

Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Socioeconomic circumstances and health among the Brazilian elderly: a study using data from a National Household Survey

Maria Fernanda Lima-Costa ¹
 Sandhi Barreto ¹
 Luana Giatti ¹
 Elizabeth Uchôa ¹

¹ Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz/ Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Augusto de Lima 1715, Belo Horizonte, MG 30190-002, Brasil.

Abstract *The influence of socioeconomic circumstances on senior citizens' health is still controversial. We used data from the 1998 Brazilian National Household Survey (PNAD 1998) to examine this influence. A representative sample of the Brazilian population aged ≥ 65 years ($n = 19,068$) were included in the study. The characteristics of those in the lower quintile of per capita household income were compared with those with higher income (< 0.67 vs ≥ 0.67 the Brazilian minimum wage). The lower income group presented worse health conditions (self-rated health, inability to perform routine activities due to a health problem, bedridden conditions, and a report of any disease), and worse physical functioning (level of difficulty in performing selected physical activities), and less frequent use of medical and dental services. These results do not confirm observations, in some developed countries, of a lack of association between socioeconomic status and health among the elderly. On the contrary, according to our results, in Brazil even small differences in income are sufficiently sensitive to identify older adults with worse health conditions and limited access to health services.*

Key words *Aging Health; Aging; Social Conditions*

Resumo *A influência da situação sócio-econômica sobre a saúde dos idosos é controversa. Nós utilizamos dados da PNAD 1998 para examinar esta influência em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com ≥ 65 anos de idade. Aqueles com renda domiciliar per capita situada no quintil mais baixo foram comparados àqueles com renda mais alta ($< 0,67$ e $\geq 0,67$ salários mínimos). Os idosos com renda mais baixa apresentaram piores condições de saúde (pior percepção da saúde, interrupção de atividades por problemas de saúde, ter estado acamado e relato de algumas doenças crônicas), pior função física (avaliada através de seis indicadores) e menor uso de serviços de saúde (menor procura e menos visitas a médicos e dentistas). Esses resultados não confirmam observações realizadas em alguns países desenvolvidos quanto à ausência de associação entre o nível sócio-econômico e a saúde do idoso. Ao contrário, os resultados deste trabalho mostram que mesmo pequenas diferenças na renda domiciliar são suficientemente sensíveis para identificar idosos com piores condições de saúde e menor acesso aos serviços de saúde no Brasil.*

Palavras-chave *Saúde do Idoso; Envelhecimento; Condições Sociais*

Introdução

A situação sócio-econômica desempenha um papel central na determinação da saúde de indivíduos e populações (Berkman & Kawachi, 2000; Duarte et al., 2002; Marmot & Wilkinson, 1999; Nunes et al., 2001), mas a existência dessa influência nas faixas etárias mais velhas é controversa (Jeffreys, 1996). Diversos estudos de base populacional mostraram que idosos com melhor situação sócio-econômica apresentam melhores condições de saúde (Berkman & Gurland, 1998; Carinley & Arnold, 1996; Liao et al., 1999; Lynch et al., 1997; Maddox & Clark, 1992; Parker et al., 1999; Robert & House, 1996; Ross & Wu, 1996), mas outros trabalhos mostraram que a força dessa associação diminui ou mesmo desaparece nas idades mais velhas (Berkertt, 2000; Elo & Preston, 1996; Feldman et al., 1989; House et al., 1990, 1994; Kaplan et al., 1987; Santariano, 1986; Sorlie et al., 1995).

Três hipóteses são geralmente levantadas para explicar a diminuição ou ausência de associação entre nível sócio-econômico e condições de saúde entre idosos: (1) as diferenças de renda diminuem após a aposentadoria e isso, como consequência, reduz diferenças dos indicadores sociais e de saúde; (2) políticas sociais com o objetivo de reduzir as desigualdades entre os idosos (como o *Medicare* nos Estados Unidos) minimizam diferenças de acesso a serviços médicos de qualidade, com reflexos na situação de saúde; (3) viés de sobrevivência (pessoas com pior situação sócio-econômica e com maiores exposições de risco tendem a morrer mais cedo) e/ou viés em virtude de não-participação (indivíduos institucionalizados não participam de estudos de base populacional). Outros autores contestam essas hipóteses, argumentando que a herança de piores cuidados médicos, exposições ambientais e comportamentos adversos à saúde continuam a exercer efeito nas idades mais avançadas (Berkman & Gurland, 1998).

Os idosos, particularmente os mais velhos, constituem o segmento da população brasileira que mais cresce. Entre 1991 e 2000, o número de habitantes com 60-69, 70-79 e 80 ou mais anos aumentou cerca de duas a quatro vezes mais (28%, 42% e 62%, respectivamente) do que a população mais jovem do País (14%) (IBGE, 1992, 2002). O Brasil é um país com importantes desigualdades sociais, ocupando a segunda posição no mundo em termos de concentração de renda (World Bank, 1999). Cinqüenta e três milhões de brasileiros têm renda inferior à linha de pobreza (Paes-de-Barros et al., 2001). Apesar disso a influência da situação sócio-econômica sobre a saúde dos idosos tem recebido pouca aten-

ção no País (Lima-Costa et al., submetido; Veras, 1994). A escassez desse tipo de informação é lamentável, uma vez que um dos grandes desafios contemporâneos é a construção de políticas sociais adequadas, incluindo a atenção à saúde, para a população idosa. O conhecimento das condições de saúde dessa população, e das influências da situação sócio-econômica sobre essas condições, é importante para subsidiar políticas, buscando corrigir distorções, entre outras, por classe social (Berquó, 1999).

O objetivo do presente trabalho é examinar as associações existentes entre a situação sócio-econômica dos idosos brasileiros e alguns indicadores das condições de saúde, da mobilidade física e do uso de serviços de saúde.

Metodologia

Fonte de dados

Neste trabalho, foi utilizada a base de dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD), realizada entre 20 e 26 de setembro de 1998 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PNAD é um inquérito populacional, com abrangência nacional, sendo realizada anualmente, com o objetivo de obter informações sobre características demográficas, habitação, educação, trabalho e rendimento. No ano referido, além destes, foram investigados aspectos referentes à saúde dos moradores com ≥ 14 anos de idade. As informações foram obtidas por meio de entrevista domiciliar (IBGE, 1998).

A pesquisa tem como base uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção. No primeiro estágio, é feita a seleção dos municípios, que são classificados em auto-representativos, com probabilidade 1 de pertencer à amostra, e em não auto-representativos, com probabilidade de pertencer à amostra proporcional à população residente. No segundo estágio, são selecionados os setores censitários, cuja probabilidade de inclusão é proporcional ao número de domicílios existentes no setor. No terceiro estágio, os domicílios são amostrados em cada setor censitário, sendo investigadas as informações relativas a todos os residentes nos domicílios. Maiores detalhes podem ser vistos em IBGE (1998).

Todos os participantes ($n = 19.729$) da amostra da PNAD 1998 com ≥ 65 anos de idade foram selecionados para o presente trabalho. Embora o limite inferior da idade para que o indivíduo seja considerado idoso no Brasil seja mais baixo (≥ 60 anos) (Gordilho et al., 2000), optou-se

por incluir nesta análise somente aqueles com ≥ 65 anos de idade porque a literatura mostra que a redução da força da associação (ou o seu desaparecimento) entre nível sócio-econômico e saúde é observada a partir desta idade (Beckertt, 2000; Elo & Preston, 1996; Feldman et al., 1989; House et al., 1990, 1994; Kaplan et al., 1987; Santariano, 1986; Sorlie et al., 1995).

Variáveis

A variável dependente deste trabalho é a renda domiciliar *per capita*. Esta foi obtida dividindo-se a renda total do domicílio pelo número de moradores do mesmo. Os níveis de renda domiciliar *per capita* foram agrupados em quintis e transformados em salários mínimos da época (cada = R\$ 130,00). As características dos idosos com renda domiciliar *per capita* situada no quintil mais baixo foram comparadas às dos demais.

Quatro conjuntos de variáveis independentes foram incluídas no presente trabalho: (1) características sócio-demográficas; (2) indicadores da condição de saúde; (3) indicadores de função física e (4) indicadores de uso de serviços de saúde e filiação a plano privado de saúde. Além das informações acima mencionadas, foram também consideradas as variáveis relativas a quem respondeu à entrevista, ou seja, se foi outra pessoa ou o próprio entrevistado. No banco de dados da PNAD 1998, estas correspondem à variável *v1401* para os indicadores de mobilidade física e *v1301* para os indicadores da condição de saúde.

As seguintes características sócio-demográficas foram consideradas: sexo; faixa etária; escolaridade; condição na unidade domiciliar/pessoa de referência; moradores no domicílio; unidade da federação/macrorregião onde mora (UF) e localização urbana/rural do domicílio.

Entre os indicadores da condição de saúde, os seguintes foram incluídos neste trabalho: percepção da própria saúde; ter deixado de realizar quaisquer das atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas; ter estado acamado nas duas últimas semanas e relato das seguintes doenças: artrite/reumatismo, câncer, diabetes, bronquite/asma, hipertensão, doença do coração, doença renal crônica e cirrose. A análise da percepção da própria saúde foi feita considerando-se quatro estratos: boa/muito boa; regular; ruim/muito ruim e ignorada porque outra pessoa respondeu à entrevista. Os três primeiros estratos foram constituídos utilizando-se a variável *v1303* e o último, utilizando-se *v1301*. Isso foi feito porque a percepção da própria saúde envolve aspectos subjetivos

que não podem ser captados por outro informante. Dessa forma, foi considerada a percepção da saúde somente nos casos em que o próprio idoso respondeu à entrevista.

Os seguintes indicadores de função física foram incluídos neste trabalho: alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; caminhar cerca de cem metros; caminhar mais de um quilômetro; subir ladeira ou escada; abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados. A pergunta relativa ao grau de dificuldade para realizar as atividades acima mencionadas foi feita da seguinte forma: *Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para...*

Entre os indicadores de uso de serviços de saúde, os seguintes foram considerados: procura por atendimento médico nas duas últimas semanas; número de consultas médicas nos últimos 12 meses; tempo decorrido após a última visita ao dentista; número de internações hospitalares nos últimos 12 meses e filiação a plano privado de saúde. A procura por atendimento médico foi definida mediante as seguintes perguntas: “*Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relativo à própria saúde (v1350), excluída procura a farmacêutico (v1353)?*”; “*Nesta vez que procurou serviços de saúde foi atendido?*” (*v1354*). De acordo com a resposta a essas perguntas, três estratos foram constituídos: procurou e foi atendido, procurou e não foi atendido e não procurou durante o período considerado. Além das supracitadas, foram consideradas as seguintes variáveis entre aqueles que procuraram serviços de saúde nas duas últimas semanas: motivo principal que levou a procurar atendimento médico (*v1351*), local que procurou (*v1353*) e avaliação do atendimento de saúde recebido (*v1367*).

Análise dos dados

A análise dos dados foi conduzida utilizando-se os procedimentos do programa STATA para análise de inquéritos populacionais. Esses procedimentos permitem incorporar os pesos distintos das observações. Na presente análise, foi incluída a variável peso da pessoa (*v4729*), que equivale ao inverso da fração amostral. Com base nas variáveis UF, UPA (delimitação do município) e *v4602* (estrato), foi criada uma nova variável, seguindo algoritmo fornecido pelo IBGE (E Viacava, comunicação pessoal), para permitir a correção do efeito do delineamento do estudo. A incorporação dessa nova variável na análise permite obter estimativas aproximadas mais corretas do erro padrão, uma vez que este

é influenciado pela conglomeração das unidades e estratificação derivadas do delineamento amostral de múltiplos estágios da PNAD (Pessoa et al., 1997).

A análise da associação entre renda domiciliar *per capita* e fatores sócio-demográficos, indicadores da condição de saúde, indicadores de mobilidade física e de uso de serviços de saúde foi feita utilizando-se *odds ratio* e seus intervalos de confiança (método de Woolf). A regressão logística múltipla (Hosmer & Lemeshow, 1989) foi utilizada para examinar a existência de associação independente entre a situação sócio-econômica do idoso e as características acima mencionadas. A macrorregião de residência foi considerada *a priori* variável de confusão no estudo e foi incluída em todos os modelos logísticos. Sexo, faixa etária e respondente foram consideradas variáveis de confusão no estudo, quando foram examinadas as associações existentes entre situação sócio-econômica e indicadores da condição de saúde, indicadores de função física e de uso de serviços de saúde. Existem consistentes evidências de que a filiação a planos privados de saúde esteja associada à situação sócio-econômica e ao maior uso de serviços de saúde entre idosos (Cohen et al., 1997; Hurd & McGarry, 1997; Lima-Costa et al., 2002). No presente trabalho, os indicadores de uso de serviços de saúde não foram ajustados por filiação a plano privado de saúde por ser esta uma variável intermediária na referida associação.

Resultados

Entre os 19.729 participantes da amostra com ≥ 65 anos de idade, 19.068 (96,7%) participaram desta análise. A não-participação deu-se em virtude da ausência de informações sobre renda domiciliar. Responderam à entrevista 64,4% dos idosos, e o restante foi respondido por outro informante (não houve diferenças de informantes entre aqueles com menor ou maior renda domiciliar *per capita*; $p = 0,215$).

A renda domiciliar *per capita* variou de R\$ 0,00 a R\$ 20.000,00 (mediana = R\$ 153,33 e média = R\$ 332,56 \pm 30,75). O quintil inferior da distribuição da renda domiciliar *per capita* foi R\$ 86,67, correspondendo a 66,7% do salário mínimo da época (setembro de 1998).

Na Tabela 1, está apresentada a distribuição percentual de algumas características sócio-demográficas, segundo a renda domiciliar *per capita*. Menor renda domiciliar *per capita* foi menos freqüente entre as mulheres, entre os idosos mais velhos (≥ 75 anos), entre aqueles com

maior escolaridade (todos os níveis em comparação a zero anos de escolaridade) e entre aqueles que moravam sós, independentemente do efeito da macrorregião. Menor renda domiciliar *per capita* foi mais freqüente entre os residentes na zona rural e entre os residentes nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

A distribuição de alguns indicadores da condição de saúde, segundo a renda domiciliar *per capita*, está apresentada na Tabela 2. Pior percepção da própria saúde (regular e ruim/muito ruim), incapacidade para realizar atividades habituais por problemas de saúde nas duas últimas semanas, ter estado acamado nas duas últimas semanas e relato de artrite/reumatismo, asma/bronquite e de doença renal crônica foram significativamente mais freqüentes entre os idosos com menor renda domiciliar *per capita*, tendo essas associações persistido mesmo após ajustamento por variáveis de confusão. O relato de diabetes foi menos freqüente entre os idosos com menor renda domiciliar *per capita*.

Dificuldade em qualquer grau para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro, para caminhar cerca de cem metros, para caminhar mais de um quilômetro, para subir ladeira ou escada e para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se foram significativamente mais freqüentes entre aqueles com menor renda domiciliar *per capita*, mesmo após ajustamentos por variáveis de confusão. Com relação a dificuldades para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados, a associação foi significativa para grande dificuldade e para incapacidade, mas não para pequena dificuldade (Tabela 3).

Na Tabela 4, está apresentada a distribuição de alguns indicadores de uso de serviços de saúde, segundo a renda domiciliar *per capita*. Todos os indicadores de uso de serviços de saúde estudados, exceto internações hospitalares, apresentaram associações independentes com a renda domiciliar *per capita*. A procura sem atendimento e a não-procura por atendimento médico nas duas últimas semanas foram mais freqüentes entre idosos com menor renda domiciliar. Estes consultaram menos o médico nos últimos 12 meses e com mais freqüência consultaram o dentista há mais tempo ou jamais foram a um dentista. Como era de se esperar, a filiação a um plano privado de saúde foi menos freqüente entre idosos com pior renda domiciliar *per capita*.

A procura por atendimento relacionado à saúde devido doença, tratamento ou reabilitação foi significativamente mais freqüente entre os idosos com menor renda domiciliar *per capita*, em comparação aos demais. Estes, com

Tabela 1

Distribuição percentual de algumas características sócio-demográficas, segundo a renda domiciliar *per capita*, em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com > 65 anos de idade.

Características sócio-demográficas	Total	Renda domiciliar <i>per capita</i>		OR (IC 95%)	OR ajustado ¹ (IC 95%)
		<0,67 SM	>0,67 SM		
Sexo					
Masculino	43,7	47,4	42,7	1,00	1,00
Feminino	56,3	52,6	57,3	0,83 (0,77-0,89)	0,85 (0,79-0,90)
Faixa etária (anos)					
65-69	37,6	38,0	37,5	1,00	1,00
70-74	27,5	27,4	27,6	0,98 (0,89-1,08)	0,92 (0,83-1,01)
75+	34,8	34,6	34,9	0,98 (0,89-1,08)	0,88 (0,80-0,97)
Escolaridade (anos)					
0	45,0	69,4	38,7	1,00	1,00
1-3	21,4	18,6	22,2	0,47 (0,42-0,53)	0,55 (0,49-0,62)
4-7	22,0	10,7	24,9	0,24 (0,21-0,28)	0,32 (0,27-0,37)
8+	11,6	1,3	14,2	0,05 (0,04-0,07)	0,07 (0,05-0,09)
Pessoa de referência na unidade domiciliar					
Não	36,0	35,1	36,3	1,00	1,00
Sim	64,0	64,9	63,7	1,05 (0,98-1,13)	1,03 (0,96-1,11)
Mora só					
Não	87,0	98,7	84,0	1,00	1,00
Sim	13,0	1,3	16,0	0,07 (0,05-0,10)	0,07 (0,05-0,10)
Situação do local de residência					
Urbana	79,0	64,9	82,5	1,00	1,00
Rural	21,0	35,1	17,5	2,56 (2,07-3,15)	1,98 (1,70-2,29)
Macrorregião de residência					
Sudeste	47,3	29,4	51,9	1,00	-
Sul	15,7	10,2	17,1	1,05 (0,76-1,45)	-
Centro-oeste	5,0	5,0	5,0	1,77 (1,21-2,60)	-
Norte	3,4	5,5	2,9	3,38 (2,34-4,89)	-
Nordeste	28,6	50,0	23,2	3,79 (2,83-5,08)	-

SM = Salários mínimos da época (cada = R\$ 130,00); OR (IC 95%) = Odds ratio (Intervalo de confiança em nível de 95%).

¹ Ajustado pelo método de regressão logística pela macrorregião de residência.

mais frequência, procuraram o consultório particular como primeiro local de atendimento. A avaliação do atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas como bom e regular, foi significativamente mais frequente entre aqueles com pior renda domiciliar *per capita* (Tabela 5). Entre os 120 participantes da amostra que procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas e não foram atendidos, as razões do não atendimento foram as seguintes: não obtenção de vaga ou senha para

consulta (59,4 e 49,8 % entre aqueles com menor e maior renda domiciliar *per capita*, respectivamente), ausência de médico no local do atendimento (28,0 e 29,4%, respectivamente) e outro motivo (12,6 e 20,8%).

Discussão

Os resultados deste trabalho mostram a existência de associações independentes entre me-

Tabela 2

Distribuição percentual de alguns indicadores da condição de saúde, segundo a renda domiciliar *per capita*, em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com > 65 anos de idade.

Indicadores de condição de saúde	Total	Renda domiciliar <i>per capita</i>		OR (IC 95%)	OR ajustado ¹ (IC 95%)
		<0,67 SM	>0,67 SM		
Percepção da própria saúde					
Muito boa/boa	22,8	17,8	24,0	1,00	1,00
Regular	30,2	31,6	29,9	1,42 (1,22-1,66)	1,30 (1,13-1,49)
Ruim/muito ruim	11,4	16,1	10,2	2,11 (1,76-2,54)	1,72 (1,46-2,03)
Ignorada ²	35,6	34,5	35,8	1,30 (1,15-1,46)	1,25 (1,10-1,41)
Deixou de realizar atividades habituais nas duas últimas semanas por motivos de saúde?					
Não	85,0	82,8	85,5	1,00	1,00
Sim	15,0	17,2	14,5	1,23 (1,08-1,39)	1,21 (1,07-1,37)
Esteve acamado nas duas últimas semanas?					
Não	89,5	88,2	89,9	1,00	1,00
Sim	10,5	11,8	10,1	1,19 (1,05-1,35)	1,20 (1,05-1,36)
Relato das seguintes doenças/ condições crônicas³					
Artrite/reumatismo	40,3	46,2	38,7	1,36 (1,24-1,49)	1,19 (1,09-1,30)
Câncer	1,2	0,8	1,2	0,61 (0,41-0,91)	0,75 (0,50-1,13)
Diabetes	10,8	8,3	11,4	0,70 (0,61-0,81)	0,78 (0,68-0,90)
Asma/bronquite	8,6	9,6	8,4	1,16 (1,00-1,32)	1,28 (1,11-1,47)
Hipertensão	45,6	44,6	45,9	0,95 (0,87-1,04)	1,02 (0,93-1,11)
Doença do coração	20,9	17,8	21,7	0,78 (0,69-0,89)	0,90 (0,80-1,02)
Doença renal crônica	6,9	8,3	6,6	1,28 (1,08-1,51)	1,24 (1,06-1,44)
Cirrose	0,3	0,3	0,3	1,08 (0,58-2,02)	0,98 (0,50-1,93)

SM = Salários mínimos da época (cada = R\$ 130,00); OR (IC 95%) = Odds ratio (Intervalo de confiança em nível de 95%).

¹ Ajustado pelo método de regressão logística múltipla por sexo, faixa etária, macrorregião de residência e respondente (o próprio entrevistado/outra pessoa). Odds ratios relativos à variável percepção da própria saúde não foram ajustados por respondente.

² Informação sobre percepção da saúde não considerada, uma vez que outra pessoa respondeu à pergunta.

³ Percentual dos que disseram sim (classe de referência: resposta negativa para a doença/condição correspondente).

nor renda domiciliar *per capita* entre idosos e pior condição de saúde, pior função física e menor uso de serviços de saúde. Os indivíduos estudados são representativos da população brasileira com ≥ 65 anos de idade (exceto zona rural da Região Norte), permitindo a generalização desses resultados para essa população.

Com relação aos indicadores da condição de saúde e função física, os idosos com menor renda domiciliar, em comparação aos demais, com mais frequência perceberam a sua saúde como pior, tiveram alguma das suas atividades cotidianas comprometida por problemas de saúde e estiveram acamados em tempos recentes. Além disso, eles se queixaram com mais frequência de dificuldades para realizar todas as

atividades indicadoras de função física. Por outro lado, entre as oito doenças/condições crônicas pesquisadas, somente três (artrite/reumatismo, asma/bronquite e doença renal crônica) foram relatadas com mais frequência entre idosos mais pobres. É interessante observar que resultados semelhantes foram observados em uma coorte de idosos no interior de Minas Gerais (Projeto Bambuí). Na linha de base desta coorte foram encontradas fortes e independentes associações entre pior nível sócio-econômico e pior percepção da saúde, sintomas depressivos, pior função física e comprometimento das atividades de rotina por problemas de saúde, mas não foram observadas associações entre nível sócio-econômico e doenças/

Tabela 3

Distribuição percentual de alguns indicadores de mobilidade física, segundo a renda domiciliar *per capita*, em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com > 65 anos de idade.

Indicadores de mobilidade física e autonomia	Total	Renda domiciliar <i>per capita</i>		OR (IC 95%)	OR ajustado ¹ (IC 95%)
		<0,67 SM	>0,67 SM		
Dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro					
Nenhuma	81,6	76,8	82,9	1,00	1,00
Pequena dificuldade	10,2	12,6	9,6	1,41 (1,20-1,66)	1,38 (1,18-1,60)
Grande dificuldade	5,5	7,5	5,0	1,61 (1,34-1,94)	1,61 (1,34-1,94)
Não consegue	2,6	3,2	2,5	1,36 (1,07-1,73)	1,45 (1,13-1,87)
Dificuldade para caminhar cerca de cem metros					
Nenhuma	70,1	66,2	71,0	1,00	1,00
Pequena dificuldade	14,1	14,8	14,0	1,14 (1,01-1,28)	1,19 (1,06-1,34)
Grande dificuldade	6,1	6,3	6,0	1,14 (0,96-1,36)	1,23 (1,03-1,47)
Não consegue	1,6	2,0	1,5	1,45 (1,09-1,94)	1,58 (1,17-2,13)
Sem informação	8,1	10,7	7,5	–	
Dificuldade para caminhar mais de um quilômetro					
Nenhuma	45,3	40,7	46,5	1,00	1,00
Pequena dificuldade	21,4	21,3	21,4	1,13 (1,01-1,27)	1,15 (1,03-1,29)
Grande dificuldade	17,4	19,4	16,9	1,31 (1,12-1,53)	1,33 (1,15-1,55)
Não consegue	7,7	8,0	7,6	1,21 (1,02-1,44)	1,31 (1,11-1,56)
Sem informação	8,2	10,7	7,5		
Dificuldade para subir ladeira ou escada					
Nenhuma	34,9	28,9	36,4	1,00	1,00
Pequena dificuldade	25,8	25,2	26,0	1,23 (1,09-1,38)	1,22 (1,08-1,37)
Grande dificuldade	23,7	25,4	23,2	1,38 (1,19-1,61)	1,37 (1,19-1,59)
Não consegue	7,4	9,8	6,8	1,81 (1,49-2,21)	1,64 (1,37-1,97)
Sem informação	8,2	10,7	7,5		
Dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se					
Nenhuma	39,6	35,2	40,7	1,00	1,00
Pequena dificuldade	26,1	27,2	25,9	1,22 (1,08-1,37)	1,19 (1,06-1,33)
Grande dificuldade	20,9	21,3	20,8	1,19 (1,04-1,37)	1,18 (1,03-1,35)
Não consegue	5,2	5,7	5,1	1,30 (1,08-1,56)	1,29 (1,07-1,54)
Sem informação	8,2	10,7	7,5		
Dificuldade para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados					
Nenhuma	25,4	22,5	26,2	1,00	1,00
Pequena dificuldade	22,4	19,6	23,1	0,99 (0,85-1,14)	0,98 (0,85-1,12)
Grande dificuldade	27,0	28,8	26,6	1,26 (1,07-1,49)	1,20 (1,05-1,38)
Não consegue	17,0	18,5	16,7	1,29 (1,06-1,56)	1,28 (1,09-1,50)
Sem informação	8,2	10,7	7,5		

SM = Salários mínimos da época (cada = R\$ 130,00); OR (IC 95%) = Odds ratio (Intervalo de confiança em nível de 95%).

¹ Ajustado pelo método de regressão logística por sexo, faixa etária, macrorregião de residência e respondente (o próprio entrevistado/outra pessoa).

Tabela 4

Distribuição percentual de alguns indicadores de uso de serviços de saúde e filiação a plano privado de saúde, segundo a renda domiciliar *per capita*, em uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com > 65 anos de idade.

Indicadores de uso de serviços de filiação a plano privado de saúde	Total	Renda domiciliar <i>per capita</i>		OR (IC 95%)	OR ajustado ¹ (IC 95%)
		<0,67 SM	>0,67 SM		
Procura por serviço de saúde nas duas últimas semanas					
Procurou e foi atendido	20,9	16,1	22,1	1,00	1,00
Procurou e não foi atendido	0,6	0,7	0,5	1,90 (1,18-3,06)	1,72 (1,06-2,81)
Não procurou	78,0	82,6	76,8	1,47 (1,33-1,64)	1,29 (1,16-1,43)
Sem informação	0,6	0,5	0,6		
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses					
0	26,7	35,3	24,5	1,00	1,00
1	13,7	14,8	13,4	0,77 (0,68-0,88)	0,81 (0,71-0,93)
2	14,0	13,3	14,2	0,64 (0,56-0,74)	0,69 (0,60-0,79)
3+	45,6	36,6	47,8	0,53 (0,48-0,59)	0,65 (0,59-0,73)
Última visita ao dentista (anos)					
< 1	10,9	4,7	12,4	1,00	1,00
1-2	8,2	4,0	9,2	1,16 (0,91-1,46)	1,14 (0,90-1,45)
3+	74,1	77,4	73,2	2,78 (2,24-3,44)	2,58 (2,10-3,17)
Nunca	6,9	13,8	5,2	7,01 (5,26-9,34)	5,20 (3,96-6,84)
Número de internações hospitalares nos últimos 12 meses					
0	85,2	85,3	85,1	1,00	1,00
1	9,9	9,4	10,1	0,93 (0,82-1,05)	0,95 (0,84-1,07)
2+	4,9	5,3	4,9	1,09 (0,87-1,35)	1,16 (0,94-1,44)
Filiação a plano privado de saúde					
Não	74,5	95,3	69,2	1,00	1,00
Sim	25,5	4,7	30,8	0,11 (0,09-0,14)	0,14 (0,11-0,17)

SM = Salários mínimos da época (cada = R\$ 130,00); OR (IC 95%) = *Odds ratio* (Intervalo de confiança em nível de 95%).

¹ Ajustado pelo método de regressão logística por sexo, faixa etária, macrorregião de residência e respondente (o próprio entrevistado/outra pessoa).

condições crônicas específicas, exceto doença de Chagas (Lima-Costa et al., submetido). A percepção da saúde, o comprometimento das atividades cotidianas por problemas de saúde, estar acamado e o nível funcional são indicadores mais proeminentes da qualidade de vida do que doenças específicas (Berkman & Gurland, 1998). Assim, os resultados do presente trabalho e daquele supracitado mostram que os idosos mais pobres têm pior qualidade de vida relacionada à saúde. Além disso, é importante salientar que a pior percepção da saúde tem sido consistentemente descrita como um importante preditor da menor sobrevivência entre

idosos (Helmer et al., 1999; Korten et al., 1999; Onawola & La Veist, 1998).

Existem evidências de que os idosos mais pobres têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mesmo quando a cobertura desses serviços é adequada (Gornick et al., 1996; Lima-Costa et al., 2002, submetido; Pinheiro & Travassos, 1999). Nossos resultados confirmam essas observações. Os idosos brasileiros mais pobres, quando comparados àqueles com maior renda domiciliar *per capita*, procuraram menos serviços médicos nas duas semanas anteriores ao estudo (e quando procuraram foram menos atendidos), consultaram médicos

Tabela 5

Distribuição porcentual do motivo principal que levou a procurar atendimento médico, local que procurou e avaliação do atendimento de saúde recebido, segundo a renda domiciliar *per capita* em uma amostra de 4.226 idosos representativos da população brasileira com > 65 anos de idade, que procurou por atendimento à saúde nas duas últimas semanas

Características	Total	Renda domiciliar <i>per capita</i>		OR (IC 95%)	OR ajustado ² (IC 95%)
		< 0,67 SM	> 0,67 SM		
Motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas					
Exames de rotina ou preventivos	42,4	33,9	44,0	1,00	1,00
Doença, tratamento ou reabilitação	51,7	61,6	49,9	1,60 (1,30-1,98)	1,52 (1,23-1,87)
Outro	5,9	4,5	6,1	0,96 (0,65-1,41)	0,90 (0,61-1,32)
Onde procurou primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas					
Consultório particular	23,7	4,4	27,3	1,00	1,00
Posto/Centro de Saúde	30,3	45,6	27,4	10,34 (6,80-15,73)	9,58 (6,35-14,45)
Ambulatório de hospitais	23,5	31,7	22,0	8,96 (5,85 – 13,74)	7,46 (4,88-11,41)
Ambulatório/consultório de clínicas	10,6	8,9	11,0	5,07 (3,13-8,21)	4,89 (3,05-7,85)
Pronto socorro/emergência	4,7	4,7	5,0	6,54 (3,65-11,70)	6,65 (3,68-12,03)
Outro	7,1	7,6	4,5	3,64 (2,09-6,32)	3,18 (1,81 – 5,57)
Avaliação do atendimento de saúde recebido nas últimas duas semanas¹					
Muito bom	26,2	19,0	27,5	1,00	1,00
Bom	60,1	64,1	59,4	1,56 (1,19-2,05)	1,46 (1,13-1,90)
Regular	11,7	14,5	11,2	1,87 (1,29-2,70)	1,80 (1,26-2,58)
Ruim/muito ruim	2,0	2,4	1,9	1,85 (0,91-3,75)	1,72 (0,87-3,43)

¹Baseado em 4.145 observações.

²Ajustado pelo método de regressão logística por sexo, faixa etária, macrorregião de residência e respondente (o próprio entrevistado/outra pessoa).

SM = Salários mínimos da época (cada = R\$ 130,00); OR (IC 95%) = Odds ratio (Intervalo de confiança em nível de 95%).

com menos freqüência, visitaram o dentista há mais tempo e, com maior freqüência, jamais tinham ido ao dentista. Além disso, eles procuraram menos atendimento relacionado à saúde para exames de rotina ou preventivos e fizeram uma pior avaliação do atendimento de saúde recebido.

As formas como a situação sócio-econômica afeta o acesso dos idosos aos serviços de saúde são pouco conhecidas. Resultados de um estudo antropológico realizado recentemente, como parte do Projeto Bambuí, permitem compreender melhor as relações entre acesso aos serviços de saúde e nível sócio-econômico da população idosa (Uchoa et al., 2002, s.d.). A análise sistemática das entrevistas realizadas com informantes-chave identificou distintos níveis de problemas no âmbito da saúde, quais sejam, o aparecimento de doenças crônicas, a utilização constante de medicamentos e um aumento progressivo da necessidade de utilizar serviços

médicos. Além disso, verificou-se que ao aumento da necessidade sobrepõe-se um importante aumento das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos. No discurso dos informantes, esses problemas foram articulados em torno da idéia central de que “saúde só se consegue se tiver dinheiro”. Muitos informantes referiram-se à necessidade de pagar pela consulta, fato que transforma o poder aquisitivo do usuário em fator determinante de acesso aos serviços de saúde. A forma de organização do atendimento médico foi também identificada como uma outra importante fonte de dificuldades para os idosos. A idade torna-se um importante obstáculo quando é preciso enfrentar longas filas durante muitas horas para conseguir fichas para consultas médicas nos postos de saúde. Vários informantes explicaram que “quem não consegue ficar na fila tem que pagar a alguém para pegar ficha”, evocando novamente a idéia de que “quem tem dinheiro tem

acesso aos serviços". Foi também ressaltado pelos informantes que, além das dificuldades para marcar uma consulta ou para ser atendido gratuitamente, o idoso freqüentemente precisa ser acompanhado e, algumas vezes, transportado até o local do atendimento. Após a consulta, os problemas prolongam-se por causa das dificuldades encontradas para obter o medicamento prescrito. Muitos informantes afirmaram que isso acontece porque *os "idosos tomam remédios demais"* e *"a aposentadoria é pequena"*; alguns deles acreditavam que os gastos com a saúde constituíam elementos determinantes de uma piora considerável na situação econômica desta população. Não se sabe, evidentemente, se esses problemas são os mesmos para os idosos residentes em outros locais, mas não existem razões para se supor que essas observações feitas na cidade de Bambuí sejam diferentes da realidade de outras comunidades neste país. Os resultados do presente trabalho mostram que a impossibilidade de obter vaga ou senha para a consulta médica foi o principal motivo pelo qual o idoso não foi atendido quando procurou atendimento de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa.

Com relação a aspectos metodológicos, é possível que a renda domiciliar *per capita* obtida com base nos dados da PNAD 1998 possa estar subestimada. Isso pode ser consequência (1) da imprecisão da informação, uma vez que esta foi obtida com base no relato do entrevistado, e (2) da consideração apenas da renda proveniente de aposentadoria, pensão e trabalho. A desconsideração de informações relativas a patrimônio e outros rendimentos (poupança, por exemplo) tende a minimizar as reais diferenças existentes entre os estratos mais pobres e mais ricos da população, já que subestima a renda destes últimos. A influência de possíveis erros na estimativa da renda domiciliar *per capita* tenderia a tornar nossas estimativas conservadoras, diluindo a força das associações encontradas.

Como já mencionado anteriormente, o ponto de corte utilizado para identificar os idosos mais pobres neste trabalho foi o quintil inferior da distribuição de renda domiciliar *per capita* (R\$ 86,67), que corresponde a 67% do salário mínimo da época. Esse valor é inferior ao considerado por Paes-de-Barros et al. (2001) como ponto de corte para a linha de pobreza na maioria das regiões brasileiras no ano de 1997. Esse viés de classificação possivelmente contribuiu para a redução das forças das associações no presente trabalho, na medida em que o grupo com melhor nível sócio-econômico incluiu idosos vivendo abaixo da linha de pobreza.

Um problema para a interpretação de resultados de estudos seccionais da população idosa é o viés de sobrevivência. É de se esperar que os indivíduos com pior nível sócio-econômico apresentem menor sobrevivência. Dados internacionais indicam que a expectativa de vida está forte e inversamente correlacionada ao coeficiente de Gini, que mede a desigualdade na distribuição de renda (Smith, 1996). Isso pode resultar em problemas de seleção, uma vez que os idosos sobreviventes tendem a sub-representar aqueles com menor renda. A análise da distribuição da população idosa brasileira é exemplar deste fenômeno: a percentagem de idosos cresce ao longo da distribuição de renda, ficando entre 2% e 4% na extremidade inferior da mesma e alcançando mais de 10% na extremidade superior (Paes-de-Barros et al., 1999). Os efeitos de seleção decorrentes das piores condições ao longo da vida (a mobilidade social é muito pequena em países como o Brasil) tendem a amenizar as diferenças existentes entre os sobreviventes, o que reforçaria a direção das associações observadas neste trabalho. Uma outra limitação dos estudos seccionais é a incapacidade de separar a causa do seu efeito (se a situação sócio-econômica levou a uma pior condição de saúde ou vice-versa). Entretanto, é muito importante salientar que estudos anteriores sobre o tema não têm mostrado evidências de causalidade reversa, ou seja, que a pior condição de saúde tenha levado a uma pior situação sócio-econômica (House et al., 1994; Lynch et al., 1997).

Uma outra fonte potencial de tendenciosidade em trabalhos utilizando dados da PNAD 1998 refere-se ao uso de outro respondente para a entrevista, visto que cerca de 36% das informações sobre os idosos foram fornecidas por outro morador do domicílio. Estudos de confiabilidade indicam uma boa concordância entre informações prestadas pelo próprio entrevistado, ou por um outro indivíduo próximo, no que se refere a inúmeros fatores objetivos, inclusive a presença e número de condições médicas (Armstrong et al., 1994). De qualquer forma, não há razão para se supor que o uso de outro respondente em grandes inquéritos domiciliares, como a PNAD, introduza importantes vieses nos resultados. Além disso, é importante ressaltar que, na PNAD 1998, a proporção de outros informantes não foi influenciada pelo nível sócio-econômico do idoso. Quanto aos resultados do presente trabalho, cabe também salientar que a condição de respondente foi considerado *a priori* uma variável de confusão, sendo utilizada para ajustamentos nos modelos logísticos. Caso alguma tendenciosidade

ainda tenha persistido, é mais provável que ela tenha sido diferencial, diluindo as forças das associações encontradas.

Um outro aspecto que merece ser destacado é que a prevalência dos indicadores de função física (exceto alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro) pode estar subestimada na PNAD 1998 em virtude de problemas metodológicos. Aparentemente, aqueles com grande dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro foram excluídos do cômputo das demais atividades (constituindo o estrato sem informação), levando a uma subestimativa destas (Lima-Costa et al., 2003). Os resultados do presente trabalho apontam na mesma direção: os percentuais de casos sem informação para cinco dos seis indicadores de função física correspondem à soma dos percentuais dos indivíduos que relatavam ter grande dificuldade/não conseguir alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro, sendo essa observação consistente em ambos os estratos sócio-econômicos. Os casos sem informação foram significativamente mais altos entre aqueles com menor renda familiar, sugerindo que as associações encontradas entre renda familiar e função física (com a exceção acima mencionada) estão subestimadas neste trabalho.

É interessante observar que a análise dos dados da PNAD 1998 mostra que existem neste país 35% menos idosos recebendo benefício previdenciário entre os mais pobres do que entre os demais (OR = 0,65; IC 95%: 0,59-0,71). Considerando-se a renda proveniente de qualquer fonte, inclusive do trabalho, essa proporção cai para 23% (OR = 0,77; IC 95%: 0,68-0,86). A renda do idoso contribui de forma importante para a redução da pobreza neste país, já que parcela importante da população depende dessa renda (Camarano & Pasinato, 2002; Paes-de-Barros et al., 1999). O maior percentual de idosos sem renda própria entre os mais pobres su-

gere desigualdades na cobertura previdenciária no Brasil, com um impacto potencial importante, inclusive sobre a saúde, uma vez que torna o idoso mais dependente da família e da comunidade.

Em resumo, os resultados do presente trabalho não confirmam observações anteriores da ausência de associação entre o nível sócio-econômico dos idosos e a condição de saúde. Pelo contrário, os resultados mostraram que, no Brasil, mesmo pequenas diferenças na renda mensal domiciliar *per capita* (< 0,67 vs. ≥ 0,67 salários mínimos) são suficientemente sensíveis para identificar idosos com piores condições de saúde, menor mobilidade física e menor uso de serviços de saúde. Também é importante salientar que a relação entre pior nível sócio-econômico e saúde é mais visível em relação ao uso desses serviços e indicadores gerais da condição de saúde, que são importantes expressões da qualidade de vida relacionada à saúde, do que em relação a doenças/condições crônicas específicas. É possível que as associações existentes sejam ainda mais fortes, uma vez que foram identificadas diversas fontes de vieses que podem ter reduzido a magnitude das associações encontradas. As desigualdades sociais associadas ao uso e avaliação dos serviços de saúde pelos idosos indica que a equidade, um dos princípios constitucionais do Sistema de Saúde Brasileiro, ainda não foi alcançada. Esforços neste sentido devem ser priorizados na Política Nacional de Saúde do Idoso. Ademais, os resultados deste trabalho reforçam a idéia de que políticas para garantir a renda mínima dos idosos, além de contribuir para reduzir a pobreza geral do país (Camarano & Pasinato, 2002), podem melhorar o acesso dos mesmos à atenção médica e ao tratamento, contribuindo para reduzir as desigualdades em saúde observadas no presente trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos ao Dr. Francisco Viacava, por gentilmente nos repassar o algoritmo fornecido pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para corrigir o efeito do delineamento amostral da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD 1998), e ao Dr. Henrique L Guerra, pela valiosa ajuda para a incorporação desta informação ao banco de dados. M. F. Lima-Costa, S. Barreto e E. Uchôa possuem bolsas de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Este trabalho foi financiado pelo Centro Nacional de Epidemiologia, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e Banco Mundial.

Referências

- ARMSTRONG, B. K.; WHITE, E. & SARACCI, R., 1994. *Principles of Exposure Measurement in Epidemiology*. Monographs on Epidemiology and Biostatistics, v. 21. Oxford: Oxford University Press.
- BECKETT, M., 2000. Converging health inequalities in later-life: An artifact of mortality selection. *Journal of Health and Social Behaviour*, 41:106-119.
- BERKMAN, C. S. & GURLAND, B. J., 1998. The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging and Health*, 10:81-98.
- BERKMAN, L. F. & KAWACHI, I., 2000. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- BERQUÓ, E., 1999. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: *Velhice e Sociedade* (A. L. Neri & G. G. Debert, org.), pp. 11-40, São Paulo: Papirus Editora.
- CAMARANO, A. A. & PASINATO, M. A., 2002. *Envelhecimento, Condições de Vida e Política Previdenciária: Como Ficam as Mulheres?* Texto para Discussão 883. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- CARINLEY, J. & ARNOLD, R., 1996. Social class, health and aging: Socioeconomic determinants of self-reported morbidity among noninstitutionalized elderly in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 87:199-203.
- COHEN, R. A.; BLOOM, B.; SIMPSON, G. & PEARSONS, E., 1997. Access to health care. Part 3: Older adults. *Vital and Health Statistics. Series 10. Data from the National Health Survey*, 198:1-32.
- DUARTE, E. C.; SCHNEIDER, M. C.; PAES-SOUSA, R.; RAMALHO, W. M.; SARDINHA, L. M. V.; SILVA JR., J. B. & CASTILLO-SALGADO, C., 2002. *Epidemiologia das Desigualdades em Saúde no Brasil: Um Estudo Exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- ELO, I. T. & PRESTON, S. H., 1996. Educational differentials in mortality: United States, 1979-85. *Social Science and Medicine*, 42:47-57.
- FELDMAN, J. B.; MARKUC, D. M.; KLEINMAN, J. C. & CORONI-HUNTLEY, J., 1989 National trends in educational differentials in mortality. *American Journal of Epidemiology*, 129:919-933.
- GORDILHO, A.; SÉRGIO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; EPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERRAS, R. & KARSCH, U., 2000. *Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idosos*. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- GORNICK, M. E.; EGGERS, P. W.; REILLY, T. W.; MENTNECH, R. M.; FITTERMAN, L. K.; KUCKEN, L. E. & VLADDECK, B. C., 1996. Effects of race and income on mortality and use of services among medicare beneficiaries. *New England Journal of Medicine*, 335:791-799.
- HELMER, C.; BARBERGER-GATEON, P.; LETENNEUR, L. & DARTIGUES, J. F., 1999. Subjective health and mortality in French elderly women and men. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 54:S84-92.
- HOSMER, D. W. & LEMENSHAW, S., 1989. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley and Sons.
- HOUSE, J. S.; KESSLER, R. C.; HERZOG, A.; MERO, R. P.; KINNEY, A. M. & BRESLOW, M. J., 1990. Age, socioeconomic status and health. *Milbank Quarterly*, 68:383-411.
- HOUSE, J. S.; LEPKOWSKI, J. M.; KINNEY, A. M.; MERO, R. P.; KESSLER, R. C. & HERZOG, A. R., 1994. The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 35:213-234.
- HURD, M. D. & MCGARRY, K., 1997. Medical insurance and the use of health care services by the elderly. *Journal of Health Economics*, 16:129-154.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1992. *Censo Demográfico, 1991*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1998. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98)*. Rio de Janeiro: IBGE.

- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002 *Censo Demográfico, 2000*. Rio de Janeiro: IBGE.
- JEFFERYS, M., 1996. Editorial: Social inequalities in health – Do they diminish with age? *American Journal of Public Health*, 86:474-475.
- KAPLAN, G. A.; SEEMAN, T. E.; COHEN, R. D.; KNUDSEN, L. P. & GURALNIK, J., 1987. Mortality among the elderly in the Alameda County Study: Behavioural and demographic risk factors. *American Journal of Public Health*, 77:307-312.
- KORTEN, A. E., JORM, A. F.; JIAO, Z.; LETENNEUR, L.; JACOMB, P. A.; HENDERSON, A. S.; CHRISTENSEN, H. & RODGERS, B., 1999. Health, cognitive, and psychosocial factors as predictors of mortality in an elderly community sample. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:83-88.
- LIAO, Y.; MCGEE, D. L.; KAUFMAN, J. S.; CAO, G. & COOPER, R. S., 1999. Socioeconomic status and morbidity in the last years of life. *American Journal of Public Health*, 89:569-572.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. & GIATTI, L., 2003. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: Um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD 1998). *Cadernos de Saúde Pública*, 19:735-743.
- LIMA-COSTA, M. F.; GUERRA, H. L.; FIRMO, J. A. O.; VIDIGAL, P. G.; UCHOA, E. & BARRETO, S. M., 2002. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): Private health plan and medical care utilization by older adults. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 177-186.
- LIMA-COSTA, M. F. E.; UCHOA, E.; BARRETO, S. M.; FIRMO, J. O. A. & THE BHAS GROUP, submetido. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: The Bambuí Health And Ageing Study (BHAS). *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- LYNCH, J. W.; KAPLAN, G. A. & SHEMA, S. J., 1997. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. *New England Journal of Medicine*, 337:1889-1895.
- MADDOX, G. L. & CLARK, D. O., 1992. Trajectories of functional impairment in later life. *Journal of Health and Social Behaviour*, 33:114-125.
- MARMOT, M. & WILKINSON, R. G., 1999. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B. & VIANNA, S. M., 2001. *Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil: Uma Proposta de Monitoramento*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- ONAWOLA, R. S. & LA VEIST, T. A., 1998. Subjective health status as a determinant of mortality among African-American elders. *Journal of the National Medical Association*, 90:754-758.
- PAES-DE-BARROS, R.; HENRIQUES, R. & MENDONÇA, R., 2001. *A Estabilidade Inaceitável: Desigualdade e Pobreza no Brasil*. Texto para Discussão 800. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- PAES-DE-BARROS, R.; MENDONÇA, R. & SANTOS, D., 1999. *Incidência e Natureza da Pobreza entre Idosos no Brasil*. Texto para Discussão 686. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- PARKER, M. G.; AHACIC, K.; THORSLUND, M. & LUNDBERG, O., 1999. Socioeconomic status and health among elderly people in Sweden. *Annals of the New York Academy of Science*, 896:383-385.
- PESSOA, D. G. C.; SILVA, P. L. N. & DUARTE, R. P. N., 1997. Análise estatística de dados de pesquisas por amostragem: Problemas no uso de pacotes-padrão. *Revista Brasileira de Estatística*, 58:53-75.
- PINHEIRO, R. S. & TRAVASSOS, C., 1999. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 15:487-496.
- ROBERT, S. & HOUSE, J. S., 1996. SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. *Journal of Aging Health*, 8:359-388.
- ROSS, C. E. & WU, C. L., 1996. Education, age, and the cumulative advantage in health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 37:104-120.
- SANTARIANO, W. A., 1986. Race, socioeconomic status, and health: A study of age differences in a depressed area. *American Journal of Preventive Medicine*, 2:1-5.
- SMITH, G. D., 1996. Unequal in death. Commentary: Understanding it all – Health, meta-theories, and mortality trends. *BMJ*, 313:1584-1585.
- SORLIE, P. D.; BACKLUND, E. & KELLER, J. B., 1995. US mortality by economic, demographic, and social characteristics: The National Longitudinal Mortality Study. *American Journal of Public Health*, 85:903-905.
- TURNER, R. J. & MARINO, F., 1994. Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behaviour*, 35:193-212.
- UCHOA, E.; BARRETO, S. M.; FIRMO, J. O. A. & LIMA-COSTA, M. F. A., s.d. Qualitative analysis on access to health services and medications among older adults in a small Brazilian community: The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). [Manuscripto em preparação].
- UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A. & LIMA-COSTA, M. F., 2002. Envelhecimento e saúde: Experiência e construção cultural. In: *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* (M. C. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr., org.), pp. 25-35, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- VERAS, R. P., 1994. *País Jovem com Cabelos Brancos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- WB (World Bank), 1999. *World Development Report 1998/99*. Washington, DC: WB.

Recebido em 18 de abril de 2002

Versão final reapresentada em 28 de agosto de 2002

Aprovado em 9 de outubro de 2002