

DESIGUALDADE SOCIOECONÔMICA NA SAÚDE AUTO AVALIADA ENTRE ADULTOS MAIS VELHOS: ELSI-Brasil

RAQUEL ALVES PÉREZ¹; CESAR AUGUSTO OVIEDO TEJADA²;

¹Universidade Federal de Pelotas – raqueel.perez@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – cesaroviedotejada@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A busca pela redução da desigualdade e pela possibilidade de uma vida saudável para todos, independentemente da idade, são intenções necessárias para um futuro mais próspero. Estas intenções fazem parte dos objetivos de desenvolvimento sustentável da ONU até 2030. O objetivo 3 consiste em assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, atingindo a cobertura universal de saúde, acesso a serviços de saúde essencial e de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais. Já o objetivo 10 caracteriza-se por reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles, empoderando e promovendo a inclusão social, econômica e política de todos, garantindo a igualdade de oportunidades e redução das desigualdades de resultados (UN, 2015).

Os avanços na medicina melhoraram a qualidade de vida e propiciaram para a população mundial uma existência mais longínqua. No Brasil 14,3% da população possui 60 anos ou mais, aumento considerável em comparação ao ano de 2005 que foi de 9,9% (IBGE, 2016). Pessoas com idade mais avançada demandam maior atenção com a saúde e possuem um estoque de saúde menor do que as mais jovens (GROSSMAN, 1972). Com o envelhecimento da população, cada vez mais estudos vêm sendo realizados com o intuito de obter informações para assegurar condições de vida melhores aos idosos. Diversas determinantes influenciam em uma velhice melhor, contudo é possível constatar que a desigualdade no estado de saúde está geralmente ligada ao status socioeconômico, sendo ocasionada por iniquidades já existentes na sociedade observada (BARATA, 2009).

O objetivo deste artigo é analisar a desigualdade relacionada com o status socioeconômico na saúde auto avaliada como ruim, para adultos mais velhos, no Brasil. Ao avaliar a desigualdade através do índice de concentração normalizado (o qual avalia a magnitude de desigualdade para toda a amostra), foi realizada a decomposição dos fatores sócio demográficos e condições de saúde que contribuem com a desigualdade; e analisadas as extensões do índice de concentração, através do cálculo de aversão à desigualdade e índice de realização. Foram utilizados como base os dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), que fornece aspectos representativos de cidadãos brasileiros com 50 anos ou mais através da primeira etapa de entrevistas realizadas entre os anos de 2015 e 2016 (LIMA-COSTA *et al.*, 2018). Tal análise pode fornecer uma importante orientação para formuladores de políticas públicas.

2. METODOLOGIA

O índice de concentração (IC) é o método ideal para mensurar a magnitude da desigualdade socioeconômica relacionada à saúde, pois considera a amostra completa, do mais pobre ao mais rico (KAKWANI, WAGSTAFF E DOORSLAER, VAN, 1997; O'DONNELL E DOORSLAER, VAN, 2008; WAGSTAFF, PACI E DOORSLAER, VAN, 1991). A fórmula é:

$$IC = \frac{2}{\mu} cov(y_i, R_i), \quad (1)$$

onde μ é a média da amostra ponderada do desfecho em saúde, cov é a covariância ponderada e R_i é a classificação do indivíduo i na distribuição do padrão de vida (WAGSTAFF, PACI E DOORSLAER, VAN, 1991). O índice varia entre -1 e 1, se o resultado encontrado for positivo significa que há concentração de desigualdade nos indivíduos com um poder aquisitivo maior; no caso em que é negativo, significa que será maior para os indivíduos com poder aquisitivo menor.

Quando a variável de desfecho é binária, os valores não ficam no intervalo de -1 e 1. Para corrigir esta questão Wagstaff (2005) e Erreygers (2009) propuseram métodos de normalização. Wagstaff (2005) observou que quando a média (μ) da variável de interesse encontrar-se entre o limite máximo é $1-\mu$ e quando o limite for mínimo é $\mu-1$, então propõe que deve ser padronizada dividindo o resultado do IC por $1-\mu$. (WAGSTAFF, 2005). Enquanto a normalização de Erreygers (2009) multiplica o IC pela 4μ (ERREYGENS, 2009).

A partir do IC calculado é possível analisar os fatores que contribuíram para a desigualdade através de uma decomposição (MORASAE *et al.*, 2012; WAGSTAFF, DOORSLAER, VAN E WATANABE, 2003). A decomposição pode ser escrita como:

$$C = \sum_k \left(\frac{\beta_k \bar{x}_k}{\mu} \right) C_k + \frac{GC_\varepsilon}{\mu}, \quad (3)$$

onde μ é a média de y , \bar{x}_k é a média de x_k , C_k é o índice de concentração para as k determinantes, e GC_ε é o termo de erro do índice de concentração generalizado para ε_i (WAGSTAFF, DOORSLAER, VAN E WATANABE, 2003).

Através da primeira extensão do Índice de concentração de Wagstaff (2002) é possível evidenciar o comportamento do grupo analisado em relação à desigualdade, e distinguir de que maneira a desigualdade observada comporta-se a medida que a atitude relacionada à desigualdade alterar (WAGSTAFF, 2002). Esta extensão melhora os resultados em saúde para os mais pobres e aproxima os resultados dos mais ricos de zero.

Para observar as mudanças de atitudes de determinado grupo de indivíduos utiliza-se uma ponderação v que representa o grau de aversão à desigualdade, a ponderação de aversão está vinculada à variável de saúde do i -ésimo indivíduo. A equação (4) apresenta a extensão do IC com a ponderação de aversão à desigualdade:

$$C(v) = -\frac{v}{\mu} cov(y_i, (1 - R_i)^{v-1}) \quad v > 1, \quad (4)$$

A segunda extensão do IC julga se, em média, a variável relacionada com saúde melhorou, mesmo com presença de desigualdade, através do índice de realização em saúde (WAGSTAFF, 2002). Esta extensão relaciona o nível médio de saúde com a desigualdade na saúde entre os mais pobres e mais ricos, e é estabelecida com a média ponderada de saúde para diversos indivíduos selecionados, onde o peso mais alto está ligado aos indivíduos mais pobres do que para os mais ricos (WAGSTAFF, 2002). O índice é medido a partir da fórmula:

$$I(v) = \mu(1 - C(v)). \quad (5)$$

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados revelaram que 56,16% dos entrevistados avaliaram sua saúde como ruim. A amostra possui 53,92% mulheres, e ser não branco abrange 56,16% do total de entrevistados. A faixa etária predominante foi de 50-59 anos, a educação com maior prevalência foi entre 1-4 anos de estudo. Das variáveis relacionadas com a

saúde 62,54% declaram ter 2 ou mais doenças crônicas, já 47,82% declararam ter alguma limitação das atividades da vida diária.

A Tabela 1 apresenta os resultados do Índice de Concentração e o Índice com a normalização de Wagstaff e Erreygers. Ambos os resultados encontraram desigualdade na saúde auto avaliada como ruim concentrada para adultos mais velhos em pior condição socioeconômica. Com a subdivisão entre gênero é possível aferir a partir do IC normalizado, que os homens pobres possuem maior concentração de desigualdade de saúde auto descrita do que as mulheres, -0.28260144 e -0.19069096 respectivamente. Com base nos resultados normalizados é possível destacar que encontrou-se diferença estatisticamente significativa na desigualdade entre os gêneros (resultado não apresentado em tabela).

Tabela 1 - Estimativas do índice de concentração (IC), e índice de concentração com a normalização de Wagstaff. (ELSI-Brasil 2015-2016)

<i>Amostra</i>	<i>N</i>	<i>IC</i>	<i>IC normalizado (Wagstaff)</i>	<i>IC normalizado (Erreygers)</i>
Total	8930	-0.10194021 (0.0079094)	-0.23250859 (0.01804002)	-0.22898368 (0.01776653)
Feminino	5034	-0.08380052 (0.00919255)	-0.19069096 (0.02091796)	-0.18789511 (0.02061127)
Masculino	3896	-0.12356514 (0.01117241)	-0.28260144 (0.02555202)	-0.27814922 (0.02514946)

Fonte: Elaboração própria (2019). Erro-padrão em parênteses.

Valores encontrados a partir da decomposição baseados no resultado do IC com a normalização de Wagstaff mostram que a característica sócio econômica “índice de bens” contribuiu em 22,11% com a desigualdade encontrada. Os aspectos demográficos que colaboraram foram: região, educação e idade, 14,04%, 10,17% e 10,18% respectivamente. O fator relacionado à saúde que favoreceu a desigualdade foi a variável de limitações das atividades instrumentais da vida diária (14,84%).

Com base nos valores encontrados a partir da aversão à desigualdade, elevando o valor de v de 2 para 5, foi possível observar que mesmo com as mudanças no peso da saúde dos mais pobres (melhora do resultado de saúde para os mais pobres), a desigualdade manteve-se. Baseado no peso de aversão à desigualdade, o índice de realização encontrou sucesso no que diz respeito a saúde auto avaliada quanto maior o valor de v .

4. CONCLUSÕES

A desigualdade foi avaliada por meio do Índice de Concentração com a normalização de Wagstaff. O Índice de Concentração foi decomposto para determinar a contribuição de características demográficas, socioeconômicas e de condição de saúde. Os resultados mostraram um índice de concentração de -0.23250859, o que indica que a saúde auto avaliada ruim está concentrada nos indivíduos mais pobres no Brasil. A desigualdade foi principalmente explicada pelo status socioeconômico, seguido pela variável de limitações das atividades instrumentais da vida diária e pelos fatores demográficos de região, idade e educação, respectivamente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. [s.l.] Editora Fiocruz, 2009.
- ERREYGERS, G. Correcting the Concentration Index. **Journal of Health Economics**, v. 28, n. 2, p. 504–515, 2009.
- GROSSMAN, M. On the concept of health capital and the demand for health. **Journal of Political economy**, v. 80, n. 2, p. 223–255, 1972.
- IBGE. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida**. [s.l.: s.n.]. v. 39
- KAKWANI, N.; WAGSTAFF, A.; DOORSLAER, E. VAN. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. **Journal of econometrics**, v. 77, n. 1, p. 87–103, 1997.
- LIMA-COSTA, M. F. *et al.* The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, v. 187, n. 7, p. 1345–1353, 2018.
- MORASAE, E. K. *et al.* Understanding determinants of socioeconomic inequality in mental health in Iran's capital, Tehran: A concentration index decomposition approach. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 1, p. 1–13, 2012.
- O'DONNELL, O.; DOORSLAER, E. VAN. **Analyzing Health Equity Using Household Survey Data**. Washington. [s.l.: s.n.].
- UN NEWS CENTRE. UN adopts new Global Goals, charting sustainable development for people and planet by 2030. **United Nations Department of Economic and Social Affairs**, 2015.
- WAGSTAFF, A. Inequality aversion , health inequalities and health achievement. v. 21, p. 627–641, 2002.
- _____. The bounds of the concentration index when the variable of interest is binary, with an application to immunization inequality. **Health Economics**, v. 14, n. 4, p. 429–432, 2005.
- WAGSTAFF, A.; DOORSLAER, E. VAN; WATANABE, N. On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. **Journal of Econometrics**, v. 112, n. 1, p. 207–223, 2003.
- WAGSTAFF, A.; PACI, P.; DOORSLAER, E. VAN. On the measurement of inequalities in health. **Social science & medicine**, v. 33, n. 5, p. 545–557, 1991.