, assim como um aumento no número de consultas médicas, tanto na rede pública, quanto no setor privado. No entanto, em relação às internações hospitalares, não foram observadas mudanças significativas. (VERA e PARAHYBA, 2007; LIMA-COSTA et al, 2007).

Além da maior utilização dos serviços de saúde, os idosos também tendem a demandar intervenções mais onerosas, demandando, inclusive, o uso de tecnologias mais complexas. (VERAS 2003; BERENSTEIN e WAJNMAN, 2008). As internações hospitalares entre os idosos são mais frequentes, apresentam tempo de ocupação do leito maior do que nos outros grupos etários e implicam gastos em recursos tecnológicos mais sofisticados. (MINAS GERAIS, 2006, BERENSTEIN e WAJNMAN, 2008).

Ao analisar dados do dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) de duas capitais brasileiras em estágios distintos do processo de

envelhecimento populacional e desenvolvimento socioeconômico, em 2004, Berenstein e Wajnman (2008) concluem que, se a taxa de utilização e o gasto médio por idade mantiverem-se constantes no futuro, o envelhecimento populacional explicará mais da metade da diferença nos gastos totais com internação hospitalar, sugerindo o papel significativo da dinâmica demográfica sobre os gastos futuros com saúde no Brasil.

Outro estudo também avaliou os custos de internações hospitalares entre idosos brasileiros em 2001, utilizando, para tal, os dados do SIH-SUS. Os resultados mostraram a grande contribuição da população idosa para os gastos com hospitalizações no âmbito do SUS. Apesar de representarem 14,3% da população no estudado período, os idosos contribuíram com 33,5% das internações hospitalares e com 37,7% dos recursos pagos pelas mesmas. (PEIXOTO et al, 2004).

Na maioria das vezes, as internações hospitalares dos idosos estão associadas a condições crônicas que podem ser adequadamente manipuladas fora de instituições hospitalares ou mesmo asilares. (MINAS GERAIS, 2006, BERENSTEIN e WAJNMAN, 2008).

“Para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p.21).

Entende-se por promoção da saúde o empoderamento do próprio indivíduo sobre sua saúde. (WHO, 2005). Já a prevenção de doenças constitui-se na prevenção e no tratamento das doenças crônicas degenerativas que acometem, especialmente, os idosos (WHO, 2005). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, essa prevenção pode ser primária, secundária e terciária. Entende-se como prevenção primária, o estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida, tais como abstenção do uso do tabaco, o estímulo à prática de atividade física e de alimentação saudável. Prevenção secundária é entendida como uma triagem adequada para detecção precoce de doenças crônicas e, por fim, a terciária seria um tratamento clínico adequado, de fato.

Na ausência dessas ações e de programas adequados de controle das doenças crônicas degenerativas e suas complicações, inevitavelmente, os idosos serão direcionados aos serviços de emergência. (CHAIMOWICZ, 1997). O que, sem dúvida, acabariam em internações hospitalares onerosas e piora da qualidade de vida dos idosos.

Sobre a adoção de estilos de vida saudáveis, vale destacar que são importantes em todos os grupos etários, inclusive entre os idosos. A prática de atividade física, alimentação saudável, abstinência do tabaco e do álcool e o uso adequado dos medicamentos previnem doenças e declínio funcional, assim como aumentam a longevidade e qualidade de vida dos idosos. (WHO, 2005).

Além disso, corroborando com a prática de prevenção secundária e terciária, pode-se inferir que a oferta de um acompanhamento e tratamento ambulatorial adequados, realizados por profissionais de saúde é uma forma de se evitar o excesso de internações entre os idosos. (BERENSTEIN e WAJNMAN, 2008). De acordo com a proposta da Política Nacional de Saúde do Idoso, no âmbito ambulatorial, a consulta médica, especialmente a realizada por geriatras, devem gerar redução das taxas de internação hospitalar, clínicas de repouso, asilos, bem como diminuir a demanda aos serviços de emergência e aos ambulatórios de especialidades. (GORDILHO et al, 2000). Vale destacar que, dentre as vantagens de se evitar uma internação hospitalar, o uso ambulatorial é bem menos oneroso do que internações hospitalares. (BINDMAN et al, 1995). Estudos encontraram que menor disponibilidade a acessos a serviços médicos foi associada a maiores taxas de hospitalizações evitáveis por condições crônicas, tais como asma, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes. (BILLINGS et al, 1993; BINDMAN et al, 1995). Isso reforça que a realização de medidas preventivas podem fazer com que, os gastos com as doenças típicas dos idosos diminuam, pois as mesmas poderão ser retardadas ou evitadas (PEIXOTO et al, 2004; BERENSTEIN e WAJNMAN, 2008).

Com o objetivo de captar e estratificar idosos em risco de admissão hospitalar repetida, tomada como proxy de fragilização, Veras (2003) utilizou um questionário que avaliou fatores de risco, tais como sexo, idade, autopercepção

da saúde, doença cardíaca, diabetes, disponibilidade de cuidador, pernoite hospitalar e consulta médica nos últimos doze meses. De acordo com os resultados, 75,8% apresentaram baixo risco de adoecer e 11%, contudo, apresentaram risco de médio a alto de adoecer, e, conseqüentemente, utilizar de forma intensiva os serviços de saúde. Segundo o autor, os achados corroboram a utilidade de classificar idosos em diferentes grupos de risco de fragilização e contribuindo para um sistema de saúde mais eficaz e resolutivo. A proporção de idosos que contavam com algum tipo de apoio social (disponibilidade de cuidador) foi elevada (80,6%), demonstrando a importância que esse apoio exerce para a saúde do idoso, aqui no caso, a readmissão hospitalar.

Se nada for feito, os gastos com internação hospitalar tendem a sofrer significativo aumento, além da deterioração da qualidade de vida entre nossos idosos. Dessa forma, os conhecimentos acerca de como os idosos vivem, comportam-se e utilizam os serviços de saúde permite o planejamento adequado do cuidado oferecido, reduzindo custos com possíveis demandas desnecessárias, além de promover a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Conhecer o arranjo domiciliar do idoso que possui maior fragilidade ou vulnerabilidade pode subsidiar a oferta efetiva de ações, sejam elas de promoção de saúde, de prevenção ou reabilitação de doenças entre os idosos.

3.1. As relações de causalidade e as interrelações entre saúde e arranjos domiciliares dos idosos

Verificar se a saúde afeta o arranjo domiciliar tem grande endogeneidade, sobre os determinantes de saúde na escolha dos arranjos domiciliares, conforme discutido acima. Muitas vezes, não são os arranjos domiciliares que influenciam o risco de mortalidade, mas vice versa. As famílias rearranjam os próprios arranjos domiciliares para lidarem, da melhor forma, com problemas de saúde e incapacidade entre os seus membros. Assim, os corresidentes atuam diretamente ao invés de indiretamente para proteger os indivíduos contra a mortalidade, esforçando-se para promover a saúde, prevenir doenças e promover, também, a segurança econômica. (ROGERS, 1996). Um grande desafio emergente é o fornecimento de alternativas não institucionalizadas de serviços, a permitir que os

idosos permaneçam em suas casas o maior tempo possível. Isso exige um sério planejamento de modelos de assistência, tais como um atendimento amplo à saúde e às necessidades diárias dos idosos (WAJNMAN, 2008).

Para reforçar a forte interrelação existente entre saúde dos idosos e seus arranjos domiciliares, muitos estudos foram realizados em todo o mundo, confirmando que arranjos domiciliares afetam a saúde dos mesmos.

Dentre os estudos que demonstraram melhores resultados em saúde entre idosos que vivem com seus cônjuges, está o que avaliou a saúde física, mental e funcional de mulheres residentes em Baltimore que viviam sós, com seus maridos ou com outros corresidentes. De acordo com os resultados, mulheres que viviam com outros, que não seus cônjuges, foram as mais prejudicadas. (MAGANIZER et al, 1988). Do mesmo modo, Wang et al (2009) também avaliaram como as mudanças nas Atividades de Vida Diária (AVD) podem ser explicadas pelo estado civil, arranjo domiciliar e cuidados em saúde nos idosos chineses. Os autores concluíram que idosos casados possuíam menor mortalidade e menor probabilidade de sofrer declínios nas AVD's em relação aos idosos que viviam sozinhos, em asilos ou com outros indivíduos. Em relação à morbidade, indivíduos holandeses que viviam com cônjuge tiveram menores taxas de morbidade do que aqueles que viviam sozinhos. (ZYZANSKI et al (1989) apud WANG, 2009). No que diz respeito a cuidados preventivos de saúde, idosos norte-americanos que viviam com cônjuges foram mais propensos que os outros de obterem cuidados preventivos (vacinação contra gripe, check up clínico e dental, colesterol e câncer colo retal), exceto rastreamento para hipertensão. No entanto, interessante destacar que, ao comparar os idosos que moravam com os filhos, os mesmos não apresentaram vantagens em relação aos que moram sozinhos para a obtenção desses serviços. (LAU e KIRBY, 2009). Por fim, um estudo americano encontrou que casais que vivem sozinhos ou apenas com filhos são os mais favorecidos em relação à avaliação de saúde reportada, limitações na mobilidade e sintomas depressivos. (HUGHES e WAITE, 2002).

Com relação aos diferenciais entre sexo, há forte associação entre arranjos domiciliares e sobrevivência masculina, mas não entre as mulheres. Além disso, morar sozinho ou com alguém, que não o cônjuge, é igualmente desvantajoso na

sobrevivência masculina. (MARADEE et al, 1992). Morar só com o cônjuge tem um efeito negativo na morbidade declarada pelos homens idosos, demonstrando um efeito protetor para os homens, o que não ocorre entre as mulheres. Porém, em relação à autopercepção de saúde, o efeito de morar sozinho foi significativo para o risco de declarar-se doente em relação ao sexo, isto é, a probabilidade de se sentir doente é maior quando as mulheres moram sozinhas do que quando corresidem com alguém. (ROMERO, 2002). Ainda em relação aos diferenciais de sexo e condição no domicílio dos idosos, um estudo realizado na zona rural de Bangladesh avaliou o impacto da estrutura e composição domiciliar na mortalidade entre idosos, durante oito anos, focando nos diferenciais entre homens e mulheres. De acordo com os resultados, ser chefe do domicílio teve impacto significativo na redução da mortalidade entre os idosos, tanto para os homens, quanto para as mulheres. A presença de cônjuge reduziu a mortalidade para os idosos do sexo masculino, mas apresentaram impacto benéfico apenas para as mulheres idosas, cujos maridos eram os chefes do domicílio. E, por fim, a coresidência com filhos adultos diminuiu a mortalidade entre as idosas, mas não entre os idosos. (RAHMAN, 1999). Entretanto, um estudo com dados brasileiros encontrou que ser chefe do domicílio conferiu desvantagem na morbidade declarada para os homens idosos em relação aos que ocupam outra condição. (ROMERO, 2002).

Dentre os estudos cujos achados demonstram maior fragilidade entre os idosos que vivem sozinhos, a literatura afirma que idosos do sexo masculino apresentam risco aumentado para doenças cardiovasculares e risco dobrado de morrer por causas cardiovasculares, independentes de fatores de risco, comportamentos de saúde, comorbidades e fatores sociodemográficos. (GLIKSMAN et al, 1995; KANDLER e BAUMERT, 2007). Nielsen et al (2006) estudaram indicadores sociodemográficos de risco para episódios de síndrome coronariana aguda (angina instável, infarto agudo do miocárdio e morte cardíaca súbita) entre os dinamarqueses. Identificou-se que a idade e o arranjo domiciliar estão associados positivamente com o evento de um primeiro episódio de síndrome coronariana aguda. De acordo com os achados, mulheres com idade igual ou superior a 60 anos e homens com idade igual ou superior a 50 anos, que moravam sozinhos, apesar de representarem, respectivamente, 5,4% e 7,7% da

amostra, foram responsáveis por 34,3% e 62,4%, das mortes por síndrome coronariana aguda. Da mesma forma, com o objetivo de identificar os fatores associados com a internação hospitalar entre os idosos, utilizou-se dados de um estudo de base populacional, realizado no município de Bambuí, MG, Brasil (Guerra et al, 2001). Forte associação foi encontrada entre internação hospitalar e o fato de o idoso viver sozinho; possuir restrições financeiras à aquisição da medicação prescrita e indicadores de saúde, tais como percepção negativa da própria saúde, número maior de consultas médicas, maior uso de medicação com receita médica e história de doença coronariana.

Camargos e Rodrigues (2008) também investigaram as condições de saúde de idosos que moravam sozinhos, ressaltando os meios utilizados para cuidar da saúde e as estratégias empregadas em caso de doenças e emergências entre idosos residentes no município de Belo Horizonte (MG), Brasil em 2007. Os autores concluíram que mesmo que a preocupação com a saúde fosse evidente nas falas dos idosos, em sua maioria, esses idosos, não cuidavam adequadamente da saúde como pensavam e relatavam. Muitas vezes, foi nítido que os idosos adotavam hábitos inadequados, como, por exemplo, hábitos alimentares indesejáveis, monitoramento inadequado da saúde, não realização de atividade física regular, não utilização de medicamentos conforme prescrição e falta de companhia em período integral quando estavam doentes. Assim, esses falsos cuidados poderiam refletir em susceptibilidade a doenças. Para os autores, a liberdade em relação a horários e a falta de uma pessoa por perto no cotidiano podem deixar os idosos que vivem sós susceptíveis a riscos, o que poderia ser exacerbado ao longo dos anos de vida sozinho, inclusive riscos relacionados à dificuldade do acesso à serviços imediatos, no caso de emergências.

Uma pesquisa realizada por Wong e Vebrugge (2009) com idosos chineses cingapurianos que viviam sozinhos concluiu que os mesmos têm sucesso ao desenvolverem estratégias comportamentais e psicológicas que ajudam a superar o isolamento social, apesar das dificuldades que enfrentam, como, por exemplo, em relação a limitações físicas, desconexão cultural provocada pela modernização. Os idosos mantêm conexão com o mundo através do acesso aos serviços médicos e sociais. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, são

bem assistidos por cuidados médicos, mas reconhecem a importância dos atendimentos de emergência. Diante disso, desenvolvem habilidades, tais como deixar a porta da residência aberta, combinar com os vizinhos de se visitarem com certa frequência. Além disso, alguns deles não possuem telefone, o que prejudica muito o atendimento em caso de emergências. Assim, viver sozinho não é fácil, requer energia e imaginação por parte dos idosos. Embora eles se adaptem e desenvolvam estratégias bem sucedidas, essa situação é preocupante.

Corroborando a importância do contato em caso de emergência, um estudo prospectivo de base populacional realizado em São Francisco (Gurley et al 1996) acompanhou durante doze semanas os paramédicos que atendiam chamadas de emergências, com o objetivo de determinar com qual frequência os idosos que moram sozinhos são encontrados desamparados ou mortos em sua casa, além de avaliar as características demográficas e a evolução dos que foram encontrados vivos, mas incapacitados. De acordo com os resultados, a média de idade dos indivíduos encontrados desamparados ou mortos foi de 73 anos, sendo que 51% eram mulheres. Essa frequência aumentou acentuadamente com a idade e a taxa mais elevada foi entre os homens com idade igual ou maior do que 85 anos, que viviam sozinhos. De todos os casos, 23% foram encontrados mortos e 5% morreram no hospital. Dos sobreviventes, 62% foram admitidos no hospital, com uma permanência média de internação de oito dias. Desses, 52% foram admitidos em unidades de cuidados intensivos e 62% foram incapazes de voltar a viver de forma independente.

Por outro lado, Iliffe et al (1992) testaram a hipótese de que idosos londrinos que moravam sozinhos representavam um grupo de risco com elevada morbidade e com exigentes demandas pelos serviços sociais e de saúde. Os autores concluíram que idosos que moravam sozinhos não se apresentavam como um grupo de risco em relação aos idosos que moravam com outras pessoas, pois eles não apresentaram diferenças significativas nas medidas cognitivas, nos problemas físicos, na mobilidade e no uso dos serviços de saúde. Além disso, os idosos que moravam sozinhos relataram maior satisfação com a vida em relação aos outros. Os autores ressaltaram, portanto, a necessidade de

proporcionar aos idosos que vivem sozinhos um contato de referência, nos casos de emergência.

Um estudo realizado em Baltimore avaliou se as mulheres idosas que viviam sós eram menos propensas a sofrer declínio funcional. De acordo com os resultados, mulheres idosas que não possuíam deficiência física severa, que viviam sozinhas, tiveram menor deterioração na saúde funcional quando comparadas com seus pares, em outros tipos de arranjos domiciliares (viver com cônjuge ou outros). (SARWARI et al, 1998). Com relação a cuidados preventivos de saúde, um estudo realizado entre mulheres que tiveram diagnóstico recente de câncer de mama, mostrou que um dos preditores mais interessantes do estágio cuja doença foi diagnosticada, foi o arranjo ao qual a mulher pertencia. A chance de ser diagnosticada com doença avançada foi duas vezes maior entre as mulheres que viviam com cônjuge do que entre as que vivem sozinhas. Segundo os autores, mulheres que vivem sozinhas monitoram melhor a saúde (cuidam-se e acessam mais os serviços de saúde) e, portanto, apresentam maior chance de serem diagnosticadas em um estágio inicial da doença. (MORITZ e SATARIANO, 1993).

Um estudo realizado com idosos brasileiros que moravam sozinhos investigou os aspectos que condicionam a vida deles, os motivos de viverem sozinhos e discutiram sobre as estratégias de enfrentamento comportamentais e psicológicas adotadas para superar o isolamento social. Nesse estudo, os idosos relataram não se sentirem sozinhos, que contavam com o afeto de parentes e amigos, e, independente do motivo deles morarem sozinhos, eram bem sucedidos ao encontrarem estratégias que ajudavam a superar o isolamento social (CAMARGOS, 2008). Vale destacar que existe diferença entre estar sozinho, viver sozinho, isolamento social e solidão. Viver sozinho não é necessariamente sinônimo de solidão, embora a relação com isolamento social possa ser grande. (ROGERS, 1996; VICTOR et al, 2000).

Um estudo americano avaliou se os arranjos domiciliares de idosos e as mudanças nos mesmos estão associados com a sobrevivência e estado de saúde dos idosos. De acordo com os resultados, idosos que viviam sozinhos ou que moravam com alguém, que não o cônjuge e passaram a viver sozinhos, não

apresentaram risco aumentado de mortalidade. No entanto, mulheres idosas que viviam com outra pessoa, que não o cônjuge ou que mudaram para esse tipo de arranjo domiciliar, estava associado a um maior risco de mortalidade. (MARADEE, 1997). Além disso, quando Wang et al (2009) avaliaram como as mudanças nas Atividades de Vida Diária (AVD) podem ser explicadas pelo estado civil, arranjo domiciliar e cuidados em saúde nos idosos chineses, também encontrou que idosos que moravam sozinhos também apresentaram menor probabilidade de declínio na funcionalidade, quando apresentavam-se independentes para AVD no início do estudo. Por outro lado, idosos que possuíam cônjuge, filhos ou outro parente como cuidadores, recuperavam 4,4 vezes mais e apresentaram menor probabilidade de morte, quando comparado com os que não possuíam parentes como cuidadores.

Falando de cuidadores, um estudo realizado com idosos brasileiros, residentes em São Paulo, utilizando dados do SABE, avaliou o desempenho funcional, demandas assistenciais e arranjos domiciliares dos idosos. Os diferentes tipos de arranjos foram divididos em categorias, de acordo com a presença ou não de corresidentes e o grau de parentesco entre eles. Os achados mostraram que as necessidades apresentadas pelos idosos estão sendo inadequadamente atendidas pelos arranjos domiciliares existentes. Verificou-se que, entre os arranjos que incluíam a presença de familiares, os que mais supriram a demanda assistencial foram os que contavam com a presença de filhos. Porém, mesmo nessas circunstâncias, apenas metade dos indivíduos com dificuldade recebiam ajuda. A ajuda mais expressiva foi observada em arranjos que contavam com a presença de não familiares, que provavelmente, tratava-se de cuidadores contratados. (DUARTE, 2005, OLIVEIRA, 2006). Os arranjos que contavam somente com idosos corresidente ou somente cônjuge, não supriram adequadamente as demandas assistenciais dos mesmos. (DUARTE, 2005). Utilizando os mesmos dados e com o objetivo de saber em que arranjos domiciliares os idosos com declínio cognitivo estão inseridos, seu desempenho funcional, a rede de suporte que o cerca, e, conseqüentemente, o tipo de ajuda recebida, Oliveira (2006) também estudou os idosos paulistanos. De acordo com os resultados, 22,6% dos idosos portadores de importante declínio cognitivo e 13% sem declínios cognitivos residiam sozinho. Entre os arranjos, nos quais havia

a presença de cônjuge, o potencial de ajuda foi total (100%), tanto para AVD, quanto para AIVD. Entre os arranjos intrageracionais, isto é, apenas idosos, excluindo cônjuges, o potencial de ajuda foi de 79,5% para AVD e 100% para AIVD. Surpreendentemente, idosos que moravam com filhos, o segundo arranjo mais prevalente, o potencial de ajuda não atingiu 50%. Os arranjos domiciliares trigeracionais foram os mais prevalentes entre os arranjos e também o que apresentou maior prevalência de dificuldades para realização de AIVD e AVD, respectivamente e respondeu por 80% da oferta de ajuda. Morar com neto, representou, para o idoso, uma pequena ajuda em AVD, que não chegou a 4%. Por fim, a ajuda mais expressiva dos idosos com declínio cognitivo também veio dos arranjos domiciliares com presença de não familiares, provavelmente cuidadores. Este estudo demonstrou que nem sempre viver com família significa demandas assistenciais adequadamente supridas. (OLIVEIRA, 2006).

Dessa forma, vários estudos demonstraram a associação existente entre os resultados de saúde dos idosos e seus arranjos domiciliares. De acordo com a literatura, idosos que vivem com seus cônjuges têm tendência aumentada a apresentarem melhores resultados em saúde, enquanto que idosos que vivem sozinhos, tendem a apresentar piores resultados em saúde. No entanto, em alguns casos, apesar da vulnerabilidade, idosos que vivem sozinhos mostram resultados em saúde positivos, apesar de, na maioria das vezes, carecerem de cuidado diante de uma necessidade imediata, por exemplo, em casos de emergência. A literatura também deixa claro que existem diferenciais significativos entre sexo, tipos de corresidentes, assim como a condição no domicílio ocupada, nos seus resultados em saúde dos idosos. O presente estudo pretende medir a associação entre arranjos domiciliares e uso de serviços de saúde dos idosos brasileiros controlando pelos fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde.

4. FONTE DE DADOS E ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo tem como objetivo apresentar a fonte de dados, as variáveis selecionadas, a descrição da amostra e o modelo utilizado para a análise da relação entre arranjos domiciliares de idosos e a utilização dos serviços de saúde.

4.1. Fonte de dados: PNAD

Para a realização deste trabalho foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD. As pesquisas domiciliares no Brasil foram implantadas progressivamente no país, com a criação dessa pesquisa a partir de 1967. O objetivo da PNAD⁴ é produzir informações básicas para o desenvolvimento socioeconômico do país. A PNAD investiga diversas características demográficas e socioeconômicas, sendo algumas de caráter permanente, tais como características gerais da população, educação, rendimento, trabalho, habitação e outras características são investigadas com periodicidade variável, tais como migração, saúde, fecundidade, nupcialidade, nutrição. Outros temas também podem ser incluídos, de acordo com a necessidade e relevância para o país. (IBGE, 1998). Neste trabalho utilizou-se a PNAD 2008, esse ano conteve o mais recente suplemento de saúde realizado até então.

O plano de amostragem da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD é realizado 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). Importante ressaltar que o desenho amostral da pesquisa possibilita a expansão dos seus resultados para Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e nove Regiões

⁴ Para maiores informações, consultar Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), notas metodológicas.

Metropolitanas (Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre). Portanto, não garante representatividade da amostra para níveis geográficos menores, tais como município, distrito, setores censitários e demais regiões metropolitanas. A amostra deste trabalho constitui-se de 39.346 idosos, isto é, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos de idade.

Além de informações sobre os arranjos domiciliares, a PNAD coleta, em anos específicos, informações sobre acesso, utilização de serviços de saúde e condições de saúde. Neste trabalho, utilizaremos dados da PNAD de 2008 que contém um módulo especial sobre saúde.

4.2 Variáveis selecionadas

Como estamos interessados em medir a associação entre arranjos domiciliares e uso de serviços de saúde, as variáveis dependentes de interesse neste estudo são: realização de consulta médica, internação hospitalar e atendimento de emergência no domicílio no período de referência. A consulta médica é considerada um cuidado preventivo, ao passo que internação hospitalar e atendimento de emergência no domicílio são considerados atendimentos curativos. Vale reforçar que a utilização adequada de cuidados preventivos gera a redução de atendimentos curativos (GORDILHO et al, 2000).

Para a composição dos tipos de arranjos domiciliares foi levada em consideração a condição do indivíduo na unidade domiciliar. De acordo com as notas metodológicas da PNAD, dentro de cada unidade domiciliar, os indivíduos foram classificados em função da relação com a pessoa de referência ou com o seu cônjuge. Assim, a pessoa de referência é a pessoa responsável pela unidade domiciliar ou que assim fosse considerada pelos demais membros; cônjuge é a pessoa que vivia conjugalmente com a pessoa de referência da unidade domiciliar, existindo ou não o vínculo matrimonial; filho, a pessoa que era filho, enteado, filho adotivo ou de criação da pessoa de referência da unidade domiciliar ou do seu cônjuge; outro parente, a pessoa que tinha qualquer outro grau de parentesco com a pessoa de referência da unidade domiciliar ou com o seu

cônjuge; agregado, a pessoa que não era parente da pessoa de referência da unidade domiciliar nem do seu cônjuge e não pagava hospedagem nem alimentação; pensionista, a pessoa que não era parente da pessoa de referência da unidade domiciliar nem do seu cônjuge e pagava hospedagem ou alimentação; empregado doméstico, a pessoa que prestava serviço doméstico remunerado em dinheiro ou somente em benefícios a membro(s) da unidade domiciliar (ou da família); ou parente do empregado doméstico, a pessoa que era parente do empregado doméstico e não prestava serviço doméstico remunerado a membro(s) da unidade domiciliar (ou da família).

Com base nessas condições do indivíduo na unidade domiciliar descritas acima, foram montadas as variáveis que representaram os tipos de arranjos domiciliares utilizados para este estudo. Inicialmente, comparou-se idosos que viviam sozinhos com todos os outros idosos que viviam com alguém. Posteriormente, para os idosos que viviam com mais alguém no domicílio, foram criadas variáveis pelo tipo de coresidência (coresidir apenas com idoso, apenas com adulto, apenas com criança ou com adulto e criança ao mesmo tempo) e variáveis dicotômicas de acordo com a condição no domicílio e a presença de cônjuge.

Para avaliar a associação entre o tipo de arranjo domiciliar e a utilização dos serviços de saúde, é preciso considerar, em uma análise multivariada, as diferenças da população idosa em estudo com relação a características demográficas, socioeconômicas e de saúde. Portanto, algumas variáveis de controle foram construídas e incluídas em nossa análise. No que diz respeito às características demográficas foram incluídas a variável idade, definida segundo as categorias: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais, uma variável dicotômica para raça (branca ou não branca) e outra para situação censitária (zona rural ou urbana). Seguindo a maioria dos estudos nacionais e internacionais, foram consideradas, também, três variáveis categóricas para condições socioeconômicas: renda domiciliar per capita (sem rendimento, até 1 salário mínimo, mais de 1 até 2 salários mínimos, mais de 2 até 3 salários mínimos, mais de 3 até 5 salários mínimos, mais de 5 salários mínimos); nível de escolaridade (0 a 4 anos estudo, 5 a 8 anos estudo, 9 a 15 anos estudo); cobertura de plano de

saúde (sim ou não). Finalmente, foram eleitas as seguintes variáveis de saúde: auto percepção de saúde (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim), número de doenças crônicas (nenhuma, uma, duas, três ou mais doenças crônicas) e capacidade funcional (presença ou não de limitação para realização de atividades de vida diária).

4.3 Descrição da amostra

A amostra foi constituída de 39.346 idosos, dos quais, 5.387 (13,69%) moravam sozinhos e 33.959 (86,31%) corresidiam com outros indivíduos. Dentre os idosos, 56,33% são do sexo feminino e 43,67% do sexo masculino. Na amostra utilizada, 81,25% dos idosos realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses, 12,36% tiveram alguma internação hospitalar nesse mesmo período e por fim, 4,04% deles receberam atendimento de emergência no domicílio. Além disso, segundo mostra a TAB.2 observa-se, como esperado, que as mulheres realizaram mais consultas médicas que os homens, e que dentre os homens, os que moravam sozinhos realizaram menos consultas médicas e internações hospitalares que aqueles que moravam com alguém. O atendimento de emergência no domicílio além de ser mais prevalente entre as mulheres é maior entre os que vivem sozinhos.

TABELA 02 – Distribuição relativa da utilização dos serviços de saúde entre idosos, segundo sexo e arranjo domiciliar. Brasil, 2008.

Serviço de saúde	Sexo	Mora só	Correside com outros
Consulta médica	Masculino	72,19%	75,53%
	Feminino	86,51%	85,88%
Internação hospitalar	Masculino	11,63%	13,15%
	Feminino	11,63%	11,92%
Atendimento de emergência	Masculino	3,91%	3,75%
	Feminino	4,94%	4,11%

Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE- PNAD, 2008.

Com relação às características demográficas dos idosos de cada sexo por tipo de arranjo demográfico, observa-se, na TAB. 3, que idosos tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino que vivem sozinhos são relativamente mais velhos que os que não vivem sós. Curiosamente, observa-se, também, uma maior proporção de brancos entre as mulheres que viviam sozinhas e, de outro lado, de não brancos entre os homens na mesma condição de domicílio. Em relação à situação censitária do domicílio, embora existam diferenças estatisticamente significativas entre idosos sozinhos e não sozinhos, de uma maneira geral, verifica-se que a maioria dos idosos residiam na área urbana.

No que diz respeito às características socioeconômicas, observa-se que as mulheres que viviam sozinhas eram relativamente mais escolarizadas do que aquelas que viviam com alguém. O inverso é observado entre os homens, no entanto. Esse mesmo padrão por sexos foi observado no caso de cobertura de plano de saúde. Vale ressaltar, neste caso, que a maior parte dos idosos não possuía cobertura por plano de saúde. Finalmente, com relação à renda (rendimento mensal domiciliar per capita), ressalta-se que 45% dos idosos da amostra viviam com até um salário mínimo. Além disso, nota-se uma relação em formato de “u” entre a proporção de idosos vivendo sozinhos e a renda, com concentrações maiores deste tipo de arranjo entre os mais pobres e os mais ricos.

Em relação às características de saúde, os testes estatísticos, principalmente para os homens, indicaram que na maioria dos casos não há diferença significativa entre os que moram sozinhos e os que moram com alguém. No caso das mulheres, ressalta-se, entretanto, a menor prevalência de incapacidade funcional e melhor autoavaliação de saúde entre aquelas que moram só.

TABELA 03- Distribuição dos idosos segundo arranjo domiciliar e diversas características, por sexo. Brasil, 2008.

Variáveis	Homens			Mulheres		
	Mora só	Mora com outros	P-valor (chi2)	Mora só	Mora com outros	P-valor (chi2)
<i>Grupos de idade</i>						
60 a 69	49,96%	57,94%		43,00%	56,49%	
70 a 79	33,69%	30,72%	0,000	38,19%	29,56%	0,000
80 e mais	16,35%	11,33%		18,81%	13,95%	
Total	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	
<i>Raça</i>						
Não branca	50,51%	45,76%		38,49%	44,00%	
Branca	49,49%	54,24%	0,001	61,51%	56,00%	0,000
Total	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	
<i>Zona</i>						
Rural	24,01%	19,43%		10,91%	15,52%	
Urbana	75,99%	80,57%	0,000	89,09%	84,48%	0,000
Total	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	
<i>Escolaridade</i>						
0 a 4 anos estudo	75,04%	69,64%		69,53%	73,24%	
5 a 8 anos estudo	9,93%	12,20%	0,000	12,39%	12,29%	0,000
9 a 15 anos estudo	15,03%	18,16%		18,08%	14,47%	
Total	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	
<i>Cobertura por plano de saúde?</i>						
Não	80,63%	72,16%		64,90%	70,89%	
Sim	19,37%	27,84%	0,000	35,10%	29,11%	0,000
Total	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	
<i>Renda</i>						
Sem rendimento	1,75%	0,44%		1,45%	0,36%	
Até 1 salário mínimo	41,53%	44,66%		38,23%	44,90%	
Entre 1 até 2 salários mínimos	27,00%	29,95%		27,68%	31,24%	
Entre 2 até 3 salários mínimos	11,15%	10,34%	0,000	11,86%	10,01%	0,000
Entre 3 até 5 salários mínimos	7,96%	7,58%		9,57%	7,32%	
Mais de 5 salários mínimos	10,62%	7,03%		11,21%	6,17%	
Total	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	
<i>Auto percepção de saúde</i>						
Muito boa	8,07%	8,15%		10,40%	6,45%	
Boa	39,05%	36,53%		37,74%	36,66%	
Regular	39,18%	41,11%	0,271	39,44%	43,06%	0,000
Ruim	10,93%	11,36%		9,52%	10,70%	
Muito ruim	2,77%	2,85%		2,91%	3,13%	
Total	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	
<i>Número de doenças crônicas</i>						
Nenhuma	42,36%	40,72%		27,70%	30,08%	
Uma	34,44%	33,89%		38,49%	37,50%	
Duas	15,93%	17,74%	0,179	22,50%	21,10%	0,102
Três ou mais	7,28%	7,65%		11,31%	11,32%	
Total	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	
<i>Limitações para AVD?</i>						
Não	86,52%	87,07%	0,977	83,90%	82,64%	
Sim	13,48%	12,93%		16,10%	17,36%	0,022
Total	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	

Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE- PNAD, 2008.

É importante destacar que os idosos que moram com outras pessoas não formam um grupo homogêneo. A TAB.4 compara, para cada sexo, a distribuição de algumas características entre os idosos que corresidiam com outros indivíduos. Nota-se que a parcela de idosas sem cônjuge é consideravelmente maior do que a parcela de idosos do sexo masculino. Além disso, os idosos do sexo masculino são identificados com maior frequência como pessoas de referência no domicílio. Por fim, observa-se que a distribuição por tipo de

corresidentes varia entre os sexos, sendo que as mulheres corresidem mais com os não idosos, quando comparado com os homens.

TABELA 04 –Características dos idosos que corresidiam com outros indivíduos, por sexo. Brasil, 2008

Variáveis	Homens	Mulheres
<i>Presença de Cônjuge*</i>		
Não	7,75%	41,40%
Sim	92,25%	58,60%
<i>Pessoa de referência</i>		
Não	18,74%	60,45%
Sim	81,26%	39,55%
<i>Corresidente</i>		
Idoso	25,03%	23,50%
Adulto	48,91%	49,48%
Criança	2,18%	3,03%
Adulto e criança	23,88%	23,99%

Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE- PNAD, 2008.

Nota: * A informação de presença de cônjuge só pode ser captada, na PNAD, quando o idoso é a pessoa de referência no domicílio.

4.4 Modelos utilizados

Todas as análises dos dados foram realizadas no pacote estatístico STATA – Data Analysis and Statistical Software, versão 10. Para verificar a associação entre os arranjos domiciliares dos idosos e a utilização de serviços de saúde, controlados pelas condições demográficas, socioeconômicas e de saúde foram utilizados modelos de regressão logística multivariada para cada tipo de serviço de saúde. Todas as estimativas foram calculadas usando o peso amostral apropriado na PNAD.

Foram construídas duas sequências de modelos: uma que compara a utilização de serviços de saúde entre idosos que vivem sós em relação aos idosos que vivem com alguém, e outra que compara a utilização de serviços de saúde apenas entre os idosos que corresidem com outros indivíduos. Em relação à primeira sequência de modelos, os blocos de fatores de controle, agregados de acordo com a literatura, foram adicionados na ordem apresentadas no QUAD.1 abaixo.

QUADRO 1- Sequência de modelos estimados para a análise da utilização dos serviços de saúde por arranjo domiciliar dos idosos

Variáveis explicativas	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
<i>Tipo de arranjo</i>	x	x	x	x
<i>Demográficas</i>				
Sexo				
Idade		x	x	x
Raça				
Situação censitária				
<i>Socioeconômicas</i>				
Escolaridade			x	x
Cobertura por plano de saúde				
<i>Condições de saúde</i>				
Auto percepção de saúde				
Número de doenças crônicas				x
Limitação para AVD				

Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE- PNAD, 2008.

O segundo conjunto de modelos, segue a sequência de inclusão de variáveis independentes descrita no QUAD. 2.

QUADRO 2- Sequencia de modelos estimados para a análise da utilização dos serviços de saúde para os idosos que corresidiam com outros indivíduos

Variáveis explicativas	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
<i>Características do idoso e arranjo</i>				
Presença de cônjuge	x	x	x	x
Ser pessoa de referência				
Tipo de corresidentes				
<i>Demográficas</i>				
Sexo				
Idade		x	x	x
Raça				
Situação censitária				
<i>Socioeconômicas</i>				
Escolaridade			x	x
Cobertura por plano de saúde				
<i>Condições de saúde</i>				
Auto percepção de saúde				
Número de doenças crônicas				x
Limitação para AVD				

Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE- PNAD, 2008.

5. RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os resultados dos modelos multivariados estimados para análise da associação entre o tipo de arranjo domiciliar e a utilização dos serviços de saúde.

Para realização de consulta médica e internação hospitalar, inicialmente comparou-se os idosos que moravam sozinhos com os idosos que corresidiam com outros e, posteriormente analisou-se apenas as características do arranjo desse último grupo. O primeiro resultado que salta aos olhos é um forte diferencial entre os sexos. Na análise dos fatores que interferem na realização de consulta médica, constata-se que as mulheres apresentam quase o dobro de chance de o terem feito. O resultado para a internação hospitalar, entretanto, é de os homens apresentam maior chance de passarem por esse processo (Odds Ratio- OR 1,276 para todos os idosos e OR 1,345 para aqueles vivem com mais alguém). Esses resultados corroboram com estudos que apontam que o diferencial por sexo varia de acordo com o tipo de serviço de saúde utilizado. No Brasil, as mulheres buscam mais serviços para exames de rotina e prevenção, enquanto que os homens buscam mais serviços curativos e apresentam maior frequência de internação hospitalar quando comparado com as mulheres (PINHEIRO et al, 2002; RIBEIRO, 2005). Nos EUA, as mulheres também utilizam mais serviços preventivos, tais como consulta médica ambulatorial, porém, no que diz respeito à utilização de serviços curativos, a proporção é semelhante tanto para homens, quanto para mulheres (VERBRUGGE, 1989).

No modelo 1, ao considerar apenas o tipo de arranjo e a realização de consulta médica e internação hospitalar nos últimos doze meses não houve diferença significativa entre os idosos que moravam sozinhos e os que corresidiam com outros. Ao adicionar características demográficas e socioeconômicas, o tipo de arranjo passou a ser significativo. Porém, ao controlar pelas condições de saúde, o tipo de arranjo domiciliar do idoso voltou a ser não significativo. O mesmo comportamento foi observado quando o modelo foi estimado apenas para os idosos do sexo masculino e, para o sexo feminino, o

tipo de arranjo foi significativo em nenhum desses modelos. Esse resultado confirma o que foi discutido anteriormente, isto é, que os arranjos domiciliares e as características de saúde estão estreitamente relacionados (WILMOTH, 2002). As condições de saúde do idoso são determinantes para seus arranjos (AVERY, SPEARE, LAWTON, 1989, MUTCHLER e BURR, 1991, ROGERS, 1996; SAAD, 2001; CAMARGOS et al, 2003). Dessa forma, para realização de consulta médica e ocorrência de internação hospitalar, as condições de saúde são muito relevantes, ao ponto de, provavelmente, explicar diretamente aspectos que o tipo de arranjo capta.

TABELA 05 – Resultados do modelo de regressão logística (OR) para análise do efeito das características apresentadas sobre a realização de consulta de médica entre idosos que moram só x idosos que moram com outros

Variáveis		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo Final Só Mulheres	Modelo Final Só Homens
Bloco 1	<i>Mora só</i>	-	-	-	-	-	-
	<i>Mora com outros</i>	0,952	1,088**	1,083*	1,047	1,030	1,096
Bloco 2	<i>Mulher</i>		-	-	-	-	-
	<i>Homem</i>		0,508***	0,509***	0,568***	-	-
	<i>60 a 69</i>		-	-	-	-	-
	<i>70 a 79</i>		1,248***	1,250***	1,083**	1,063	1,094*
	<i>80 e mais</i>		1,350***	1,358***	1,106**	0,930	1,356***
	<i>Não branca</i>		-	-	-	-	-
	<i>Branca</i>		1,238***	1,101***	1,120***	1,182***	1,072*
	<i>Zona rural</i>		-	-	-	-	-
	<i>Zona urbana</i>		1,603***	1,388***	1,289***	1,277***	1,300***
Bloco 3	<i>0 a 4 anos estudo</i>			-	-	-	-
	<i>5 a 8 anos estudo</i>			1,045	1,198***	1,201**	1,194***
	<i>9 a 15 anos estudo</i>			0,992	1,338***	1,481***	1,481***
	<i>Sem cobertura plano saúde</i>			-	-	-	-
	<i>Com cobertura</i>			2,181***	2,271***	2,579***	2,029***
Bloco 4	<i>Muito boa</i>				-	-	-
	<i>Boa</i>				1,435***	1,507***	1,376***
	<i>Regular</i>				2,350***	2,281***	2,387***
	<i>Ruim</i>				3,356***	2,590***	4,133***
	<i>Muito ruim</i>				3,268***	3,261***	3,159***
	<i>Nenhuma doença crônica</i>				-	-	-
	<i>Uma</i>				2,477***	2,463***	2,505***
	<i>Duas</i>				4,365***	4,351***	4,428***
	<i>Três ou mais</i>				7,458***	7,308***	7,969***
	<i>Sem limitação para AVD</i>				-	-	-
<i>Com limitação</i>				1,143***	1,031	1,362***	
Constant	4,524***	3,093***	3,081***	0,612***	0,725***	0,297***	
Observations	39.346	39.346	39.346	39.346	22.165	17.181	

Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE- PNAD, 2008.

TABELA 06 – Resultados do modelo de regressão logística (OR) para análise do efeito das características apresentadas sobre a ocorrência de internação hospitalar entre idosos que moram só x idosos que moram com outros

Variáveis		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo Final Só Mulheres	Modelo Final Só Homens
Bloco 1	<i>Mora só</i>	-	-	-	-	-	-
	Mora com outros	1,084	1,141***	1,135**	1,064	1,064	1,118
Bloco 2	<i>Mulher</i>		-	-	-	-	-
	Homem		1,130***	1,152***	1,276***	-	-
	<i>60 a 69</i>		-	-	-	-	-
	70 a 79		1,465***	1,422***	1,209***	1,276***	1,171***
	80 e mais		2,032***	1,954***	1,391***	1,391***	1,401***
	<i>Não branca</i>		-	-	-	-	-
	Branca		1,067*	1,046	1,043	1,209***	0,996
	<i>Zona rural</i>		-	-	-	-	-
Zona urbana		1,060	1,039	0,937	1,391***	0,968	
Bloco 3	<i>0 a 4 anos estudo</i>			-	-	-	-
	5 a 8 anos estudo			0,899**	1,060	1,017	1,112
	9 a 15 anos estudo			0,699***	0,959	0,919	1,010
	<i>Sem cobertura plano saúde</i>			-	-	-	-
	Com cobertura			1,405***	1,525***	1,538***	1,498***
Bloco 4	<i>Muito boa</i>				-	-	-
	Boa				1,217*	1,215	1,210
	Regular				2,103***	1,963***	2,277***
	Ruim				3,627***	3,266***	4,064***
	Muito ruim				4,278***	3,927***	4,735***
	<i>Nenhuma doença crônica</i>				-	-	-
	Uma				1,538***	1,474***	1,588***
	Duas				2,249***	2,232***	2,229***
	Três ou mais				2,871***	2,945***	2,710***
	<i>Sem limitação para AVD</i>				-	-	-
Com limitação				1,973***	1,914***	2,050***	
Constant	0,132***	0,0861***	0,0864***	0,0147***	0,0293***	0,0299***	
Observations	39.346	39.346	39.346	39.346	22.165	17.181	

Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE- PNAD, 2008.

Posteriormente, ao estimar os modelos apenas entre os idosos que corresidiam com outros indivíduos, constatou-se que ser pessoa de referência do domicílio ou possuir cônjuge não se mostrou significativo para realização de consulta médica. Porém, o tipo de corresidência do idoso influencia sua realização de consulta médica. A chance de realização de consulta médica

diminui quando os corresidentes não são idosos. Dessa forma, pode-se concluir que idosos que corresidem apenas com idosos são mais propensos a receberem cuidados preventivos, através da realização de consultas médicas do que os outros. Oliveira (2006), ao estudar idosos paulistanos com declínio cognitivo também encontrou que, surpreendentemente, entre idosos que corresidiam apenas com idosos, havia um grande potencial de ajuda, tanto para realização de AVDs, quanto para AIVDs. De acordo com a autora, nesse grupo pode haver maior comprometimento entre seus membros e, a ajuda mútua seja um compromisso de todos. Vale ressaltar que esse tipo de arranjo merece grande preocupação, pois trata-se de idosos cuidando de idosos, ou seja, o potencial de adoecerem ou piorarem suas capacidades funcionais ao cuidar de outros indivíduos é grande. (KARSCH, 2003; DIOGO et al, 2005; OLIVEIRA, 2006).

Já para ocorrência de internação hospitalar, entre os homens, ser pessoa de referência do domicílio diminui as chances de internar em relação aos idosos que não são pessoas de referência. Esse resultado pode refletir tanto um melhor resultado em saúde, quanto o peso da responsabilidade de ser uma pessoa de referência no domicílio. Resultados de estudos anteriores encontraram que idosos, homens e mulheres, que são chefes de domicílio, apresentaram redução da mortalidade (RAHMAN, 1999). Entretanto, um estudo com dados brasileiros encontrou que ser chefe do domicílio conferiu desvantagem na morbidade declarada para os homens idosos em relação aos que ocupam outra condição. (ROMERO, 2002). O tipo de corresidência também influencia para ocorrência de internação hospitalar, sendo que os que corresidem apenas com idosos possuem menor chance de internação hospitalar em relação aos que moram com pelo menos um adulto. Dessa forma, além de idosos que moram com idosos acessarem mais serviços preventivos, eles utilizam menos serviços curativos, o que pode inferir um melhor cuidado com a saúde entre eles. Mais uma vez, esse resultado corrobora com os encontrados por Oliveira (2006), nos quais, surpreendentemente, idosos que corresidem com idosos possuem comprometimento em oferecer ajuda mútua.

TABELA 07 – Resultados do modelo de regressão logística (OR) para análise do efeito das características apresentadas sobre a realização de consulta médica entre os idosos que moram com outros indivíduos

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo	Modelo	
					Final Só Mulheres	Final Só Homens	
Sem cônjuge	-	-	-	-	-	-	
Com cônjuge	0,742***	1,111***	1,083**	1,054	1,011	1,034	
Não chefe	-	-	-	-	-	-	
Chefe	0,721***	1,010	1,004	1,015	0,964	1,092	
Correside só com idoso	-	-	-	-	-	-	
Só com adulto	0,809***	0,888***	0,903**	0,906**	0,941	0,896*	
Só com criança	0,673***	0,753***	0,814**	0,829*	0,717**	1,060	
Com criança e adulto	0,703***	0,847***	0,909**	0,911*	0,922	0,911	
Bloco 2	Mulher	-	-	-	-	-	
	Homem	-	0,496***	0,499***	0,557***	-	-
	60 a 69	-	-	-	-	-	-
	70 a 79	-	1,258***	1,261***	1,092**	1,095	1,078
	80 e mais	-	1,393***	1,392***	1,111*	0,923	1,338***
	Não branca	-	-	-	-	-	-
	branca	-	1,204***	1,093***	1,114***	1,167***	1,075
	Zona rural	-	-	-	-	-	-
Zona urbana	-	1,621***	1,414***	1,325***	1,294***	1,357***	
Bloco 3	0 a 4 anos estudo	-	-	-	-	-	
	5 a 8 anos estudo	-	-	1,008	1,148***	1,112	1,173**
	9 a 15 anos estudo	-	-	0,982	1,326***	1,445***	1,279***
	Sem cobertura plano saúde	-	-	2,085***	2,164***	2,382***	2,002***
	Com cobertura plano saúde	-	-	-0,0935	-0,103	-0,174	-0,127
Bloco 4	Muito boa	-	-	-	-	-	
	Boa	-	-	-	1,435***	1,507***	1,376***
	Regular	-	-	-	2,350***	2,281***	2,387***
	Ruim	-	-	-	3,356***	2,590***	4,133***
	Muito ruim	-	-	-	3,268***	3,261***	3,159***
	Nenhuma doença crônica	-	-	-	-	-	-
	Uma	-	-	-	2,477***	2,463***	2,505***
	Duas	-	-	-	4,365***	4,351***	4,428***
	Três ou mais	-	-	-	7,458***	7,308***	7,969***
	Sem limitação para AVD	-	-	-	-	-	-
Com limitação para AVD	-	-	-	1,182***	1,062	1,370***	
Constant	7,806***	3,506***	3,439***	0,656***	0,790*	1,384***	
Observations	33.959	33.959	33.959	33.959	18.566	15.393	

Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE- PNAD, 2008.

TABELA 08 – Resultados do modelo de regressão logística (OR) para análise do efeito das características apresentadas sobre a ocorrência de internação hospitalar entre os idosos que moram com outros indivíduos

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo	Modelo	
					Final Só Mulheres	Final Só Homens	
Bloco 1	Sem cônjuge	-	-	-	-	-	
	Com cônjuge	0,877***	0,947	0,944	0,967	0,928	1,079
	Não chefe	-	-	-	-	-	-
	Chefe	0,907***	0,843***	0,846***	0,938	0,953	0,869*
	Correside só com idoso	-	-	-	-	-	-
	Só com adulto	0,994	1,084*	1,097**	1,116**	1,076	1,138*
	Só com criança	0,979	1,163	1,189	1,158	1,160	1,146
	Com criança e adulto	0,994	1,113*	1,144**	1,166***	1,153*	1,150*
Bloco 2	Mulher	-	-	-	-	-	
	Homem	-	1,259***	1,280***	1,345***	-	-
	60 a 69	-	-	-	-	-	-
	70 a 79	-	1,513***	1,475***	1,258***	1,315***	1,199***
	80 e mais	-	2,064***	1,993***	1,424***	1,401***	1,465***
	Não branca	-	-	-	-	-	-
	branca	-	1,073*	1,052	1,052	1,097*	1,007
	Zona rural	-	-	-	-	-	-
Zona urbana	-	1058	1029	0,932	0,898	0,953	
Bloco 3	0 a 4 anos estudo	-	-	-	-	-	
	5 a 8 anos estudo	-	-	0,912	1,072	1,019	1,128
	9 a 15 anos estudo	-	-	0,716***	0,988	0,923	1,051
	Sem cobertura plano saúde	-	-	-	-	-	-
	Com cobertura plano saúde	-	-	1,415***	1,523***	1,538***	1,502***
Bloco 4	Muito boa	-	-	-	-	-	
	Boa	-	-	-	1,289**	1,332*	1,23
	Regular	-	-	-	2,230***	2,120***	2,353***
	Ruim	-	-	-	3,990***	3,711***	4,256***
	Muito ruim	-	-	-	4,573***	4,578***	4,478***
	Nenhuma doença crônica	-	-	-	-	-	-
	Uma	-	-	-	1,504***	1,395***	1,596***
	Duas	-	-	-	2,253***	2,148***	2,329***
	Três ou mais	-	-	-	2,835***	2,929***	2,596***
	Sem limitação para AVD	-	-	-	-	-	-
Com limitação para AVD	-	-	-	1,972***	1,878***	2,079***	
Constant	0,165***	0,0982***	0,0965***	0,0245***	0,0276***	0,0302***	
Observations	33.959	33.959	33.959	33.959	18.566	15.393	

Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE- PNAD, 2008.

Com relação ao atendimento de emergência no domicílio verifica-se que os resultados são bem distintos do que os resultados observados para consulta

médica e internação hospitalar. Quando compara-se os idosos que vivem sozinhos com os idosos que corresidem com outros, verifica-se que os idosos que vivem sozinhos possuem maior chance de receber atendimento de emergência no domicílio e não há diferencial entre sexo. Esses resultados eram esperados, tendo em vista que o idoso que vive sozinho não possui com quem contar em momentos de emergência. Porém, deve-se chamar atenção para a dificuldade encontrada para acessar este tipo de serviço pelos idosos que vivem sozinhos, dentre elas a ausência de telefone em casa, desconhecimento da gravidade do caso ou mesmo falta de tempo hábil para acesso (ILIFFE et al, 1992; GURLEY et al, 1996; CAMARGOS e RODRIGUES, 2008; WONG e VEBRUGGE, 2009). Os resultados encontrados por Gurley et al (1996) preocupam muito ao demonstrar que, em São Francisco (EUA), dos idosos que moravam sozinhos, 23% foram encontrados mortos e 5% morreram no hospital. Dos sobreviventes, 62% foram admitidos no hospital, com uma permanência média de internação de oito dias. Desses, 52% foram admitidos em unidades de cuidados intensivos e 62% foram incapazes de voltar a viver de forma independente.

TABELA 09 – Resultados do modelo de regressão logística (OR) para análise do efeito das características apresentadas sobre o atendimento de emergência no domicílio entre idosos que moram só x idosos que moram com outros

Variáveis		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo Final Só Mulheres	Modelo Final Só Homens
Bloco 1	<i>Mora só</i>	-	-	-	-	-	-
	Mora com outros	0,850**	0,959	0,954	0,871*	0,865	0,945
Bloco 2	<i>Mulher</i>		-	-	-	-	-
	Homem		0,945	0,953	1,059	-	-
	<i>60 a 69</i>		-	-	-	-	-
	70 a 79		1,669***	1,633***	1,325***	1,454***	1,157
	80 e mais		3,164***	3,065***	2,017***	2,239***	1,723***
	<i>Não branca</i>		-	-	-	-	-
	Branca		1,104*	1,157**	1,136**	1,239***	1,016
	<i>Zona rural</i>		-	-	-	-	-
	<i>Zona urbana</i>		1,735***	1,840***	1,634***	1,828***	1,443***
Bloco 3	<i>0 a 4 anos estudo</i>			-	-	-	-
	5 a 8 anos estudo			0,890	1,078	1,060	1,101
	9 a 15 anos estudo			0,768***	1,118	1,236*	1,026
	<i>Sem cobertura plano saúde</i>			-	-	-	-
	Com cobertura				0,927	1,049	0,860
Bloco 4	<i>Muito boa</i>				-	-	-
	Boa				1,159	0,981	1,656
	Regular				2,151***	1,945***	2,760***
	Ruim				3,436***	2,968***	4,742***
	Muito ruim				5,001***	3,421***	9,347***
	<i>Nenhuma doença crônica</i>				-	-	-
	Uma				1,806***	1,799***	1,811***
	Duas				2,566***	2,621***	2,476***
	Três ou mais				3,676***	3,474***	4,194***
	<i>Sem limitação para AVD</i>				-	-	-
Com limitação				2,368***	2,199***	2,642***	
	Constant	0,0484***	0,0176***	0,0178***	0,0024***	0,0025***	0,0021***
	Observations	39.346	39.346	39.346	39.346	22.165	17.181

Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE- PNAD, 2008.

O atendimento de emergência no domicílio também sofre influência das características de seu arranjo domiciliar. Ao estimar modelos apenas entre os idosos que vivem na companhia de outras pessoas, verifica-se que a presença de cônjuge ou ser a pessoa de referência no domicílio representou menor chance de o idoso receber atendimento de emergência no domicílio. Verifica-se, ainda, que esse comportamento apresenta diferencial por sexo, sendo que, para as mulheres, apenas a presença de cônjuge no arranjo é significativo, enquanto que, para os homens, a presença de cônjuge não é significativa, mas, ser pessoa de referência e o tipo de corresidentes que tem, sim. Dessa forma, finalmente, o efeito protetor da presença do cônjuge, assim como descrito na literatura (MAGAZINER et al, 1988; HUGHES e WAITE, 2002; WANG, 2009; LAU e KIRBY, 2009) pode ser evidenciado. Porém, ao contrário da literatura, que mostra que as mulheres se beneficiam menos do que os homens de ter um cônjuge, (MARADEE, 1992; MORITZ e SATARIANO, 1993; RAHMAN, 1999), para o atendimento de emergência entre os idosos brasileiros deste estudo, verifica-se, que, apenas para as mulheres, a presença de cônjuge no arranjo é significativa, ou seja, elas se beneficiam porque a presença de cônjuge confere menor chance de receberem esse atendimento. Por outro lado, pode-se inferir que, conforme discutido anteriormente, esse resultado pode refletir o fato de as mulheres acessarem mais serviços preventivos, com conseqüente diminuição da chance de necessitarem de atendimento de emergência no domicílio. Além disso, ser pessoa de referência no domicílio, para o homem, também pode refletir a melhor saúde desses em relação às outras posições do domicílio, assim como discutido no caso de internação hospitalar. Por fim, a presença de adultos entre os corresidentes acarreta maior chance de o idoso receber atendimento de emergência no domicílio, mesmo controlando pelas condições de saúde.

TABELA 10 – Resultados do modelo de regressão logística (OR) para análise do efeito das características apresentadas sobre o atendimento de emergência entre os idosos que moram com outros indivíduos

Variáveis		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo Final Só Mulheres	Modelo Final Só Homens
Bloco 1	Sem cônjuge	-	-	-	-	-	-
	Com cônjuge	0,618***	0,788***	0,795***	0,815***	0,774**	1,032
	Não chefe	-	-	-	-	-	-
	Chefe	0,711***	0,716***	0,720***	0,827***	0,912	0,651***
	Correside só com idoso	-	-	-	-	-	-
	Só com adulto	1,032	1,170*	1,166*	1,186**	1,059	1,256*
	Só com criança	0,981	1,334	1,296	1,262	1,176	1,296
	Com criança e adulto	1,058	1,293***	1,268**	1,314***	1,191	1,352**
Bloco 2	Mulher	-	-	-	-	-	-
	Homem	-	1,209**	1,214***	1,262***	-	-
	60 a 69	-	-	-	-	-	-
	70 a 79	-	1,746***	1,713***	1,394***	1,571***	1,197
	80 e mais	-	3,140***	3,065***	2,044***	2,339***	1,732***
	Não branca	-	-	-	-	-	-
	branca	-	1,129*	1,172**	1,163**	1,263***	1,054
	Zona rural	-	-	-	-	-	-
Zona urbana	-	1,721***	1,814***	1,625***	1,767***	1,441**	
Bloco 3	0 a 4 anos estudo	-	-	-	-	-	-
	5 a 8 anos estudo	-	-	0,922	1,104	1,134	1,053
	9 a 15 anos estudo	-	-	0,790**	1,149	1,302*	1,020
	Sem cobertura plano saúde	-	-	-	-	-	-
	Com cobertura plano saúde	-	-	0,925	0,971	1,022	0,866
Bloco 4	Muito boa	-	-	-	-	-	-
	Boa	-	-	-	1,219	1,016	1,582
	Regular	-	-	-	2,274***	2,131**	2,516**
	Ruim	-	-	-	3,741***	3,369***	4,346***
	Muito ruim	-	-	-	5,933***	4,427***	8,769***
	Nenhuma doença crônica	-	-	-	-	-	-
	Uma	-	-	-	1,708***	1,650***	1,810***
	Duas	-	-	-	2,552***	2,632***	2,450***
	Três ou mais	-	-	-	3,394***	3,093***	4,038***
	Sem limitação para AVD	-	-	-	-	-	-
Com limitação para AVD	-	-	-	2,307***	2,148***	2,491***	
Constant	0.0642***	0.0177***	0.0178***	0.00360***	0,00361***	0,00458***	
Observations	33.959	33.959	33.959	33.959	18.566	15.393	

Fonte: Elaboração própria. Dados IBGE- PNAD, 2008.

6. CONCLUSÃO

O acelerado envelhecimento populacional brasileiro, suas consequências e a mudança nos arranjos domiciliares no país motivaram a realização deste estudo. Por um lado, a mudança no perfil de morbidade da população idosa e a necessidade de redefinição da assistência à saúde geram, sem dúvidas, consequências sérias nas demandas da área social. Por outro lado, as mudanças nas famílias e o aumento da probabilidade de se viver sozinho tem sido mudanças demográficas marcantes nas sociedades modernas. O objetivo deste trabalho foi medir a associação entre arranjos domiciliares e uso de serviços de saúde pelos idosos brasileiros, controlando as estimativas por fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde.

Foram levadas em consideração três formas de utilização dos serviços de saúde: consulta médica, internação hospitalar e atendimento de emergência no domicílio. Foram estimados dois tipos de modelos, um comparou a utilização de serviços de saúde entre idosos que vivem sós em relação aos idosos que vivem com alguém, e outro comparou a utilização de serviços de saúde apenas entre os idosos que corresidiam com outros indivíduos, levando-se em consideração, conforme discutido anteriormente e destacado na literatura, três fatores fundamentais que interferem nos resultados em saúde dos idosos, isto é, a presença ou não de cônjuge, ser ou não pessoa de referência do domicílio e o tipo de corresidência (corresidir apenas com idoso, apenas com adulto, apenas com criança ou com adulto e criança ao mesmo tempo).

Os resultados sugerem forte diferencial entre os sexos, tanto nas características dos arranjos, nas condições demográficas, socioeconômicas e de saúde, como na utilização dos serviços. Assim como na literatura internacional sobre o tema, as mulheres idosas do presente estudo mostraram-se mais propensas que os homens a viverem sozinhas, menos propensas a viverem com um cônjuge ou como chefe de família (GRUNFELD et al, 1997; VICTOR et al, 2000; BONGAATS E ZIMMER, 2002). Além disso, os achado deste estudo

também corroboram com a literatura, confirmando que as chances da idosa morar sozinha crescem na medida em que a renda e a escolaridade aumenta (Camargos et al, 2003). As mulheres possuem mais doenças crônicas do que os homens, mas, em relação à autopercepção de saúde, as mulheres tendem a reportar melhor a saúde em relação aos homens. Porém, no presente estudo, as mulheres que moravam sozinhas reportaram saúde melhor do que as que moravam com outros, ao contrário do que encontrou Romero (2002). Outro ponto interessante que merece destaque é a independência entre o tipo de arranjo domiciliar e as condições de saúde entre os idosos do sexo masculino, mas não entre as idosas do sexo feminino. Por fim, conforme discutido anteriormente, há forte diferencial na utilização dos serviços de saúde, isto é, as mulheres utilizam mais serviços preventivos, enquanto os homens, curativos.

Estudos americanos, europeus e até mesmo brasileiros demonstram maior fragilidade entre os idosos que vivem sozinhos (GLIKSMAN et al, 1995; NILSEN et al, 2006; KANDLER e BAUMERT, 2007), além de maior predisposição a internação hospitalar (GUERRA et al, 2001). Porém, no que diz respeito à utilização de serviços de saúde pelos idosos, os resultados do presente estudo sugerem que morar sozinho não diferencia o idoso para realização de consulta médica ou internação hospitalar, mas sim para atendimento de emergência no domicílio. Por outro lado, estudos já realizados evidenciam desempenho positivo em relação ao cuidado com a saúde (SARWARI et al, 1998) e ao acesso a serviços de saúde pelas idosas que vivem sozinhas (MORITZ e SATARIANO, 1993). Em relação ao atendimento de emergência no domicílio, como era de se esperar, os idosos que vivem sozinhos apresentam maior chance de receber esse tipo de atendimento do que os idosos que vivem com outros indivíduos. Iliffe et al (1992) concluíram que idosos que moravam sozinhos não se apresentavam como um grupo de risco em relação aos idosos que moravam com outras pessoas em relação a exigentes demandas pelos serviços sociais e de saúde. Os autores ressaltaram, portanto, a necessidade de proporcionar aos idosos que vivem sozinhos um contato de referência, para os casos de emergência. Da mesma forma, Camargos e Rodrigues (2008), ao investigarem idosos brasileiros que viviam sozinhos, também concluíram que a falta de uma pessoa por perto no cotidiano podem deixar os idosos que vivem sós susceptíveis a riscos, inclusive

riscos relacionados à dificuldade do acesso à serviços imediatos, no caso de emergências. Idosos chineses que viviam sós relatam ser bem assistidos por cuidados médicos, mas também reconhecem a importância dos atendimentos de emergência. (WONG e VEBRUGGE, 2009). O presente estudo concluiu que os idosos que vivem sozinhos possuem maior chance de receberem atendimento de emergência. O fato de os idosos que vivem sozinhos não terem quem os acompanhe e monitore suas condições, ficam mais sujeitos a atendimento emergencial. Da mesma forma, a ausência de companhia faz com que os casos mais agudos fiquem sem atendimento, isto é, quando o próprio idoso não é capaz de pedir ajuda. O achado de Gurley et al (1996) preocupa e merece muita atenção ao encontrar elevada frequência de idosos que viviam sozinhos desamparados ou mortos, além de idosos que perderam a capacidade funcional após um episódio em que não pôde contar com nenhuma ajuda. Tendo em vista que a tendência mundial é de que no grupo de idosos aumente, cada vez mais, a probabilidade de viver sozinho (BENNETT e DIXON, 2006; VICTOR et al, 2000; MUTCHLER e BURR, 1991; STOCKMAYER, 2004), esse fato torna-se extremamente preocupante. É necessário que a sociedade, principalmente profissionais de saúde desenvolvam estratégias para o monitoramento adequado desses indivíduos, seja através de visitas domiciliares frequentes, educação para a saúde e até mesmo através da criação de meios e instrumentos que identifiquem de forma efetiva esses idosos que necessitem de ajuda, a fim de evitar sérias consequências.

Já entre os idosos que não vivem sozinhos, vários fatores interferem na probabilidade de utilizar os serviços de saúde. Idosos que corresidem apenas com idosos possuem maior chance de utilizar os serviços de saúde de forma adequada, isto é, realizam mais consultas médicas, internam menos e também apresentam menor chance de receberem atendimento de emergência em relação aos idosos que corresidem apenas com adultos. Oliveira (2006) também foi surpreendida ao estudar os idosos paulistanos portadores de déficit cognitivos e encontrar que entre os arranjos intrageracionais, isto é, apenas idosos, havia um grande potencial de ajuda para AVD e AIVD entre os corresidentes. Por outro lado, um estudo realizado com idosos brasileiros avaliou desempenho funcional, demandas assistenciais e arranjos domiciliares dos idosos. Os resultados

contrariaram nosso achados, tendo em vista que, os arranjos que contavam somente com idosos corresidentes não supriram adequadamente as demandas assistenciais dos mesmos. (DUARTE, 2005).

A literatura ressalta a importância dos filhos para os idosos, destacando-os como recursos importantes para sobrevivência, para determinação de seus arranjos, para diminuição da chance de institucionalização e para diminuição de mortalidade (SAAD, 1997; MUTCHLER e BURR, 1991; RAHMAN, 1999; WANG et al, 2009; KASPER et al, 2010). Surpreendentemente, ao contrário do esperado, no presente estudo, a presença de corresidentes adultos, provavelmente, filhos dos idosos, não demonstraram ser um recurso importante, no que diz respeito do uso adequado e racional dos serviços de saúde pelos idosos. Nesse sentido, resultado interessante também foi encontrado a respeito a cuidados preventivos de saúde, ao comparar os idosos norte-americanos que moravam com os filhos, á que os mesmos não apresentaram vantagens em relação aos que moram sozinhos para a obtenção desses serviços. (LAU e KIRBY, 2009). Oliveira (2006) também encontrou, ao estudar os idosos paulistanos portadores de déficit cognitivos, que idosos que moravam com filhos, recebiam pequeno potencial de ajuda para realização de AVD e AIVD.

Por fim, observou-se que existe menor chance de o idoso receber atendimento de emergência no domicílio se viver com cônjuge, demonstrando o efeito protetor de status marital (MAGAZINER et al, 1988; HUGHES e WAITE, 2002; WANG, 2009; LAU e KIRBY, 2009), porém ao contrário da literatura, esse efeito foi protetor para as mulheres e não para os homens (MARADEE, 1992; MORITZ e SATARIANO, 1993; RAHMAN, 1999), ou, ainda, se for pessoa de referência no domicílio.

Os resultados apresentados ressaltam a importância dos arranjos domiciliares dos idosos, assim como as formas de abordagem dos mesmos e de seus corresidentes no que diz respeito aos cuidados com a saúde. Intervenções e estímulos a cuidados preventivos, tais como adoção de hábitos comportamentais saudáveis, devem ser fortemente recomendados aos idosos, independente do arranjo no qual ele pertença, no intuito de melhorar a qualidade de vida e reduzir

gastos onerosos com a utilização evitável dos serviços de saúde (BINDMAN et al, 1995; GORDILHO et al, 2000).

O processo de envelhecimento populacional traz, além de mudança do perfil de morbidade da população, consequências sérias para as demandas na área social (WAJNMAN, 2008). As mudanças nos tamanhos das famílias e os rearranjos da composição de indivíduos nos domicílios são exemplos dessa transformação. Este estudo demonstrou que, apesar de arranjos domiciliares apenas com idosos serem, com razão, alvo de preocupações, no que diz respeito à utilização de serviços de saúde, os mesmos o fazem de forma mais adequada do que os idosos inseridos em outros tipos de arranjos. Idosos que vivem sozinhos não demonstraram diferenças significativas em relação aos idosos que vivem com outros, a não ser para atendimento de emergência no domicílio. No entanto, não apenas esses idosos devem ser alvos de preocupações, mas também aqueles que vivem com filhos adultos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVERY, R.; SPEARE JR; A.; LAWTON, L. Social support, disability and independent living of elderly person in the United States. **Journal of Aging Studies**, Greenwich, v. 3, n. 4, p. 279-293. 1989.

BECKER, G. S. **A treatise on the family**. Cambridge: London: Harvard University, 1981. 288p

BENNETT, J; DIXON, M. Single Person Households and social policy: looking forwards. **JOSEPH ROWNTREE FOUNDATION**, 2006.

BERENSTEIN, C, K; WAJNMAN, S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.10, p.2301-2313, out, 2008.

BERQUÓ, E; CAVENAGHI, S. Oportunidades e fatalidades: Um estudo demográfico das pessoas que moram sozinhas. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 06, 1988. Olinda. **Anais**. Olinda: ABEP, 1988. v.1, p.155-181.

BILLINGS, J; ZEITEL, L; LUKOMNIK, J; CAREY, T, S; BLANK, A, E; NEWMAN, L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**. v.12, n.1, p.162-173. 1993.

BINDMAN, A,B; GRUMBACH, K; OSMOND D, KOMAROMY, M; VRANIZAN, K; LURIE, N, et al. Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. **JAMA**. v. 274, n.4, p. 305-311. 1995,

BONGAARTS, J.; ZIMMER, Z. Living arrangements of older adults in the developing world: an analysis of demographic and health survey household surveys. **Journal of Gerontology**. Washington, v. 57B, n. 3, p. S145-S157, May 2002.

CAMARANO, AA (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, (5): 137-67, 2004.

CAMARANO, A., A. (Org) et al. **Cuidados de longa duração para a população idosa : um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.350 p.

CAMARANO, A., A., SCHARFSTEIN, E.,A. Instituições de Longa permanência para Idosos; abrigo ou retiro? In: CAMARANO, A., A. (Org) et al. **Cuidados de longa duração para a população idosa : um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.350 p.

CAMARGOS, M.,C.,S.; MACHADO, C.,J., RODRIGUES, R., N. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, jan./jun. 2011.

CAMARGOS, M. C. S. **Enfim só**: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG), 2007. 138f. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CAMARGOS, M,C,S; RODRIGUES, R, N. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16, 2008. Caxambu. **Anais**. Caxambu: ABEP, 2008.

CAMARGOS, M.; MACHADO, C, J; NASCIMENTO, R, N; ALVES, L,C. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. São Paulo, v. 24, n. 1, p.37-51, jun. 2007.

CAMARGOS, M. C. S., MACHADO, C. J., RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinha para idosas mineiras, 2003. In: Seminário Sobre A Economia Mineira, 12, 2006. Diamantina. **Anais**. Belo Horizonte: CEDEPLAR, 2006. 17p.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-733, 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. 1997.

CORRÊA, C, S. **Famílias e cuidado dedicado ao idoso**: Como o tamanho e a estrutura da rede de apoio influenciam o tempo individual dedicado à atenção ao idoso. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

DE VOS & HOLDEN, K. Measures Comparing Living Arrangements of the elderly: An Assessment. **Population and Development Review**.v.14,n.4, p.689-704. 1988.

DIOGO, M,I,J; CEOLIM, M,F.; CINTRA,F,A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. **Rev Escola Enferm USP**. v.39,n.1,p-97-102, 2005.

DUARTE, Y.,A.,O., LEBRÃO, M.,L, LIMA F.,D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**. v.17,n.5/6,p. 370-8. 2005.

FOLBRE, N.; BITTMAN, M. **Family time**: the social organization of care. London: Routledge. 2004. 242p.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n. 6, p. 835- 841, 2004.

GLIKSMAN, M. D., LAZARUS, D., WILSON, A., LEEDER, S. R. Social support, marital status and living arrangement correlates of cardiovascular disease risk factors in the elderly. **Social Science and Medicine**. v. 40, n. 6, p. 811-816, 1995.

GORDILHO, A et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso / Rio de Janeiro : UnATI, 2000. 92p. – (Envelhecimento humano)

GRUNFELD, E, GLOSSOP, R, MCDOWELL, I, DANBROOK, C. Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers. **Canadian Med Assoc J**. n.157,p. 1101-5. 1997

GUERRA, H, L; FIRMO, J,O,A; UCHOA, E; LIMA-COSTA, M,F,F. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with hospitalization of the elderly. **Caderno de Saúde Pública**. v.17, n.6, p. 1345-1356 nov./dez, 2001.

GURLEY, RJ, LUM N, SANDE, M, Lo B, KATZ, MH. Persons found in their homes helpless or dead. **N Engl J Med**. n.334, p.1710-1716. 1996.

HUGHES, M.E; WAITE, L. Health in household context: living arrangements and health in late middle-age. **Journal oh Health and Social Behavior**. v.43, n.1, p.1-21, 2002.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IBGE, PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. Notas metodológicas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/metodologia.shtm>. Acesso em: 12 nov. 2011.

KANDLER, U; MEISINGER, C; BAUMERT,H. Living alone is a risk factor for mortality in men but not women from the general population: a prospective cohort study. **BMC**. Public Health. 7:335. KORA Study Group, 2007

KARSCH, U, M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**. v.19,n.3, p-861-866, 2003.

KASPER, J.D., PEZZIN, L.E., & RICE, J.B. (2010). Stability and changes in living arrangements: relationship to nursing home admission and timing of placement. **Journal of Gerontology: Social Sciences**. v.65B, n.6, p. 783–791, 2010.

KATZ, S., FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, Chicago, v. 185, n.12, p. 914-919, 1963.

KAUTZ,T; BENDAVID, E; BHATTACHARYA,J; MILLER,G.AIDS and declining support for dependent elderly people in Africa: retrospective analysis using demographic and health surveys. **BMJ**. n.340, p.1-6. 2010.

ILIFFE, S; TAI, S. S., HAINES, A., GALLIVAN, S. GOLDENBERG, E. BOOROFF, A., MORGAN, P. Are elderly living alone an at risk group? **British Medical Journal**. v.305, n.24, p.1001-4 Oct. 1992.

LAU, D, T; KIRBY, J, B. The Relationship Between Living Arrangement and Preventive Care Use Among Community-Dwelling Elderly Persons. **American Journal of Public Health**. v.99,n.7, july. 2009.

LIMA-COSTA, M.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. **Caderno de Saúde Pública**. v.19, n.3, p.735-743, mai/jun, 2003.

LIMA-COSTA, M, F; FILHO, A, I, L; MATOS, D, L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.23, n.10, p. 2467-2478, out, 2007.

MAGAZINER, J; CADIGAN, D, A; HEBEL, J, R; PARRY, R, E. Health and Living Arrangements Among Older Women: Does Living Alone Increase the Risk of Illness. **J Gerontol**. n.43, p. M127–33, 1998.

MARADEE, A, D; MORITZ, D, J; NEUHAUS, J, M; SEGAL, M, R. Living Arrangements and Survival among Middle-Aged and Older Adults in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. **American Journal of Public Health**. v. 82, n. 3. March 1992.

MARADEE, A,D; MORITZ, D, J; NEUHAUS, J, M; BARCLAY, J, D; GEE, L. Living Arrangements, Changes in Living Arrangements, and Survival among Community Dwelling Older Adults. **American Journal of Public Health**.v. 87, n.3. March 1997.

MCGARRY, K. Caring for the elderly: the role of adult children. In: WISE, D. (Ed.) **Inquiries in the economics of aging**. Chicago: University of Chicago. p. 463-485, 1988.

MEDEIROS, M., OSORIO, R. Arranjos Domiciliares e Arranjos Nucleares no Brasil: Classificação e Evolução de 1977 a 1998: Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Ministério do Planejamento, orçamento e gestão, 2001 (Texto para discussão, 788).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 186 p, 2006.

MMWR (MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT). Trends in aging--United States and worldwide. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (Reprinted) **JAMA**. v.289, n.11, 2003.

MORITZ DJ, SATARIANO, W, A. Factors predicting stage of breast cancer at diagnosis in middle aged and elderly women: the role of living arrangements. **J Clin Epidemiol**. v.46, n.5. p.443-54, may, 1993.

MUTCHLER, J,E; BURR, J,A. A Longitudinal Analysis of Household and Nonhousehold Living Arrangements in Later Life. **Demography**. v. 28, n. 3,p. 375-390, aug., 1991.

NIELSEN, K M; FAERGEMAM, O; LARSEN, M L; FOLDSPANG, A. Danish singles have a twofold risk of acute coronary syndrome: data from a cohort of 138 290 persons. **J Epidemiol Community Health**. n. 60, p.721–728. 2006.

OLIVEIRA, S, F, D. **Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre idosos do município de São Paulo**. 2006. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

OMRAN, A.R. The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly* 83 (4): 731–57. Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 49 (No.4, Pt.1), 1971, pp.509–538. (2005. First published 1971)

PAULO, A, M. **A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada**. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em Demografia). - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

PEIXOTO, S, V; GIATTI, L; AFRADIQUE, M; LIMA-COSTA, M, F. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.13, n.4, p. 239 - 246. 2004.

PINHEIRO, R. J., VIACAVAL, F., TRAVASSOS, C., BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687- 707, 2002.

RAHMAN, M.O. Age and gender variation in the impact of household structure on elderly mortality. **International Journal of Epidemiology**. n.28, p.485-491, 1999.

RAMOS, L, R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 19, n.3, p.793-798 mai/jun, 2003.

RIBEIRO, M. M. **Utilização de Serviços de Saúde no Brasil: Uma investigação do padrão etário por sexo e cobertura por plano de saúde**. 100f. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.

ROGERS, R, G. The Effects of Family Composition, Health, and Social Support Linkages on Mortality. **Journal of Health and Social Behavior**. v.37, n. 4, p. 326-338, dec., 1996.

ROMERO, D. E. Variações de gênero na relação entre arranjo familiar e status de saúde dos idosos brasileiros. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13, 2002. Ouro Preto. **Anais**. Ouro Preto: ABEP, 2002.

SAAD, P, M. Transferências de apoio entre idoso e a família no Nordeste e no Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Estudos Pop.** 14 (1/2), 1997.

SAAD, P. M. Impact of pension reform on the living arrangements of older persons in Latin America. **Population Bulletin of the United Nations** — Special Issue, 42-43, 2001.

SARWARI, A, R; FREDMAN, L; LANGENBERG, P; MAGAZINER, J. Prospective Study on the Relation between Living Arrangement and Change in Functional Health Status of Elderly Women. **Am J Epidemiol**. v. 147, n. 4, 1998.

UNITED NATIONS. **Development in an Ageing World**. World Economic and Social Survey 2007. Department of Economic and Social Affairs, New York. Disponível em http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf >. Acesso em 15 de outubro. 2011.

UNITED NATIONS. **Living arrangements of older persons around the world**. New York, 2005. 218p.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**. v.19, n.3, pag.705-715, mai./ jun, 2003.

VERAS, R; PARAHYBA, M, I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Caderno de Saúde Pública**. v.23, n.10, p.2479-2489, out, 2007.

VERBRUGGE, L. M. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. **Journal of Health and Social Behaviour**, v.30, n.3, p.282-304, 1989.

VICTOR, C; SCAMBLER, S; BOND, J; BOWLING, A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. **Rev Clinical Gerontology**. n. 10, p.407-417, 2000.

STOCKMAYER, E.G. **The demographic foundations of change in U.S. households in the twentieth century**. 2004. 186 f. Tese (Doutorado em Demografia) - University of California, Berkeley, 2004.

WAJNMAN, S. Estudo n. 8: Dinâmicas Demográficas e Políticas Públicas. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, 2008. Disponível em: < <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/pis/Estudo%2008.pdf>> Acesso em 20 Agosto, 2011.

WANG, D; ZHENG,J; KUROSAWA,M; INABA,Y; JATO,N. Changes in activities of daily living (ADL) among elderly Chinese by marital status, living arrangement, and availability of healthcare over a 3-year period. **Environ Health Prev Med.** n.14, p.128–141, 2009.

WILMOTH, J. Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos Sociologias. **Porto Alegre.** v. 4, n. 7, p. 136-155. , jan/jun 2002.

WOLF, D., A., SOLDI, B.,J. "Household Composition Choices of Older Unmarried Women." **Demography.** n. 25, p.387-403. 1988.

WOLF, D. A. Valuing informal elder care. In: FOLBRE, N.; BITTMAN, M. **Family time: the social organization of care.** London: Routledge. p. 110-129, 2004

WONG, L, L, R; CARVALHO, JA. O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais.** REBEP, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

WONG, Y.,S; VEBRUGGE,L,M. Living Alone: Elderly Chinese Singaporeans. **J Cross Cult Gerontol.** n.24,p.209–224.2009

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde **Organização Pan-Americana da Saúde,** 60p, 2005.