

CONDIÇÕES DOS IDOSOS EM ARRANJOS UNIPESOAIS NO BRASIL

CONDITIONS OF ELDERLY SOLE PROPRIETORSHIP ARRANGEMENTS IN BRAZIL

Karine Kátia Iria LUIZ*
Maria das Dores Saraiva de LORETO**
Marco Aurélio Marques FERREIRA***

Resumo: Buscou-se compreender os gastos vitais dos idosos, com alimentação e saúde, bem como sua satisfação com a renda para a saúde e com a alimentação, além da avaliação da renda, conforme faixa etária, sexo e região de domicílio. É uma pesquisa quantitativa e descritiva, que teve a população idosa como objeto de estudo, pertencente a arranjos unipessoais. Foi feito uso de dados secundários disponibilizados pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008/2009. Foi utilizada a análise fatorial exploratória, o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, além da correlação de Spearman. Os resultados evidenciaram gastos elevados com alimentação e saúde, satisfação com a renda para a saúde e com a alimentação, bem como insatisfação no que se refere à avaliação da renda, com correlação entre as variáveis analisadas. Conclui-se que há necessidades de atrelar aspectos de consumo e saúde às políticas de garantia de renda à população idosa, visando atender suas necessidades.

Palavras-chave: Idosos. Saúde. Alimentação. Renda. Satisfação.

Abstract: The study was to understand the vital spending of the elderly, on food and health, as well as their satisfaction with the income for health and nutrition, in addition to the assessment of income, according to age, sex and residential region. It is a quantitative and descriptive research, which had the elderly as study object belonging to sole proprietorship arrangements. Therefore, was used the of secondary data provided by the Family Budget Survey 2008/2009. It was the exploratory factor analysis, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test, besides the Spearman correlation. The results showed high expenditures on food and health, satisfaction with the income for health and food, beside dissatisfaction with regard to the assessment of income, with correlation between the variables analyzed. It is concluded that there is a necessity to link aspects of consumption and health together with income security policies for the elderly, in order to meet their needs.

Keywords: Elderly. Health. Food. Income. Satisfaction.

Submetido em 14/02/2017.

Aceito em 23/04/2018.

* Doutoranda em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Economia Doméstica. Campus Universitário, DED, Campus da UFV, Viçosa (MG), Brasil. CEP: 36.571-000. E-mail: <karine.iria@gmail.com>.

** Pós-doutorado em Família e Meio Ambiente pela University of Guelph – Canadá. Professora Titular da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Economia Doméstica. Campus Universitário, DED, Campus da UFV, Viçosa (MG), Brasil. CEP: 36.571-000. E-mail: <mdora@ufv.br>.

*** Pós-Doutorado em Administração Pública por Rutgers University - The State University of New Jersey, USA. Professor Associado da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Administração e Contabilidade. Campus Universitário, DAD, Campus da UFV, Viçosa (MG), Brasil. CEP: 36.571-000. E-mail: <marcoufv1@gmail.com>.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem sendo observado com bastante evidência do Brasil. De acordo com Veras (2009), o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade e, atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional, mesmo nos países mais pobres. No entanto, ainda que o crescimento da população idosa seja um fenômeno mundial, no Brasil, as modificações têm ocorrido de forma bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. O crescimento do contingente idoso, de acordo com Camarano (2002), é resultado do aumento da expectativa de vida, queda da fecundidade e redução da mortalidade, sendo possível dizer que, enquanto o envelhecimento populacional significa mudanças na estrutura etária, a queda da mortalidade é um processo que se inicia no momento do nascimento e altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade.

Fernandes e Santos (2007) também destacaram que o número de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos tem crescido rapidamente, com projeção para 2025 de um montante de um bilhão e duzentos milhões, atingindo dois bilhões em 2050. Quanto a essa realidade, Pádua e Costa (2007) ressaltaram que o envelhecimento faz parte do ciclo da vida humana, bem como a infância e a juventude, caracterizando-se em um processo natural, contínuo, inevitável e irreversível. As incapacidades que possam advir desse processo podem ser prevenidas ou retardadas com intervenções na área médica, nos campos social, econômico ou mesmo ambiental.

Embora o processo de envelhecimento da população seja visto como uma vitória social importante do último século, observa-se que ele gera consequências e desafios para o desenvolvimento de políticas públicas que tenham como foco a resolução dos problemas advindos desse envelhecimento populacional. Um fator de extremada importância é a garantia do desenvolvimento social e econômico de forma continuada, baseada em valores capazes de garantir um patamar mínimo de subsistência da dignidade humana (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Nesse sentido, Pádua e Costa (2007) afirmam que a sociedade atual tem buscado a conscientização do papel que a pessoa idosa deve ocupar, principalmente no que diz respeito à valorização, ao compromisso e à sua participação no processo de distribuição de riquezas; isto é, dos bens e serviços sociais básicos destinados ao segmento idoso. Para Teixeira (2015), é necessário realçar que as minorias sociais, como idosos, crianças, deficientes e desvalidos, sempre foram alvo de assistência e que a velhice se marca como expressão da questão social pela ruptura com a lógica do cuidado familiar e filantrópico, para ser alvo de políticas públicas.

Vive-se assim uma realidade cujos estudos apontam a velhice como uma fase marcada não só por aspectos sociais e econômicos, mas também por questões que envolvem aspectos de saúde, como o surgimento de doenças crônicas, necessitando de cuidados e utilização de medicamentos, além de uma alimentação saudável. Esses gastos comprometem boa parte da renda dos idosos especificamente com esses

itens, uma vez que estão ligados diretamente à sobrevivência e qualidade de vida dos idosos. Dada a escassez do recurso renda, é importante conhecer sua alocação no âmbito doméstico e verificar se está sendo suficiente para satisfazer no mínimo as necessidades básicas de alimentação e saúde.

Desta forma, esta pesquisa tem por objetivo geral compreender as condições dos idosos em arranjos unipessoais, em termos dos gastos vitais e suas relações com aspectos socioeconômicos. Especificamente, buscou-se identificar o perfil do idoso e os gastos com alimentação e saúde (gastos vitais), a avaliação da renda e a satisfação com a mesma para a saúde e alimentação, entre os idosos, conforme faixa etária, sexo e região de domicílio do idoso.

1. Aspectos do envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional diz respeito à mudança na estrutura etária da população, com um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice; que, no Brasil, referem-se àquelas acima de 60 anos (MAGALHÃES, 2015). Esse fenômeno ocorre devido à redução das taxas de mortalidade e aumento da expectativa de vida ao nascer. Assim, conforme destaca Camargos e Gonzaga (2015), ao alcançar a idade de 60 anos, em 1950, esperava-se viver, em média, por mais 15 anos; enquanto que, em 2013, esse tempo médio a ser vivido passou a ser cerca de 20 anos para os homens e 23 anos para as mulheres.

Guarnieri (2008) ressalta que os processos brasileiros de transição demográfica e epidemiológica representam importantes desafios, principalmente para o sistema de saúde e o previdenciário, pois se observa uma população envelhecendo rapidamente com aumento desproporcional das faixas etárias mais elevadas; um maior número de mulheres com baixa escolaridade e pouca ou nenhuma qualificação profissional (viúvas ou solteiras); uma diminuição do tamanho das famílias e de pessoas disponíveis para o cuidado de idosos; um aumento dos domicílios sob responsabilidade de idosos; aumento da prevalência das doenças crônicas; aumento do número de indivíduos de alta dependência; número insuficiente de serviços especializados e maiores gastos com saúde.

Diante dessa realidade, com o aumento da sobrevivência da população, Joia, Ruiz e Donalísio (2007) ressaltam a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal, consideradas como variáveis importantes nas avaliações de estado de saúde na velhice. Tais variáveis são capazes de refletir a real condição do indivíduo, abrangendo aspectos físicos, mentais, sociais e comportamentais. Neste sentido, Netto (2013) reforça que o processo de envelhecimento, caracterizado por múltiplos aspectos, requer atenção que compreenda a saúde, não somente como controle das doenças, mas também como bem-estar físico, psíquico e social; enfim, com qualidade de vida.

De acordo com Magalhães (2015), faz parte da análise da qualidade de vida do idoso, questionar como estas pessoas estão envelhecendo, tendo em vista que, além de maior longevidade, também houve aumento do número de idosos vivendo sozinhos; muitos continuam trabalhando e possuem papel

importante na família; contudo, são mal remunerados (especialmente as mulheres); muitos apresentam doenças crônicas e sérias limitações em sua capacidade funcional, que demandam cuidados.

A respeito do número de idosos morando sozinhos, Camargos, Machado e Rodrigues (2006) também observaram seu crescimento e o relacionaram ao fato de que, sendo a privacidade um bem desejado por todos e que as pessoas lutam por independência e autonomia, a escolha por morar sozinho pode ser considerada uma espécie de ideal, quando não se quer depender de outras pessoas ou mesmo compartilhar do convívio diário.

Pode-se dizer, no entanto, que morar sozinho em idade avançada pode ser indicativo tanto de envelhecimento bem-sucedido, quanto de fragilidade e susceptibilidade a riscos, implicando na existência de possíveis hábitos indesejáveis em relação à saúde e na falta de assistência adequada. Tal afirmação advém do estudo de Camargos e Rodrigues (2008), que identificou que os idosos, em sua maioria, não cuidavam adequadamente da saúde, como pensavam e relatavam, apresentando, por exemplo, hábitos alimentares indesejáveis, monitoramento inadequado da saúde, falta de prática de atividade física regular, não utilização de medicamentos, conforme prescrição, além da falta de companhia em período integral, quando estavam doentes.

2. Renda, saúde e alimentação no contexto dos idosos

Um outro fator que deve ser levado em conta quando se trata de estudo com idosos diz respeito à renda disponível para satisfazerem suas necessidades. Silva (2004) apud Silva, Silva e Divino (2015), verificou que o nível de renda influencia a forma como as famílias consomem, sendo que a análise do orçamento familiar pode explicar a forma como uma família toma suas decisões de aplicação da renda e estabelece suas prioridades de despesa. Pode-se dizer então que a alimentação é um dos componentes de maior peso no orçamento familiar, comprometendo parcela significativa da renda; pois existe a necessidade diária da fonte de alimentos, se tornando um dos itens de maior prioridade. Além disso, as despesas com alimentação e saúde, bem como com a habitação, transporte vestuário são consideradas básicas e estão presentes em todos os orçamentos familiares (SILVA; SILVA; DIVINO, 2015).

Ainda sobre os gastos dos idosos, Barros, Mendonça e Santos (1999) consideraram que sua estrutura tende a ser mais volátil que a da maioria da população, uma vez que há maior probabilidade de surgimento de gastos elevados e inesperados, principalmente com a sua saúde. Tal afirmação foi corroborada por Carvalho e Alves (2012), ao constatarem que, nos grupos familiares com maior presença de idosos, destacavam-se os gastos com saúde e alimentação. Boing et al. (2014), por sua vez, alertaram para o fato de que estimativas apontam que cerca de 150 milhões de pessoas no mundo, por ano, enfrentam gastos elevados com a saúde, excedendo sua capacidade de pagamento e passando a viver abaixo da linha da pobreza em decorrência destes gastos.

Outro componente importante das despesas familiares está relacionado à saúde é o gasto com a alimentação. A ingestão alimentar adequada pode contribuir para a manutenção da saúde e prevenção de

doenças e, por isso, a alimentação dos idosos requer atenção. As alterações fisiológicas ocorridas no corpo por conta do envelhecimento influenciam as funções normais e as capacidades do corpo se alteram, surgindo limitações visuais, físicas, auditivas, locomotivas e gustativas, além de doenças crônicas, como diabetes e pressão alta, que, por sua vez, influenciam diretamente nos hábitos alimentares relacionados à quantidade e qualidade dos alimentos consumidos. Também os fatores econômicos e psicossociais e as intercorrências farmacológicas associadas a múltiplas doenças podem interferir no consumo alimentar dos idosos (MENDONÇA; CORREA, 2014, CAMARGOS; RODRIGUES, 2008, MENEZES, 2014).

É perceptível então, conforme pontua Veras (2015), que o envelhecimento populacional gera novas demandas para os sistemas de saúde, pois as pessoas mais velhas têm necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sócio-familiares peculiares a esse grupo etário. A promoção e a educação em saúde, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas, pois não basta o aumento da longevidade, é necessário que os anos adicionais sejam vividos com qualidade, dignidade e bem-estar. Os cuidados com alimentação e tudo o que se relaciona a essa variável também são demandas inerentes à população de idosos, que, juntamente com uma educação em saúde e uma assistência especializada, promoveriam, de acordo com Guarnieri (2008), a redução das dependências e dos gastos com atendimento, de modo que, iniciativas empregadas no presente poderão representar mudanças importantes no futuro.

3. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva, que fez uso de dados secundários, extraídos dos microdados disponibilizados pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) disponível, referente ao período 2008/2009. A POF é conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e tem por objetivo mensurar o consumo, os gastos e os rendimentos das famílias. Seus dados são representativos em nível nacional, justificando a opção por utilizá-los.

A população escolhida para análise foi a de idosos (indivíduos de 60 anos de idade ou mais) respondentes da POF (2008/2009), sendo a amostra da pesquisa formada por idosos pertencentes a arranjos familiares caracterizados como unidades domésticas unipessoais, em todas as regiões do país.

Para a coleta dos dados utilizou-se o *software* STATA (*Data Analysis and Statistical Software*), para extração dos microdados da POF (2008/2009), totalizando 55.970 domicílios em todo o país. Esse volume de dados se justifica pela diversidade do número de pessoas residentes nos domicílios, configurando diversos arranjos familiares. No entanto, o universo de análise desta pesquisa se restringiu ao arranjo familiar unipessoal, cuja amostra foi equivalente a um total de 2.536 domicílios, representando, aproximadamente, 4,5% do total de domicílios pesquisados pela POF.

A extração dos dados permitiu obter os valores desagregados que foram importados para o Excel e, posteriormente, para o *software* SPSS 18.0 (*Statistical Package for Social Sciences*), para a realização das análises necessárias. No Excel, com o auxílio da ferramenta “filtro de dados”, foram feitas as observações que

apresentavam valor 0 (zero) para as variáveis “gastos com alimentação” e “gastos com saúde”. Em seguida, foram revelados os primeiros valores discrepantes, conforme sugerido pelo SPSS, obtendo-se, ao final, um total de 1.757 domicílios.

Observou-se, no entanto, que os dados apresentavam outros valores discrepantes, tanto para mais quanto para menos, optando-se então por mantê-los e realizando a análise para dados não-paramétricos, já que as variáveis não apresentaram distribuição normal.

Tendo em vista o objetivo proposto, as variáveis envolvidas na pesquisa foram: Idade (faixa etária); Sexo; Cor; Escolaridade; Renda anual; Região de domicílio; Gastos vitais: gastos com alimentação e gastos com saúde; Satisfação com a alimentação: Quantidade de alimento e tipo de alimento; Satisfação com a renda para a saúde: necessidade de medicamentos e necessidade de algum serviço de saúde; Avaliação sobre a renda: Código de renda familiar.

Os constructos satisfação com alimentação e satisfação com a renda para a saúde foram encontrados a partir da junção de duas variáveis, conforme apresentado. Para o constructo satisfação com a renda para a saúde foram utilizadas as variáveis necessidades de medicamentos e necessidade de serviços de saúde, que mediam a satisfação dos idosos em relação à renda disponível para essas variáveis. Foram atribuídas notas ao grau de satisfação dos participantes, sendo “0” quando insatisfeito e “1” quando satisfeito. Para essas duas variáveis obteve-se um alfa de *cronbach*¹ de 0,713. A partir desses escores foi criado o índice de satisfação com saúde por meio do somatório desses. O índice variou de 0 a 2 pontos.

Em relação ao construto satisfação com alimentação foram usadas duas variáveis que mediam a satisfação quanto à quantidade de alimento disponível e quanto ao tipo de alimento consumido. Essas variáveis tinham três respostas para avaliação, a partir das quais foram dadas notas (1 – insatisfeito, 2 – indiferente e 3 - satisfeito) a cada uma delas, com intuito de criar o construto satisfação com alimentação. O alfa de *cronbach* para as duas variáveis de foi de 0,607. As notas foram somadas para criação do índice que variava de 0 a 6 pontos.

Para alcançar os objetivos do estudo, além da análise exploratória dos dados para conhecer o perfil dos idosos, seus gastos vitais e satisfação, realizou-se o teste de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*², visando detectar se esses gastos e a satisfação se alteravam conforme a faixa etária, sexo e região de domicílio. Além disso, foi feita a correlação de *Spearman* para verificar a existência de alguma relação entre os gastos vitais e a satisfação com a renda para a saúde e a alimentação, bem como com a renda. A escolha por estes testes se deu devido ao fato dos dados não apresentarem uma distribuição normal, conforme o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, para as variáveis de pesquisa, que apresentou o p-valor igual a 0,000, levando à rejeição da hipótese nula, que considera os dados normais.

¹ Coeficiente que mede a consistência interna de um construto, baseado na correlação média entre seus itens. Seu valor está entre 0 e 1, e quanto mais próximo de 1, maior a fidedignidade das dimensões do construto (RODRIGUES; PAULO, 2011).

² Testes de médias para dados que não apresentam distribuição normal (DANCEY; REIDY, 2006).

4. Perfil dos idosos em arranjos unipessoais

O estudo englobou 1757 idosos morando sozinhos, sendo a maioria do sexo feminino (67,25%), na faixa etária de 60 a 69 anos (46,27%). Este resultado também foi encontrado em outros estudos, como de Aquino e Cabral (2002), Camargos, Machado e Rodrigues (2006), Camargos e Rodrigues (2008), Mendonça, Relvas e Correa (2014) e Camargos e Gonzaga (2015). No estudo de Mendonça, Relvas e Correa (2014), foi ressaltado que, além da maioria da população idosa ser compreendida por mulheres, esta é predominantemente urbana e apresenta preocupações relevantes com a saúde, alterando seus hábitos de compra e consumo de alimentos e dando preferência a alimentos com valores nutricionais importantes para a saúde delicada inerente à terceira idade.

A maioria dos idosos se declarou da cor branca (50,09%), seguida pela parda (40, 24%). A maior parte da amostra selecionada era proveniente das regiões Nordeste (31,02%) e Sudeste (30,34%) do país.

Em relação à escolaridade, 46,60% concluíram o antigo primário (de 1ª a 4ª série) e 10,76% concluíram a oitava série do antigo ginásio, isto é, o Ensino Fundamental. Nota-se que os participantes da amostra têm um baixo grau de escolaridade, que pode ser evidenciado pela média da variável anos de estudo, que foi de 3,87 anos. O Ensino Médio e Superior ficou com 7,34% e 6,83%, respectivamente.

A renda média anual dos idosos era de R\$19.467,63 e a mensal de R\$1.622,30. A renda relativamente baixa deve ser considerada com bastante atenção, uma vez que, conforme Carvalho e Alves (2012), a renda é uma variável essencial para a determinação dos gastos na família, pois, juntamente com algumas características socioeconômicas, como escolaridade, idade, etc., dos membros familiares, contribuem para oportunizar ou impedir certos tipos de gastos, destacando-se aqueles com alimentação, saúde, educação, recreação e outros.

5. Gastos vitais dos idosos e suas relações com aspectos socioeconômicos

Os gastos vitais estão relacionados aos dispêndios dos idosos com alimentação e saúde que moram sozinhos. Esses gastos são de grande importância para a vida do idoso, pois está relacionado a uma melhor qualidade de vida. A Tabela 1 apresenta os valores da análise exploratória dos dados.

Pelos dados da Tabela 1, nota-se que os gastos com alimentação e saúde impactam diretamente a renda do idoso, principalmente o gasto com a saúde, que inclui variáveis como: remédios, Plano/Seguro saúde, serviços de cirurgia, exames diversos, dentre outras que comprometem a renda do idoso.

O indicador da satisfação com a renda para a saúde variava de 0 (zero) a 2 (dois), sendo 2 (dois) o nível máximo de satisfação. Nesse sentido, verificou-se que os idosos estão satisfeitos com o serviço de saúde, visto que apresentaram um índice médio de 1,52 - bem próximo do valor máximo. O indicador da satisfação com a alimentação também demonstrou a mesma situação, visto que a média 5 (cinco) foi próxima ao ponto máximo 6 (seis). No entanto, em relação à avaliação da renda, percebe-se que os idosos não estão satisfeitos. O índice médio foi de 0,33, que está distante do valor máximo que é um (1). Pode-se inferir que

essa não satisfação ocorre devido a outros gastos que os idosos possuem ou desejam possuir, além daqueles relacionados com a saúde e alimentação

Tabela 1: Análise descritiva das variáveis

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio		
					Padrão	Simetria	Curtose
Renda Anual	1757	627,48	550.552,56	19.467,63	34.534,12	7,92	87,77
Gasto com Alimentação	1757	49,40	50.088,48	3.777,58	4.488,24	3,35	18,10
Gasto com Saúde	1757	122,40	287.652,00	17.351,12	28.982,18	4,34	25,42
Satisf.com renda para Saúde	1757	0,00	2,00	1,52	0,75	-1,18	-0,22
Satisf.com Alimentação	1737	2,00	6,00	5,00	1,06	-0,84	-0,05
Avaliação da renda	1737	0,00	1,00	0,33	0,47	0,72	-1,49

Fonte: Dados da pesquisa.

Carvalho e Alves (2012), ao estudarem o consumo das famílias brasileiras, ressaltaram que as famílias mais pobres acabam por comprometer grande parte de seus salários com alimentação e ficam sem recursos suficientes para as outras despesas, como educação, lazer e saúde. Além disso, é importante considerar que o julgamento da satisfação, de acordo com Joia, Ruiz e Donalísio (2007), depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido, refletindo, em parte, o bem-estar subjetivo e individual; ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva.

Procurou-se também realizar a análise de correlação entre as variáveis: avaliação da renda, satisfação com a renda para a saúde, satisfação com alimentação, o gasto com saúde, o gasto com alimentação e renda anual. Na Tabela 2 são apresentados os coeficientes entre as variáveis, sendo realizada a análise de correlação para verificar o grau e o tipo de relacionamento (positivo/negativo) entre as variáveis.

Tabela 2 - Análise de correlação entre os gastos vitais e a avaliação da renda, satisfação da renda para a saúde e com a alimentação

Variáveis	Avaliação da renda	Satisfação com alimentação	Satisfação com Saúde	Gasto Saúde	Gasto Alimentação	Renda Anual
Avaliação da renda	1	0,463**	0,288**	0,069**	0,084**	0,275**
Satisfação com Alimentação		1	0,345**	0,149**	0,119**	0,383**
Satisfação com Saúde			1	0,111**	0,093**	0,290**
Gasto Saúde				1	0,179**	0,434**
Gasto Alimentação					1	0,272**
Renda Anual						1

Fonte: Dados da Pesquisa.

** Correlações são significativas ao nível de 0,01 (1%)

Conforme dados da Tabela 2, verificou-se que as variáveis obtiveram coeficientes de correlação positivos e significativos ao nível de 1%, apesar de alguns serem considerados baixos, de acordo com Hair et al. (2005), que consideram que a força de associação pode ser definida como muito forte (0,91 a 1,00), alta (0,71 a 0,90), moderada (0,41 a 0,70), pequena mas definida (0,21 a 0,40) e leve, quase imperceptível (0,01 a 0,20).

Destaca-se a relação entre a satisfação com alimentação e a avaliação da renda, que obteve o maior coeficiente ($\rho=0,463$), indicando uma correlação positiva e moderada entre as duas variáveis; isto é, quanto maior a avaliação da renda pelos idosos, maior é a satisfação com a alimentação. A existência de correlação entre essas variáveis mostra a necessidade de se pensar em alternativas para que os idosos possam manter uma avaliação positiva de sua renda, uma vez que, conforme Carvalho e Alves (2012), nos grupos familiares com maior presença de idosos destacavam-se os gastos com saúde e alimentação, sendo a renda realmente uma variável essencial para a determinação dos gastos familiares.

Essa relação pode ser confirmada pela correlação positiva ($\rho=0,383$) entre a renda anual do idoso e sua satisfação com a alimentação; ou seja, quanto maior a renda, maior a satisfação com a alimentação. Verificou-se também que existe uma correlação positiva ($\rho=0,272$) e significativa, apesar de pequena, entre a renda anual e gasto do idoso com a alimentação. Assim pode-se afirmar que quanto maior a renda, maior a satisfação do idoso com a mesma e maior a satisfação com a alimentação, visto que com a renda maior ele poderá gastar mais com a sua alimentação.

Outra relação significativa foi entre o gasto com saúde e a renda anual, com coeficiente de 0,434, indicando que quanto maior a renda, maior o gasto com a saúde por parte do idoso. O idoso com renda maior tem condições de gastar mais com saúde do que os com renda menor. Esse é um dado importante, uma vez que, no Brasil, de acordo com Boing et al. (2014), a participação das famílias nos gastos em saúde é expressiva, apesar de possuir um sistema de saúde público universal, integral e equitativo. Os autores destacam ainda que o alto comprometimento da renda familiar com os gastos em saúde pode ter grandes repercussões na vida da população, desencorajando-a, em alguns momentos, a utilizar os serviços de saúde e induzindo-a a não aderir às terapêuticas medicamentosas ou a adiar exames necessários.

A satisfação da renda para a saúde também está correlacionada ($\rho=0,345$) com a satisfação com a alimentação. Isso indica que parte da satisfação com a renda para a saúde pode ser explicada pela satisfação com alimentação; ou seja, uma maior satisfação com a alimentação implica em uma maior satisfação com a renda para a saúde. A renda anual também se correlaciona ($\rho=0,290$) com a satisfação relativa à renda para a saúde, indicando que, à medida que a renda anual do idoso que mora sozinho aumenta há também um aumento na satisfação com a renda para a saúde.

A correlação percebida entre saúde e alimentação e saúde e renda anual encontra respaldo na importância da alimentação para manutenção da saúde e prevenção de doenças e na possibilidade de dispor da renda percebida para ter acesso a uma alimentação de qualidade e a serviços de saúde. No entanto, importante considerar que a renda, por si só, não é garantia de uma melhor qualidade de vida para a pessoa

idosa. Uma orientação adequada quando aos alimentos a serem consumidos e a disponibilização desses alimentos são importantes aspectos a serem considerados nas políticas públicas.

Ainda no que diz respeito a aspectos ligados à saúde, pode-se afirmar que ter alguma doença não significa uma pior qualidade de vida. Neste sentido, Ramos (2003) chama a atenção para o fato de que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças. Na presença de doenças crônicas, um tratamento bem-sucedido mantém a autonomia do idoso, podendo deixá-lo feliz, integrando-o socialmente e, para todos os efeitos, levando-o a ser considerado uma pessoa saudável. Netto (2013), por sua vez, reforça que, embora as doenças sejam frequentes nesta faixa etária, o envelhecimento não é necessariamente acompanhado de manifestações patológicas e a qualidade de vida também está relacionada a problemas de discriminação econômica e social, necessitando, então, de uma atenção holística.

Assim, os resultados positivos, no que diz respeito à existência de correlação entre as variáveis, podem indicar que ações, como de políticas públicas, por exemplo, que influenciem uma destas variáveis, também afetarão aquelas nas quais estão correlacionadas.

Conforme descrito na metodologia os dados das variáveis métricas deste estudo não apresentaram a normalidade requerida para realização de testes paramétricos. Dessa maneira foram também realizados os testes não-paramétricos alternativos aos testes paramétricos, de acordo com as hipóteses nulas que se pretendia testar.

A primeira hipótese nula (H_0) foi a de não existir diferença entre homens e mulheres em relação ao gasto com alimentação, ao gasto com saúde, à satisfação com a renda para a saúde, à satisfação com a alimentação e à avaliação da renda. Verificou-se que somente houve diferença entre as médias de idosos do sexo masculino e feminino em relação aos gastos com saúde. As estatísticas mostraram que as mulheres idosas gastam mais (Posto Médio = 935,54) que os homens idosos (Posto Médio = 762,78). O U de Mann-Whitney, com uma probabilidade associada de 0,000, mostra ser impossível que os gastos mais altos das mulheres tenham ocorrido por erro amostral, rejeitando-se assim a hipótese nula. Quanto a esse resultado, o estudo de Carvalho e Alves (2012) também apontou algo parecido, uma vez que observaram que o gasto com saúde tendia a ser maior em domicílios de chefia feminina, afirmando que esta realidade pode estar ligada ao fato de que as mulheres investem mais nos cuidados com a saúde do que os homens.

Tal pesquisa ainda apontou que a maior diferença por sexo entre o percentual gasto com saúde se deu no arranjo unipessoal, relacionando ao fato de que a maioria dos arranjos unipessoais é composta por uma mulher idosa, para qual há maior preocupação e cuidados com a saúde, elevando os recursos destinados a esse fim.

Nas outras variáveis as diferenças não foram estatisticamente significativas. Nesse sentido, pode-se afirmar que não existe diferença entre mulheres idosas e homens idosos em relação ao gasto com alimentação, à satisfação com a renda para a saúde, à satisfação com a alimentação e à avaliação da renda.

A segunda hipótese nula foi a que não existe diferença entre as faixas etárias dos idosos em relação ao gasto com alimentação, ao gasto com saúde, à satisfação com a renda para a saúde, à satisfação com a alimentação e à avaliação da renda. O resultado do teste mostrou que as únicas hipóteses nulas que foram rejeitadas reafirmaram que existe diferença entre as faixas etárias dos idosos em relação ao gasto com saúde e à satisfação com a alimentação, com nível de significância de 5%. Cabe ressaltar que, se fosse considerado o nível de 10%, as hipóteses nulas relacionadas às variáveis satisfação com saúde e avaliação da renda seriam rejeitadas.

Como o teste de *Kruskal-Wallis* não tem um teste de média *post-hoc* associado (como na ANOVA) para identificar em quais faixas etárias existe diferença, Dancey e Reidy (2006) sugerem que sejam realizadas comparações emparelhadas usando o teste de *Mann-Whitney*. Dessa forma, verificou-se que as diferenças com o gasto com saúde estão entre a faixa de 60 a 69 anos e 70 a 79 anos (p -valor = 0,000) e entre a faixa de 60 a 69 anos e 80 anos ou mais (p -valor = 0,000). Conclui-se que os idosos na faixa de 60 a 69 anos gastam menos com a saúde do que os das outras faixas etárias. Na satisfação com a alimentação foi identificada diferença somente no nível de satisfação entre os idosos na faixa de 60 a 69 anos e 70 a 79 anos (p -valor = 0,000). As outras combinações não obtiveram diferenças significativas.

A terceira hipótese nula foi a de que não existe diferença entre as regiões do Brasil em relação ao gasto com alimentação, ao gasto com saúde, à satisfação com a renda para a saúde, à satisfação com a alimentação e à avaliação da renda. Pelos resultados, na verificação da existência de diferença entre as regiões, percebe-se que todas as hipóteses nulas foram rejeitadas, onde se pode afirmar que pelo menos uma das médias é diferente. Da mesma maneira que foi realizado com a faixa etária foram realizadas as comparações emparelhadas. As diferenças foram entre a região Norte e a Centro Oeste (p -valor= 0,010), onde o gasto com alimentação dos idosos morando sozinhos da região Norte foi maior do que os da região Centro Oeste. Os do Nordeste gastam menos que os do Sudeste (p -valor = 0,022) e Sul (p -valor = 0,015) mais que os do Centro Oeste (p -valor = 0,030). Os idosos da região Sudeste (p -valor = 0,000) e Sul (p -valor = 0,000) gastam mais que os do Centro-Oeste. Assim, os resultados mostraram que os idosos da região Centro-Oeste gastam menos com a alimentação em relação às outras regiões.

Tomando por base o gasto com a saúde dos idosos, as diferenças se encontram entre as regiões Norte e Sudeste (p -valor = 0,000), onde o Norte tem gasto menor que o Sudeste. Da mesma forma, a relação Norte e Sul (p -valor = 0,000) e os da região Norte e Centro-Oeste (p -valor = 0,000). Entre Norte e o Nordeste não houve diferença significativa. Observa-se que as regiões Norte e Nordeste foram as que obtiveram os menores valores de gastos com a saúde. Entre as regiões Sudeste, Centro Oeste e Sul não houve diferença significativa dos gastos.

Em relação à satisfação dos idosos com a renda para a saúde, as regiões Norte e Nordeste não apresentaram diferenças (p -valor = 0,097), da mesma forma que as regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste. O teste emparelhado de *Mann-Whitney* demonstrou que existe diferença entre as regiões Norte e Nordeste em relação às regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste. Nesse sentido, pode-se afirmar que os idosos que moram

sozinhos das regiões Norte e Nordeste estão menos satisfeitos que os das outras regiões, visto que têm os postos médios menores.

A satisfação dos idosos com a alimentação também obteve o mesmo resultado em relação às diferenças entre as regiões. Não houve diferença entre o Norte e Nordeste, sendo a satisfação com a alimentação também menor nessas regiões. As regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste obtiveram o nível de satisfação mais elevado. Nesse sentido pode-se dizer, também, que os idosos que moram sozinhos nas regiões Norte e Nordeste estão menos satisfeitos que os das outras regiões, visto que possuem os postos médios menores.

A satisfação com a alimentação que, neste estudo, inclui a satisfação com a quantidade e o tipo de alimento consumido, é relevante, uma vez que hábitos alimentares saudáveis influenciam positivamente a saúde. No entanto, Gravina e Grespan (2013) chamam a atenção para o fato de que as evidências do valor da alimentação para a manutenção da saúde não são suficientes para motivar os idosos a mudar hábitos alimentares. Para Chagas et al (2014), a nutrição e a alimentação na terceira idade ainda são pouco exploradas e demandam maiores estudos, uma vez que a verificação do padrão de consumo de alimentos de uma população é essencial para o direcionamento de políticas públicas adequadas, que abrangem diversas áreas, como promoção e prevenção da saúde, agricultura, segurança alimentar, identificação de áreas endêmicas, dentre outros.

Na avaliação da renda pelos idosos, verificou-se pelo teste emparelhado a existência de diferenças entre as regiões Norte e Sul (p -valor = 0,014), Nordeste e Sul (p -valor = 0,012), Sudeste e Sul (p -valor = 0,017) e Centro-Oeste e Sul (p -valor = 0,014), onde a região Sul foi a que obteve maior avaliação da renda pelos idosos.

Pode-se dizer, portanto, que as mulheres idosas gastam mais com saúde em relação aos homens idosos; que aqueles que apresentam menos gastos com a saúde são os que se encontram na faixa etária de 60 a 69 anos; e que, em relação à região de domicílio, os idosos da região Centro-Oeste gastam menos com a alimentação; as regiões Norte e Nordeste gastam menos com saúde e também estão menos satisfeitos com a renda para a saúde e com a alimentação; e, por fim, que a região Sul foi a que apresentou uma melhor avaliação da renda.

Considerações Finais

Em função dos resultados encontrados, algumas considerações podem ser tecidas. Assim, embora este estudo não tenha tido por objetivo mostrar com detalhes a composição da renda dos idosos, ele levou em consideração para esta variável os valores monetários e não-monetários percebidos, indicando a necessidade, no contexto atual, de políticas que garantam renda para os idosos, além daquelas que possam contribuir para o aumento do nível de escolaridade, não só dos que já são idosos, mas daqueles que um dia serão. Além disso, considerando o impacto que os serviços públicos de qualidade podem ter na saúde e na

alimentação dos idosos, ressalta-se a importância dos serviços de saúde próximo dos domicílios, com o intuito de prevenir o adoecimento e o agravamento de doenças crônicas; da distribuição gratuita de remédios, pensando em cuidados equitativos aos idosos e da presença de restaurantes comunitários, capazes de atender às necessidades nutricionais, desonerar o preparo da alimentação e proporcionar a convivência comunitária, o que pode ser muito importante, considerando que moram sozinhos.

Os gastos com alimentação e saúde (gastos vitais) são elevados, mas, mesmo assim, os idosos, de um modo geral, mostraram-se satisfeitos tanto com a renda para a saúde quanto com a alimentação à qual têm acesso. No entanto, a avaliação da renda não foi positiva; ou seja, os idosos encontram dificuldade para levar a vida até o fim do mês com a renda percebida. Pode-se inferir então que a satisfação observada com a renda para a saúde, embora a renda não seja suficiente para os gastos totais, pode vir de uma possível prioridade nos gastos em relação a essa variável; ou seja, a renda é suficiente para cobrir os gastos com a saúde, mas não é suficiente para outros gastos que também são considerados importantes, ou porque recebem alguma assistência para a saúde, minimizando os gastos com essa variável. Já no que diz respeito à satisfação com a alimentação, pode-se dizer que, embora esse resultado indique satisfação com a quantidade de alimento disponível e o tipo de alimento consumido, isso não quer dizer que haja consumo de alimentos saudáveis e adequados às suas necessidades nutricionais, pois os hábitos alimentares também sofrem influência da cultura e das preferências pessoais.

A correlação observada entre todas as variáveis analisadas é um indicativo da necessidade de se atrelar uma educação quanto ao consumo de alimentos e ao cuidado com a saúde por meio de políticas de garantia de renda para a população idosa, além do aporte de serviços públicos, como renda indireta, capaz de prover com mais equidade as necessidades dessa população. Já as diferenças das médias observadas sugerem um olhar mais atento para as diferenças de gênero, tanto porque há a predominância de mulheres idosas, sozinhas e com doenças crônicas, quanto pela necessidade de considerar a mortalidade precoce masculina. Além disso, importante dar atenção especial às políticas setoriais diferenciadas pelo Brasil afora, com destaque para o Norte e Nordeste.

Por fim, considera-se que esta pesquisa contribuiu para proporcionar maior visibilidade a um segmento populacional, que aumenta cada vez mais em número, com a intenção de que esse aumento seja acompanhado por uma boa qualidade de vida, a ser percebida e vivenciada pelos idosos. Embora este estudo tenha sido realizado com dados da POF oriundos de 2008/2009, a realidade atual, conforme observado em alguns dos trabalhos referenciados, não está muito diferente e aponta para a necessidade de mais pesquisas e mais intervenções, de forma que os idosos sejam atendidos em todas as suas necessidades.

Referências Bibliográficas

AQUINO, F. T. M., CABRAL, B. E. S. O idoso e a família. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 128, p. 1056-1060, 2002.

- BARROS, Ricardo Paes de; MENDONÇA, Rosane; SANTOS, Daniel. **Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil**. 1999. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2854/1/td_0686.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- BOING, Alexandra Crispim et al. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 797-807, 2014.
- CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. 2002. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2091/1/TD_858.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**, v. 60, n. 1, p. 253-292, 2004.
- CAMARGOS, Mirela Castro Santos; GONZAGA, Marcos Roberto. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. saúde pública**, v. 31, n. 7, p. 1460-1472, 2015.
- CAMARGOS, Mirela Castro Santos; MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto Nascimento. A relação entre renda e morar sozinha para idosas mineiras, 2003. In: **Seminário Sobre a Economia Mineira**, v. 12, p. 1-14, Diamantina, 2006.
- CAMARGOS, Mirela Castro Santos; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. In: **16º. Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, v.29, p. 1-20, Caxambu-MG, 2008.
- CARVALHO, Angelita Alves; ALVES, José Eustáquio Diniz. Explorando o consumo das famílias brasileiras e sua interface com o ciclo de vida e gênero. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, v. 23, n. 1, p. 6-29, 2012.
- CHAGAS, Layana Rodrigues; SOUSA, Cristina Maria Miranda de; MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho; SANTOS, Olga de Fátima Jansen dos; MOURA, Maria Eliete Batista. Avaliação Nutricional e Consumo Alimentar de Idosos Atendidos na Estratégia de Saúde da Família da Zona Urbana de Teresina-PI. In: LOPES, Manuel José; MENDES, Felismina R. P.; SILVA, Antônia Oliveira. **Envelhecimento: estudos e perspectivas**. São Paulo: Martinari, 2014.
- DANCEY, Christine P.; REIDY, John. **Estatística sem matemática: para psicologia usando SPSS para Windows**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- PÁDUA, Andréia Aparecida da Silva de; COSTA, Eliane Romeiro. Políticas Públicas de Previdência e Assistência Social ao Idoso. **Estudos**, v. 34, n. 3, p. 305-317, 2007.
- FERNANDES, Maria das Graças Melo; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. **Achegas. net-Revista de Ciência Política**, n. 34, p. 49-60, 2007.
- GRAVINA, Cláudia Felícia; GRESPAN, Stela Maris. Mudanças no Estilo de Vida na Prevenção da Doença Aterosclerótica. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (editoras). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2013.
- GUARNIERI, Ana Paula. O envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição para o cuidar. **Arq. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 33, n. 3, p. 139-40, 2008.
- HAIR JR, Joseph F. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

JOIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tania; DONALISIO, Maria Rita. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **ver. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 131-8, 2007.

MAGALHÃES, Kelly Alves. **Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde**. 2015. 135 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde), Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2015.

MENDONÇA, Paulo Sergio Miranda; RELVAS, Katia; CORREA, Stella Ribeiro Alves. Estudo do comportamento alimentar de consumidores idosos no Brasil: alimentos preferidos, perfil do consumidor e contexto de consumo. **Revista Ciências Administrativas**, v. 16, n. 2, p. 529-543, 2014.

MENEZES, Maria Fátima Garcia de. **Reflexões sobre Alimentação Saudável para Idosos no Contexto das Agendas Públicas Brasileira e Espanhola**. 2014. 141 p. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

NETTO, Matheus Papaléo. O Estudo da Velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (editoras). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2013.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 793-797, 2003.

RODRIGUES, Adriano; PAULO, Edilson. Introdução à Análise Multivariada. In: DIAS FILHO, José Maria; PAULO, Edilson; CORRAR, Luiz J. (coords). **Análise Multivariada: para os cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia**. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

SILVA, André Luiz Barbosa da; SILVA, Karine da; DIVINO, Bianca. Dinâmica de compra de alimentos das famílias de baixa renda frente às limitações do orçamento familiar. **Revista Administração em Diálogo-RAD**, v. 17, n. 2, p. 104-128, 2015.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento na Agenda Pública Brasileira. **Revista de Políticas Públicas**, v. 7, n. 1, p. 113-136, 2015.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548–554, 2009.

VERAS, Renato. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 18, n. 1, p. 5-6, 2015.