

# Condições pregressas e saúde no estudo “Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento” (SABE)

*Early life conditions and current health status  
as per the study “Health, Well-being and Aging” (SABE)*

Jair Lício Ferreira Santos<sup>I</sup>, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte<sup>II</sup>,  
Maria Lúcia Lebrão<sup>III\*</sup>

**RESUMO:** *Introdução:* Condições da infância podem influenciar peculiaridades individuais do desenvolvimento e assim afetar a saúde dos adultos. *Objetivo:* Avaliar associações entre condições pregressas e saúde, como informadas nas pesquisas SABE de 2000, de 2006 e de 2010. *Métodos:* Condições pregressas referem-se a situações anteriores aos 15 anos: a condição econômica, a fome, a avaliação da saúde, a presença de doenças e ter vivido em ambiente rural por mais de cinco anos. As variáveis de controle foram o sexo, a escolaridade e a renda. O desfecho é a autoavaliação da saúde nas categorias “Boa” e “Má”. A análise abrangeu pessoas entre 60 e 65 anos. *Resultados:* A análise bivariada mostrou associações segundo a origem nas três coortes. Foram ainda significantes a condição econômica e ter passado fome, para os entrevistados em 2006. Na análise multivariada pela regressão de Poisson, o elemento de comparação foi a razão de prevalência. Origem rural foi a única entre as condições pregressas a apresentar significância no modelo inicial. As variáveis de controle — sexo, coorte, escolaridade — também apresentaram significância. No modelo final, foram consideradas as variáveis significantes no inicial e uma interação entre origem rural e número de doenças. Permaneceram significantes a coorte, o sexo, a escolaridade e o número de doenças quando o indivíduo teve origem rural. Este número não foi associado ao desfecho se a origem fosse urbana. *Conclusão:* Há conexões entre as condições pregressas e a saúde do idoso, o que constitui em importante instrumento para a atenção à saúde, tanto para o indivíduo como para a comunidade.

**Palavras-chave:** Idosos. Autoavaliação diagnóstica. Saúde infantil. Saúde do Idoso. População rural. Estudos de coortes.

<sup>I</sup>Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>II</sup>Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>III</sup>Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

\*in memoriam.

**Autor correspondente:** Jair Lício Ferreira Santos. Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14033-014, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: jalifesa@usp.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo número 2014/50649-6.

**ABSTRACT: Introduction:** Childhood conditions can influence some aspects of development of an individual and thus affect health in adult life. **Objective:** To evaluate associations between early life conditions and health, as reported by the survey SABE in 2000, 2006, and 2010. **Methods:** Early or previous conditions refer to the situations before 15 years of age of the interviewees, such as economic condition, famine, health assessment, medical conditions, and having lived in the countryside for over 5 years. The control variables were gender, education, and income. The outcome was self-reported health as “good” or “bad.” This study focused on ages between 60 and 65 years. **Results:** Bivariate analysis showed significant associations of the individual’s origin in all the three cohorts. Economic and famine conditions were also significant for cohort B (2006). Multivariate Poisson regression was used with prevalence ratio as an element of comparison. Rural origin was the only significant early condition in the initial model. The control variables — gender, cohort, and education — were also significant. In the final model, the significant variables in the initial model were included, plus relation between rural origin and the number of diseases. Cohorts, gender, education, and the number of diseases were still significant factors when individuals had rural origin, but were not associated with the outcome if their origin was urban. **Conclusion:** There were connections between early conditions of life and the health of the elderly, and this might be an important tool for health care for both the individual and the community.

**Keywords:** Aged. Diagnostic Self Evaluation. Child Health. Health of the Elderly. Rural Population. Cohort Studies.

## INTRODUÇÃO

### CONDIÇÕES PREGRESSAS

Encontrar um diagnóstico o mais precocemente possível, prevenir doenças e evitar condições adversas à saúde nos idosos têm levado a estudos e investigações sobre o histórico das patologias e suas associações com as incapacidades decorrentes. A possibilidade de existir relações entre o contexto de início da vida e a saúde durante o envelhecimento tem se constituído em objeto de pesquisas na tentativa de, pelo menos, identificar hipóteses que possam ser testadas.

Autores admitem existir conexão entre as condições de vida na infância e o desempenho funcional na vida adulta, as condições gerais de saúde e até mesmo a mortalidade nas idades mais avançadas<sup>1</sup>.

Barker e Bagby<sup>2</sup> apontam que o contexto que abriga condições precárias na infância, somado a fatores individuais do desenvolvimento, pode aumentar a vulnerabilidade a certas doenças crônicas na velhice. Blackwell Hayward e Crimmins<sup>3</sup> corroboram esta teoria associando as condições no início da vida com as doenças nos idosos. Sugerem que há um maior risco de adoecer por doenças crônicas aqueles indivíduos que na infância foram expostos a doenças, a condições socioeconômicas desfavoráveis, a conflitos familiares, entre outras situações. Algumas doenças que podem trazer incapacidades para os idosos, como câncer, doenças pulmonares, doenças cardiovasculares, artrites e reumatismo, podem ser decorrentes de problemas na infância. Além disso, outros autores se perguntam se a não

consideração da saúde na infância quando se analisa doenças crônicas leva a uma sobre-estimação dos efeitos do *status* socioeconômico na análise da saúde do adulto<sup>3</sup>.

Deve-se considerar que estudos que se voltam aos tempos iniciais da vida apresentam dificuldades peculiares à sua natureza: por serem, em geral retrospectivas, as informações obtidas sofrem influência da memória do informante; os relatos sobre as condições vividas são informados apenas pelos sobreviventes e alguns eventos de importância podem ser escassos.

## SAÚDE AUTORRELATADA

O estado de saúde autorrelatado pode ser utilizado no lugar de exames de maior custo como preditor de incapacidade futura, risco de hospitalização e de mortalidade, especialmente entre pessoas idosas<sup>4,5</sup>.

Mesmo com conotação subjetiva, a informação sobre o próprio estado de saúde tem apresentado resultados semelhantes a avaliações objetivas e, por isso mesmo, bastante utilizada nas pesquisas de saúde<sup>6,7</sup>.

Especialmente entre idosos, o autorrelato do estado de saúde é um marcador importante das condições gerais de vida. Assim, Lima-Costa, Firmo e Uchoa<sup>8</sup> encontraram associações da autoavaliação da saúde com suporte social, condições efetivas de saúde e acesso aos serviços. Com relação à mortalidade, Maia, Duarte e Lebrão<sup>6</sup> encontraram que a avaliação da saúde "Má" aumenta o risco de óbitos por um fator de 2,69 quando comparada com a avaliação "Boa", "Muito Boa" ou "Excelente".

## SAÚDE AUTORRELATADA E CONDIÇÕES PREGRESSAS NO ESTUDO DE "SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO"

Nas pesquisas do estudo de Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), a questão relativa à saúde atual vem sendo formulada no seu formato clássico, de cinco categorias, numa escala que vai de "Má" à "Excelente". Da mesma forma, questões referentes aos primeiros quinze anos de vida foram aplicadas nas três amostras do Estudo SABE. É possível, portanto, avaliar os possíveis efeitos das condições pregressas sobre a saúde autoavaliada por ocasião das entrevistas de cada amostra. Com informações da amostra de 2000, por exemplo, Santos, Oliveira e Lebrão<sup>8</sup> concluíram que a presença da tuberculose durante os primeiros 15 anos de vida estava associada com a saúde do idoso autoavaliada como "Má", mesmo controlando por idade e sexo<sup>9</sup>.

Mais ainda, os indivíduos de 60 a 64 anos entrevistados em cada pesquisa podem oferecer retratos dos contextos diferentes em que viveram até seus 15 anos de idade, uma rica oportunidade de se apreciar efeitos de período. Foi objetivo deste trabalho avaliar os possíveis efeitos das condições pregressas sobre a saúde autorrelatada dos idosos entrevistados nas três ondas do estudo SABE, que está sendo realizado no município de São Paulo, com pesquisas concluídas em 2000, 2006 e 2010.

## METODOLOGIA

### O ESTUDO SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO E SUAS COORTES

O Estudo SABE iniciou-se como um estudo multicêntrico em sete cidades da América Latina e do Caribe. No Brasil, teve sua primeira rodada realizada no município de São Paulo, em 2000, quando foram entrevistados 2.143 pessoas de 60 anos ou mais, representativas da população de idosos do município. Seguiu com uma segunda onda de entrevistas em 2006 e com uma terceira em 2010. Em cada etapa foram entrevistados os sobreviventes da amostra anterior, além de uma nova coorte com idades entre 60 e 64 anos, que se constituem no objeto da análise deste trabalho. Serão, pois, estudadas as três coortes, denominadas A, B e C, cujos integrantes nasceram aproximadamente nos quinquênios 1935 – 1940, 1940 – 1945 e 1945 – 1950.

Cada indivíduo de cada coorte recebeu a ponderação relativa aos efeitos do delineamento amostral e estratificação *a posteriori*, sendo, portanto, representativos da população do município na faixa de idades e no ano correspondente. As amostras somaram, respectivamente, 426, 298 e 355 pessoas em 2000, 2006 e 2010.

### CONDIÇÕES PREGRESSAS ESTUDADAS

Para a análise do contexto no início da vida dos idosos, o estudo SABE avaliou as suas condições nos primeiros 15 anos de vida por meio das questões a seguir mencionadas. Após cada questão, acrescentou-se o nome da variável utilizada no processamento:

- Economia – “como o(a) senhor(a) descreveria a situação econômica de sua família durante a maior parte dos primeiros 15 anos de sua vida?”;
- Saúde antes dos 15 anos – “durante a maior parte dos primeiros 15 anos de sua vida, o(a) senhor(a) descreveria sua saúde naquela época como excelente, boa ou ruim?”;
- Tipo de doença – “Antes dos 15 anos, o(a) sr(a) se lembra de ter tido alguma destas doenças?”: nefrite/hepatite/sarampo/tuberculose/febre reumática/asma/bronquite crônica;
- Acamado – “durante os primeiros 15 anos de sua vida, ficou na cama por um mês ou mais devido a algum problema de saúde?”;
- Fome – “durante os primeiros 15 anos de sua vida, o(a) senhor(a) diria que houve algum tempo em que não comeu o suficiente ou passou fome?”;
- Rural – “desde que o(a) senhor(a) nasceu até os 15 anos, viveu no campo por cinco anos ou mais?”.

### VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável dependente saúde autorrelatada corresponde às informações obtidas pela pergunta C01 dos questionários do Estudo SABE, que indaga ao entrevistado como avalia

atualmente sua saúde. As categorias das respostas possíveis são: “Excelente”, “Muito Boa”, “Boa”, “Regular” e “Má”; foram dicotomizadas, agrupando-se as três primeiras numa categoria denominada “Boa” e as duas últimas na categoria “Má”. Foram excluídas as respostas “não sabe”/“não responde”.

Os possíveis efeitos das fases iniciais da vida na saúde do adulto e do idoso por certo perpassam influências da trajetória do indivíduo, como sua história escolar, sua renda na época da entrevista e seu sexo. A própria data da entrevista pode trazer consigo efeitos do momento vivido (atual e remoto), decorrendo, assim, a importância de considerar a coorte como uma possível variável e tentar apanhar o denominado efeito de período.

## VARIÁVEIS INDEPENDENTES E COVARIÁVEIS

As variáveis sociodemográficas e a data da entrevista (Coorte) foram tomadas como covariáveis; como variáveis independentes foram selecionadas o sexo, a escolaridade medida em anos de estudo e a renda aferida como a posição do entrevistado nos *tercis* da distribuição.

As variáveis independentes relativas às condições pregressas decorrem das respostas às questões mencionadas no Estudo SABE:

- Economia – situação econômica até 15 anos;
- Saúde15 – avaliação da saúde até os 15 anos de vida;
- Fome – houve algum tempo até os 15 anos em que passou fome;
- Nefrite, hepatite, sarampo, tuberculose, febre, asma e bronquite – teve alguma dessas doenças até os 15 anos;
- Acamado – ter ficado acamado por pelo menos um mês.

Além das respostas diretas, foi acrescentada a variável doenças (número de doenças mencionadas).

## ANÁLISES

As análises realizadas incluem uma etapa bivariada com a descrição das amostras por meio das distribuições relativas de cada variável observada em cada pesquisa; a distribuição relativa da variável dependente segundo as covariáveis e as variáveis inerentes às condições pregressas. As distribuições foram obtidas por expansão da amostra por meio de pesos relativos ao delineamento amostral e à estratificação *a posteriori*. Desta forma, para cada coorte os resultados representam estimativas dos verdadeiros valores populacionais. Testes de Rao-Scott<sup>10</sup> foram aplicados para evidenciar possíveis associações e seus resultados considerados significantes quando o valor *p* observado fosse menor que o nível de significância fixado em 0,05.

A análise multivariada consistiu no uso de regressões de Poisson que propiciam a estimação direta das razões de prevalência<sup>11</sup>, tendo a variável saúde autorrelatada como desfecho.

Para estas regressões, as variáveis que indicavam a presença ou a ausência de doenças antes dos 15 anos de idade não foram consideradas e em seu lugar se utilizou a variável número de doenças. Este procedimento é necessário para evitar erros muito grandes nas estimações, já que o número de eventos é frequentemente diminuto. Tuberculose, por exemplo aparece com um total de seis casos, sendo quatro na coorte A e um em cada uma das seguintes. Isto se deve aos fatos de que os eventos progressos podem ser realmente escassos e de que neste trabalho apenas um grupo etário está sendo considerado.

Foram ajustados dois modelos: um inicial, com a participação de todas as variáveis (as doenças específicas substituídas pelo número de doenças) e um final, onde entraram aquelas variáveis que foram significantes na primeira regressão. Foram estudadas as possíveis interações das variáveis independentes com a variável “Rural” e as que resultaram significantes foram também incluídas no modelo final.

Os ajustes foram igualmente realizados por meio de ponderação devido ao delineamento e à estratificação, com estimação robusta dos erros padrão<sup>12</sup>.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as distribuições de cada variável nas três rondas da pesquisa. Interessante notar entre as variáveis sociodemográficas a estabilidade da composição por sexo decorrente da estratificação *a posteriori* e a nítida melhoria observada da primeira para a última coorte nas classes de escolaridade.

No tocante à situação anterior aos 15 anos de idade, observam-se piores e significantes diferenças para a geração nascida durante a Segunda Guerra Mundial nas condições de economia aos 15 anos e número de doenças. Também são significantes as porcentagens que retratam a veloz urbanização da época, com as amostras encontrando cada vez mais menores proporções de pessoas oriundas da zona rural. Também decrescente e significativa é a proporção de pessoas que relataram ter tido sarampo antes dos 15 anos de idade, novamente acompanhando a tendência temporal observada no país.

A variável dependente apresenta igualmente pior avaliação da saúde atual para a geração nascida durante a guerra, sugerindo associação dessa variável com as condições progressas comentadas.

Na Tabela 2, pode-se avaliar as relações da variável dependente com as variáveis sócio demográficas. A associação com a escolaridade apresenta diferenças significantes nas três pesquisas, reproduzindo o resultado conhecido de melhor situação da saúde no níveis mais altos de escolaridade. A diferença entre os sexos só é significativa na última coorte, mas sistematicamente o sexo masculino apresenta melhor autoavaliação do que o feminino.

É também sistemática a melhor avaliação da saúde pelos *tercis* mais altos de renda, mas a associação só é significativa na coorte A.

As relações entre avaliação da saúde e condições progressas constam da Tabela 3. A origem rural é a única variável que apresenta associação significativa nas três coortes.

Tabela 1. Distribuição relativa das variáveis segundo as coortes em estudo.

Variáveis	Coortes				Rao-Scott (p)
	A (35-40) n = 426	B (40-45) n = 298	C (45-50) n = 355	Total n = 1.079	
<b>Sexo</b>					
Feminino	55,9	56,3	56,7	56,4	0,980
Masculino	44,1	43,7	43,3	43,6	
<b>Escolaridade (anos)</b>					
Nenhuma	14,1	15,6	4,4	10,5	<0,001
1 a 3	25,9	24,2	14,4	20,5	
4 a 11	53,9	52,1	68,0	59,3	
≥ 12	6,1	8,1	13,2	9,7	
<b>Renda (Tercil da distribuição)</b>					
Primeiro	33,7	33,9	33,9	33,8	0,991
Segundo	33,0	32,7	34,1	33,4	
Terceiro	33,3	33,4	32,0	32,8	
<b>Origem</b>					
Urbana	36,8	39,5	51,0	43,6	0,013
Rural	63,2	60,5	49,0	56,4	
<b>Saúde15</b>					
Boa	93,2	92,1	93,6	93,0	0,776
Má	6,8	7,9	6,4	7,0	
<b>Economia</b>					
Boa	68,0	72,7	64,5	68,0	0,035
Má	32,0	27,3	35,5	32,0	
<b>Fome</b>					
Não	75,5	78,8	73,8	75,8	0,316
Sim	24,5	21,2	26,2	24,2	
<b>Acamado</b>					
Não	92,0	90,4	90,7	91,0	0,782
Sim	8,0	9,6	9,3	9,0	

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	Coortes				Rao-Scott (p)
	A (35-40) n = 426	B (40-45) n = 298	C (45-50) n = 355	Total n = 1.079	
Doenças selecionadas					
Nenhuma	20,5	18,9	29,3	23,7	0,034
Uma	69,3	69,7	61,3	66,1	
Duas ou mais	10,1	11,4	9,3	10,2	
Nefrite	1,6	1,4	1,6	1,5	0,956
Hepatite	2,1	1,9	3,5	2,6	0,410
Sarampo	90,4	83,6	75,0	81,7	0,001
Tuberculose	1,1	0,3	0,3	0,5	0,295
Febre reumática	2,1	1,5	0,5	1,2	0,100
Asma	3,6	2,1	2,3	2,6	0,401
Bronquite	5,6	8,2	6,1	6,7	0,345
Desfecho (Saúde Referida)					
Excelente /Muito Boa/Boa	51,1	42,6	57,6	51,1	0,002
Regular/Má	48,9	57,4	42,4	48,9	

É possível considerar que o efeito desta variável possa ser mais facilmente observado, já que a distribuição entre suas categorias é mais equilibrada. Mais ainda, a condição rural pode abrigar com maior probabilidade várias das condições adversas aqui consideradas.

Condição econômica e fome antes dos 15 anos apresentam significância para a coorte nascida durante a Segunda Guerra Mundial. É interessante notar que justamente nessa coorte as proporções de pessoas em condição econômica boa e sem fome antes dos 15 anos são maiores do que nas outras duas, segundo a Tabela 1. Mais ainda, há menores proporções de avaliação de saúde boa também para a outra categoria de cada variável. Em outras palavras, para a geração nascida durante a guerra a avaliação da saúde é pior, e maior é a diferença entre quem teve e não teve condições adversas.

As inter-relações entre as variáveis são apreciadas em conjunto pela análise multivariada. Na Tabela 4 constam os resultados do modelo inicial, com as razões de prevalência (RP) ajustadas, os erros padrão com estimação robusta, os valores de p para a significância e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Considerando apenas aquelas RP que resultaram significantes, pode-se concluir dos resultados que: (a) há um efeito de período com a coorte C, a mais recente apresentando melhor



Tabela 2. Porcentagens de idosos que relatam estado de saúde “Boa” em cada Coorte, segundo variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Coortes					
	A (1935-1940) n = 426		B (1940-1945) n = 298		C (1945-1950) n = 355	
	%	p	%	p	%	p
<b>Sexo</b>						
Feminino	49,1	0,363	38,8	0,070	49,8	0,005
Masculino	53,6		47,5		67,7	
<b>Escolaridade (anos)</b>						
Nenhum	28,3	0,001	24,4	0,003	51,8	0,002
1 a 3	38,7		34,6		45,1	
4 a 11	60,6		47,0		55,6	
12 ou +	72,8		67,0		82,3	
<b>Renda (Tercil)</b>						
Primeiro	42,4	0,006	35,8	0,166	49,9	0,061
Segundo	43,0		44,5		65,8	
Terceiro	61,8		52,1		66,9	
Total	51,1		42,6		57,6	

avaliação de saúde do que a coorte A – referência; (b) o sexo masculino avalia sua saúde como melhor do que o sexo feminino; (c) indivíduos de alta escolaridade (12 anos ou mais de estudo), quando comparados com os sem instrução, também avaliam sua saúde como “Boa” em maior proporção; (d) a saúde recebe maior proporção de avaliação “Boa” entre aqueles que não passaram pelo menos cinco anos de suas vidas na zona rural, antes dos 15 anos de idade.

Rural é a única variável entre as condições pregressas a apresentar razão de prevalência significativa. Novamente, deve-se ponderar que essa variável é a que tem menos casos escassos e a que pode estar reproduzindo efeitos das demais condições pregressas na variável desfecho. Desta forma, foi conveniente estudar suas possíveis interações com as demais variáveis, e avaliar as respectivas significâncias. A única interação que resultou significativa foi a das variáveis Rural com Número de doenças ( $p = 0,009$ ). Para o ajuste do modelo final, foram então consideradas as variáveis significantes do modelo inicial e a variável rural desdobrada segundo as categorias de números de doenças (Tabela 5).

No modelo final, a coorte C — mais recente — deixa de apresentar RP significativa, e a coorte intermediária B passa a ter significância, com prevalência de saúde avaliada como “Boa”, menor do que a prevalência na coorte de referência A.

Tabela 3. Porcentagens de idosos que relatam estado de saúde “Boa” em cada coorte, segundo condições pregressas.

Variáveis	Coortes					
	A (1935-1940) n = 426		B (1940-1945) n = 298		C (1945-1950) n = 355	
	%	p	%	p	%	p
<b>Origem</b>						
Urbana	66,9	0,002	65,5	< 0,001	63,7	0,030
Rural	41,9		27,6		51,2	
<b>Saúde15</b>						
Boa	51,5	0,382	44,7	0,049	58,8	0,155
Má	43,5		20,7		40,8	
<b>Economia</b>						
Boa	52,8	0,263	49,3	0,020	61,2	0,104
Má	46,7		25,2		50,9	
<b>Fome</b>						
Não	52,8	0,379	47,4	0,003	60,3	0,061
Sim	46,3		25,6		49,5	
<b>Acamado</b>						
Não	52,3	0,322	44,2	0,151	57,7	0,891
Sim	43,3		29,6		56,4	
<b>Doenças</b>						
Nenhuma	58,5	0,185	50,9	0,300	56,9	0,922
Uma	49,2		41,7		58,3	
Duas ou mais	48,9		34,2		55,1	
<b>Nefrite</b>						
Não	51,2	0,786	43,1	0,350	57,3	0,228
Sim	55,9		19,5		30,9	
<b>Hepatite</b>						
Não	51,6	0,145	42,8	0,894	56,7	0,322
Sim	26,1		40,5		74,9	

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Variáveis	Coortes					
	A (1935-1940) n = 426		B (1940-1945) n = 298		C (1945-1950) n = 355	
	%	p	%	p	%	p
<b>Sarampo</b>						
Não	56,3	0,314	43,8	0,784	53,0	0,333
Sim	49,7		41,6		58,3	
<b>Tuberculose</b>						
Não	51,7	0,088	43,0	0,356	57,3	0,229
Sim	0,0		0,0		0,0	
<b>Febre reumática</b>						
Não	51,1	0,816	43,7	0,062	57,6	0,109
Sim	54,1		0,0		0,0	
<b>Asma</b>						
Não	51,5	0,556	43,1	0,948	57,3	0,904
Sim	41,6		44,6		59,6	
<b>Bronquite</b>						
Não	51,2	0,686	43,5	0,372	57,5	0,825
Sim	48,1		33,9		54,3	

O sexo feminino tem prevalência de avaliação de saúde “Boa” significativamente menor do que o masculino e se acentua o efeito da escolaridade. Há um gradiente nas razões de prevalência e quem tem mais anos de estudo tem melhor autoavaliação da saúde, sendo significantes as RP dos grupos de 4 a 11 e de 12 ou mais.

Interessante notar a interação entre o número de doenças relatadas antes dos 15 anos de idade e a origem. Para os oriundos de zona urbana não há diferença significativa do número das doenças selecionadas na avaliação da saúde atual. Mas para os que vieram de zona rural, todas as categorias diferem significativamente da referência. E mais: as razões de prevalência aumentam com o número de doenças, isto é, quanto mais doenças, pior a avaliação da saúde atual.

## DISCUSSÃO

Este estudo tem peculiaridades que devem ser ressaltadas, porque são incomuns e relevantes para as evidências encontradas. Foram comparados três grupos de indivíduos, do

Tabela 4. Resultados da regressão de Poisson para a variável Saúde Referida. Modelo Inicial.

Variável dependente: Saúde Referida	Razões de prevalência	Erro Padrão	T	P >  t	Intervalos de Confiança 95%
<b>Coorte</b>					
1935 – 1940	1,00				
1940 – 1945	1,12	0,07	1,88	0,064	0,99 – 1,27
1945 – 1950	0,83	0,06	-2,46	0,016	0,72 – 0,97
<b>Sexo</b>					
Feminino	1,00				
Masculino	0,82	0,08	-2,07	0,042	0,68 – 0,99
<b>Tercil de renda</b>					
Primeiro	1,00				
Segundo	0,90	0,08	-1,16	0,249	0,74 – 1,08
Terceiro	0,89	0,11	-0,97	0,334	0,70 – 1,13
<b>Escolaridade (anos)</b>					
Nenhuma	1,00				
1 a 3	0,96	0,10	-0,38	0,703	0,78 – 1,18
4 a 11	0,92	0,10	-0,77	0,443	0,74 – 1,14
≥ 12	0,58	0,15	-2,15	0,035	0,34 – 0,96
<b>Saúde aos 15 anos</b>					
Boa	1,00				
Má	1,19	0,12	1,71	0,092	0,97 – 1,44
<b>Presença de Doenças Seleccionadas</b>					
Nenhuma	1,00				
Uma	1,00	0,10	-0,02	0,982	0,82 – 1,22
Duas e mais	1,18	0,14	1,42	0,160	0,94 – 1,48
<b>Fome até 15 anos</b>					
Não	1,00				
Sim	1,09	0,09	1,04	0,304	0,92 – 1,30
<b>Situação econômica até os 15 anos</b>					
Boa	1,00				
Má	1,14	0,11	1,26	0,213	0,93 – 1,39
<b>Origem</b>					
Urbana	1,00				
Rural	1,43	0,14	3,69	0,000	1,18 – 1,74
Constante	0,56	0,10	-3,18	0,002	0,39 – 0,81

Tabela 5. Resultados da regressão de Poisson para a variável Saúde Referida. Modelo Final.

Variável dependente: Saúde Referida	Razões de prevalência	Erro Padrão	t	P >  t	Intervalos de Confiança 95%
<b>Coorte</b>					
1935 – 1940	1,00				
1940 – 1945	1,18	0,07	3,02	0,003	1,06 – 1,33
1945 – 1950	0,98	0,06	-0,31	0,759	0,88 – 1,10
<b>Sexo</b>					
Feminino	1,00				
Masculino	0,81	0,06	-2,89	0,005	0,70 – 0,94
<b>Escolaridade (anos)</b>					
Nenhuma	1,00				
1 a 3	0,92	0,09	-0,92	0,363	0,76 – 1,11
4 a 11	0,78	0,08	-2,51	0,014	0,64 – 0,95
≥ 12	0,47	0,11	-3,33	0,001	0,29 – 0,74
<b>Origem e Número de doenças</b>					
<b>Urbana</b>					
Nenhuma	1,00				
Uma	1,11	0,19	0,58	0,563	0,78 – 1,56
Duas ou mais	1,18	0,28	0,69	0,493	0,73 – 1,90
<b>Rural</b>					
Nenhuma	1,51	0,28	2,21	0,030	1,04 – 2,19
Uma	1,57	0,26	2,78	0,007	1,14 – 2,18
Duas ou mais	1,79	0,33	3,16	0,002	1,24 – 2,59
Constante	0,57	0,11	-2,98	0,004	0,39 – 0,83

mesmo grupo etário, nascidos em quinquênios marcantes para a história do país: imediatamente antes da Segunda Guerra Mundial, durante e após.

É nesse período que se alteram as relações de trabalho, os sindicatos ganham relevância e atuação política<sup>13</sup>, se ampliam os serviços de atenção à saúde<sup>14</sup> e se estabelecem políticas públicas voltadas para a educação<sup>15</sup>. Mas o *locus* dessas transformações é, sobretudo, a cidade, e seus ecos sobre a zona rural não foram imediatos.

Assim, é de se esperar que os mecanismos que conectam as condições pregressas ao estado de saúde do idoso permaneçam mais atuantes e sejam mais relevantes na zona rural

do que na zona urbana, esta sob forte transformação modernizadora. São cinco mecanismos que, de maneira não excludente, conectam o contexto do início da vida com a saúde dos idosos: estado nutricional, doenças específicas, infecções recorrentes, estresse crônico e eventos estressantes e condições socioeconômicas precárias<sup>16</sup>.

Os mecanismos não atuam de forma homogênea segundo a região onde o indivíduo se desenvolve e, por isso, a localização onde a pessoa vive durante a infância tem sido apontada como preditora de doenças na vida adulta e na velhice<sup>17</sup>.

Segundo Poel, O'Donnell e Van Doorslaer<sup>18</sup>, nas áreas urbanas as crianças gozam de mais saúde comparadas às crianças de zonas rurais nos países em desenvolvimento. Em decorrência, como preveem os mecanismos mencionados, a saúde autorreferida das pessoas que passaram sua infância em zona rural deve ser pior avaliada do que as pessoas que sempre viveram em zona urbana, como foi apontado na Tabela 3, com diferenças significativas nas três coortes.

É importante ressaltar que as conexões entre as condições pregressas aqui evidenciadas e a autoavaliação da saúde do idoso foi realizada sob controle das principais variáveis sociais, como sexo, instrução e renda. A regressão ajustada apresenta, portanto, as associações independentes da presença de doenças nas crianças da zona rural com a má avaliação da saúde corrente. Alguns autores apontam a origem do idoso como possível marcador de saúde e mesmo mortalidade<sup>19,20</sup>, tal como encontrado neste artigo: o número de doenças (entre as selecionadas) vividas nos primeiros 15 anos de idade é significativo para se avaliar como "Pior" a saúde na idade avançada se o indivíduo viveu na zona rural. O acesso aos serviços, instrução, informação, melhor alimentação e outras condições da zona urbana possivelmente a protegem dessa condição.

Ao receber a proteção do contexto urbano comparado ao meio rural, o indivíduo passa a ter e avaliar melhor sua saúde quando idoso, e portanto, deverá apresentar riscos menores para desfechos negativos de saúde e mesmo a morte, como evidenciaram Van den Brink et al.<sup>21</sup>.

## CONCLUSÕES

As análises realizadas neste trabalho permitiram constatar a influência de causas pregressas na autoavaliação de saúde dos idosos entrevistados nas três pesquisas do Estudo SABE. Os indivíduos que passaram mais de cinco dos seus primeiros 15 anos de vida na zona rural avaliam sua saúde como "Má" em maior proporção que os demais, nas três coortes estudadas.

Como fator associado a essa avaliação, entre as doenças selecionadas na pesquisa, foi identificado o número de suas ocorrências antes dos 15 anos de idade em indivíduos que viveram mais de 5 anos na zona rural durante a infância. Para os demais, a associação não foi significativa.

Como a autoavaliação é um importante marcador para a saúde, a funcionalidade e a sobrevivência dos idosos, a identificação dos seus condicionantes mais remotos ganha relevância para a atenção ao idoso, seja individualmente ou em programas coletivos de cuidados.

## REFERÊNCIAS

- Palloni A, McEniry M, Wong R, Peláez M. The tide to come: elderly health in Latin America and the Caribbean. *J Aging Health* 2006; 18(2): 180-206.
- Barker DJ, Bagby SP. Developmental antecedents of cardiovascular disease: a historical perspective. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16(9): 2537-44.
- Blackwell DL, Hayward MD, Crimmins EM. Does childhood health affect chronic morbidity in later life? *Soc Sci Med* 2001; 52(8): 1269-84.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1): 21-37.
- Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol* 1997; 50(5): 517-28.
- Maia FO, Duarte YA, Lebrão ML. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4): 540-7.
- Maia FO, Duarte YA, Lebrão ML, Santos JL. Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(6): 1049-56.
- Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde em idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(6): 827-34.
- Santos JL, Oliveira ML, Lebrão ML. Causas remotas da saúde do idoso. In: *Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 2008 set 29-out 03; Caxambu (Br). [acesso em 2014 jun 22] Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008\\_1425.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1425.pdf).
- Rao JN, Scott AJ. On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. *Ann Stat* 1984; 12(1): 46-60.
- Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 20: 3-21.
- Hamilton LC. *Statistics with Stata*. Toronto: Thomson Learning; 2003.
- Simão A. Sindicato e Estado, Suas relações na formação do proletariado de São Paulo. São Paulo: Dominus; 1966.
- Campos AL. Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Schwartzman S, Bomeny HM, Costa VMR. *Tempos de Capanema*. São Paulo: Paz e Terra; Edusp, 1984.
- Monteverde M, Noronha K, Palloni A. Effect of early conditions on disability among elderly in Latin American and the Caribbean. *Popul Stud (Camb)*. 2009; 63(1): 21-35.
- Lavery D, Lee M. Effects of early life on elderly health. *Population Reference Bureau. Today's Research on Aging*. 2009; 16 [acesso em 2014 jun 26]. Disponível em: <http://www.prb.org/pdf09/TodaysResearchAging16.pdf>.
- Van de Poel E, O'Donnell O, Van Doorslaer E. Are urban children really healthier? Evidence from 47 developing countries. *Soc Sci Med* 2007; 65(10): 1986-2003.
- Huang C, Elo IT. Mortality of the oldest old Chinese: the role of early-life nutritional status, socio-economic conditions, and sibling sex-composition. *Popul Stud (Camb)*. 2009; 63(1): 7-20.
- Scazufca M, Menezes PR, Araya R, Di Rienzo VD, Almeida OP, Gunnell D, et al. Risk factors across the life course and dementia in a Brazilian population: results from the Sao Paulo. Ageing & Health Study (SPAH). *Int J Epidemiol* 2008; 37(4): 879-90.
- Van den Brink CL, Tijhuis M, Van den Bos GA, Giampaoli S, Nissinen A, Kromhout D. The contribution of self-rated health and depressive symptoms to disability severity as a predictor of 10-year mortality in European elderly men. *Am J Public Health* 2005; 95(11): 2029-34.

Recebido em: 04/11/2014

Aprovado em: 23/03/2015

