SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA ENTRE IDOSOS BRASILEIROS E JAPONESES NA COMUNIDADE: ASSOCIAÇÕES COM COMORBIDADES E DEPENDÊNCIAS FUNCIONAIS

SOCIOECONOMIC STATUS AMONG BRAZILIAN AND JAPANESE COMMUNITY-DWELLING ELDERLY: ASSOCIATIONS WITH COMORBIDITIES AND FUNCTIONAL DEPENDENCIES

Idiane Rosset-Cruz

Doutoranda em Enfermagem – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

- Relação linear inversa entre envelhecimento e renda;
- Comorbidades e incapacidades ⇔ baixa renda;
- Baixa renda está relacionada a cuidados mais precários à saúde;
- Tais relações podem ser mais significativas em países em desenvolvimento, onde a desigualdade social tende a ser maior.

OBJETIVOS

- Investigar como o estado sócio-econômico está relacionado às morbidades físicas e ao estado funcional do idoso;
- Comparar tal relação entre idosos brasileiros e japoneses.

METODOLOGIA

- Estudo transversal
- Idosos ≥ 60 anos que vivem na comunidade
- Amostra estudada:
  - 422 idosos brasileiros (Charqueadas e Estância Velha – Rio Grande do sul)
  - 960 idosos japoneses (Sonobe-Kyoto – Japão)

METODOLOGIA

- Variáveis e Instrumentos Utilizados
  - Características sócio-demográficas;
  - Situação sócio-econômica (definida pela renda familiar - dividida em 3 grupos, percentis 20 e 80;
  - Questionário estruturado para investigação de morbidades auto-referidas ou medidas
    - hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, doença cardíaca, AVE, anemia, fratura, and osteoartropatia;

METODOLOGIA

- Atividades Básicas da Vida Diária (7 itens)
- Atividades da Vida Diária Relacionadas à Comunicação
  - (enxergar, ouvir, conversar, telefonar, lembrar de eventos diários).
- Escala do "Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology", englobando:
  - Atividades Instrumentais da Vida Diária (5 itens)
  - Atividades Intelectuais/avançadas da Vida Diária (preencher formulários, ler jornais, livros, interesse por problemas de saúde)
  - Atividades Sociais da Vida Diária (visitar amigos, pessoa hospitalizada, dar conselhos, iniciar conversação).

RESULTADOS

Table 1: Sociodemographic and Health Characteristics for both Populations

Variable	Brazil (n = 422)	Japan (n=960)	*P* value*
Age mean (±SD)	69.4 (±6.3)	70.2 (±6.9)	NS
Female %	62.3 (263)	61.1 (586)	NS
Mean household income (International dollars) †	660	1,800	< .001
Daily use of alcohol %	5.8 (24)	21.6 (207)	< .001
Current smoking %	11.9 (50)	17.9 (172)	< .001
Dependence in basic ADL %	25.4 (107)	26.9 (259)	NS
Dependence in IADL %	28.3 (119)	21.9 (210)	0.009
Dependence in intellectual ADL %	69.4 (292)	28.4 (272)	< .001
Dependence in social ADL %	29.5 (124)	40.1 (385)	< .001
Dependence in TMIG index %	75.8 (319)	52.2 (501)	< .001
Dependence in communication-related ADL %	51.5 (217)	30.0 (288)	< .001
Hypertension %	78.9 (332)	55.7 (534)	< .001
Heart disease %	27.9 (119)	16.5 (158)	< .001
Stroke %	9.6 (40)	4.6 (44)	0.001
Osteoarthritis %	49.4 (207)	31.2 (298)	< .001
Bone fracture %	29.9 (124)	28.5 (273)	NS
Body Mass Index mean (±SD)	27.9(±5.0)	22.6 (±2.7)	< .001
Anemia %	10.1 (42)	12.0 (115)	NS
Diabetes Mellitus %	24.8 (104)	5.9 (56)	< .001

* Independent T- test or Chi-square; † Purchasing power parity-adjusted income; † Range: 0-100; SD: standard deviation. ADL: Activities of daily living; TMIG: Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology scale.

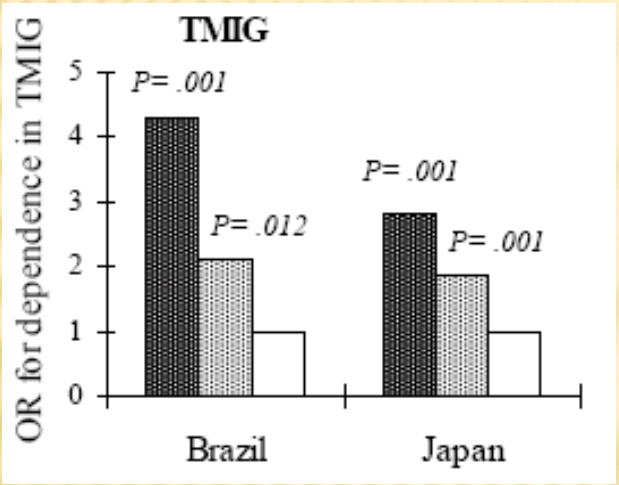
Table 2: Multiple Logistic Regression for Functional Dependence and Presence of Comorbidities (Dependent Variables) According to Socioeconomic Status (Lower and Middle, Compared with the Higher), After Adjusting for Age and Gender

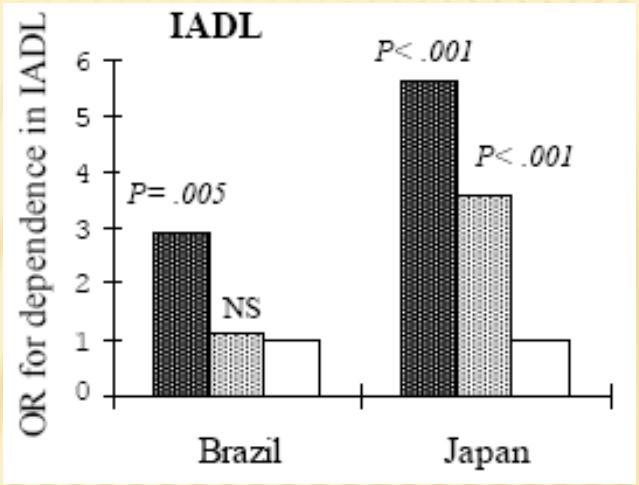
Variables	Brazil OR (95% CI)		Japan OR (95% CI)	
	Lower	Middle	Lower	Middle
Basic ADL	5.1 (2.2-11.7) ‡	1.8 (0.8-3.9)	4.3 (2.1-8.6) ‡	2.1 (1.2-3.7) †
Instrumental ADL	2.9 (1.4-6.0) †	1.1 (0.6-2.1)	5.6 (2.6-12.1) ‡	3.6 (2.0-6.6) ‡
Social ADL	2.1 (1.1-4.3)*	1.3 (0.7-2.3)	1.8 (1.1-3.3)*	1.7 (1.1-2.5) †
Intellectual ADL	3.9 (1.8-8.3) †	2.2 (1.3-3.7) †	3.2 (1.7-6.4) †	2.3 (1.4-3.7) †
TMIG	4.3 (1.9-9.8) †	2.1 (1.2-3.6)*	2.8 (1.6-5.1) †	1.9 (1.3-2.7) †
Communication-related ADL	2.6 (1.3-5.0) †	2.0 (1.2-3.3)*	2.5 (1.3-4.8) †	1.7 (1.1-2.7)*
Hypertension	2.4 (1.1-5.3)*	1.5 (0.9-2.7)	1.1 (0.5-2.5)	1.2 (0.6-2.6)
Heart disease	1.9 (1.0-4.1)*	1.4 (0.8-2.6)	2.0 (1.1-4.3)*	1.7 (1.1-2.7)*
Stroke	1.4 (0.5-4.0)	0.7 (0.3-1.6)	5.9 (1.2-30.3)*	4.8 (1.4-16.6)*
Bone fracture	0.6 (0.3-1.2)	0.8 (0.5-1.3)	1.7 (0.9-3.3)	1.3 (0.9-2.0)
Osteoarthritis	0.6 (0.3-1.2)	0.9 (0.6-1.5)	1.8 (0.9-3.5)	1.3 (0.8-1.9)
Obesity	0.9 (0.4-1.8)	1.4 (0.7-2.4)	1.5 (0.2-16.4)	0.5 (0.2-1.5)
Diabetes Mellitus	1.5 (07-3.3)	1.2 (0.7-2.2)	2.5 (0.2-45.9)	0.9 (0.2-4.1)
Anemia	1.3 (0.5-3.5)	0.9 (0.4-2.3)	0.4 (0.1-1.8)	1.1 (0.3-3.5)

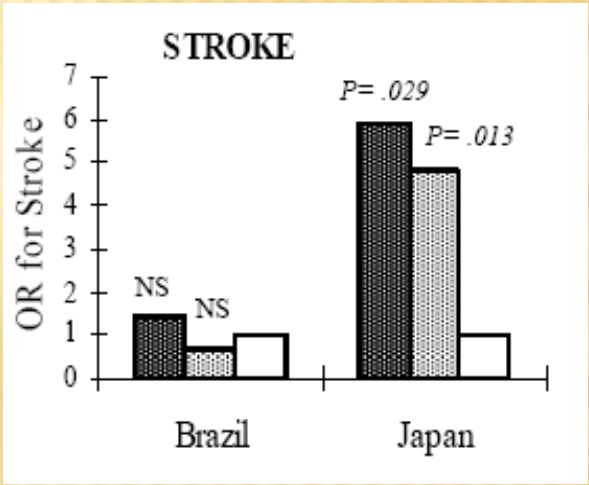
OR: Odds Ratio; CI: Confidence Interval; *$P<$ .05; † P< .01; ‡ P< .001; ADL: Activities of daily living; TMIG: Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology.

RESULTADOS

INCOME LEVEL
Low
Middle
High


TMIG
OR for dependence in TMIG
P= .001
P= .012
P= .001
P= .001
Brazil
Japan


IADL
OR for dependence in IADL
P= .005
NS
P< .001
P< .001
Brazil
Japan


STROKE
OR for Stroke
NS
NS
P= .029
P= .013
Brazil
Japan

DISCUSSÃO

- Não houve diferença significativa na dependência para a realização de Atividades Básicas da Vida Diária entre os idosos de ambos os países;
- Maior proporção de dependência para a realização de Atividades Instrumentais ou avançadas entre os idosos brasileiros, o que pode estar relacionado ao grau de instrução dos mesmos;
- Maior prevalência de comorbidades entre idosos brasileiros, com exceção de anemia e fraturas;

DISCUSSÃO

- Atividades Instrumentais da Vida Diária e AVE foram mais robustamenmente associados à baixa renda entre os idosos japoneses do que entre os brasileiros;
- Dependência na escala TMIG foi mais fortemente associada à baixa renda no Brasil do que no Japão, sugerindo a influência do baixo nível educacional sobre esta dependência para as atividades instrumentais e avançadas da vida diária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O nível de desigualdade sócio-econômica encontrada em ambos os grupos não foi robustamente diferente, permitindo um padrão de associações similares entre situação sócio-econômica e estado de saúde nos dois países;
- O estilo de vida e a cultura podem influir em tal relação;
- Doenças crônicas e dependência funcional encurtam a expectativa de vida, diminuindo a qualidade de vida, e geram uma sobrecarga à comunidade e à economia nacional;
- Aspectos sócio-econômicos devem ser considerados na avaliação e cuidado à pessoa idosa.