



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Desigualdade socioeconómica na morbilidade da população
com 60 e mais anos em Portugal: estudo com base no Inquérito
Nacional de Saúde 2019**

Curso de Mestrado em Saúde Pública

Catarina Correia Rodrigues Sobrinho

Novembro 2022



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Desigualdade socioeconómica na morbilidade da população com 60 e mais anos em Portugal: estudo com base no Inquérito Nacional de Saúde 2019

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor João Pereira.

Novembro 2022

Agradecimentos

Várias foram as pessoas importantes para a realização deste trabalho, às quais muito agradeço todo o apoio.

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus Pais, Irmãos, Avós e restante família pela motivação e carinho constantes durante este processo.

Ao Professor João, pela sua preciosa ajuda e conhecimento, sem o qual a realização deste trabalho não seria possível. Pela sua paciência, tranquilidade e motivação, tão necessárias durante este período.

Aos meus amigos, companheiros de vida e, muitas vezes, companheiros de estudo, obrigada pela atenção, amor, carinho e força.

Um agradecimento especial à minha amiga Joana, companheira incansável nesta dura tarefa de realizar esta dissertação, que me ensinou e apoiou na realização de muitas das tarefas necessárias e que tornou a realização deste trabalho mais simples e clara com a sua presença.

Por fim, e como forma de englobar todos os que na minha vida têm um lugar especial, a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que tudo isto fosse possível: professores, família, amigos, novos amigos, colegas, e tantos outros, muito obrigada.

Resumo

Introdução: A desigualdade em saúde é um importante problema de Saúde Pública. Em Portugal, e noutros países, existe evidência de que a doença está concentrada entre as pessoas com uma condição socioeconómica mais vulnerável. O objetivo deste estudo foi medir a dimensão da desigualdade socioeconómica na morbilidade e outros indicadores de saúde da população com 60 e mais anos residente em Portugal.

Métodos: Este estudo utilizou os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2019 e a amostra incluiu as pessoas com 60 e mais anos (n=6762). A variável de caracterização socioeconómica foi o rendimento familiar e as variáveis de saúde analisadas foram agrupadas em três tipos, correspondendo à classificação de Blaxter, que distinguiu variáveis de morbilidade usadas em inquéritos de saúde de acordo com modelos de doença: subjetivo, médico e socio funcional. A desigualdade socioeconómica foi medida através de curvas e índices de concentração e foram calculados intervalos de confiança a 95% para cada índice.

Resultados: Foi encontrada desigualdade socioeconómica, concentrada entre os mais pobres, para maioria das variáveis de saúde. Nas variáveis enquadradas no modelo subjetivo, a desigualdade foi mais acentuada na autoavaliação dos estados de saúde geral e oral. Em relação às variáveis correspondentes ao modelo médico de doença, a desigualdade entre os mais pobres foi evidente em doenças como: incontinência urinária, depressão e doença coronária. As variáveis correspondentes ao modelo socio funcional da doença foram aquelas em que a desigualdade foi mais acentuada, nomeadamente nas atividades da vida diária, como caminhar, subir/descer degraus, memória/concentração, morder/mastigar, deitar/levantar, vestir/despir, utilizar a sanita e tomar banho/duche e na dificuldade visual.

Conclusão: O rendimento familiar esteve sistematicamente associado aos níveis de saúde da população portuguesa com 60 e mais anos, verificando-se uma concentração, entre os mais pobres, de baixa autoavaliação do estado de saúde, de disfunções fisiológicas e mentais e de limitações na capacidade funcional. O estudo das desigualdades socioeconómicas em saúde para as pessoas com 60 e mais anos deve ser aprofundado, através de investigação específica sobre o tema, em particular com vista ao delineamento de estratégias e políticas para mitigação das mesmas.

Palavras-chave: Desigualdade socioeconómica; Determinantes sociais da saúde; Rendimento; Envelhecimento; Portugal; Curva de concentração; Índice de concentração

Abstract

Introduction: Health inequality is an important Public Health problem. In Portugal and other countries, there is evidence that disease is concentrated among people of a more vulnerable socioeconomic status. The aim of this study was to measure the extent of socioeconomic inequality in morbidity and other health indicators in the population aged 60 and over living in Portugal.

Methods: This study used data from the 2019 National Health Survey and the sample included people aged 60 and over (n=6762). The socioeconomic characterisation variable used was family income and the health variables analysed were grouped into three types, corresponding to Blaxter's classification, which distinguishes morbidity variables used in health surveys according to disease models: subjective, medical, and socio-interactional or functional. Socioeconomic inequality was measured using concentration curves and indexes, and 95% confidence intervals were calculated for each index.

Results: For most health variables was found socioeconomic health inequality, concentrated among the poorest. In the variables framed within the subjective model, inequality was more pronounced in the self-assessment of general and oral health status. Regarding the variables corresponding to the medical model of disease, inequality among the poorest was evident in diseases such as: urinary incontinence, depression, and coronary heart disease. The variables corresponding to the socio-interactional or functional model of disease were those in which inequality was more pronounced, namely in activities of daily living, such as walking, going up/down steps, memory/concentration, biting/chewing, lying down/standing up, dressing/undressing, using the toilet and taking a bath/shower, and in visual impairment.

Conclusion: Family income was systematically associated with the health levels of the Portuguese population aged 60 and over, with a concentration of poor self-rated health, physiological and mental disorders, and limitations in functional capacity among the poorest. The research on socioeconomic inequalities in health for people aged 60 and over should be deepened through specific research on the subject, particularly with a focus on designing strategies and policies to mitigate them.

Keywords: Socioeconomic inequality; Social determinants of health; Income; Ageing; Portugal; Concentration curve; Concentration index

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	III
Abstract	V
Lista de Abreviaturas	XIII
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	5
2.1. Equidade em Saúde	5
2.2. Determinantes sociais da saúde	8
2.3. Determinantes sociais da saúde, envelhecimento e desigualdade socioeconómica	12
3. Métodos.....	15
3.1. Abordagem Empírica: Curvas e Índices de Concentração	15
3.2. Dados	18
3.2.1. Desenho de estudo.....	18
3.2.2. Instrumento de recolha de dados.....	18
3.2.3. População, amostra e casos.....	19
4. Resultados.....	25
4.1. Caracterização sociodemográfica e socioeconómica.....	25
4.2. Caracterização do estado de saúde.....	27
4.3. Desigualdades: Curvas e índices de concentração.....	30
4.4. Desigualdades: Intervalos de confiança dos índices de concentração	35
5. Discussão	39
5.1. Comparação com outros estudos	41
5.2. Limitações	45
5.3. Recomendações.....	47

6. Conclusão.....	49
7. Referências Bibliográficas	51

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Variáveis de caracterização sociodemográfica e socioeconómica da amostra	20
Tabela 2 - Variáveis de caracterização da saúde da amostra.....	21
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e socioeconómica da amostra	25
Tabela 4 - Caracterização do estado de saúde da amostra.....	27
Tabela 5 - Índices de concentração e Intervalos de confiança a 95% das variáveis de saúde em função do rendimento.....	30

Índice de Figuras

Figura 1 - Determinantes Sociais da Saúde – modelo de Dahlgren e Whitehead.....	8
Figura 2 - Exemplos de curvas de concentração.....	16
Figura 3 - Curva de concentração da autoavaliação do estado de saúde geral como “doente”	32
Figura 4 - Curva de concentração da prevalência de incontinência urinária	33
Figura 5 - Curva de concentração da prevalência de alergias	33
Figura 6 - Curva de concentração da “muita dificuldade ou incapacidade” em deitar/levantar	34
Figura 7 - Curva de concentração da ocorrência de acidentes domésticos	35
Figura 8 - Intervalos de confiança a 95% das variáveis do modelo subjetivo	36
Figura 9 - Intervalos de confiança a 95% das variáveis do modelo médico	37
Figura 10 - Intervalos de confiança a 95% das variáveis do modelo socio funcional ..	38

Lista de Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Intervalo de Confiança

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

1. Introdução

A redução das desigualdades em saúde observadas entre países e entre pessoas de diferentes classes socioeconómicas é uma preocupação dos vários países. Este é um tópico integrado em alguns documentos orientadores das políticas de saúde ao nível internacional, como é o caso do documento *Health 2020*, elaborado pela OMS. Um dos seus objetivos estratégicos consiste em *“melhorar a saúde para todos e reduzir as desigualdades em saúde”*, atuando ao nível dos determinantes sociais da saúde e adotando estratégias a vários níveis, que passam pela cooperação, coesão, inclusão social e outras.¹ Este documento objetiva a redução das desigualdades em saúde através de uma melhor liderança e governança na saúde e sugere que se definam metas para a redução das desigualdades em saúde como forma de potenciar as ações e de avaliar os progressos realizados.

A redução das desigualdades em saúde também está presente nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030. Estes objetivos foram criados com base num conceito de justiça social e referem que a redução das desigualdades socioeconómicas em saúde está dependente da atuação nos determinantes sociais da saúde.² Os ODS, ao proporem um conjunto de metas para a melhoria de vários determinantes, estão também a contribuir para a redução destas mesmas desigualdades.

A equidade em saúde relaciona-se com a distribuição justa de um parâmetro de saúde pela população.³ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), alcança-se uma situação de equidade em saúde *“quando todos podem atingir o seu pleno potencial para a saúde e bem-estar”*.⁴

Do ponto de vista da Saúde Pública, a equidade é um tema basilar, uma vez que, quando está comprometida, diminui a oportunidade de os indivíduos serem saudáveis, prejudicando aqueles que têm uma condição socioeconómica mais desfavorável e que, consequentemente, têm maiores necessidades em saúde.⁵

Em Portugal, de acordo com o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, cabe ao Estado garantir a equidade em saúde, através de várias medidas que permitam que todos tenham acesso a cuidados de saúde tendencialmente gratuitos e outras medidas no âmbito da promoção da saúde, independentemente da sua condição

socioeconómica. Este direito está também explícito na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).⁶

A equidade em saúde ganhou maior importância ao longo do tempo e passou a ser um dos objetivos do sistema e políticas de saúde em Portugal, nomeadamente no que respeita ao acesso aos cuidados. A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, permitiu que os cuidados de saúde estivessem acessíveis a todos. A equidade passou também a integrar o planeamento estratégico em saúde, fazendo parte dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010⁷ e restantes, 2012-2016⁸, com revisão e extensão para 2020⁹ e PNS 2021-2030.¹⁰

Todos estes documentos abordam a questão da equidade no acesso aos cuidados, no entanto, apesar deste parâmetro ser um elemento que condiciona a saúde dos indivíduos, é apenas um dos vários fatores que influenciam este estado. Determinantes como o rendimento, a educação, o emprego e a habitação influenciam a saúde e conduzem à existência de um gradiente a este nível, isto é, maiores níveis de rendimento, escolaridade e restantes determinantes estão associados a resultados em saúde mais favoráveis, e vice-versa. De acordo com Pereira e Furtado, são estes determinantes sociais da saúde que dão origem a desigualdades sistemáticas na saúde.¹¹

Embora existam desigualdades sistemáticas em saúde associadas ao nível socioeconómico em todas as faixas etárias, o presente estudo aborda aquelas que se verificam na população mais velha, de 60 e mais anos. Segundo Pereira, a desigualdade em saúde é, geralmente, menos acentuada nos mais idosos do que nos adultos e jovens. Este fenómeno pode ser explicado, possivelmente, pelo efeito da seleção natural quer na saúde quer no rendimento, que atenua as desigualdades com o tempo.¹²

Com o decorrer do processo de envelhecimento é expectável que a saúde se deteriore e que comecem a surgir mais problemas, assim como o acentuar da sua severidade e complexidade.¹³ É uma faixa etária em que a saúde começa a ser uma preocupação para os próprios e para os que os rodeiam, e se verificam alterações e um declínio a vários níveis: maior morbilidade, menor capacidade funcional e cognitiva, aparecimento de síndromes geriátricas, mais quedas, e outros.¹⁴ Este assunto tem relevância em termos de investigação, não só pela pouca quantidade de estudos que existem cujo foco seja a população mais velha, mas também pela necessidade do país em estudar esta população face à sua realidade demográfica.

O reconhecimento de quais os determinantes com maior influência nas trajetórias de saúde das pessoas desta faixa etária e da maneira como estes determinantes afetam a saúde e o processo de envelhecimento permite a construção de intervenções para a melhoria do bem-estar desta população.¹⁵

O objetivo geral da realização deste estudo foi medir a dimensão da desigualdade socioeconómica na morbilidade e outros indicadores de saúde da população com 60 e mais anos residente em Portugal.

Os objetivos específicos do estudo consistem em medir a dimensão da desigualdade socioeconómica com diferentes indicadores de saúde da população mencionada, agrupados de acordo com diferentes visões ou modelos de saúde, recorrendo para tal ao Inquérito Nacional de Saúde de 2019 (INS 2019).

A parte inicial do trabalho é composta por uma revisão de aspetos conceptuais, sendo primeiro apresentadas algumas definições sobre equidade em saúde, bem como a evolução do estudo deste objetivo em termos históricos. De seguida, abordam-se os determinantes sociais da saúde e a sua influência em termos de desigualdades socioeconómicas, salientando-se a importância da distribuição dos resultados em saúde de acordo com o nível socioeconómico das famílias. No capítulo dos métodos apresenta-se, inicialmente, em termos conceptuais, a abordagem a utilizar, designadamente as curvas e índices de concentração utilizados para o cálculo da desigualdade. Neste capítulo é também descrito todo o processo de elaboração do trabalho empírico, nomeadamente, a base de dados do INS 2019 e as variáveis utilizadas a partir deste instrumento. Posteriormente, é feita a apresentação dos resultados (capítulo 4), seguida da sua discussão (capítulo 5), que inclui também as limitações do estudo e recomendações práticas e teóricas. Por fim, apresentam-se algumas conclusões sobre o trabalho (capítulo 6).

2. Enquadramento Teórico

2.1. Equidade em Saúde

A equidade em saúde relaciona-se com a distribuição justa de um parâmetro de saúde pela população, embora, do ponto de vista conceptual, tenha diferentes interpretações.³

Braveman e Gruskin referem-se à equidade em saúde como a situação em que, perante a existência de um gradiente social ou económico entre diferentes grupos, não existem disparidades sistemáticas na sua saúde.⁵ Posto isto, a iniquidade ocorre quando as diferenças observadas na saúde são injustas, desnecessárias e evitáveis, refletindo uma distribuição desadequada dos recursos.^{5,16}

Ao abordar esta questão importa realçar que os conceitos de desigualdade e iniquidade são distintos para a maior parte dos autores.^{3,16} Os dois diferem pela conotação moral das diferenças observadas. As desigualdades em saúde correspondem a diferenças entre indivíduos ou grupos que não são consideradas injustas ou evitáveis, como é o caso das discrepâncias entre o estado de saúde dos jovens e dos idosos. Já as iniquidades em saúde dizem respeito a diferenças na saúde que têm uma conotação moral negativa, como as relacionadas com a raça/etnia, nacionalidade, rendimento e outras, que poderiam ser evitadas.¹⁶

Apesar dos dois termos serem distintos, a iniquidade em saúde representa uma situação de desigualdade em saúde. Os termos desigualdade em saúde e iniquidade em saúde surgem como sinónimos quando ambos representam diferenças sistemáticas associadas ao nível socioeconómico das pessoas, o que torna essas diferenças evitáveis e injustas.⁵

A equidade em saúde pode ser avaliada em diferentes espaços, podendo ser analisada em termos de acesso, utilização, níveis de saúde e este aspeto influencia a nomenclatura utilizada. O termo iniquidade em saúde é frequentemente utilizado em questões relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde. Para questões relacionadas com o estado de saúde, é mais comum utilizar-se o termo desigualdades socioeconómicas para descrever a existência de diferenças sistemáticas associadas ao nível socioeconómico.^{17,18}

A equidade em saúde é um conceito cuja origem remonta ao início do século XIX, em paralelo com o desenvolvimento da Saúde Pública. Historicamente, o desenvolvimento deste conceito passou por três períodos.¹⁹

Numa fase inicial, entre 1800 e 1965, foi notória a associação entre más condições de vida e recursos sanitários deficitários e uma elevada mortalidade e incidência de doenças nas populações mais pobres.¹⁹ Destacam-se deste período nomes como Chadwick²⁰ e Durkheim²¹. A criação da OMS, em 1946, foi um marco relevante para o desenvolvimento e crescente importância deste conceito, assim como a Carta dos Direitos Humanos, em 1948. Estes dois momentos enfatizaram o direito à não discriminação e o respeito por todos os outros direitos fundamentais, independentemente das características individuais, como a raça, etnia, estatuto socioeconómico e outros.^{19,22}

De seguida, entre 1966 e 1990 assistiu-se a um desenvolvimento teórico e aumento da investigação sobre o tema. A partir da década de 1970 este tema tornou-se central para a OMS²³ e, a partir da década de 90, passou a ser uma prioridade para os decisores políticos e organizações.¹⁹ Tem particular destaque neste período a publicação do Black Report no Reino Unido, um documento que estimulou copiosamente a investigação sobre equidade e desigualdade em saúde.²⁴

Entre 1991 e 2018 assistiu-se ao desenvolvimento do conceito, com o aparecimento de vários estudos na área da epidemiologia social e outras, cujo objetivo era estudar a relação entre saúde e as diferentes classes sociais. Também neste período foram melhorados os métodos para o estudo da equidade em saúde.¹⁹ Destacam-se alguns estudos pioneiros como o de Wagstaff, van Doorslaer e Paci, em 1991, sobre as formas de medição da iniquidade em saúde¹⁷ e de van Doorslaer, Wagstaff e Rutten, em 1993, que abordou a questão da equidade no financiamento e na prestação de cuidados de saúde em dez países.¹⁸ Estes trabalhos recorreram a metodologia económica para analisar a questão da equidade e desigualdade. Em Portugal, nesta linha de investigação, destaca-se o trabalho de Pereira, em 1995, que realizou um estudo acerca da equidade em saúde em Portugal e retratou a realidade do país na distribuição da saúde e dos cuidados de saúde.¹²

Neste período alguns autores evidenciaram também a relação entre determinantes sociais da saúde e a equidade em saúde, colocando estes determinantes como elementos chave para o alcance de equidade em saúde, tendo, por vezes, mais influência sobre a saúde do que o acesso a cuidados de saúde.^{19,22}

A equidade em saúde é um tema fulcral em Saúde Pública, pois a sua existência vai potenciar ou dificultar a possibilidade de os indivíduos serem saudáveis e atingirem o seu potencial máximo de saúde. De acordo com Marmot, o alcance desse potencial

máximo de saúde só é possível quando estiverem ao alcance de todas as condições necessárias para o fazer e para viverem com dignidade²⁵, pois perante uma situação de desigualdade, aqueles que têm uma condição socioeconómica mais desfavorável são mais prejudicados e são aqueles que, conseqüentemente, têm maiores necessidades em saúde.⁵

A equidade é uma prioridade na agenda internacional, como é caso dos ODS a atingir até 2030, cuja máxima *“leave no one behind”* tem na sua génese este conceito de justiça social. A redução das desigualdades socioeconómicas em saúde está dependente da atuação ao nível dos determinantes sociais da saúde, como enunciado no capítulo seguinte. Os ODS contribuem para a existência de equidade em saúde ao proporem metas para melhoria destes determinantes (habitação, pobreza, trabalho, educação e outros).²

Em Portugal, à semelhança de outros países, a equidade em saúde é abordada principalmente do ponto de vista de equidade no acesso aos cuidados de saúde e está incluída na legislação, no planeamento estratégico em saúde e nos objetivos do sistema de saúde.

O PNS, documento de referência no que respeita ao planeamento e orientações estratégicas na área da saúde, contempla desde a sua primeira edição (2004-2010)⁷ este conceito. No PNS 2012-2016⁸ foram pensadas medidas para melhoria do acesso a cuidados de saúde e a revisão e extensão para 2020 contempla a importância de se atuar ao nível dos determinantes sociais da saúde.⁹ Mais recentemente foi pensado o PNS 2021-2030, com um horizonte temporal maior que os anteriores e com uma forte relação com a sustentabilidade tendo, novamente, a equidade como eixo estratégico e focando-se no valor social da saúde e na saúde como um meio para atingir os ODS.¹⁰

Ainda assim, apesar da equidade ser um pilar do sistema de saúde e estar contemplado no planeamento estratégico, Portugal é um país onde as desigualdades socioeconómicas em saúde estão presentes e importa compreender quais os determinantes da sua existência e que medidas adotar para combater estas diferenças.^{26,27}

As desigualdades em saúde para a população portuguesa têm sido evidenciadas em vários estudos ao longo dos anos e verifica-se que piores níveis de saúde estão sistematicamente associados a um estatuto socioeconómico mais desfavorável. Alguns estudos retratam as desigualdades em saúde em Portugal de acordo com vários determinantes socioeconómicos, como a educação, o estatuto socioeconómico e

fatores demográficos.²⁶ Entre os vários determinantes com influência na saúde, Campos-Matos, Russo e Perelman destacam, em Portugal, a educação e o género. Outros estudos enfatizam as desigualdades socioeconómicas no estado de saúde, associando piores indicadores de saúde às pessoas com um estatuto socioeconómico mais vulnerável. Nestes estudos verificou-se que doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes e hipertensão estão mais concentradas entre as pessoas com um estatuto socioeconómico mais vulnerável.²⁸⁻³⁰

2.2. Determinantes sociais da saúde

Os Determinantes Sociais da Saúde são, de acordo com a OMS, fatores de origem social e económica, que influenciam a saúde dos indivíduos ao longo da sua vida. Dentro destes incluem-se as condições a que as pessoas estão expostas desde o seu nascimento até à sua morte, que irão condicionar todas as etapas da sua vida, podendo proteger ou colocar em risco a sua saúde. A educação, o trabalho, o rendimento, o acesso a serviços de saúde e a proteção social são exemplos de determinantes sociais da saúde.³¹

Dahlgren e Whitehead, em 1991, criaram um diagrama que ilustra os principais Determinantes Sociais da Saúde (Figura 1).³²

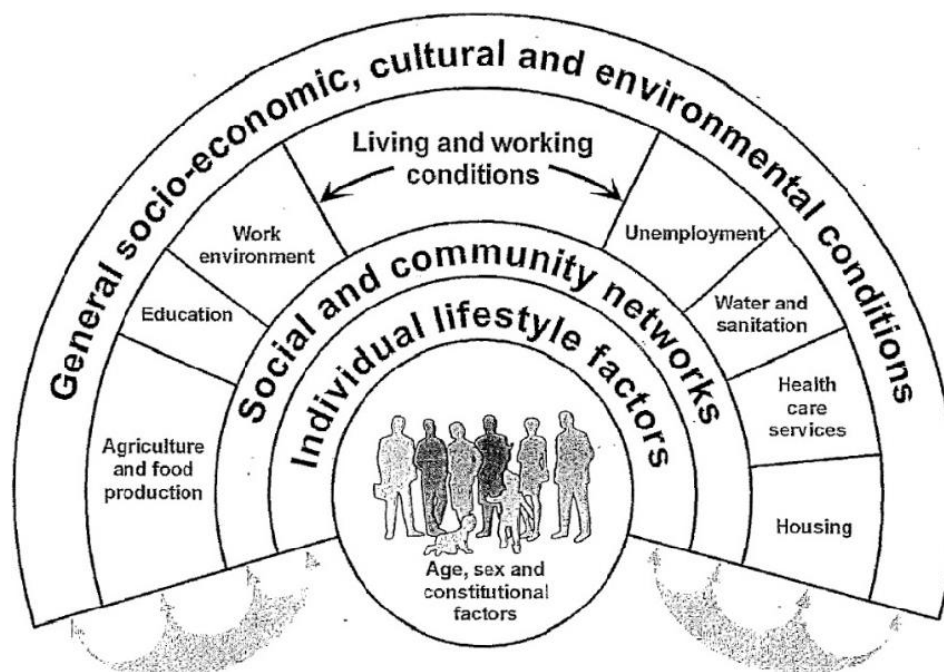


Figura 1 - Determinantes Sociais da Saúde – modelo de Dahlgren e Whitehead

Neste diagrama os determinantes surgem agrupados em três níveis: individual, social e ambiental. Ao nível individual a saúde é influenciada por fatores como a idade, o sexo, a genética e outros fatores específicos de cada indivíduo. Na esfera social, encontram-se os fatores relacionados com as interações e os recursos sociais e materiais de que cada um dispõe, como a família, a habitação, o emprego, a educação, os cuidados de saúde, as condições de saneamento e higiene, entre outros. Por fim, o ambiente compreende todos os elementos estruturais da vida do indivíduo, como a cultura, a condição socioeconómica e outras características ambientais. Todos estes fatores, em conjunto, terão influência na saúde de cada pessoa.³²

Estes determinantes, ao influenciarem a saúde dos indivíduos, estão também relacionados com a existência ou não de equidade em saúde. Os determinantes sociais da saúde estão na origem de várias desigualdades que persistem e estão presentes em todos os países, de forma mais ou menos acentuada, existindo uma discrepância nos indicadores de saúde, como a mortalidade, a esperança média de vida, a morbilidade, e outros, em função da condição socioeconómica dos indivíduos, prejudicando aqueles que são mais vulneráveis.^{33,34}

A evidência ilustra a influência destes determinantes na saúde dos indivíduos, sendo clara a existência de um gradiente de saúde em função do nível de educação, rendimento, género e outros determinantes, como enunciado de seguida.

Genericamente sabe-se que pessoas com empregos instáveis, níveis de educação inferiores e menores rendimentos têm uma saúde mais frágil e maior risco de pobreza, sendo este um padrão que tende a perpetuar-se entre gerações.³⁵ Pelo contrário, ter um bom nível de saúde aumenta a probabilidade de os indivíduos conseguirem alcançar melhores condições de vida, de terem acesso ao mercado laboral e a níveis de educação mais elevados.³⁶

As variáveis que determinam o estado de saúde dos indivíduos, como o número de doenças, a exposição a fatores de risco e outras, terão influência nos outros determinantes, verificando-se uma sequência de acontecimentos que acentua a situação de vulnerabilidade de grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos. A título de exemplo, sabe-se que pessoas com pior saúde têm menores oportunidades de entrar no mercado de trabalho, maior risco de absentismo e de reforma antecipada, e estas variáveis aumentam o risco de pobreza.³⁴

A evidência sugere também que, a presença de desigualdades ao longo da vida, tais como a exposição a fatores de risco e outras barreiras com que as pessoas em situação

de desvantagem se deparam, é cumulativa e tem impacto naquilo que será o estado de saúde da pessoa em idades mais avançadas.³⁷

A influência destes determinantes na saúde dos indivíduos, bem como as desigualdades socioeconómicas por eles causadas de forma sistemática têm sido uma preocupação crescente dos países e decisores políticos. Neste sentido, em 2008, a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS elaborou um relatório que veio realçar a importância destes determinantes para a existência ou não de equidade em saúde.³⁸ Neste documento, Marmot e colegas enfatizaram algumas áreas fulcrais de ação para que se diminuísse o gradiente de saúde observado entre pessoas de diferentes classes socioeconómicas, nomeadamente as condições de vida (laborais, habitacionais, sociais e outras), a distribuição da riqueza e dos recursos e a medição do problema e avaliação do impacto das ações.³⁸

Entre os determinantes mencionados na literatura como possíveis variáveis de interesse em relação à desigualdade socioeconómica em saúde, abordam-se com mais detalhe a educação, o rendimento e o género.

A educação é uma variável frequentemente utilizada na literatura para caracterização socioeconómica da população, à semelhança do rendimento.^{16,36} O nível de educação é um dos fatores que mais influencia a saúde dos indivíduos e é também influenciado pelos restantes determinantes sociais da saúde.³⁹

Os indivíduos com níveis de educação mais elevados tendem a ter indicadores de saúde mais positivos, melhores oportunidades laborais e, conseqüentemente, melhores condições de vida, comparativamente com aqueles cujo grau de educação é mais baixo.³⁴ O nível de educação influencia também a esperança de vida dos indivíduos. De acordo com dados do relatório *Health at a Glance 2021*, sabe-se que um indivíduo com 30 anos cujo grau de habilitação seja o ensino secundário vive, em média, menos 5.2 anos que um indivíduo da mesma idade, com uma educação superior (licenciatura e graus seguintes).³³

Um nível de educação baixo é associado, em vários estudos, a um pior estado de saúde auto reportado, a maior prevalência de obesidade²⁶ e maior mortalidade.³³ Para além disso, pessoas com menores níveis de educação têm maior probabilidade de estar expostas a fatores de risco.³⁴

O rendimento, tal como acima referido, é uma variável frequentemente utilizada na literatura para caracterização socioeconómica da população.^{16,36} O rendimento, à semelhança da educação, influencia a mortalidade e a exposição a fatores de risco. Os

grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos tendem a ter uma maior exposição a fatores de risco (tabaco, álcool e outros) e maior prevalência de obesidade.³³ Também no que diz respeito à autoavaliação do estado de saúde sabe-se que pessoas com menores rendimentos tendem a classificar a sua saúde de forma mais negativa.³³

As discrepâncias entre género masculino e feminino ainda persistem em vários aspetos, nomeadamente em termos de rendimento, de educação, de trabalho, de saúde e outros. De acordo com dados do relatório *Health at a Glance 2021*, os homens têm uma menor esperança de vida comparativamente com as mulheres e maior exposição a fatores de risco, como o consumo de álcool e tabaco.³³ No entanto, as mulheres tendem a ter menores rendimentos, nomeadamente no que respeita à sua reforma, e maior risco de pobreza.³⁵

A realidade portuguesa, tal como acima referido, é também marcada pela existência de desigualdades em saúde, sendo considerado um dos países com piores resultados a este nível na Europa.^{26,27} Alguns estudos apontam a educação e o género como dois dos principais causadores destas diferenças.²⁶

No que diz respeito à avaliação do estado de saúde, cerca de 15% da população portuguesa com mais de 15 anos considera o seu estado de saúde mau ou muito mau. Alguns indicadores em termos de morbilidade também são insatisfatórios, quando comparados com a média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), como a percentagem de pessoas com excesso de peso e obesidade (67,6%) e de adultos com diabetes (9,8%).³³

Estes dados ilustram a necessidade de compreender quais as razões que explicam estes valores que se destacam negativamente, comparativamente com os restantes países da OCDE e quais os determinantes que os influenciam. De acordo com Marmot, atuar ao nível dos determinantes sociais da saúde permite obter melhorias não só em termos de saúde, mas é também um indicador que as medidas adotadas correspondem às necessidades da população.⁴⁰ O autor acrescenta ainda que a saúde e a ausência de desigualdade socioeconómica são bons indicadores de progresso da sociedade.²⁵

2.3. Determinantes sociais da saúde, envelhecimento e desigualdade socioeconómica

Os determinantes sociais da saúde influenciam a saúde dos indivíduos no decurso da sua vida.³¹ No entanto, importa saber se a sua influência é constante ao longo da vida, nomeadamente, durante o período de envelhecimento.

O envelhecimento acentuado da população é uma tendência global. Verifica-se um crescimento significativo do número de pessoas acima dos 65 anos, mas o maior aumento é entre os indivíduos com mais de 80 anos. Este envelhecimento acentuado é explicado pelo aumento da esperança média de vida acompanhada por uma baixa taxa de natalidade e pelo crescimento económico dos países.^{14,41}

O processo de envelhecimento é caracterizado pelo envelhecimento das células e está associado ao declínio físico e cognitivo dos indivíduos. É também um período propício ao aparecimento de doenças e aquele em que há maior probabilidade de morte.¹³ Esta fragilidade em termos de saúde torna os idosos um grupo especialmente vulnerável, com maior risco de pobreza e maior necessidade de cuidados continuados.³⁵

O envelhecimento é um processo heterogéneo, na medida em que afeta de forma desigual os indivíduos, verificando-se discrepâncias acentuadas em termos de funcionalidade, autonomia, morbilidade e outros. Esta heterogeneidade pode ser explicada, em parte, pela genética e, em parte, pela influência dos determinantes sociais da saúde na saúde individual.¹³

Para além da deterioração da saúde, os idosos estão muitas vezes expostos a outros fatores com impacto nocivo para a sua qualidade de vida e que resultam num agravar do seu estado de saúde e fragilidade, nomeadamente o facto de viverem sozinhos, que potencia as dificuldades socioeconómicas nesta idade.³⁵

Os determinantes sociais da saúde para a população mais idosa estão associados, à semelhança das outras fases da vida, com a existência ou não de equidade em saúde. No entanto, Pereira realça que as desigualdades em saúde são geralmente menores para os mais idosos do que para adultos jovens. Este fenómeno pode ser explicado, possivelmente, pelo efeito de seleção natural quer na saúde, quer no rendimento, que difunde as desigualdades com o tempo.¹²

O nível de educação é um dos fatores referidos como tendo influência na saúde das pessoas mais velhas. Indivíduos com um maior grau de escolaridade apresentam maiores recursos cognitivos, comunicacionais e relacionais para tomarem decisões

informadas e protetoras em relação à sua saúde.⁴² Relativamente ao género existem também algumas discrepâncias, pois as mulheres têm menores reformas e maior risco de pobreza, comparativamente com os homens.³⁵

Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo e estima-se que esta tendência demográfica se acentue ao longo do tempo. Em 2050, é expectável que a percentagem de pessoas acima dos 65 anos represente um terço da população e que uma em cada oito pessoas tenha mais de 80 anos.⁴¹ No entanto, em Portugal, observa-se que os ganhos em termos de esperança média de vida não se traduzem em anos de vida saudáveis. Cerca de 57% desses anos são vividos com alguma incapacidade e 82.5% das pessoas com mais de 65 anos classificaram a sua saúde como razoável, má, ou muito má, em 2019.⁴¹ Desta percentagem verifica-se que, a maioria, são pessoas mais pobres.⁴¹ Esta classificação negativa da própria saúde pode também ser influenciada por fatores como a multimorbilidade.⁴³

Face a todos os fatores acima referidos, os determinantes que influenciam a saúde da população mais velha devem ser conhecidos e estudados, à semelhança do que acontece noutras fases da vida, como é o caso do nascimento e da infância.⁴⁰

É com base nesta necessidade, e olhando para o processo de envelhecimento como uma das etapas da vida, que o presente estudo procura contribuir para a compreensão das desigualdades socioeconómicas na população mais velha. Neste caso, analisando o rendimento familiar e a sua relação com a saúde das pessoas com 60 e mais anos, e procurando realçar alguns aspetos que carecem de investigação e que podem estar relacionados com a existência de desigualdades sistematicamente associadas a uma variável socioeconómica.

3. Métodos

3.1. Abordagem Empírica: Curvas e Índices de Concentração

A medição da dimensão da desigualdade socioeconómica pode ser feita de acordo com diferentes metodologias.⁴⁴

Uma das formas é através de medidas de associação, como regressões logísticas, a diferença absoluta de frequências ou o coeficiente de correlação de Pearson. Podem também ser utilizadas medidas potenciais de impacto, como é o caso da proporção atribuível à população.⁴⁴

Outra das abordagens consiste na metodologia das curvas e índices de concentração, inicialmente desenvolvida no campo da estatística e depois consolidada na área de economia da saúde.^{44–46} Esta abordagem foi o método escolhido para utilização no presente estudo.

A curva de concentração pode ser ilustrada num gráfico que se constrói a partir de uma variável que permita categorizar a população em termos de posição socioeconómica (eixo X), como o rendimento ou a educação, e de uma variável de saúde (eixo Y). No eixo X está representada a percentagem acumulada da população, ordenada em função da sua condição socioeconómica, começando pelo valor mais baixo. No eixo Y encontra-se a percentagem acumulada da variável de saúde (p. ex. mortalidade ou doença).

Uma linha reta, a linha de proporcionalidade, encontra-se a meio do gráfico, com uma amplitude de 45°. Esta linha representa a existência de equidade, isto é, a variável de saúde distribui-se equitativamente pela população em estudo, não havendo variação sistemática entre grupos socioeconómicos.⁴⁵

A representação da situação de desigualdade socioeconómica ocorre quando a curva se situa acima ou abaixo da linha de equidade (proporcionalidade). Uma curva acima da linha, significa que a variável de saúde em estudo está concentrada em pessoas com pior estatuto socioeconómico. Caso a curva se situe abaixo da linha da equidade, a desigualdade socioeconómica está concentrada entre as pessoas com melhor estatuto socioeconómico.⁴⁵

Quanto maior for a distância da curva em relação à linha da equidade, maior a concentração entre pessoas socioeconomicamente mais favorecidas ou mais

desfavorecidas, ou seja, maior a dimensão da desigualdade socioeconómica.⁴⁵ Os dois exemplos de curvas de concentração e a linha da equidade estão representados na Figura 2.

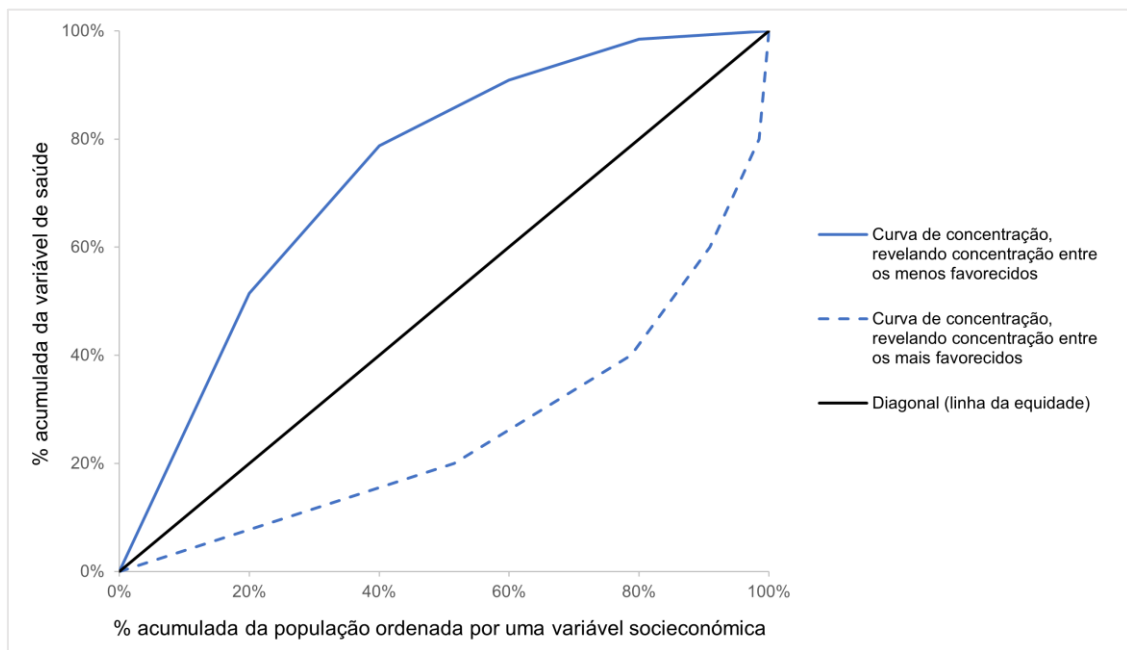


Figura 2 - Exemplos de curvas de concentração

Para além das situações não-ambíguas, retratadas na Figura 2, existe também a possibilidade de a curva cruzar a diagonal (por exemplo, começando acima da diagonal e depois passando para baixo). Nesta situação não é possível afirmar, com segurança, que existe iniquidade, devendo ser analisados cuidadosamente os contornos da curva e o respetivo índice de concentração que lhe está associado.

O índice de concentração está intimamente relacionado com a curva de concentração e permite estimar a magnitude da desigualdade socioeconómica. Este índice corresponde ao dobro do valor da área entre a linha de equidade e a curva de concentração.⁴⁶

O índice de concentração, C , pode ser calculado através da seguinte fórmula:⁴⁶

$$C = (p_1L_2 - p_2L_1) + (p_2L_3 - p_3L_2) + \dots (p_{T-1}L_T - p_TL_{T-1})$$

Onde p_t representa a percentagem acumulada da amostra ordenada pela variável socioeconómica no grupo t , e L_t representa a curva de concentração correspondente

ordenada, isto é, percentagem acumulada da variável de saúde na amostra, ordenada pela variável socioeconómica.⁴⁶

O índice de concentração varia entre -1 e 1. Caso a curva se situe acima da diagonal, toma valores entre -1 e 0 e a sua interpretação indica que a desigualdade socioeconómica afeta as pessoas com estatuto socioeconómico mais baixo com maior intensidade. Caso se situe abaixo da diagonal, o índice estará entre 0 e 1 e estes valores sugerem que a desigualdade afeta as pessoas de estatuto socioeconómico mais elevado com maior intensidade. Por fim, se o valor do índice for 0, não existe desigualdade socioeconómica, com a ressalva anterior para as situações em que a curva cruze a diagonal.⁴⁶ A título de exemplo, se a variável de saúde em análise for a mortalidade e o índice de concentração tomar valores negativos, entre -1 e 0, isso significa que a mortalidade é maior entre os grupos mais desfavorecidos. Pelo contrário, se o índice tomar valores entre 0 e 1, a mortalidade está mais concentrada entre os grupos socioeconomicamente mais favorecidos.

Como todas as abordagens metodológicas, as curvas e índices de concentração têm vantagens e desvantagens. Uma das vantagens prende-se com o facto de incluírem todos os indivíduos na população em análise e serem sensíveis ao tamanho da população em cada categoria socioeconómica. Assim, permitem a comparação das desigualdades socioeconómicas ao longo do tempo e em locais distintos. A principal desvantagem consiste no facto de apenas poderem ser aplicados em situações em que a variável socioeconómica pode ser ordenada de forma hierárquica.⁴⁴

Quando os dados a utilizar são por amostragem, é possível também calcular os intervalos de confiança associados aos índices de concentração. O cálculo ocorre em várias etapas. Primeiramente é calculada a variância do índice de concentração, C , através da fórmula proposta por Kakwani, Wagstaff e van Doorslaer:⁴⁷

A variância da estimativa do índice de concentração, $var(\hat{C})$, calcula-se através da seguinte fórmula:

$$var(\hat{C}) = \frac{1}{n} \left[\sum_{t=1}^T f_t a_t^2 - (1 + C)^2 \right] + \frac{1}{n\mu^2} \sum_{t=1}^T f_t \sigma_t^2 (2R_t - 1 - C)^2$$

O número de elementos da amostra é representado por n . A variância em cada um dos grupos é representada por σ_t^2 e μ é a sua média.

O primeiro passo consiste no cálculo da percentagem acumulada da população no ponto médio do intervalo, R_t , onde f_t representa a percentagem da amostra no grupo.

$$R_t = \sum_{k=1}^{t-1} f_k + \frac{1}{2} f_t$$

Os passos seguintes para o cálculo da variância consistem na aferição dos parâmetros a_t e q_t .

$$a_t = \frac{\mu_t}{\mu} (2R_t - 1 - C) + 2 - q_{t-1} - q_t$$

$$q_t = \frac{1}{\mu} \sum_{k=1}^t \mu_k f_k$$

De seguida, é necessário calcular o Erro Padrão, EP , e proceder ao cálculo dos intervalos de confiança, seguindo a fórmula genérica para o seu cálculo:

$$\text{Intervalo Confiança}_{IC} = \hat{C} \pm \text{confiança} \times EP.$$

3.2. Dados

3.2.1. Desenho de estudo

Para a elaboração deste trabalho foi realizado um estudo quantitativo, observacional, transversal e analítico numa amostra de adultos com 60 e mais anos, inquiridos através do INS 2019.

A abordagem de medição consistiu na aplicação de curvas e índices de concentração ao problema da desigualdade na saúde.^{45,46}

3.2.2. Instrumento de recolha de dados

O instrumento utilizado para obtenção de dados foi o INS 2019. O INS é um inquérito de base populacional realizado quinquenalmente e abrange todo o território nacional. A sua realização é da responsabilidade do Instituto Nacional de Estatística (INE) juntamente com outras entidades externas, como o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) e o *Eurostat*.⁴⁸

O INS tem como principal objetivo fornecer dados que permitam caracterizar o estado de saúde da população, incluindo indicadores relativos à saúde/doença, aos cuidados

de saúde e aos determinantes de saúde. Assim, torna-se um instrumento de referência de observação da saúde em Portugal.⁴⁸

A recolha dos dados foi feita através de entrevistas presenciais e questionários eletrónicos auto preenchidos, entre setembro de 2019 e dezembro de 2019.⁴⁸

3.2.3. População, amostra e casos

A amostra do INS 2019 inclui pessoas com 15 anos ou mais anos residentes em território nacional (Continente e Ilhas) e é representativa da população não-institucionalizada do país. As unidades de observação são o indivíduo e os agregados domésticos privados.⁴⁸

A base de amostragem do Inquérito foi selecionada através do Ficheiro Nacional de Alojamentos (FNA), originado em 2013, com base nos Censos 2011. O processo de amostragem não ocorreu de forma aleatória, mas sim de forma estratificada, por conglomerados e multietápica. A amostra do INS 2019 englobou 22 191 alojamentos e foram obtidas 14 617 respostas válidas.⁴⁸ Para o presente estudo, foram apenas consideradas pessoas com 60 e mais anos, englobando um total de 6 762 indivíduos.

A Tabela 1 representa as variáveis de caracterização sociodemográfica e socioeconómica utilizadas no estudo e respetivas categorias de interesse para a análise.

As variáveis idade, sexo, região, estado civil e agregado familiar (tipo e número de elementos) foram utilizadas para caracterização sociodemográfica da amostra e as variáveis condição de trabalho, educação e rendimento familiar foram utilizadas para a caracterização socioeconómica. No entanto, apenas o rendimento familiar foi utilizado na análise das desigualdades.

A variável rendimento foi obtida com base nos quintis do rendimento mensal líquido por adulto equivalente. Os quintis são aproximados, pois cada um não corresponde, exatamente, a 20% dos dados, facto que se justifica pelo número elevado de empates. O rendimento por adulto equivalente corresponde a uma escala de rendimento que tem em conta a composição e dimensão do agregado familiar. O valor do rendimento familiar é dividido pela dimensão do agregado, tendo como medida o “adulto equivalente”, de acordo com a escala de equivalência da OCDE. A cada membro do agregado familiar é atribuído um valor, 1 ao primeiro adulto do agregado, 0,5 aos seguintes e 0,3 às crianças, sendo considerados como adultos todos os membros com idade igual ou superior a 14 anos.⁴⁹

Tabela 1 - Variáveis de caracterização sociodemográfica e socioeconómica da amostra

Variável	Categorias
Variáveis de caracterização sociodemográfica	
Grupos etários	- 60 – 64 anos
	- 65 – 69 anos
	- 70 – 74 anos
	- 75 – 79 anos
	- 80 – 84 anos
	- 85 ou mais anos
Sexo	- Homem
	- Mulher
Região	- Norte
	- Centro
	- Lisboa e Vale do Tejo
	- Alentejo
	- Algarve
	- Região Autónoma dos Açores
Estado civil legal	- Região Autónoma da Madeira
	- Solteiro
	- Casado
	- Viúvo
	- Divorciado
Agregado (tipo)	- Unipessoal
	- Pai/mãe + 1 filho ou mais (<25 anos)
	- Pai/mãe + todos os filhos (>25 anos)
	- Casal sem filhos
	- Casal + 1 filho ou mais (<25 anos)
	- Casal + todos os filhos (>25 anos)
	- Outro
Agregado (número de elementos)	- 1
	- 2
	- 3
	- 4
	- 5
	- 6
	- ≥ 7

Variável	Categorias
Variáveis de caracterização socioeconómica	
Condição de trabalho *	- Empregado - Inativo (<i>desempregado / incapacitado / aluno / ocupa-se de tarefas domésticas / presta serviço comunitário / outra situação de inatividade</i>) - Reformado
Educação *	- Nenhum nível completo - Básico 1º e 2º ciclos - Básico 3º ciclo - Secundário (<i>secundário / C.T.P</i>) - Superior (<i>bacharelato / licenciatura 1º ciclo / mestrado / doutoramento</i>)
Quintis de rendimento por adulto equivalente	- 1º quintil - 2º quintil - 3º quintil - 4º quintil - 5º quintil

Legenda: C.T.P – Curso Técnico ou Profissional; * – Variáveis categóricas recodificadas

A Tabela 2 representa as variáveis de caracterização da saúde da amostra utilizadas no estudo. Para a maioria das variáveis categóricas foram feitas recodificações, agrupando várias categorias, para que todas se tornassem binárias, uma vez que é um requisito para o cálculo das curvas e índices de concentração, a não ser que se trate de variáveis numéricas.

Tabela 2 - Variáveis de caracterização da saúde da amostra

Variável	Categorias
Variáveis do modelo subjetivo	
Autoavaliação do estado de saúde geral *	- Saudável (<i> muito bom / bom / razoável</i>) - Doente (<i> mau / muito mau</i>)
Autoavaliação do estado de saúde oral *	- Saudável (<i> muito bom / bom / razoável</i>) - Doente (<i> mau / muito mau</i>)
Dor (intensidade) *	- Nenhuma a ligeira (<i> nenhuma / muito ligeira / ligeira</i>) - Moderada a intensa (<i> moderada / intensa / muito intensa</i>)

Variável	Categorias
Dor (interferência no quotidiano) *	- Nenhuma a moderada (<i>nada / um pouco / de forma moderada</i>) - Elevada ou extrema (<i>bastante / de forma extrema</i>)
Variáveis do modelo médico	
Doença crónica	- Não - Sim
Asma	=
Doença respiratória	=
Enfarte do miocárdio	=
Doença coronária	=
HTA	=
AVC	=
Artrose	=
Dores lombares	=
Dores cervicais	=
Diabetes	=
Alergias	=
Incontinência urinária	=
Problemas renais	=
Depressão	=
Colesterol	=
Variáveis do modelo socio funcional	
	- 0 - 1 - 2 - ... - 23 - 24 - ≥ 25
Tempo de internamento nos últimos 12 meses (noites)	
Acidente de viação	- Não - Sim

Variável	Categorias
Acidente doméstico	=
Acidente de lazer	=
Limitação da atividade	- Nada limitado - Limitado a muito limitado (<i>limitado, mas não severamente / severamente limitado</i>)
Absentismo por problemas de saúde (dias) *	- 1 – 7 - 8 – 14 - 15 – 30 - 31 – 180 - ≥ 181
Dificuldade visual *	- Nenhuma ou alguma dificuldade (<i>não aplicável / nenhuma dificuldade / alguma dificuldade</i>) - Muita dificuldade ou incapacidade (<i>muita dificuldade / não consegue de todo</i>)
Dificuldade auditiva (silêncio) *	=
Dificuldade auditiva (barulho) *	=
Dificuldade em caminhar *	=
Dificuldade em subir / descer degraus *	=
Dificuldade de memória / concentração *	=
Dificuldade em morder / mastigar *	=
Dificuldade em deitar / levantar *	=
Dificuldade em vestir / despir *	=
Dificuldade em utilizar a sanita *	=
Dificuldade em tomar banho / duche *	=

Legenda: HTA – Hipertensão Arterial; AVC – Acidente Vascular Cerebral

* - Variáveis categóricas recodificadas; = - Categorias iguais à variável anterior

As variáveis de saúde foram divididas em três grupos, de acordo com a classificação de Blaxter, correspondendo a diferentes modelos conceituais de saúde e doença (modelo subjetivo, médico e socio funcional).⁵⁰ Do modelo subjetivo fazem parte variáveis que

se referem à percepção da pessoa face à sua própria saúde. Do modelo médico fazem parte as variáveis referentes a patologias ou disfunções fisiológicas e mentais e, por fim, o modelo socio funcional engloba as variáveis relacionadas com incapacidade na realização de atividades da vida diária.^{50,51}

Na variável “tempo de internamento nos últimos 12 meses (noites)” foi utilizado o valor de 60 noites na categoria ≥ 25 noites de internamento. Na variável “absentismo por problemas de saúde (dias)” considerou-se, para efeitos de cálculo, o valor intermédio para cada uma das categorias, 4, 11, 23, 106 e 270 dias, sendo que, para esta última categoria, os 270 dias representam um valor entre 181 e 365 dias.

Para as variáveis categóricas foram calculadas frequências e percentagens e para as variáveis numéricas foram calculadas medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão).

De seguida, foram calculadas as curvas e índices de concentração que tiveram como variável independente o rendimento e as variáveis de saúde como dependentes. Por fim, foram calculados intervalos de confiança a 95% para cada um desses índices e assumiu-se que as variáveis seguiam uma distribuição normal. O cálculo destes parâmetros foi realizado através das fórmulas descritas no capítulo 3.1.

Foram tratados como dados omissos os dados que não foram respondidos e, para algumas variáveis, os dados incluídos na categoria “não aplicável”. Estes dados foram omitidos na análise, na maioria dos casos, por se tratar de valores pouco significativos. Não foi feita a padronização por idade e género, por se considerar a população de 60 e mais anos um grupo relativamente homogéneo.

A análise estatística foi feita com recurso ao *IBM SPSS Statistics 28*, para calcular os parâmetros estatísticos acima mencionados, e ao *Microsoft Excel* para o cálculo das curvas e índices de concentração, bem como dos intervalos de confiança a 95%.

4. Resultados

4.1. Caracterização sociodemográfica e socioeconómica

A Tabela 3 representa as variáveis de caracterização sociodemográfica e socioeconómica da amostra e respetivas estatísticas descritivas.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e socioeconómica da amostra

Variáveis	Categoria(s)	n (%)
Total, n		6762
Grupos etários, n (%)	60 – 64	1 416 (20.9%)
	65 – 69	1 387 (20.5%)
	70 – 74	1 333 (19.7%)
	75 – 79	1 098 (16.2%)
	80 – 84	867 (12.8%)
	>85	661 (9.8%)
Sexo, n (%)	Homem	2774 (41%)
	Mulher	3988 (59%)
Região, n (%)	Norte	1031 (15.2%)
	Centro	1432 (21.2%)
	Lisboa e Vale do Tejo	1053 (15.6%)
	Alentejo	1008 (14.9%)
	Algarve	746 (11%)
	Região Autónoma dos Açores	705 (10.4%)
	Região Autónoma dos Madeira	787 (11.6%)
Estado civil legal, n (%)	Solteiro	516 (7.6%)
	Casado	3659 (54.1%)
	Viúvo	2061 (30.5%)
	Divorciado	514 (7.6%)
Agregado (tipo), n (%)	Unipessoal	2574 (38.1%)
	Pai/mãe + 1 filho ou mais (<25)	33 (0.5%)
	Pai/mãe + todos os filhos (>25)	247 (3.7%)
	Casal sem filhos	2989 (44.2%)
	Casal + 1 filho ou mais (<25)	110 (1.6%)
	Casal + todos os filhos (>25)	434 (6.4%)
	Outro	375 (5.5%)

Variáveis	Categoria(s)	n (%)
Agregado (número de elementos), média (dp)	n.a. – variável numérica	1,80 (0.828)
Condição de trabalho, n (%)	Empregado	815 (12.1%)
	Inativo	930 (13.8%)
	Reformado	5007 (74.1%)
Educação, n (%)	Nenhum nível completo	1345 (19.9%)
	Básico 1º e 2º ciclos	3788 (56%)
	Básico 3º ciclo	660 (9.8%)
	Secundário	429 (6.3%)
	Superior	540 (8%)
Quintis de rendimento por adulto equivalente, n (%)	1º quintil	829 (12.3%)
	2º quintil	2387 (35.3%)
	3º quintil	1626 (24%)
	4º quintil	897 (13.3%)
	5º quintil	1023 (15.1%)

Legenda: n.a. – não aplicável

A amostra deste estudo incluiu os indivíduos com 60 e mais anos (N=6762), dos quais 3988 são mulheres (59%) e 2774 são homens (41%). A faixa etária dos participantes analisados situa-se, maioritariamente, entre os 60 e os 74 anos (61.2%). No entanto, cerca de um quinto da amostra é composta por indivíduos com mais de 80 anos.

Em termos geográficos, a amostra divide-se pelas regiões Centro (21.2%), Lisboa e Vale do Tejo (15.6%), Norte (15.2%), e Alentejo (14.9%), com uma menor percentagem no Algarve e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

Em relação ao agregado familiar, predominam os constituídos por apenas uma pessoa (38.1%) ou duas, prevalecendo, neste caso, os casais sem filhos (44.2%). O valor médio do número de elementos do agregado familiar foi 1.80. No que respeita ao estado civil os indivíduos são, na sua maioria, casados (54.1%) ou viúvos (30.5%) e, em relação ao trabalho, mais de 70% da amostra são pessoas reformadas.

O nível de educação das pessoas com 60 e mais anos é baixo, sendo que 19.9% não completou qualquer nível de ensino e mais de metade completou apenas o 1º ou 2º ciclos do Ensino Básico.

Relativamente ao rendimento, a maior parte da amostra situa-se no 2º e 3º quintis de rendimento (35.3% e 24%, respetivamente) e a restante distribui-se de forma semelhante pelos outros quintis. Tal como já foi referido, os quintis de rendimento por adulto equivalente são aproximados e não quintis perfeitos, sendo o 2º quintil aquele que agrega o maior número de pessoas.

4.2. Caracterização do estado de saúde

As variáveis de saúde em análise e respetivas estatísticas descritivas encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização do estado de saúde da amostra

Variáveis	Categoria	n (%)
Modelo subjetivo		
Autoavaliação do estado de saúde geral, n (%)	Doente	1819 (26.9%)
Autoavaliação do estado de saúde oral, n (%)	Doente	1948 (28.9%)
Dor (intensidade), n (%)	Moderada a intensa	3001 (44.5%)
Dor (interferência no quotidiano), n (%)	Elevada ou extrema	1346 (20%)
Modelo médico		
Doença crónica, n (%)	Sim	5234 (77.8%)
Asma, n (%)	Sim	544 (8.1%)
Doença respiratória, n (%)	Sim	713 (10.6%)
Enfarte do miocárdio, n (%)	Sim	218 (3.2%)
Doença coronária, n (%)	Sim	691 (10.3%)
HTA, n (%)	Sim	3751 (55.9%)
AVC, n (%)	Sim	305 (4.5%)
Artrose, n (%)	Sim	3510 (52.4%)
Dores lombares, n (%)	Sim	3791 (56.4%)
Dores cervicais, n (%)	Sim	2985 (44.1%)
Diabetes, n (%)	Sim	1596 (23.7%)

Variáveis	Categoria	n (%)
Alergias, n (%)	Sim	1343 (20%)
Incontinência urinária, n (%)	Sim	1127 (16.8%)
Problemas renais, n (%)	Sim	630 (9.4%)
Depressão, n (%)	Sim	1302 (19.4%)
Colesterol, n (%)	Sim	3040 (45.6%)
Modelo socio funcional		
Tempo de internamento nos últimos 12 meses, média (dp)	n.a – variável numérica	1.41 (7.129)
Acidente de viação	Sim	42 (0.6%)
Acidente doméstico	Sim	315 (4.7%)
Acidente de lazer	Sim	124 (1.8%)
Limitação da atividade, n (%)	Limitado a muito limitado	3266 (48.5%)
Absentismo por problemas de saúde (dias), média (dp)	n.a – variável numérica	52.17 (80.492)
Dificuldade visual, n (%)	Muita dificuldade ou incapacidade	524 (7.8%)
Dificuldade auditiva (silêncio), n (%)	Muita dificuldade ou incapacidade	312 (4.6%)
Dificuldade auditiva (barulho), n (%)	Muita dificuldade ou incapacidade	861 (12.8%)
Dificuldade em caminhar, n (%)	Muita dificuldade ou incapacidade	1129 (16.7%)
Dificuldade em subir / descer degraus, n (%)	Muita dificuldade ou incapacidade	1139 (16.9%)
Dificuldade de memória / concentração, n (%)	Muita dificuldade ou incapacidade	466 (6.9%)
Dificuldade em morder / mastigar, n (%)	Muita dificuldade ou incapacidade	1147 (17%)
Dificuldade em deitar / levantar, n (%)	Muita dificuldade ou incapacidade	257 (3.8%)
Dificuldade em vestir / despir, n (%)	Muita dificuldade ou incapacidade	250 (3.7%)
Dificuldade em utilizar a sanita, n (%)	Muita dificuldade ou incapacidade	150 (2.2%)
Dificuldade em tomar banho / duche, n (%)	Muita dificuldade ou incapacidade	348 (5.2%)

Legenda: HTA – Hipertensão Arterial; AVC – Acidente Vascular Cerebral; n.a. – não aplicável

As variáveis do modelo subjetivo analisadas indicam que perto de 30% da amostra faz uma autoavaliação negativa do seu estado de saúde geral e oral. No que respeita à dor, quase metade dos indivíduos (44.5%) sente uma dor moderada a intensa, no entanto, apenas 20% refere que esta condição afeta de forma extrema o seu quotidiano.

As variáveis do modelo médico refletem a elevada prevalência de doenças crónicas na amostra (77.8%). Doenças como HTA (55.9%), artrose (52.4%), dores lombares (56.4%) e cervicais (44.1%), colesterol (45.6%) e diabetes (23.7%) são as mais prevalentes. Para além destas, cerca de um quinto da amostra mencionou sofrer de depressão e alergias. Outras doenças, como é o caso do enfarte do miocárdio e o AVC, foram menos prevalentes na amostra.

As variáveis do modelo socio funcional revelam algumas dificuldades na capacidade funcional das pessoas com 60 e mais anos. A média do número de noites de internamento foi de 1.41, num período de referência de 12 meses. Relativamente à ocorrência de acidentes, o mais frequente foi o acidente doméstico, que afetou 4.7% da amostra e os restantes, de lazer e de viação, afetaram uma pequena parte da amostra.

Os resultados demonstram que cerca de metade das pessoas referiu limitações acentuadas na sua atividade devido a problemas de saúde. No que respeita ao absentismo provocado por problemas de saúde, apesar da maioria da amostra ser constituída por pessoas reformadas, a média dos dias de absentismo foi de cerca de 52 dias.

As principais dificuldades reportadas pelas pessoas com 60 e mais anos foram ao nível da locomoção, neste caso, a dificuldade acentuada em caminhar e em subir e descer escadas, e ao nível da alimentação, em específico em morder e mastigar alimentos.

Uma pequena percentagem dos inquiridos referiu ter dificuldades visuais acentuadas, ou perda de visão (7.8%). Em relação à dificuldade auditiva acentuada ou surdez verificou-se que afeta uma percentagem reduzida de pessoas em ambiente silencioso (4.6%) e um número superior em ambiente ruidoso (12.8%).

Dificuldades relacionadas com a higiene pessoal, como é o caso da utilização da sanita ou tomar banho, e outras atividades da vida diária, como deitar e levantar e vestir e despir, afetam uma pequena parte da amostra. A dificuldade de memória e concentração também não teve muita expressão na amostra, embora seja um tipo de dificuldade mais prevalente que as anteriores, afetando 6.9% das pessoas.

4.3. Desigualdades: Curvas e índices de concentração

A análise da desigualdade socioeconómica em saúde através da utilização de curvas e índices de concentração demonstra que, de forma geral, existe desigualdade socioeconómica que está concentrada entre os mais pobres para a maioria das variáveis de saúde.

Os índices de concentração e respetivos intervalos de confiança a 95% encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5 - Índices de concentração e Intervalos de confiança a 95% das variáveis de saúde em função do rendimento

Variável	Índice de Concentração (IC 95%)
Modelo subjetivo	
Autoavaliação do estado de saúde geral	-0.197 (-0.217; -0.177)
Autoavaliação do estado de saúde oral	-0.158 (-0.177; -0.138)
Dor (intensidade)	-0.097 (-0.112; -0.082)
Dor (interferência no quotidiano)	-0.184 (-0.208; -0.160)
Modelo médico	
Doença crónica	-0.044 (-0.052; -0.037)
Asma	-0.140 (-0.181; -0.098)
Doença respiratória	-0.094 (-0.131; -0.058)
Enfarte do miocárdio	-0.075 (-0.143; -0.008)
Doença coronária	-0.141 (-0.177; -0.105)
HTA	-0.067 (-0.078; -0.056)
AVC	-0.076 (-0.134; -0.019)
Artrose	-0.112 (-0.125; -0.099)
Dores lombares	-0.082 (-0.094; -0.070)
Dores cervicais	-0.103 (-0.118; -0.088)
Diabetes	-0.061 (-0.084; -0.038)
Alergias	0.020 (-0.007; 0.048)
Incontinência urinária	-0.149 (-0.176; -0.121)

Variável	Índice de Concentração (IC 95%)
Problemas renais	-0.107 (-0.145; -0.070)
Depressão	-0.144 (-0.165; -0.124)
Colesterol	-0.056 (-0.071; -0.042)
Modelo socio funcional	
Tempo de internamento (noites)	-0.046 (-0.109; 0.018)
Acidente de viação	-0.061 (-0.199; 0.076)
Acidente doméstico	-0.064 (-0.123; -0.005)
Acidente de lazer	0.010 (-0.085; 0.106)
Limitação da atividade	-0.121 (-0.214; -0.027)
Absentismo por problemas de saúde (dias)	-0.130 (-0.246; -0.014)
Dificuldade visual	-0.242 (-0.281; -0.203)
Dificuldade auditiva (silêncio)	-0.107 (-0.160; -0.054)
Dificuldade auditiva (barulho)	-0.094 (-0.123; -0.066)
Dificuldade em caminhar	-0.214 (-0.239; -0.188)
Dificuldade em subir / descer degraus	-0.230 (-0.255; -0.204)
Dificuldade de memória / concentração	-0.195 (-0.239; -0.151)
Dificuldade em morder / mastigar	-0.180 (-0.206; -0.154)
Dificuldade em deitar / levantar	-0.262 (-0.316; -0.209)
Dificuldade em vestir / despir	-0.241 (-0.295; -0.186)
Dificuldade em utilizar a sanita	-0.249 (-0.320; -0.178)
Dificuldade em tomar banho / duche	-0.252 (-0.298; -0.206)

Legenda: IC – Intervalo de Confiança; HTA – Hipertensão Arterial; AVC – Acidente Vascular Cerebral;

Os índices de concentração referentes às variáveis do modelo subjetivo são todos negativos, o que indica que a doença está concentrada nas pessoas com menores rendimentos. Apesar de nas duas variáveis referentes à autoavaliação do estado de saúde geral e oral existir desigualdade, foi na autoavaliação do estado de saúde geral que a desigualdade foi mais acentuada (Figura 3). É de realçar também que, apesar de

as duas variáveis relacionadas com a dor representarem situações de desigualdade concentrada entre os mais pobres, o nível de desigualdade é bastante superior na interferência da dor no quotidiano destas pessoas.

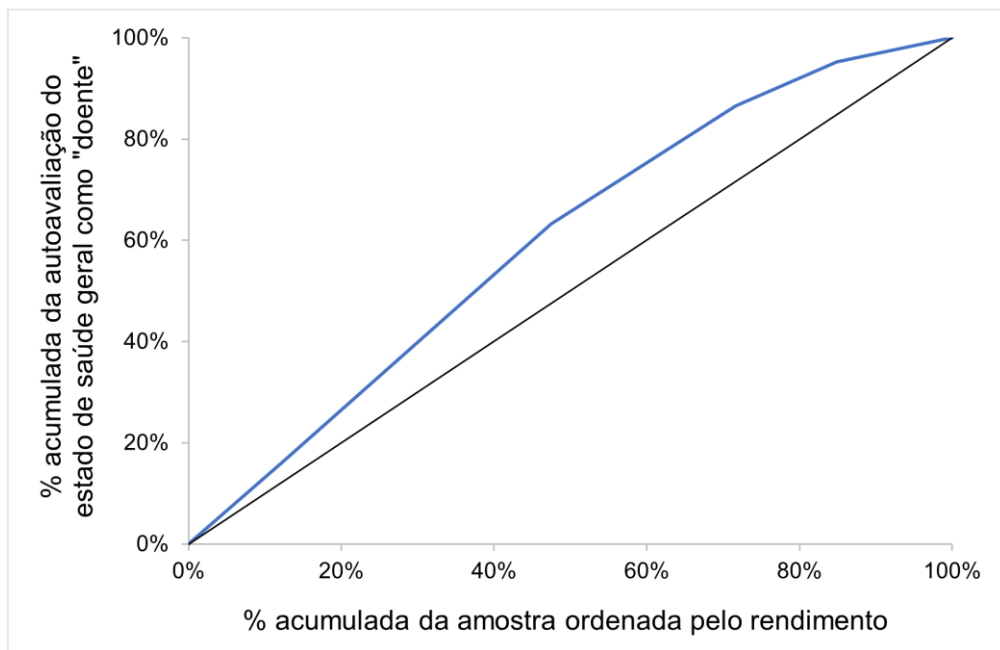


Figura 3 - Curva de concentração da autoavaliação do estado de saúde geral como “doente”

Os índices de concentração referentes às variáveis do modelo médico representam, em praticamente todos os casos, situações de desigualdade socioeconómica, refletindo um padrão de maior morbilidade entre as pessoas com menores rendimentos. Problemáticas como a incontinência urinária (Figura 4), depressão, asma, doença coronária, artrose, problemas renais e dores cervicais estão concentradas entre os mais pobres de forma acentuada. Nas restantes variáveis a desigualdade socioeconómica entre as pessoas com menores rendimentos foi menos acentuada.

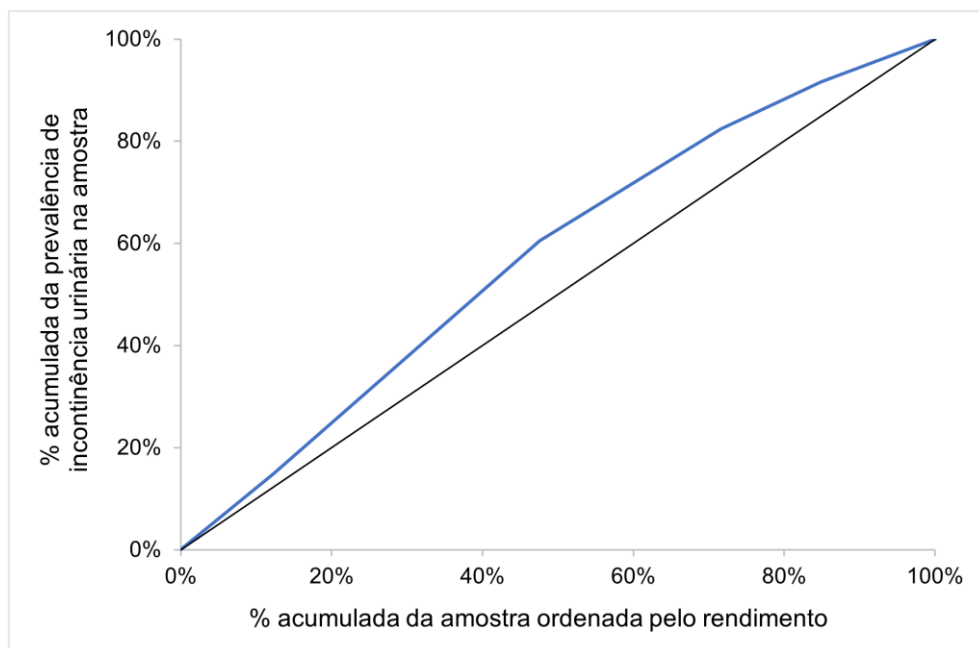


Figura 4 - Curva de concentração da prevalência de incontinência urinária

Em contrapartida, a concentração das alergias é maior entre os mais ricos, embora não seja acentuada, tal como representado na Figura 5. Ainda assim, para esta variável, o intervalo de confiança do índice cruza o valor 0, o que torna a existência desta desigualdade inconclusiva.

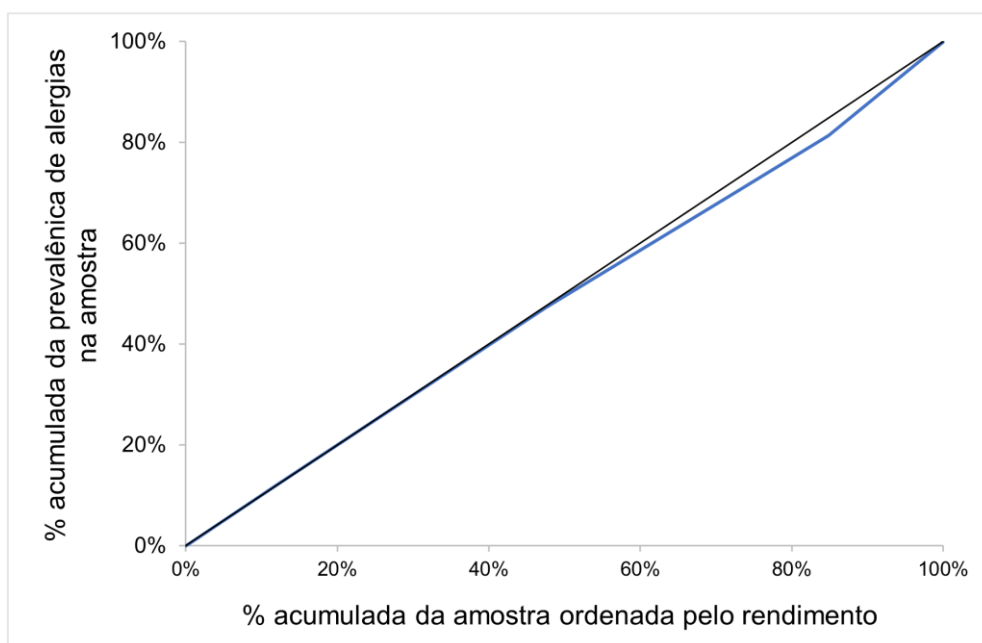


Figura 5 - Curva de concentração da prevalência de alergias

De todas as variáveis analisadas, as do modelo socio funcional da saúde foram aquelas onde o grau de desigualdade entre as pessoas com menores rendimentos teve uma maior magnitude.

A maior desigualdade neste grupo foi encontrada para as variáveis dificuldade em deitar e levantar (Figura 6), em tomar banho ou duche, em utilizar a sanita, dificuldades visuais e em vestir e despir. Para as restantes variáveis também se verificou que as pessoas com menores rendimentos eram afetadas de forma desigual, estando sistematicamente concentradas neste grupo maiores dificuldades na execução das tarefas.

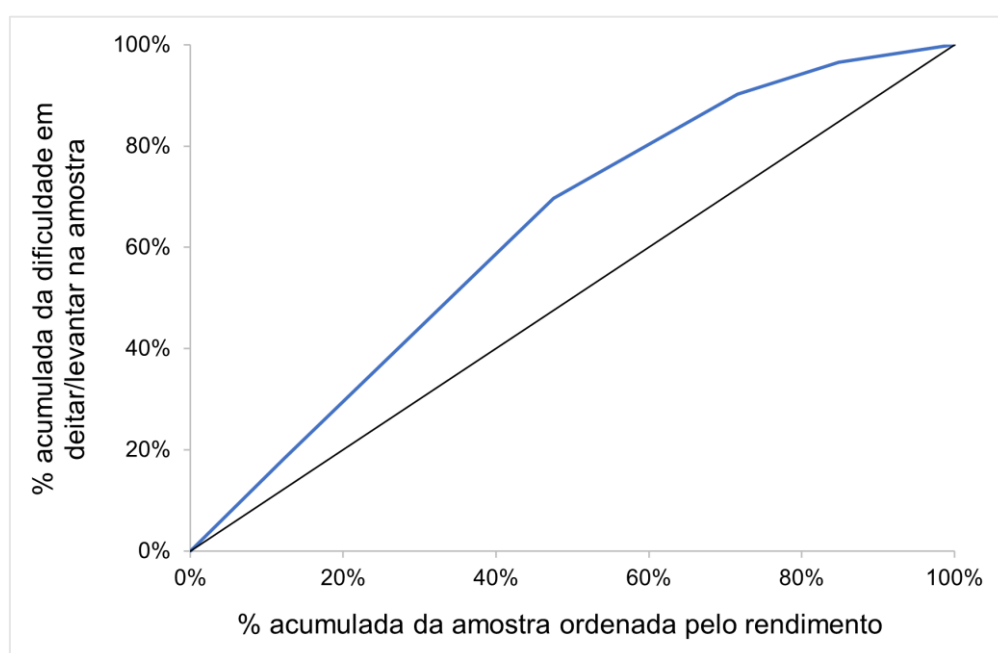


Figura 6 - Curva de concentração da “muita dificuldade ou incapacidade” em deitar/levantar

O tempo de internamento e os acidentes de viação e lazer não seguiram a mesma tendência das restantes variáveis. Nos três casos os intervalos de confiança cruzam o valor 0, não permitindo afirmar que existe desigualdade em prejuízo de nenhum dos grupos.

O acidente doméstico foi, dos três tipos de acidente analisados, aquele que esteve concentrado entre os mais pobres, tal como representa a Figura 7.

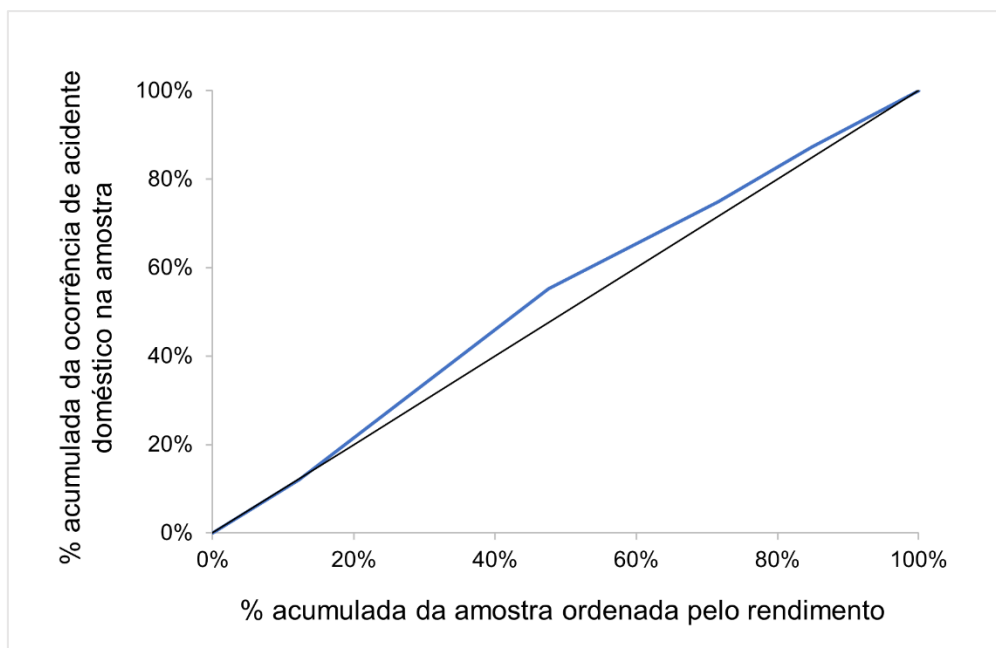


Figura 7 - Curva de concentração da ocorrência de acidentes domésticos

4.4. Desigualdades: Intervalos de confiança dos índices de concentração

A Figura 8, Figura 9 e Figura 10 representam graficamente os intervalos de confiança a 95% para cada um dos índices de concentração das variáveis dos modelos subjetivo, médico e socio funcional, respectivamente.

Pela análise da Figura 8, correspondente aos intervalos de confiança das variáveis do modelo subjetivo, é de realçar que todos eles representam valores negativos. Assim, pode afirmar-se com 95% de confiança que os índices de concentração destas variáveis representam desigualdade socioeconómica concentrada entre os mais pobres.

Estes resultados corroboram a análise feita com base no valor dos índices de concentração, realçando que a maior desigualdade em prejuízo dos mais pobres se verifica na autoavaliação do estado de saúde geral e na interferência da dor no quotidiano das pessoas. Na autoavaliação do estado de saúde oral, a desigualdade é menor, assim como na intensidade da dor. Esta é, das quatro variáveis, aquela onde existe uma desigualdade menos acentuada.

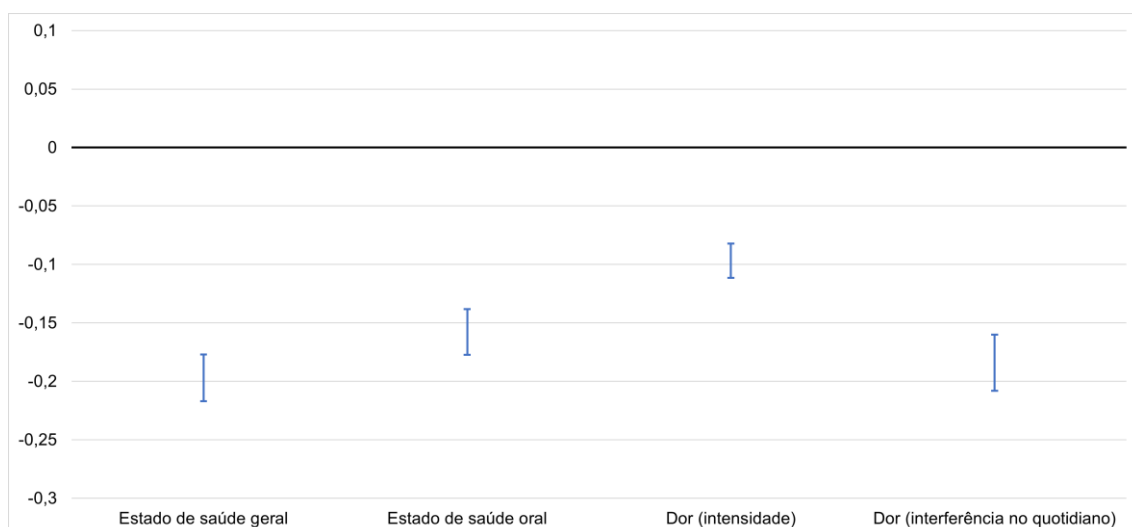


Figura 8 - Intervalos de confiança a 95% das variáveis do modelo subjetivo

Os intervalos de confiança das variáveis do modelo médico (Figura 9) demonstram, na grande maioria dos casos, que os índices de concentração são negativos, o que se traduz em desigualdade socioeconômica concentrada entre os mais pobres. Neste caso, os resultados apontam para a existência de maior morbidade nas pessoas com menores rendimentos.

A maioria dos intervalos de confiança corroboram os valores negativos dos índices de concentração, indicando que as doenças estão concentradas entre os mais pobres. Para doenças como asma, doença coronária, incontinência urinária e depressão a desigualdade é evidente. Para outras variáveis de saúde também, embora a desigualdade tenha uma dimensão menor, como a doença respiratória, artrose, dores cervicais e problemas renais. As dores lombares, HTA, colesterol, diabetes e doença crônica foram aquelas onde o grau de desigualdade em prejuízo das pessoas com menores rendimentos foi menor.

No entanto, o grau de incerteza para alguns dos índices é relevante para a análise, refletindo-se na amplitude acentuada dos intervalos, cruzando o valor 0, no caso das alergias. Por esta razão, para a variável das alergias não é possível afirmar a existência de desigualdade em prejuízo de nenhum dos grupos, apesar do valor do índice ser positivo. Já para as variáveis enfarte do miocárdio e AVC, verifica-se que estão concentradas entre os mais pobres e a amplitude elevada dos intervalos é, possivelmente, justificada por se tratar de condições com uma frequência baixa na amostra.

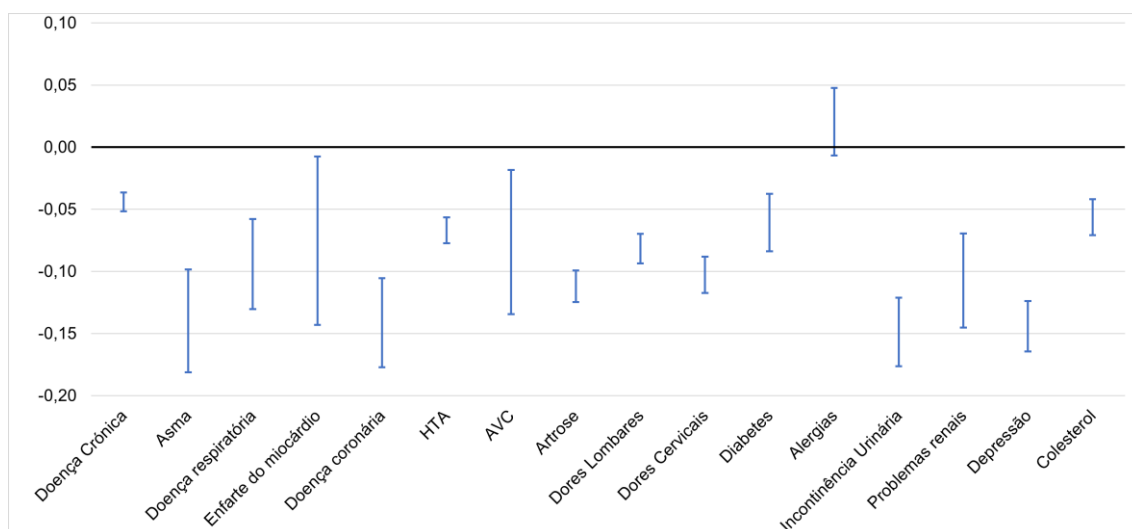


Figura 9 - Intervalos de confiança a 95% das variáveis do modelo médico

Relativamente às variáveis do modelo socio funcional, os intervalos de confiança corroboram os resultados acima descritos. Para a maioria das condições, as pessoas com menores rendimentos apresentam um maior grau de dificuldade (Figura 10).

Os maiores níveis de desigualdade foram encontrados para as variáveis: dificuldade visual, em caminhar, em subir e descer degraus, de memória e concentração, em morder e mastigar alimentos, em deitar e levantar, em vestir e despir, em utilizar a sanita e tomar banho e duche. Todas estas representam atividades nas quais as pessoas com piores rendimentos são afetadas de forma mais acentuada.

Relativamente às dificuldades auditivas, quer em ambiente silencioso, quer em ambiente ruidoso, a desigualdade é menor, quando comparada com as variáveis anteriores.

Os intervalos de confiança referentes à limitação da atividade por problemas de saúde, aos acidentes domésticos e ao absentismo têm uma amplitude elevada e o limite superior perto de 0, no entanto, ambos estão concentrados entre os mais pobres. Os resultados da variável referente ao absentismo indicam que, da percentagem de pessoas com 60 e mais anos que ainda trabalha, são as pessoas com menores rendimentos que faltam mais dias ao trabalho por problemas de saúde.

Para as variáveis tempo de internamento (noites) e acidentes de viação e de lazer, não é possível confirmar a existência de desigualdade em função de nenhum dos grupos, uma vez que os intervalos de confiança cruzam o valor 0.

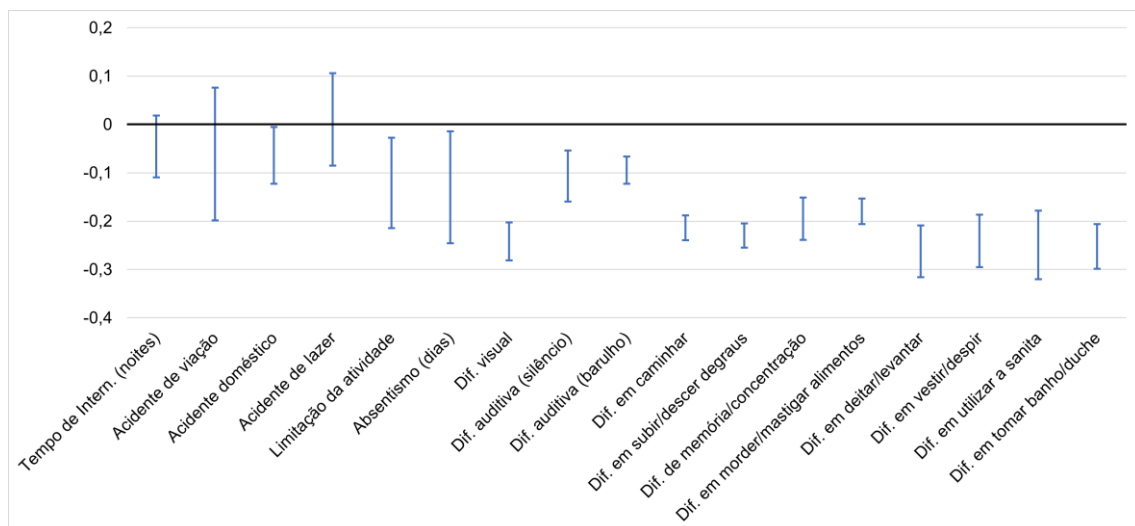


Figura 10 - Intervalos de confiança a 95% das variáveis do modelo socio funcional

5. Discussão

Este estudo veio contribuir para o aumento do conhecimento sobre as desigualdades em saúde na população com 60 e mais anos, demonstrando que a concentração das doenças é maior entre os mais pobres. Em geral, este grupo de pessoas faz uma autoavaliação negativa do seu estado de saúde, concentra níveis mais elevados de doenças e revela um pior estado funcional nas atividades quotidianas.

A autoavaliação do estado de saúde é um dos indicadores mais frequentes nos inquéritos de saúde de base populacional e verifica-se que as pessoas mais pobres fazem uma pior autoavaliação da sua saúde, sobretudo em Portugal.⁵² Embora se trate de uma variável subjetiva, a autoavaliação do estado de saúde é um bom preditor da mortalidade entre os mais velhos.^{53,54}

Os resultados do estudo demonstraram que a classificação negativa dos estados de saúde geral e oral está concentrada entre os mais pobres. A autoavaliação negativa destes parâmetros pode ser reflexo da maior morbilidade neste grupo de pessoas e do acumular de vários fatores que contribuem para que os mais pobres se considerem com pior saúde, como o facto de terem disponíveis menos recursos pessoais, materiais e sociais para gestão dos problemas de saúde.

O mesmo se verificou para as variáveis que avaliaram a dor. As pessoas mais pobres referiram com maior frequência que a intensidade da dor que sentiam era moderada a intensa e que esta influenciava de forma muito acentuada o seu quotidiano. A desigualdade socioeconómica encontrada para a influência da dor no quotidiano destas pessoas foi elevada, sugerindo que a dor é objetivamente de maior intensidade, ou que perante uma situação de dor, os mecanismos para a sua gestão podem ser deficitários, como a falta de literacia em saúde, medicação desadequada ou até ausência de medicação, ou o facto da gestão da dor não ser tão prioritária quando comparada com as restantes problemáticas que possam coexistir.

Este estudo indica que é entre os mais pobres da população com 60 e mais anos que há maior concentração de diversas patologias, correspondendo ao que seria expectável, de acordo com a literatura. Para a maioria das doenças, a concentração foi maior entre os mais pobres, nomeadamente em doenças como a asma, a doença coronária, a incontinência urinária e a depressão. Para todas as outras patologias, à exceção das alergias, os resultados seguiram a mesma tendência.

Para a variável das alergias não foi possível afirmar a existência de desigualdade em detrimento de nenhum dos grupos socioeconómicos, mas os resultados apontam para que a sua concentração seja, possivelmente, maior entre os mais ricos. As alergias podem representar um problema de saúde de baixa importância para as pessoas mais pobres levando à desvalorização da sua existência, ou em alguns casos, o desconhecimento de quais os seus sintomas. Para além disso, existe uma maior propensão para que as pessoas com um estatuto socioeconómico mais favorável sejam diagnosticadas com este problema e, possivelmente, algum efeito de seleção natural, por terem sido mais protegidos em crianças. Estas razões podem ser explicativas da sua concentração não ser maior entre os mais pobres.

A população de 60 e mais anos apresenta uma menor capacidade funcional entre os mais pobres, o que se traduz em maiores dificuldades na execução das atividades da vida diária. Para a maioria das variáveis, à exceção do tempo de internamento (ligeiramente) e dos acidentes de viação e de lazer, a tendência foi a mesma, maior concentração entre os mais pobres.

Encontrou-se um grau de desigualdade elevado para a dificuldade visual, o que pode indicar que as pessoas com menores rendimentos podem ter maior dificuldade no acesso a próteses oculares, ou adaptar com menor regularidade estas próteses em função do seu grau de dificuldade visual.

Para além da dificuldade visual, encontrou-se também um grau de desigualdade elevado na realização de outras atividades da vida diária como caminhar, subir e descer degraus, memória e concentração, morder e mastigar alimentos, deitar e levantar, vestir e despir, utilizar a sanita e tomar banho ou duche. Algumas das hipóteses que podem ajudar a compreender estes resultados prendem-se com o facto de as pessoas mais pobres concentrarem maior morbilidade, dificultando a execução das tarefas. Estas pessoas são também aquelas que têm menos recursos económicos e sociais que possam ajudar a atenuar estas dificuldades, como cuidados no domicílio, redes de apoio, habitações adequadas, entre outros.

Quando analisados os três tipos de acidentes compreende-se que, tanto o acidente doméstico como o acidente de viação têm índices de concentração negativos de valor muito aproximado. No entanto, no caso dos acidentes de viação, devido à baixa prevalência na população estudada a amplitude dos intervalos de confiança é grande ficando o limite superior do índice de concentração acima de zero. Já no caso dos acidentes domésticos a concentração é inequivocamente maior entre os mais

pobres. Este aspeto pode dever-se às condições deficitárias das habitações das pessoas mais pobres, que leva a um maior número de acidentes, ou também ao facto destas pessoas poderem estar mais isoladas e passarem mais tempo nas suas casas, aumentando a probabilidade de acidentes deste tipo. Em contrapartida, os resultados quase proporcionais (tendo em conta os intervalos de confiança) dos acidentes de viação e de lazer, podem dever-se ao facto de ser menos comum entre pessoas de menor rendimento ter um veículo ou ter tempo de lazer. Assim, ao estarem menos expostos ao risco, têm menor probabilidade de vir a sofrer acidentes deste tipo.

De forma geral, os resultados do estudo sugerem que, perante os mesmos desafios provocados pelo processo de envelhecimento, as pessoas com menos rendimentos são afetadas com maior intensidade. O rendimento parece afetar a saúde da população com 60 e mais anos a vários níveis, contribuindo para que se sintam com pior saúde, tenham mais doenças e menor capacidade funcional. Estes resultados podem também refletir o acumular de vários fatores que se relacionam com o rendimento e que contribuem para o aumento da vulnerabilidade dos mais velhos: isolamento social, habitações desadequadas, pior saúde mental, piores empregos, políticas de saúde pública desadequadas, e a influência de outros determinantes.

5.1. Comparação com outros estudos

Os resultados do estudo demonstram que, para a maioria das variáveis de saúde analisadas, existe desigualdade socioeconómica para a população com 60 e mais anos em função do rendimento, corroborando os resultados de estudos anteriores.

A desigualdade socioeconómica nos parâmetros de saúde analisados persiste ao longo do tempo no país, com valores superiores aos da média europeia.⁵⁵ Estas desigualdades socioeconómicas podem ser explicadas à luz de vários fatores, entre os quais piores estilos de vida e menor acesso a cuidados de saúde especializados que se fazem sentir entre os mais desfavorecidos.⁵⁵ Importa realçar que a população considerada neste estudo é aquela onde, de acordo com a literatura, as desigualdades em saúde estão esbatidas e são menores, quando comparadas com os mais jovens.¹²

A desigualdade em saúde em Portugal é um problema conhecido e para o qual já existe alguma evidência, sendo o rendimento um dos determinantes com influência sobre estes resultados.

A autoavaliação negativa do estado de saúde concentrada entre os mais pobres foi um dos achados do estudo. As desigualdades socioeconómicas neste parâmetro têm estado presentes na população portuguesa ao longo do tempo, de acordo com os resultados dos INS passados, verificando-se um ligeiro aumento entre 2005/2006 e 2014.⁵⁵ Portugal é um dos três países onde foram encontradas maiores diferenças na autoavaliação do estado de saúde em relação ao rendimento.⁵⁶ Comparativamente com outros países da OCDE, estes valores são elevados em Portugal, sendo especialmente frequentes na faixa etária em estudo⁴¹ e influenciados pelo rendimento.³³

A autoavaliação do estado de saúde é influenciada por vários fatores. Para a população com 70 e mais anos, a existência de comorbilidades e o estado funcional das pessoas foram identificados como fatores que condicionam a autoavaliação.⁵⁷ Um estudo realizado na população italiana encontrou uma correlação entre o rendimento e a autoavaliação do estado de saúde e concluiu que este parâmetro pode ser um melhor preditor da hospitalização e da necessidade de consultas de especialidade do que a existência de um diagnóstico de doenças.⁵⁸

Assim, os resultados deste estudo vão ao encontro da literatura, refletindo as desigualdades socioeconómicas na autoavaliação do estado de saúde geral e oral em prejuízo dos mais pobres. O estatuto socioeconómico influencia a ida ao médico e ao dentista, pois indivíduos com níveis de educação baixos tendem a frequentar menos estas consultas.⁴²

Em termos de morbilidade os resultados do estudo foram ao encontro dos resultados encontrados noutros trabalhos para a população portuguesa. Nos vários estudos realizados encontraram-se situações de desigualdade associadas ao estatuto socioeconómico no que respeita à morbilidade, estando mais concentrada entre aqueles com um estatuto socioeconómico mais vulnerável.^{26,28-30}

Entre as doenças estudadas foi encontrada desigualdade socioeconómica em Portugal para as doenças cardiovasculares,²⁹ respiratórias,³⁰ diabetes e hipertensão.^{59,60} Um dos estudos indicou que, para além da maior prevalência de doenças cardiovasculares nas pessoas com estatuto socioeconómico mais baixo, também os fatores de risco para doenças como HTA e diabetes, são mais frequentes neste grupo.²⁹

A desigualdade socioeconómica para a diabetes encontrada para a população de 60 e mais anos foi ligeiramente inferior ao valor encontrado noutro estudo feito à população portuguesa, a partir dos 25 anos, que também utilizou os índices de concentração para o cálculo da desigualdade.⁶¹

No presente estudo foram encontrados resultados semelhantes aos já referidos na literatura, verificando-se maior concentração de doenças cardiovasculares, como HTA, doença coronária, AVC, enfarte do miocárdio, mas também doenças como diabetes, depressão, incontinência urinária e outras.

As desigualdades socioeconómicas na morbilidade para a população portuguesa têm persistido ao longo do tempo, tal como comprovam estudos anteriores que recorrem ao INS.^{51,62,63} Um estudo, que usou dados do primeiro inquérito de âmbito nacional, de 1987, encontrou maior concentração de doenças entre os indivíduos mais pobres.⁶² Uns anos mais tarde, outro estudo que analisou os dados do INS 1998/1999, demonstrou que as desigualdades no estado de saúde em prejuízo das pessoas com estatuto socioeconómico mais desfavorável se mantiveram e o nível de desigualdade encontrado foi superior em indicadores que mediam a severidade da doença.⁶³ A tendência manteve-se de acordo com os resultados dos INS seguintes, verificando-se um aumento das desigualdades no que respeita à morbilidade entre 2005/2006 e 2014.⁵⁵

O resultado encontrado para as alergias, de uma possível maior concentração entre os mais ricos, já tinha sido identificado num estudo anterior, usando o INS 1995/1996, onde é reportado um resultado semelhante para a população portuguesa.⁶⁴

Relativamente à capacidade socio funcional, os resultados seguem a mesma tendência dos restantes indicadores de saúde analisados, mas foram aqueles onde se registaram maiores níveis de desigualdade. As pessoas mais pobres concentram maiores limitações na sua capacidade funcional, seguindo a tendência da população portuguesa nos últimos anos.⁵⁵ Também noutro estudo foi encontrada uma relação entre o estatuto socioeconómico dos idosos, nomeadamente entre o rendimento e o nível de educação, e a dificuldade na realização de atividades da vida diária.⁶⁵

De acordo com dados da OCDE, em 2019, apenas 1,9% da população portuguesa com mais de 65 anos recebeu cuidados continuados, um valor inferior ao da média dos restantes países (10,7%).⁴¹ Estes valores podem ser explicativos da razão pela qual a desigualdade em prejuízo dos mais pobres nestas variáveis de saúde é mais acentuada, uma vez que, parte da população que referiu estas dificuldades talvez devesse ser institucionalizada, face às suas dificuldades, ou receber apoio na realização das atividades da vida diária.

A pobreza entre os indivíduos mais velhos é a realidade da maioria dos países europeus. As pessoas idosas são um grupo especialmente frágil no que respeita à pobreza, nomeadamente as pessoas com 80 ou mais anos.⁶⁶ A situação de pobreza

origina um conjunto de fatores que podem contribuir para uma pior saúde das pessoas mais velhas, nomeadamente o facto de poderem viver em habitações desadequadas face às suas necessidades e em bairros mais desfavorecidos, o que afeta a sua segurança e dificulta o acesso a certos serviços, como hospitais.⁶⁶

Em Portugal, existe um número elevado de pessoas da faixa etária em estudo cujos rendimentos são baixos. Em 2020, cerca de 87% da população com mais de 65 anos estaria abaixo do limiar da pobreza se não recebesse apoios sociais, como reformas e subsídios. Ainda assim, mesmo após estes apoios cerca de 20.1% da população desta faixa etária está abaixo do limiar da pobreza.⁶⁷

De acordo com o índice de Gini apurado para Portugal, em 2020, verificou-se uma taxa de desigualdade na distribuição de rendimentos de cerca de 33%, superior ao da média da União Europeia (30%).^{68,69} O rendimento é um bom preditor do consumo das famílias e influencia muitas das ações necessárias para melhorar a saúde, como a adoção de comportamentos preventivos, ou o acesso a consultas de especialidade. A este respeito, a evidência sugere que as pessoas mais pobres tendem a frequentar menos consultas de especialidade e Portugal é um dos países onde se encontraram maiores desigualdades neste aspeto.⁷⁰

Apesar das desigualdades relacionadas com o rendimento serem elevadas em Portugal, fazem parte da realidade dos países europeus, com várias oscilações no grau de desigualdade consoante o país.⁷¹ Um estudo realizado por van Doorslaer e Koolman comparou 13 países europeus e foi em Portugal que se encontrou um maior grau de desigualdade em saúde, seguindo-se o Reino Unido e a Dinamarca e um grau de menores desigualdades em países como a Holanda e a Alemanha, mas também em Itália, Bélgica, Espanha, Áustria e Irlanda.²⁷

Alguns estudos internacionais encontraram também desigualdades em saúde associadas ao rendimento, como é o caso de um estudo realizado à população canadense que concluiu que grupos individuais mais pobres e com níveis de educação mais baixos não beneficiaram da mesma forma com as melhorias alcançadas em termos de mortalidade evitável e mortalidade prematura, comparativamente com os grupos socioeconomicamente mais favorecidos.⁷² Também nos Estados Unidos se verificou que o rendimento influencia a esperança média de vida, tendo sido encontrada uma maior longevidade nos grupos com maiores rendimentos.⁷³

Ao abordar a influência do estatuto socioeconómico enquanto agente causador de desigualdades em saúde a vários níveis importa referir que a saúde também poderá ter

influência no estatuto socioeconómico, através de situações de desemprego, reformas antecipadas e outros.⁷¹

A origem das desigualdades em saúde entre indivíduos de diferentes classes socioeconómicas pode ser explicada à luz de diversos argumentos. Um deles prende-se com o facto de o estado de saúde influenciar a posição social dos indivíduos, isto é, melhores níveis de saúde estarem associados a melhor posição social, e vice-versa. Por outro lado, o gradiente em saúde pode ser explicado pelo facto de pessoas com uma posição social mais favorável reunirem um conjunto de características favoráveis para a saúde, como mais recursos, maior conhecimento, mais apoio, entre outros, comparativamente com indivíduos com uma posição social menos favorável.⁷⁴

A influência destas duas hipóteses na existência de desigualdades varia consoante a dimensão do estatuto socioeconómico analisada. Para questões relacionadas com o sucesso no mercado de trabalho, ambas as hipóteses são explicativas das desigualdades. Quando se analisa a educação, o rendimento ou a classe laboral, a posição social é mais relevante para a existência de desigualdades do que as diferenças no estado de saúde.⁷⁴

Os efeitos da pandemia por COVID-19 poderão representar um novo desafio para Portugal e para o mundo no que respeita às desigualdades em saúde. A pandemia por COVID-19 veio acentuar a vulnerabilidade das pessoas com um estatuto socioeconómico mais baixo, verificando-se que o risco de infeção foi maior nestes grupos, bem como a probabilidade de morte.²⁸ Em Portugal, identificaram-se desigualdades em oito doenças relacionadas com a mortalidade por COVID-19, sugerindo que as desigualdades já existentes possam também ter contribuído para as desigualdades em termos de mortalidade, prejudicando sistematicamente as pessoas com um estatuto socioeconómico mais desfavorável.²⁸ Para além das desigualdades em relação à doença, também os diagnósticos tardios e os atrasos nos tratamentos de outras doenças provocados pela pandemia podem piorar os resultados em saúde e acentuar as desigualdades socioeconómicas, nomeadamente na população mais velha.⁷⁵

5.2. Limitações

Uma das principais limitações deste estudo prende-se com o facto do INS não incluir a população portuguesa institucionalizada, que é um fator relevante tendo em conta a

população escolhida, as pessoas com 60 e mais anos. A não inclusão da população institucionalizada pode introduzir um viés no estudo, não evidenciando de forma tão clara a realidade da saúde das pessoas mais velhas.

Adicionalmente, o INS, enquanto inquérito de base populacional por meio de entrevista, pode contemplar algumas respostas menos válidas e a possibilidade de vieses de memória.

Outra das limitações do estudo relaciona-se com o facto da variável rendimento familiar ser disponibilizada aos investigadores em quintis, o que resultou na perda de alguma informação e um reporte menos detalhado dos dados. Sendo esta a variável socioeconómica utilizada, o acesso a dados menos agregados daria maior robustez à análise, no entanto, os dados são cedidos pelo INE apenas neste formato.

Para além dos vieses anteriores, ligados à base de dados, a não padronização da população por idade e por sexo foi também uma limitação do estudo, podendo introduzir um potencial viés. Esta padronização não foi feita por se considerar a população com 60 e mais anos um grupo relativamente homogéneo.

Dado o tipo de estudo realizado, não é possível aferir relações de causalidade. Para a realização deste trabalho foi feito um estudo transversal, que apenas permite retratar a população em estudo no momento da análise, sendo necessário um estudo longitudinal, em que os indivíduos fossem acompanhados ao longo do tempo, para inferir relações de causalidade entre o rendimento e as desigualdades em saúde para esta população.

Apesar das limitações, o estudo tem também pontos fortes. É de realçar, por exemplo, o seu contributo para o aumento do conhecimento da associação entre o rendimento familiar e o estado de saúde dos indivíduos com 60 e mais anos. No caso português, embora vários estudos tenham analisado a relação ao nível global da população, nenhum se debruçou sobre este grupo demográfico em particular. Uma vez que o conhecimento em relação à desigualdade em saúde e respetivos determinantes é menor para esta faixa etária do que para outras, estudos como este tornam-se cada vez mais pertinentes, quer a nível internacional, quer nacional.

A escolha da faixa etária do estudo também foi um aspeto relevante, tendo em conta a tendência demográfica de envelhecimento populacional e a crescente necessidade de melhores soluções em saúde para as pessoas mais velhas. Este estudo chama a atenção para uma problemática importante no país e que carece de investigação.

5.3. Recomendações

A população com 60 e mais anos está em crescimento em Portugal e no mundo, acentuando a tendência de envelhecimento. Os determinantes sociais da saúde, como é o caso do rendimento, influenciam a saúde das pessoas ao longo da sua vida e este estudo e outros semelhantes alertam para as desigualdades que se fazem sentir entre a população mais velha.

Como referido ao longo do estudo, a vulnerabilidade das pessoas mais velhas existe e tende a acentuar-se ao longo do processo de envelhecimento. No decorrer deste processo, é também expectável que a saúde se deteriore e, conseqüentemente, que aumentem os gastos e complicações relacionadas. Deste ponto de vista e tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, fazem-se algumas recomendações no que respeita às políticas de saúde pública e alguns tópicos de interesse para investigação futura.

As políticas de saúde devem, primeiramente, ser pensadas à luz daquilo que são as principais dificuldades reportadas pelas pessoas desta faixa etária e baseadas em evidência. Os resultados do presente estudo realçam a necessidade de melhorar as políticas de proteção social das pessoas com 60 e mais anos, neste caso, em termos de rendimento e apoios sociais uma vez que as pessoas com menores rendimentos reportam pior saúde.

De entre as várias ações a realizar para reduzir as desigualdades, enumeram-se algumas ideias de políticas de saúde que poderiam ter um impacto positivo na redução das desigualdades. No que respeita às políticas de proteção social, o aumento dos subsídios desta população ou alteração das formas de pagamento de certos bens ou serviços, poderia ajudar a minimizar a influência do rendimento na saúde individual.

Adicionalmente, o aumento da literacia em saúde da população mais velha poderia contribuir para que os indivíduos compreendessem melhor as questões relacionadas com a sua saúde e percebessem quais os recursos disponíveis, podendo mobilizá-los a seu favor.

A desigualdade na capacidade funcional sugere que as pessoas com 60 e mais anos com menores rendimentos iriam, possivelmente, beneficiar de serviços de apoio mais acessíveis ou de uma maior resposta de instituições, como lares, residências sénior e outros. Neste âmbito, a prestação de cuidados e serviços em ambulatório gratuitos, nomeadamente serviços de apoio domiciliário, poderiam minimizar as desigualdades no que respeita à capacidade funcional.

Para que as políticas correspondam verdadeiramente às necessidades desta população, é necessário que se faça o levantamento das mesmas, através de estudos, e a sua avaliação posterior, para verificar qual o seu impacto na saúde das pessoas. Ainda assim, reconhece-se a dificuldade na elaboração destas políticas, face à heterogeneidade que caracteriza o processo de envelhecimento e o pouco investimento que é canalizado para políticas cuja população idosa seja o público-alvo.

Para além destas sugestões, seria relevante que as políticas de saúde focassem outros aspetos além da prestação de melhores cuidados de saúde a esta população. Políticas de cariz longitudinal, que acompanhassem os indivíduos ao longo do tempo e focassem mais as questões da prevenção ao longo da vida, de forma a contribuir para um processo de envelhecimento mais saudável, seriam também uma opção interessante.⁷⁶

Outras recomendações que sobressaem deste estudo prendem-se com investigação futura. Embora se tenha demonstrado que há uma associação bastante forte entre o rendimento das famílias e os níveis de saúde das pessoas com 60 e mais anos, é necessário aprofundar o conhecimento sobre as desigualdades nesta faixa etária e sobretudo estudar a eficácia de políticas e estratégias para a sua atenuação. Futuramente, é relevante realizar outros estudos que permitam aferir quais os determinantes com maior influência na saúde das pessoas mais velhas e conduzir estudos com outras bases de dados para confirmar os resultados encontrados.

Investigar questões relacionadas com a desigualdade socioeconómica na faixa etária em estudo é também útil para que se possam fazer comparações entre grupos e compreender se estas discrepâncias no estado de saúde de diferentes grupos tendem a dissipar-se ou não com o tempo. Estes estudos devem orientar as políticas no âmbito da saúde para redução das desigualdades.

No futuro, tópicos para novas investigações podem passar pela elaboração de estudos semelhantes ao realizado, utilizando outras variáveis de caracterização socioeconómica, como a educação, ou comparando as desigualdades por região, tipo de família, ou consoante o sexo. Pode também replicar-se a análise efetuada procedendo-se à padronização por idade e sexo, para testar a hipótese adotada de que a faixa etária em estudo é relativamente homogénea. Finalmente, poder-se-á proceder a outros tipos de análises, como a análise multifatorial, incluindo as variáveis sociodemográficas e socioeconómicas usadas neste estudo para caracterizar a amostra, ou proceder a uma análise de decomposição dos índices de concentração e outras medidas de desigualdade.^{77,78}

6. Conclusão

Este estudo demonstrou que, em Portugal, o rendimento está sistematicamente associado aos níveis de saúde da população com 60 e mais anos. Seja qual for o tipo de indicador de morbilidade considerado, a conclusão é invariavelmente a mesma. Os mais pobres apresentam uma pior autoavaliação do seu estado de saúde, sofrem desproporcionalmente de diversas patologias e reportam níveis mais elevados de incapacidade funcional. O Inquérito Nacional de Saúde mais recente oferece-nos evidência clara de que existe desigualdade em saúde na população de 60 e mais anos que prejudica os mais pobres.

O trabalho contribuiu para o aumento do conhecimento das desigualdades que se fazem sentir na população mais velha e permitiu explorar a associação entre rendimento e saúde, numa faixa etária em que as desigualdades tendem a ser menores comparativamente com os mais jovens.

O presente estudo alerta para a necessidade de melhores estratégias e políticas de saúde pública que tenham em vista a redução das desigualdades em saúde para a população mais velha e para a necessidade de se compreender, de forma mais aprofundada, a influência do rendimento na saúde desta população. Evidencia ainda uma maior necessidade de apoio e proteção social para os mais velhos.

Os resultados devem ser amplamente estudados e corroborados por estudos futuros para que se conheçam as necessidades e fragilidades das pessoas mais velhas e se compreendam quais os motivos para a existência de desigualdades.

7. Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen; 2013.
2. Marmot M, Bell R. The Sustainable Development Goals and Health Equity. *Epidemiology*. 2018;29(1):5–7.
3. Pereira J. Economia da saúde. Glossário de termos e conceitos. 4.^a Edição. Documento de trabalho nº1/93. 2004.
4. World Health Organization. Health equity [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 4]. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1
5. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(4):254–8.
6. Diário da República. Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. 2019 p. 55–66.
7. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Direção-Geral da Saúde, editor. Lisboa; 2004.
8. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Versão Resumo. Direção-Geral da Saúde, editor. Lisboa; 2013.
9. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde- Revisão e Extensão a 2020. Direção-Geral da Saúde, editor. Lisboa; 2015.
10. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Direção-Geral da Saúde, editor. 2021.
11. Pereira J, Furtado C. Equidade em saúde: do conhecimento à acção. In: *A Nova Saúde Pública: a Saúde Pública da Era do Conhecimento*. Gradiva; 2011. p. 52–7.
12. Pereira J. Equity, Health and Health Care: An Economic Study with Reference to Portugal. D. Phil Dissertation. University of York; 1995.
13. World Health Organization (WHO). Ageing and health [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

14. World Health Organization. Health in older age. In: World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2015. p. 43–85.
15. Marengoni A, Calderon-Larrañaga A. Health inequalities in ageing: towards a multidimensional lifecourse approach. *Lancet Public Health*. 2020;5(7):e364–5.
16. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian S V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;38(8):261–71.
17. Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med*. 1991;33(5):545–57.
18. van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An International Perspective. Oxford: Oxford University Press; 1993.
19. Yao Q, Li X, Luo F, Yang L, Liu C, Sun J. The historical roots and seminal research on health equity: a referenced publication year spectroscopy (RPYS) analysis. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):1–15.
20. Chadwick E. Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain: supplementary report on the results of special inquiry into the practice of interment in towns. 1842.
21. Durkheim E. *Le suicide: étude de sociologie*. Alcan, editor. Paris; 1897.
22. Fee E, Gonzalez AR. The History of Health Equity: Concept and Vision. *Divers Equal Heal Care*. 2017;14(3):148–52.
23. Amri MM, Jessiman-Perreault G, Siddiqi A, O'Campo P, Enright T, Di Ruggiero E. Scoping review of the World Health Organization's underlying equity discourses: apparent ambiguities, inadequacy, and contradictions. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):1–16.
24. Department of Health and Social Security. Inequalities in health: Report of a research working group. (The Black Report). London; 1980.
25. Marmot M. Just societies, health equity, and dignified lives: the PAHO Equity Commission. *Lancet*. 2018;392(10161):2247–50.
26. Campos-Matos I, Russo G, Perelman J. Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *Int J Equity Health*. 2016;1–10.

27. van Doorslaer E, Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Econ.* 2004;13(7):609–28.
28. Perelman J. Pandemia Sindémica em Portugal: Desigualdade Social nos Fatores de Risco Associados à Mortalidade por COVID-19. *Acta Med Port.* 2022;35(6):443–9.
29. Ribeiro S, Furtado C, Pereira J. Association between cardiovascular disease and socioeconomic level in Portugal. *Rev Port Cardiol.* 2013;32(11):847–54.
30. Alves J, Nunes C, Perelman J. Socio-economic inequalities in tobacco-related diseases in Portugal: an ecological approach. *Public Health [Internet].* 2016;130:36–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2015.08.008>
31. World Health Organization (WHO). Social determinants of health [Internet]. Overview. 2022 [cited 2022 Feb 5]. Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
32. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. 1991.
33. OECD. Health Status. In: *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Geneva: OECD Publishing; 2021. p. 79–102.
34. OECD Health Policy Studies. Inequalities in health and its determinants. In: *Health for Everyone? Social Inequalities in health and health systems*. Paris: OECD Publishing; 2019. p. 44–89.
35. OECD. Preventing ageing unequally. In: *Preventing Ageing Unequally*. Paris: OECD Publishing; 2017. p. 19–71.
36. OECD Health Policy Studies. Health-related inequalities: Framework and key findings. In: *Health for Everyone? Social Inequalities in health and health systems*. Paris: OECD Publishing; 2019. p. 14–43.
37. Sadana R, Blas E, Budhwani S, Koller T, Paraje G. Healthy Ageing: Raising awareness of inequalities, determinants, and what could be done to improve health equity. *Gerontologist.* 2016;56(S2):S178–93.
38. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372(9650):1661–9.

39. World Health Organization (WHO). Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. Wilkinson R, Marmot M, editors. Denmark; 2003.
40. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–104.
41. OECD. Ageing and long-term care. In: *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing; 2021. p. 249–72.
42. Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: Evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med*. 2015;126:154–63.
43. Palladino R, Lee JT, Ashworth M, Triassi M, Millett C. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries. *Age Ageing*. 2016;45(3):431–5.
44. Regidor E. Measures of health inequalities: Part 2. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(11):900–3.
45. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Concentration Curves. In: *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington, DC: The World Bank; 2008. p. 83–93.
46. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. The Concentration Index. In: *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington, DC: The World Bank; 2008. p. 95–108.
47. Kakwani N, Wagstaff A, van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference. *J Econom*. 1997;77(1):87–103.
48. Instituto Nacional de Estatística (INE). Documento Metodológico. Inquérito Nacional de Saúde 2019. Lisboa; 2019.
49. Instituto Nacional de Estatística (INE). O que é e para que serve o coeficiente de Gini? [Internet]. 2013 [cited 2022 Sep 11]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_faqs&FAQSfaq_boui=63627093&FAQSmodo=1&xlang=pt
50. Blaxter M. A comparison of measures of inequality in morbidity. Gower: Health inequalities in European countries Aldershot. 1989;199–230.

51. Pereira J. Income, health and inequality: Portuguese evidence and international comparisons. In: Abrasco, editor. Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: o sujeito na Saúde Coletiva. Salvador: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2000.
52. Pereira J, Lopes S. Income-related inequality in health care in relation to inequalities in need. *Eur J Heal Econ.* 2006;7, Suppl.1:S77.
53. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health.* 1982;72(8):800–8.
54. Wolinsky F, Johnson R. Perceived health status and mortality among older men and women. *J Gerontol.* 1992;47(6):S304–S312.
55. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Desigualdades Sociais em Portugal: evidência recente para Portugal. In: Saúde procuram-se novos caminhos Relatório de Primavera 2016. 2015.
56. Hero JO, Zaslavsky AM, Blendon RJ. The United States leads other nations in differences by income in perceptions of health and health care. *Polit Law Equity.* 2017;36(6):1032–40.
57. Clark CR, Ommerborn MJ, Moran K, Brooks K, Haas J, Bates DW, et al. Predicting self-rated health across the life course: health equity insights from machine learning models. *J Gen Intern Med.* 2021;36(5):1181–8.
58. Cislighi B, Cislighi C. Self-rated health as a valid indicator for health-equity analyses : evidence from the Italian health interview survey. *BMC Public Health.* 2019;19(533):1–13.
59. Leão T, Perelman J, Felício M, Machado V, Lima G. Desigualdades na Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial: Um estudo ao nível de freguesia da Região Norte de Portugal. *Acta Med Port.* 2016;29(10):605–12.
60. Rodrigues A, Gaio V, Kislaya I, Graff-Iversen S, Cordeiro E, Silva AC, et al. Sociodemographic disparities in hypertension prevalence: Results from the first Portuguese National Health Examination Survey. *Rev Port Cardiol.* 2019;38(8):547–55.
61. Santos J, Kislaya I, Antunes L, Santos AJ, Rodrigues AP, Neto M, et al. Diabetes: Desigualdades socioeconómicas na população Portuguesa em 2014. *Acta Med*

Port. 2017;30(7–8):561–7.

62. Pereira J. Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema de saúde português. In: Vianna SM, Piol S, editors. *Economia da Saúde Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília: IPEA; 1995. p. 141–68.
63. Pereira J, Pedro J. Education, income and health inequalities in Portugal. *Appl Health Econ Health Policy*. 2004;3(Suppl.):S52.
64. Pereira J. Challenges with measuring health inequalities in Portugal: what evidence is available? *Workshop de Discussão do Relatório Preliminar da OMS de Avaliação do PNS 2004-2010*. Lisboa; 2009.
65. Liu H, Wang M. Socioeconomic status and ADL disability of the older adults: Cumulative health effects, social outcomes and impact mechanisms. *PLoS One*. 2022;17:1–20.
66. World Health Organization. Towards an age-friendly world. In: *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization; 2015. p. 159–208.
67. PORDATA. Taxa de risco de pobreza por grupo etário: antes e após transferências sociais [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 24]. Available from: <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+risco+de+pobreza+por+grupo+etario+antes+e+apos+transferencias+sociais-3009-252578>
68. Eurostat. Living conditions in Europe - income distribution and income inequality [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 24]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_income_distribution_and_income_inequality&oldid=528159#Key_findings
69. Instituto Nacional de Estatística (INE). Coeficiente de Gini do rendimento monetário líquido por adulto equivalente (%) por Local de residência (NUTS - 2013) [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 24]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004212&contexto=bd&selTab=tab2
70. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006;174(2):177–83.

71. Costa-Font J, Hernández-Quevedo C. Measuring inequalities in health: What do we know? What do we need to know? *Health Policy* (New York). 2012;106(2):195–206.
72. Shahidi FV, Parnia A, Siddiqi A. Trends in socioeconomic inequalities in premature and avoidable mortality in Canada, 1991–2016. *CMAJ*. 2020;192(39):1114–28.
73. Cheety R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, et al. The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA*. 2016;315(16):1750–66.
74. Kröger H, Pakpahan E, Hoffmann R. What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *Eur J Public Health*. 2015;25(6):951–60.
75. González-Touya M, Stoyanova A, Urbanos-Garrido RM. Covid-19 and unmet healthcare needs of older people: Did inequity arise in europe? *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):9177.
76. Scott AJ. The longevity society. *Lancet Heal Longev*. 2021;2(12):820–7.
77. Aldabe B, Anderson R, Lyly-Yrjänäinen M, Parent-Thirion A, Vermeylen G, Kelleher CC, et al. Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(12):1123–31.
78. Clarke PM, Ulf-G G, Connelly LB. A note on the decomposition of the health concentration index. *Health Econ*. 2003;12:511–516.