

O impacto do Benefício de Prestação Continuada na expectativa de vida saudável dos idosos brasileiros em 2008¹

Autores: Renato Souza Cintra²
Everton Emanuel Campos de Lima³
Luciana Correia Alves⁴

Palavras chave: Envelhecimento Populacional, Transferência de Renda, Expectativa de vida saudável.

¹Trabalho submetido ao VII Congresso da Associação Latino-Americana de População e o XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, na cidade de Foz do Iguaçu (Paraná/ Brasil), em outubro de 2016.

²Mestrando do Departamento de Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH), e-mail: cintra@nepo.unicamp.br

³Professor do Departamento de Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) e Pesquisador do Núcleo de Estudos de População (NEPO) “Elza Berquó” – UNICAMP e-mail: everton@nepo.unicamp.br

⁴Professora do Departamento de Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) e Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População (NEPO) “Elza Berquó” – UNICAMP e-mail: luciana@nepo.unicamp.br.

O impacto do Benefício de Prestação Continuada na expectativa de vida saudável dos idosos brasileiros em 2008

Resumo

A alta na expectativa de vida é uma conquista da humanidade, mas traz novos desafios para promoção de uma velhice com mais saúde. No Brasil, o envelhecimento acontece concomitantemente com questões sociais ainda não solucionadas, como a desigualdade de renda e saúde pública deficitária. Portanto, tornam-se necessários mais estudos sobre a qualidade de vida dos idosos no país.

Case (2001) constatou que as pensões Sul Africanas contribuíram para melhora da saúde dos idosos beneficiários e de seus familiares, estabelecendo uma associação entre a transferência de renda e saúde. Nesse contexto, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um importante instrumento de proteção social ao garantir um salário mínimo para idosos com 65 anos ou mais e com renda per capita familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Deste modo, pode-se supor que o BPC garanta uma melhora na saúde do idoso. O objetivo deste estudo foi analisar o impacto do BPC nos anos vividos com saúde no Brasil em 2008. Para tanto, foi utilizado o Método Sullivan, que combina informações de morbidade e mortalidade, para estimar a expectativa de vida saudável da população idosa e comparar com idosos que recebem com os que não recebem o auxílio. As condições de saúde dos idosos foram determinadas pela auto-percepção de saúde provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar – PNAD de 2008 e as da população nas projeções do IBGE. Este estudo mostrou que os idosos com BPC têm uma maior expectativa de vida com auto-percepção de saúde boa quando comparados com idosos sem BPC.

Introdução

Desde as últimas décadas do século passado, o Brasil experimenta um rápido e intenso processo de transição demográfica tendo como direta consequência um aumento considerável da população idosa. Segundo Carvalho & Garcia (2003), o processo de envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, decorrente de um declínio continuado de fecundidade e redução das taxas de mortalidade nas idades mais velhas, o que produz um aumento do peso relativo de pessoas idosas numa determinada população (LEONID E HEUVELINE, 2003). No caso brasileiro, é estabelecido como pessoa idosa áquelas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2009).

A redução na mortalidade elevou o tempo vivido pelos idosos, alargando a base superior da pirâmide etária, provocando seu envelhecimento e o aumento da longevidade. Segundo Lima-Costa, et al. (2003), os idosos, e especialmente os mais velhos, são também o segmento populacional que mais cresce no Brasil. Por exemplo, entre os anos de 2000 e 2010, a variação percentual nas idades de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais cresceu 39% entre as duas primeiras faixas etárias e 63% na terceira, ao passo que a população jovem (0 a 14 anos) decresceu no mesmo período 9% (IBGE, 2000,2010). Apesar do aumento da expectativa de vida e o consequente acréscimo da longevidade ser uma conquista da sociedade brasileira, ainda são necessárias melhorias na qualidade de vida da população idosa no Brasil (Camarano, 2004). Segundo Camarano et al. (2004), que publicou a expectativa de vida saudável aos 60 anos, calculada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, os homens teriam, segundo esse estudo, 19,3 anos de expectativa de vida aos 60 anos, sendo 7,7 anos ou 40% de expectativa de vida sem saúde. Já as mulheres teriam 22,40 anos de expectativa de vida aos 60 anos com 8,7 anos ou 39% de vida sem saúde. Portanto, o desafio que o país tem a sua frente é melhorar qualidade de vida deste crescente segmento populacional, o que implica na melhora dos serviços de saúde em todas as idades e na qualidade de vida num sentido ampliado (Camarano et al., 2004).

Não obstante uma forma de avaliar a qualidade de vida e o grau de desenvolvimento de uma população, segundo Prata (1992) é através da análise e do conhecimento do perfil de morbi-mortalidade da mesma. Para ele, a interação de diversos fatores interdependentes como, os modos de produção econômica, os fatores ambientais, sócio-culturais e os históricos devem ser considerados nos estudos de

mortalidade.

A transição epidemiológica – que se caracteriza pela evolução gradativa de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e crônico-degenerativas, juntamente com uma mudança na distribuição etária das mortes, que cada vez mais se concentram nas idades avançadas (OMRAM, 1971; HORIUCHI, 1999) – não ocorreu de maneira linear no Brasil. Deste modo, é importante destacar que o aumento da população idosa é acompanhado de diferentes fases da transição epidemiológica, o que torna ainda mais a preocupante a questão do estado de saúde do idoso. Assim, em consequência das elevadas desigualdades socioeconômicas e do diferencial no acesso a saúde, há diferentes fases da transição epidemiológica ocorrendo concomitantemente no Brasil, ou seja, há uma sobreposição no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira (PRATA, 1992).

Diante desta rápida mudança na estrutura etária e o aumento absoluto e relativo do segmento idoso na população brasileira, algumas iniciativas no âmbito de políticas públicas se tornam cada vez mais necessárias. Assim, por exemplo, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, proposto como meta a ser alcançada pela Política Nacional de Saúde do Idoso (2006), visa manter a capacidade funcional e autonomia do idoso. Ou seja, ela se baseia nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização do idoso. O relatório *Healthy People* de 2000 da Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda destaca, entre seus objetivos, o aumento dos anos de vida saudável, redução das desigualdades entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde para a crescente parcela idosa da população.

No Brasil uma forma de reduzir as desigualdades sociais e promover a independência financeira do idoso foi através da instituição da política pública da Seguridade Social na Constituição de 1988, que compreende um conjunto integrado de ações garantindo a todos os direitos à saúde, à previdência e à assistência social. Foi então criado o Benefício de Prestação Continuada – BPC, fundamentado no artigo 203 que trata da assistência social e garante um salário mínimo mensal para pessoas deficientes ou idosas, que comprovem não ter meios de garantir a própria manutenção financeira ou tê-la provida por sua família.

Case (2001) comparou o estado de saúde através da auto-percepção entre negros

e mestiços que recebem ou vivem com pensionistas, com negros e mestiços que não recebem pensão na África do Sul e verificou que a pensão melhorou a saúde de todos os membros domiciliares. Já Neri e Soares (2007), estudaram a relação entre renda e saúde com os beneficiários dos programas de transferência de renda em 1998 e 2003. Usando os indicadores de saúde como: necessidade de cuidados de saúde, acesso e consumo de serviço de saúde concluíram que houve ganhos nas condições de saúde da população beneficiária de programas de transferência de renda para idosos e população de baixa renda, existindo, portanto, uma associação positiva entre transferência de renda e melhora nas condições de saúde dessa população. Sendo assim, é de esperar que o recebimento do Benefício de Prestação Continuada - BPC também possa ter impactos positivos na esperança de vida dos idosos brasileiros.

Diante deste cenário, o objetivo do presente estudo foi de analisar a influência do BPC na expectativa de vida saudável dos idosos com 65 anos ou mais no Brasil no ano de 2008. Para tanto, este trabalho buscou estimar e comparar a esperança de vida saudável de idosos beneficiários versus não beneficiários do programa, controlando por algumas variáveis, a destacar: sexo, idade e renda.

Matérias e Métodos

Para as análises, os dados de população do Brasil em 2008 foram obtidos por meio das projeções populacionais publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). As informações dos óbitos em grupos de idades quinquenais foram retiradas de tabuas de vida publicadas pelo IBGE para o ano de 2008 (IBGE, 2013).

As informações referentes a idosos beneficiários do BPC com 65 anos ou mais foram obtidas por meio suplemento de saúde da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD) 2008. Ressalta-se aqui dois pontos importantes, o primeiro esclarece que apesar do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) considerar que são pessoas idosas aquelas com 60 anos ou mais; o mesmo Estatuto estabelece 65 anos como a nova idade mínima para recebimento do BPC. Anteriormente a idade mínima para requerer o benefício assistencial era de 67 anos. Assim, apesar de ser considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, para ter direito ao recebimento do BPC idoso a idade mínima é de 65 anos. Um segundo ponto a destacar é que as informações sobre os idosos beneficiários do BPC não são fornecidas diretamente pela PNAD de 2008. Para tanto, foi criada uma variável *Proxy* que buscou identificar idosos que recebem o benefício no

ano da pesquisa.

Portanto, para decompor a renda e isolar os beneficiários do BPC na PNAD foi utilizada a mesma metodologia proposta por Barros et al. (1999) que obtiveram as informações sobre renda não derivadas do trabalho, a partir do quesito 125 que dimensiona para cada indivíduo, com idade igual ou superior a 10 anos, diferentes fontes de renda, como: a) aposentadoria de instituto de previdência ou governo federal; b) pensão de instituto de previdência ou governo federal; c) outro tipo de aposentadoria; d) outro tipo de pensão; e) abono de permanência; f) aluguel; g) doação recebida de não morador; h) juros de caderneta de poupança e de outras aplicações, dividendos e outros rendimentos (Barros et al.1999).

Como o BPC tem valor conhecido, o mesmo procedimento utilizado pelos autores foi replicado neste trabalho, ou seja, foi atribuído o valor exato de um salário mínimo da época, no caso R\$ 415,00 vigentes a partir de março de 2008, no quesito “juros de caderneta de poupança e de outras aplicações, dividendos e outros rendimentos”. De acordo com as notas metodológicas da PNAD 2008 este é o quesito a qual são informados os rendimentos recebidos por programas oficial de auxílio educação, ou social como o Renda Mínima, Bolsa Família, Programa de Erradicação de Trabalho Infantil – PETI, Benefício de Prestação Continuada–BPC, entre outros (IBGE/PNAD/Notas Metodológica, 2008)

Para validar a metodologia e os resultados obtidos, Barros et al. (1999) utilizaram os dados da PNAD de 2004 que permite identificar quais são os domicílios que tem pelo menos um beneficiário do BPC. Os autores advertem, no entanto, que - 20% dos domicílios identificados pelos suplementos, como tendo ao menos um membro beneficiário do BPC, não são assim classificados pelo procedimento proposto. Não obstante, 30% dos domicílios identificados pelo procedimento não são assim classificados pelo suplemento. Os autores avaliam que muitos beneficiários confundem o BPC com os beneficiários previdenciários ou que muitos dos que declararam receber exatamente um salário mínimo no quesito da PNAD, não parecem ser beneficiários do BPC. Sendo esta uma limitação do trabalho.

Para efeito de comparação e mensuração dos efeitos do benefício, foram criados três grupos: o primeiro composto por idosos (as), que mesmo possuindo todas as condições requeridas para o recebimento do BPC, por algum motivo (não conhecido) não recebem o benefício. O segundo grupo é constituído por idosos (as) que retirados da

PNAD 2008 pela metodologia de Barros et al. (1999), acredita-se que recebam o BPC, pois reuniam todos os requisitos necessários para solicitação do benefício. O terceiro grupo é constituído por idosos (as) que vivem em domicílios com renda per capita de até um salário mínimo, pois estes não se qualificam para receber o BPC.

As prevalências de auto-percepção de saúde foram obtidas do módulo de saúde da PNAD de 2008, que neste estudo foi separado pela combinação das categorias “muito bom” e “bom” para fazer referência a uma boa percepção de saúde, e em “regular”, “ruim” e “muito ruim” para se referir a uma auto-percepção de saúde ruim.

Para estimar a expectativa de vida saudável foi aplicado o Método Sullivan que combina informações de morbidade e mortalidade em um único índice. Diferentemente da expectativa de vida usual que corresponde ao número médio de anos de vida esperado a partir de uma exata idade x , a medida estimada pelo método de Sullivan calcula o número de anos restantes em uma determinada idade $x+$, que o indivíduo pode esperar viver em um estado saudável (JAGGER et al,2006).

Resultados e Discussão

A amostra final dos três grupos citados foi composta por de 593.954 pessoas com 65 anos ou mais que possivelmente recebem o BPC, 315.530 idosos com 65 anos ou mais com renda per capita de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, mas que não são beneficiárias do BPC e 2.207.895 idosos que vivem em domicílios com renda per capita de até um salário mínimo, conforme tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Grupos da Amostra por sexo e percentual. Brasil, 2008.

Grupos da Amostra	N. Total	Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
Idosos com 65 anos ou mais	593.954	238.191	40,1	355.763	59,9
Idosos com renda per capita de até 1/4 salário mínimo	315.530	151.279	47,9	164.251	52,1
Idosos com renda per capita de até 01 salário mínimo	2.207.895	865.437	39,2	1.342.458	60,8

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008.

A Tabela 2 apresenta as expectativas de vida total e a expectativa de vida com auto-percepção de saúde boa para os idosos com BPC, dos idosos sem BPC e para idosos com renda per capita de um salário mínimo por sexo e idade.

Os homens de 65 anos que receberam BPC apresentavam 3,5 anos de expectativa de vida com auto-percepção de saúde boa, o que representa 22,5% do total da expectativa de vida com 65+ (anos ou mais). Nas faixas etárias de 70 e 75+ a proporção fica em torno de 20%, mas cai para 15% aos 80+. Já os homens que não são beneficiários do BPC, a expectativa de vida saudável aos 65+ é um pouco inferior quando comparado aos homens beneficiários do programa, atingindo 3,2 anos e uma proporção de 20,7 dos 15,6 anos da expectativa de vida nesta faixa. Nas faixas etárias posteriores, a proporção de expectativa de vida com auto-percepção de saúde boa declina mais rapidamente, sendo de 13% na faixa de 70+, 8% na faixa de 75+ e 0% na última faixa.

Ao comparar os resultados dos idosos com renda per capita de 1 salário mínimo, nota-se uma ligeira semelhança entre a expectativa de vida com auto-percepção de saúde boa dos idosos beneficiários do BPC, tendo uma diferença máxima de 6 meses a mais para os idosos com renda per capita de 1 salário mínimo.

Contudo, os idosos que não recebem o benefício na data da pesquisa, mas possuem a maior categoria de renda do estudo, ainda apresentam maior expectativa de vida com boa auto-percepção em saúde por todas as idades consideradas. Este resultado é o possível indicador de que o benefício apesar de melhorar auto-percepção em saúde dos homens idosos, ele sozinho não é o suficiente para assegurar ganhos consideráveis. Outra plausível interpretação é que os homens não investem todo o benefício financeiro em saúde. Uma terceira interpretação remete aos ganhos em saúde. Estes normalmente são acumulados com a idade, pois se relacionam com hábitos saudáveis, praticados ao longo da vida, e a renda é um componente importante aqui. No entanto, aqueles que recebem o BPC na data da pesquisa são os que no passado não tinham renda suficiente para investir em melhor qualidade de vida, e isto reflete em momentos posteriores numa percepção de saúde não tão boa.

Em síntese, as estimativas de expectativa de vida saudável para o sexo masculino mostram que, para as idades de 65+, 70+, 75+ e 80+, os idosos com BPC apresentam melhores expectativas de vida com auto-percepção de saúde boa do que os homens sem BPC. Essa diferença aumenta com a idade, passando de 3 meses com 65+ para 1 ano nas demais idades.

Com relação as idosas beneficiárias do BPC, a expectativa de vida aos 65+ é de 18,6 anos com 5,4 anos de expectativa de vida saudável e uma proporção de expectativa

de vida com auto-percepção de saúde boa de 29%. Nas faixas etárias subsequentes a proporção de anos com auto-percepção de saúde boa declina lentamente passando para 28% na faixa de 70+, 26% 75+ e 24% com 80+. Para as mulheres não beneficiárias, a expectativa de vida saudável com 65+ é de 2 anos ou apenas 10% com relação a expectativa de vida que nesta faixa é de 18,6 anos. Na faixa etária de 70+ a proporção de expectativa com auto-percepção de saúde boa é de 2,6 e nas demais é de 0%, ou melhor, a proporção com auto-percepção de saúde boa é nula.

Já as mulheres com renda per capita de 1 salário mínimo, a expectativa de vida saudável é muito semelhante as mulheres com BPC, tendo a maior diferença quando comparados os dois grupos na idade de 65+, com apenas 1 mês a mais na expectativa de vida saudável para aquelas com renda per capita de 1 salário mínimo. Nas demais faixas não se observam diferenças expressivas.

Os resultados apresentados das mulheres são semelhantes ao dos homens e mostram uma maior expectativa de vida saudável para as mulheres que são beneficiárias do BPC. Mas chama a atenção a diferença máxima entre os anos vividos com expectativa de vida saudável a favor daquelas que recebem o benefício que chega a 4 anos, quando entre os homens foi de 1 anos.

Contudo, quando se compara homens e mulheres com BPC (Tabela 2) se verifica que há um maior ganho na proporção de expectativa de vida com auto-percepção de saúde boa entre as mulheres, pois enquanto os homens têm uma proporção máxima de 22% e mínima de 14%, as mulheres têm uma proporção máxima aos 65+ de 29% e mínima de 23% aos 80+. Entretanto, entre os idosos sem BPC há uma inversão, pois são os idosos do sexo masculino que atingem uma maior proporção de anos vividos com expectativa de vida com auto-percepção boa, sendo 20% aos 65+, 13% com 70+, 8% com 75+ e 0% com 80+. Entre o grupo das mulheres sem BPC, a proporção de anos vividos com auto-percepção de saúde boa é menor, sendo de 10% na primeira faixa, ou seja, aos 65+, 2% na segunda e 0% nas demais faixas etárias.

Entre aqueles idosos com renda per capita de 01 salário mínimo, há novamente uma maior vantagem na proporção de expectativa de saúde boa das mulheres em relação aos homens. As mulheres neste grupo alcançam uma proporção de 29,7% na faixa de 65+, reduzindo gradativamente até atingir a proporção mínima na faixa de 80+ com 23%. Entre os homens a maior proporção se dá aos 65+ com 26% e a menor com 21% na faixa de 80+.

Assim, comparando o sexo masculinos com o feminino nota-se que as mulheres com BPC e com renda per capita de 1 salário mínimo têm maior proporção de anos saudáveis quando comparado com os idosos do sexo masculino, isso pode ser uma indicação de que as mulheres quando possuem renda, investem mais em saúde, explicando assim a vantagem feminina na auto-percepção de saúde boa. Por outro lado, segundo relatado por Camargos et al. (2008) apud Belon, (2014) e Christensen et al. (2009) apud Belon (2014), pesquisadores sugerem que as mulheres tendo maior conhecimento sobre sintomas e doenças, teriam como tendência de relatar mais as más condições de saúde, sendo esta o uma interpretação possível para a maior proporção de anos vividos com auto-percepção de saúde boa entre os homens em relação as mulheres sem BPC.

Portanto, os resultados mostram que existem diferenças entre aqueles que recebem o BPC e aqueles que não recebem, tanto para homens como para as mulheres. Assim, entre os idosos e idosas com BPC, nota-se que houve ganhos expressivos em expectativa de vida saudável entre todas as idades analisadas quando comparamos com idosos sem BPC. Estes ganhos em expectativa de vida saudável variam em 1 ano entre os homens e 4 anos entre as mulheres em prol dos beneficiários do programa. Estes resultados podem ser um indicativo de que os ganhos em renda, providos de um programa de transferência estejam realmente sendo convertido em melhorias da saúde do idoso, tanto para homens como para as mulheres.

Tabela 2 - Expectativa de Vida Total, Expectativa de Vida com Auto-percepção de Saúde Boa e Proporção de Expectativa de Vida com Auto-percepção de Saúde dos Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada BPC, Sem BPC e com Renda Per Capita de um Salário Mínimo, por Sexo e idade. Brasil, 2008.

	Idade	Expectativa de Vida Total	Expectativa de Vida com Auto-percepção de Saúde Boa	Proporção de Expectativa de Vida com Auto-percepção de Saúde Boa	Varição em Expectativa de Vida Saudável. Com BPC vs. Sem BPC	
Homens	Com BPC	65+	15,6	3,5	22,53	ref.
		70+	12,6	2,7	21,39	ref.
		75+	10,0	1,9	19,24	ref.
		80+	7,8	1,1	14,68	ref.
	Sem BPC	65+	15,6	3,2	20,71	-0,3
		70+	12,6	1,6	13,02	-1,1
		75+	10,0	0,9	8,85	-1,0
		80+	7,8	0,0	0,00	-1,1
	Renda per capita 1 Sal. Mínimo	65+	15,6	4,1	26,48	0,6
		70+	12,6	3,2	25,73	0,5
		75+	10,0	2,4	24,27	0,5
		80+	7,8	1,7	21,36	0,5
Mulheres	Com BPC	65+	18,65	5,4	29,2	ref.
		70+	15,11	4,3	28,3	ref.
		75+	11,94	3,2	26,7	ref.
		80+	9,23	2,2	23,7	ref.
	Sem BPC	65+	18,65	2,0	10,6	-3,5
		70+	15,11	0,4	2,6	-3,9
		75+	11,94	0,0	0,0	-3,2
		80+	9,23	0,0	0,0	-2,2
	Renda per capita 1 Sal. Mínimo	65+	18,65	5,5	29,7	0,1
		70+	15,11	4,2	28,0	0,0
		75+	11,94	3,2	26,5	0,0
		80+	9,23	2,2	23,6	0,0

Fonte dos dados básico: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE/ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008.

A figura 1, 2, 3 e 4 mostram as expectativas de vida total e com auto-percepção de saúde boa e ruim dos idosos brasileiros, segundo sexo em 2008, onde é possível observar as diferenças entre os dois grupos pesquisados. Na idade inicial, ou seja, aos 65+ a expectativa de vida com auto-percepção de saúde ruim dos homens é, em média, de 12 anos, tanto para aqueles que recebem o BPC, como para aqueles que não recebem. Porém, a distância entre a expectativa total e a com auto-percepção de saúde ruim para

os homens com BPC passou dos 3,5 para 2,7 anos aos 70, 1,9 anos aos 75+ e 1,1 para os 80+. Nos homens sem BPC também iniciam com 12 anos com auto-percepção de saúde ruim, mas apresentam uma diferença menor com relação a expectativa de vida total nas faixas etárias posteriores, sendo de 3,2 anos na faixa de 65+, 1,6 na faixa de 70+, 0,1 na idade de 75+ até não ter diferença aos 80+.

Entre as mulheres a mesma tendência é observada, pois há uma diminuição gradual da distância entre a expectativa de vida total e a auto-percepção de saúde ruim para as mulheres que recebem o benefício, passando de 5,44 anos aos 65+, 4,27 aos 70+ anos, 3,19 anos aos 75+ e 2,19 aos 80+. Já para aquelas que não recebem o benefício, as diferenças entre a expectativa de vida total e a auto-percepção de saúde ruim acabam praticamente já na segunda faixa etária, ou melhor, a diferença se inicia em 2,0 na faixa de 65+, cai para 0,4 na faixa de 70+. Nas faixas posteriores não há diferença entre a expectativa de vida total e a auto-percepção de saúde ruim.

Figura 1: Expectativa de vida total, com auto-percepção de saúde boa e ruim de saúde dos idosos com BPC, homens. Brasil, 2008.

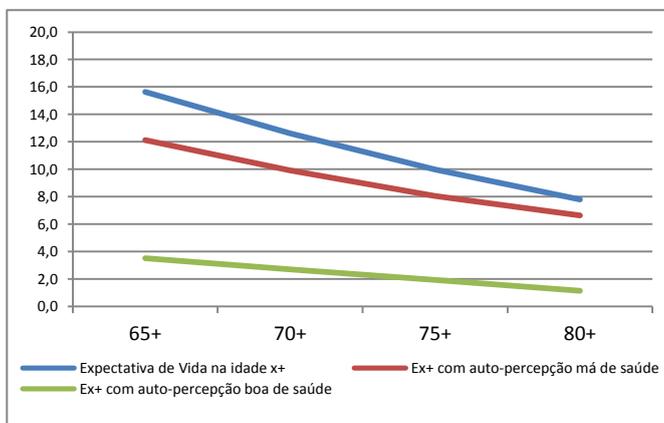
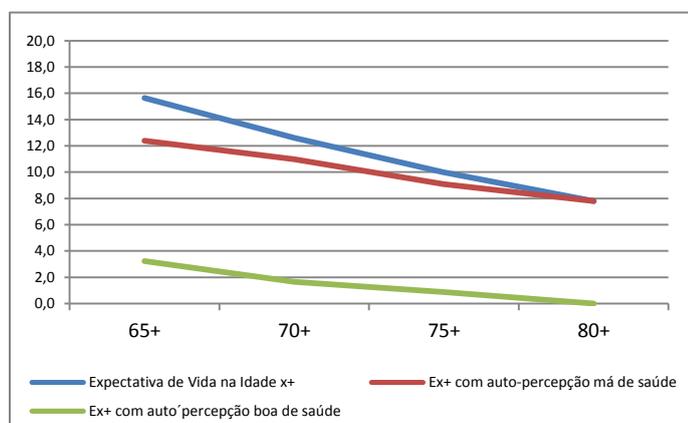


Figura 2: Expectativa de vida total, com auto-percepção de saúde boa e ruim de saúde dos idosos sem BPC, homens. Brasil, 2008.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE/ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008.

Figura 3: Expectativa de vida total, com auto-percepção de saúde boa e ruim dos idosos com BPC, mulheres. Brasil, 2008.

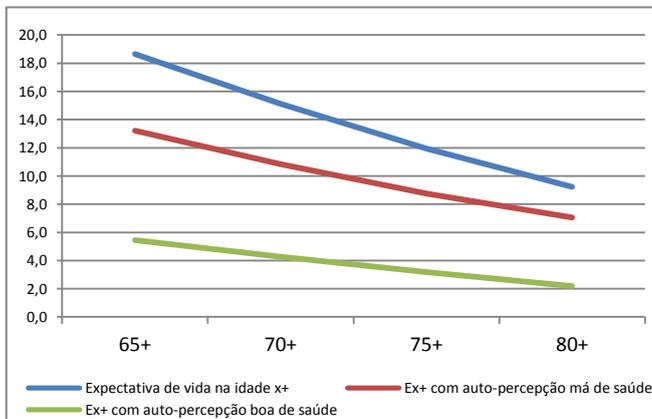
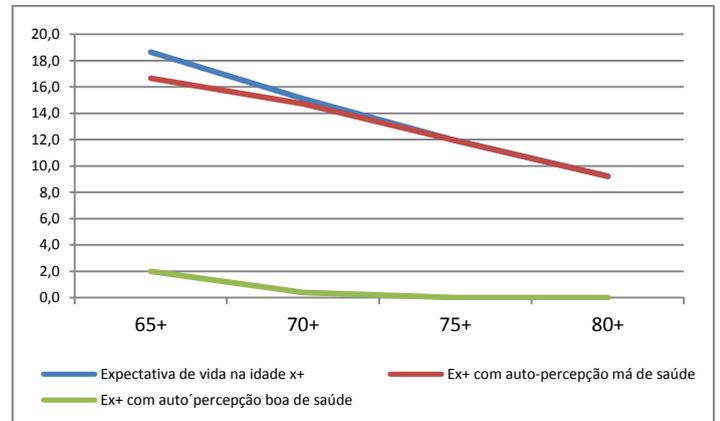


Figura 4: Expectativa de vida total, com auto-percepção de saúde boa e ruim dos idosos sem BPC, mulheres. Brasil 2008.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE/ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2008.

Esses resultados acrescentam algumas evidências no debate sobre o paradoxo de sobrevivência e saúde entre os sexos, segundo a qual a maior expectativa de vida total das mulheres não necessariamente se traduz em uma maior proporção de anos com expectativa de vida saudável. Nesse estudo, entre os grupos que recebem o BPC e aqueles com renda per capita de 1 salário mínimo não houve paradoxo, pois o grupo de idosas com BPC possui tanto uma maior expectativa de vida total como de proporção de anos com expectativa de vida saudável quando a comparamos com o sexo masculino. Por outro lado, há ocorrência do paradoxo mencionado no grupo sem BPC, uma vez que mesmo as mulheres apresentando maior expectativa de vida total do que dos homens, a proporção de anos com expectativa de vida saudável é menor entre as mulheres do que entre os homens.

Para essas diferenças na expectativa de vida saudável, pesquisadores como Camargos et al. (2008) apud Belon, (2014) e Christensen et al. (2009) apud Belon (2014) sugerem que além das diferenças biológicas, há também diferenças sociais e culturais entre os papéis de gênero, o que pode explicar as diferenças em favor das mulheres na percepção de saúde entre os sexos. Por outro lado, as mulheres sem recursos para investir em saúde, mas tendo maior conhecimento em saúde, teriam, segundo, Camargos et al. (2008) apud Belon, (2014) e Gu et al. (2009) apud Belon, (2014) maior propensão em relatar más condições de saúde, como ocorrido no grupo sem BPC.

Em suma, mesmo que pesem críticas contra os programas de transferência de renda, Hernandez et al. (2012), salientam que diversos estudos apontam para sua extrema importância, que em sua maioria, não contaram com nenhuma renda formal durante seu curso de vida.

Outro ponto importante é relatado por Neri et al. (2013) que estudaram a relação entre renda e saúde com base na PNAD de 1998 a 2003. Segundo os autores o grupo de pessoas com 65 anos ou mais foi que obteve o maior acréscimo na renda, chegando a 43%, muito superior aos demais segmentos de idade.

Para Neri et al. (2003), o aumento de renda esteve associado à redução da necessidade médicos hospitalares, mas também ao aumento da procura por serviços de saúde. Os autores explicam o aumento a um possível acesso aos planos de saúde. Essas informações corroboram com o resultado encontrado entre aqueles que recebem o BPC e que tiveram ganhos expressivos na esperança de vida saudável.

Outro ponto adicional, mas não menos importantes são as transformações que o BPC tem causado dentro da família. Segundo Hernandez et al. (2012), a independência financeira, ou a maior autonomia dos idosos em relação aos seus familiares têm os ajudado a sair de um papel de dependência para um maior protagonismo dentro da família.

Por fim, considerado a Política Nacional de Saúde do Idoso (2006), segundo a qual o envelhecimento ativo é envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, ou seja, baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização determinados pela Organização das Nações Unidas, o BPC idoso, como visto, colabora fortemente para a consolidação do envelhecimento ativo e saudável. É necessário ainda reconhecer, que os problemas de saúde dos idosos são resultado de um acúmulo de experiência do passado e das condições sociais como as condições de moradia, educação, alimentação, práticas esportivas entre outras.

Conclusão

Esse estudo demonstrou a relação existente entre renda e expectativa de vida saudável, o que é coerente com estudos de Case (2001) e Neri (2013), os quais que também constata a melhora da saúde dos beneficiários de pensões e dos beneficiários de programas de transferência de renda. Em nosso estudo, tanto homens e mulheres beneficiários do BPC, tiveram uma maior auto-percepção de saúde boa, ou uma

expectativa de vida saudável maior do que aqueles sem BPC.

Já entre o grupo de idosos com renda per capita de 1 salário mínimo, a expectativa de vida com auto-percepção de saúde boa é ainda maior. Este fato pode estar relacionado aos ganhos acumulados de saúde ao longo dos anos, já que possivelmente esses idosos tiveram uma maior condição econômica ao longo da vida, quando comparados aos idosos com BPC.

Entre as mulheres, ressalta-se a diferença na expectativa de vida com auto-percepção de saúde boa que alcança a 4 anos na faixa de 70+ a favor daquelas que recebem o benefício. Isso pode estar associado a hipótese de que as mulheres investem o benefício financeiro em saúde.

A comparação da expectativa de vida com auto-percepção de saúde boa entre idoso do sexo masculino com o sexo feminino, revela que as mulheres idosas com BPC ou com renda per capita de 1 salário mínimo, têm maior proporção de anos saudáveis, o que pode ser mais uma forte indicação de que as mulheres com renda, seja ela proveniente do BPC ou mesmo de outro rendimento, destinam parte da renda para os cuidados de sua saúde.

Dessa forma, pelos resultados alcançados nesse estudo, presumisse que a renda oriunda do BPC esteja sendo convertidos em melhorias da saúde do idoso e conseqüentemente numa melhor qualidade de vida.

Por fim, a de se destacar a importância das investigações sobre a expectativa de vida saudável dos idosos brasileiros, pois evidenciam algumas facetas do envelhecimento brasileiro. Considerando que as vantagens de uma maior expectativa de vida só são completamente obtidas quando são vividas com saúde, as pesquisas sobre o tema são significativas para o desenvolvimento de políticas públicas que busquem a promoção do envelhecimento ativo e saudável (Belon, 2014).

Pongiglione et al. (2015) também salienta que a expectativa de vida saudável pode ser usada para monitorar e avaliar a qualidade do envelhecimento uma vez que permite a comparação de diferentes grupos populacionais podendo assim serem identificados fatores específicos que ajudem na promoção de uma velhice com mais saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. – Portaria n 2.528/MS de 19 de outubro de 2006. 2 ed., 3ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BELON, A. P; LIMA, M. G.; BARROS, M. BA. Gender differences in healthy life expectancy among Brazilian elderly. Health and quality of life outcomes, v. 12, n. 1, p. 1, 2014.

CAMPOLINA, A. G..O efeito da eliminação de doenças crônicas na população idosa: a compressão e a expansão da morbidade. Dissertação de Mestrado do Programa de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo,2011.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. In: IPEA. Texto para Discussão 1292. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

CAMARANO, A. A; KANSO, S.; MELLO, J.L.. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros?. In: CAMARANO, A. A (Org.). Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p 77-105

CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Caderno de Saúde Pública, 19; 725-733, mai-jun, 2003

HERNANDES, E. S. C; DOMINGUES, M. A.. O BPC no contexto das políticas de proteção social e seu impacto nas famílias com idosos. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C.. (Org), Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, 2012, p 125-133.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Projeções da População do Brasil por sexo e idade, 2000-2060. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm> Acesso em 15 de março de 2016.

_____.Projeções da População do Brasil por sexo e idade, 2000-2060. Tábuas de mortalidade. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm. Acesso em 16 de março de 2016.

_____. Notas Metodológicas. Pesquisa Básica. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2010. Censo Demográfico, 2000. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2010. Censo Demográfico, 2010. Rio de Janeiro: IBGE.

JAGGER, C; COX, B; LE ROY, S; EHEMU. Health expectancy calculation by the Sullivan Method: a practical guide. EHEMU Technical Report September 2006.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHÔA, E.. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra Domicílios. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 19, n 3, p 745-757, mai-jun, 2003.

NERI, M.C.; SOARES, W.L. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p.1845-56, ago. 2007.

PAES-DE-BARROS, R.; MENDONÇA, R. & SANTOS, D., Incidência e Natureza da Pobreza entre Idosos no Brasil. Texto para Discussão 686. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica aplicada, 1999.

PONGIGLIONE, B; DE STAVOLA, B.L.; PLOUBIDIS, G. B. A systematic literature review of studies analyzing inequalities in health expectancy among the older population. PLoS one, v. 10, n. 6, p. e0130747, 2015.

PRATA, P.R. A Transição Epidemiológica no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 8, n2, p 168-175, abr/jun, 1992.

SANTOS, W. R.. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? Ciência e Saúde Coletiva, vol. 16, Supl. 01, p 787-796, 2011.

WONG, L.R, CARVALHO, J.A.M. O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil: séries desafios para as políticas públicas. In Revista Brasileira Est. Pop. São Paulo, v. 23, n 1, p 5-26, jan/jun. 2006.