

# Desigualdade social em saúde entre os idosos da América Latina\*

Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha\*  
Mônica Viegas Andrade♦

Palavras-chave: Desigualdade social, saúde e envelhecimento

## Resumo

O objetivo desse trabalho é verificar se existe desigualdade social em saúde entre os idosos em seis cidades da América Latina, a saber: Buenos Aires (Argentina), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), Havana (Cuba), Cidade do México (México) e Montevidéu (Uruguai). A base de dados utilizada é a SABE 2000. Como os idosos apresentam estado de saúde mais vulnerável e os gastos com saúde são mais elevados, a investigação acerca da presença dessa desigualdade é subsídio importante para a definição de políticas públicas e sociais. A metodologia empregada é a estimação de um modelo probit ordenado, cuja variável dependente é uma medida categórica ordenada não binária do estado de saúde. Esse modelo permite que a probabilidade de ocorrência de cada categoria seja estimada, sem a necessidade de se estabelecer um *cutoff* para classificar os indivíduos como saudáveis ou doentes. Os principais resultados encontrados detectam a presença de desigualdades sociais em saúde a favor dos grupos de escolaridade mais elevada. Essa desigualdade é mais acentuada em São Paulo e na Cidade do México e menor em Buenos Aires, Montevidéu e Havana. Os resultados observados para essas cidades parecem refletir as diferenças no nível de desenvolvimento e no processo de transição demográfica observadas entre os respectivos países. Nas cidades cujos países apresentam melhores indicadores socioeconômicos, a desigualdade social em saúde é mais baixa. Além disso, os países se diferenciam no que se refere ao processo de envelhecimento populacional. Na Argentina, Cuba e Uruguai, o início desse processo foi anterior aos demais países analisados, e está em um estágio mais avançado, apresentando atualmente menores variações da participação dos idosos na população total.

---

\* Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18- 20 de Setembro de 2004.

♦ CEDEPLAR/UFMG.

♦ CEDEPLAR/UFMG.

# Desigualdade social em saúde entre os idosos da América Latina\*

Kenya Valeria Micaela de Souza Noronha\*  
Mônica Viegas Andrade♦

## 1. Introdução

Nas últimas décadas, os países da América Latina têm vivenciado um rápido processo de envelhecimento devido à redução das taxas de mortalidade e principalmente, das taxas de fecundidade. Para os países analisados nesse trabalho, as projeções indicam uma participação crescente da população idosa. Em Cuba, a proporção de idosos passou de 4,9% em 1950 para 9,6% em 2000. Na Argentina, essa participação aumentou de 4,2% para 9,7% nesse período, e no Brasil, variou de 3% para 5,2%. Segundo projeções populacionais, em 2030 a participação dos idosos nesses três países aumentará para 20,6%, 13% e 12,3% respectivamente (tabela 1)<sup>2</sup>.

**Tabela 1 – Proporção de idosos em alguns países da América Latina entre 1950 e 2050**

% da população com 65 anos e mais em alguns países da América Latina	Ano							
	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2030	2050
Argentina	4.2	5.5	7.0	8.1	8.9	9.7	13.0	17.8
Brasil	3.0	3.3	3.7	4.2	4.3	5.2	12.3	18.3
Chile	4.3	4.8	5.1	5.6	6.1	7.2	14.6	17.9
Cuba	4.9	5.0	6.1	7.6	8.4	9.6	20.6	26.50
México	4.4	4.6	4.3	3.8	4.0	4.7	10.9	18.6
Uruguai	8.2	8.1	8.9	10.5	11.5	12.9	15.5	19.10

Fonte: CELADE, 2002.

Essas mudanças no padrão demográfico acarretam importantes implicações para as políticas sociais, especialmente para as políticas de saúde. Nas economias mais desenvolvidas, como o envelhecimento populacional foi gradativo, foi possível promover a organização de seus sistemas previdenciários e de saúde de forma a acomodar o aumento da demanda nesses setores.

O objetivo desse trabalho é verificar se existe desigualdade social em saúde entre os idosos em seis cidades da América Latina, a saber: Buenos Aires (Argentina), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), Havana (Cuba), Cidade do México (México) e Montevidéu (Uruguai). A

\* Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18- 20 de Setembro de 2004.

\* CEDEPLAR/UFMG.

♦ CEDEPLAR/UFMG.

<sup>2</sup> Na França, em 1999 o percentual de idosos acima de 65 anos era igual a 16,64% (Recensement de la Population, 1999). No Inglaterra, em 2000, o percentual de idosos acima de 60 anos era igual a 20,4% (Carvalho e Garcia, 2003).

base de dados utilizada é a SABE 2000 (Peláez et al, 2003). Como os idosos apresentam estado de saúde mais vulnerável e os gastos com saúde são mais elevados, a investigação acerca da presença dessas desigualdades é subsídio importante para a definição de políticas públicas e sociais.

Existem ainda poucos estudos que buscam avaliar a presença da desigualdade social em saúde, sobretudo análises comparativas entre os países menos desenvolvidos. A maior parte dos trabalhos existentes se constitui em uma extensão da literatura empírica preocupada em investigar a presença dessa desigualdade para todos os grupos de idade e para a população em idade ativa, sendo em sua maioria realizada para as economias mais avançadas<sup>3</sup>. Para esses países, a evidência empírica constata a presença dessa desigualdade favorável aos idosos que pertencem a grupos sociais privilegiados.

A análise realizada nesse trabalho compreende países diferenciados em termos de seu padrão de envelhecimento e do nível de desenvolvimento econômico, bem como no que se refere ao desenho institucional dos sistemas de saúde. Essas diferenças podem acarretar padrões distintos de desigualdades sociais em saúde e na utilização desses serviços. Considerando as características do processo de transição demográfica, podemos classificá-los em três grupos<sup>4</sup>. O primeiro compreende os países cujo processo é precoce em relação às demais economias da região. Esse é o caso da Argentina, Cuba e Uruguai, que se destacam por apresentar os melhores indicadores socioeconômicos (tabela 2). No segundo estão os países que experimentaram um processo de transição tardio, como o México. O Brasil e o Chile se classificam no grupo de transição intermediária<sup>5</sup>. As diferenças no *timing* do processo de transição acarretam padrões distintos de envelhecimento populacional e na resposta do setor público para acomodar as demandas decorrentes desse processo.

**Tabela 2. Indicadores socioeconômicos dos países analisados**

Países	Índice de Gini <sup>a</sup>	Taxa de Analfabetismos de adultos <sup>b</sup>	IDH 2000 <sup>b</sup>
Argentina	47.02	3.2	0.844
Brasil	59.06	14.8	0.757
Chile	56.02	4.2	0.831
Cuba	...	3.3	0.795
México <sup>c</sup>	52.76	8.6	0.796
Uruguai	42.09	2.3	0.831

(a) Székely e Hilgert, 2000.

(b) PNUD, 2002.

No que se refere às características dos sistemas de saúde, dos seis países analisados, cinco podem ser caracterizados por apresentarem sistemas de saúde misto, mas a participação de cada um dos setores, privado e público, é bastante diferenciada. Uma possível tipologia

<sup>3</sup> Huisman, Kunst e Mackenbach (2003), Smith e Kington (1997a), Smith e Kington (1997b), Portrait, Lindeboom e Deeg (1999), Portrait, Lindeboom e Deeg (2001), Ourti (2003).

<sup>4</sup> Palloni et all (1999).

<sup>5</sup> Essa tipologia foi desenvolvida para o país e não para as cidades. Nesse sentido, esse trabalho utiliza informações sobre a média do país como uma aproximação para as informações específicas para as cidades amostradas. Apesar de apresentarem um perfil demográfico e de desenvolvimento mais avançado do que aquele observado no âmbito nacional, as cidades analisadas acompanham o processo observado no país, uma vez que estão inseridas nesse padrão médio. Como a análise é realizada para as principais cidades de cada país, mesmo que estejam em um nível mais avançado que a média nacional, é razoável supor que as cidades mantêm entre elas a mesma posição relativa no processo de transição demográfica observada entre os respectivos países.

classifica os países segundo a principal fonte de financiamento variando de uma cobertura com predomínio de recursos privados a uma cobertura totalmente pública. De acordo com essa classificação, os países são ordenados da seguinte forma: Uruguai, Chile, Brasil, Argentina, México e Cuba. Considerando o total da população, observamos que 65% dos indivíduos no Uruguai são cobertos pelo setor privado, contrapondo com 2% no México. Em Cuba, 100% da população recebe atendimento no setor público. Na Argentina e no México, a maior parte da população é atendida pelo sistema de seguridade social (tabela 3).

**Tabela 3. Proporção da população coberta por tipo de financiamento.**

Países	% da pop. coberta pelo setor privado <sup>a</sup>	% da população coberta pelo setor público	% da população coberta por seguro social
Uruguai	55.00	38.00	0.00
Chile	35.30	64.47	0.00
Brasil	25.00	75.00	0.00
Argentina	11.75	36.60	51.65
México <sup>b</sup>	2.00	43.00	49.00
Cuba	0.00	100.00	0.00

Fonte: OPAS, 1998 e Fleury et al, 2001.

(a) Inclui % da população coberta por algum plano de saúde privado e % da população sem plano de saúde, mas que tem acesso aos serviços através do setor privado, mediante desembolso direto.

(b) No México estima-se que 51% da população é coberta por algum plano de saúde (OPAS, 1998). Das pessoas cobertas, estima-se que cerca de 2% possui seguro privado de saúde (Tamez e Molina, 2001).

Essas diferenças no grau de cobertura por tipo de financiamento, observadas entre os países, resultam das diferenças na organização da oferta dos serviços de saúde. No Uruguai, Chile e Brasil, o sistema de saúde é composto por dois setores: público e privado. O atendimento no setor público pode ocorrer através da cobrança de alguma taxa que varia segundo a renda, como no caso do Uruguai e Chile, ou gratuitamente, como no Brasil. O atendimento no setor privado é em sua maioria realizado a partir da compra de planos ou seguros de saúde, cuja adesão pode ser voluntária ou compulsória<sup>6</sup>.

Na Argentina e no México, a organização do sistema de saúde é mais segmentada. Além dos setores público e privado, a oferta dos serviços ocorre também através do sistema de seguridade social. Esse sistema está vinculado ao mercado de trabalho e a adesão é compulsória<sup>7</sup>. Dos sistemas de saúde analisados, Cuba é o único país onde o Estado assume totalmente a responsabilidade de organizar e financiar a oferta dos serviços, cobrindo 100% da sua população.

Os resultados encontrados nesse trabalho para as cidades refletem em certa medida essas diferenças observadas entre os países, especialmente no que diz respeito às características demográficas e socioeconômicas. Em todas as cidades latino-americanas analisadas, constatamos a presença de desigualdades sociais em saúde a favor dos grupos de escolaridade

<sup>6</sup> No Uruguai, esse setor é representado pelas IAMCs - Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMCs) e no Chile, pelas ISAPREs – Instituciones de Salud Provisional. No Brasil, observamos uma diversidade de empresas de planos ou seguros de saúde.

<sup>7</sup> Na Argentina, o seguro social de saúde é composto pelas Obras Sociais e o Instituto Nacional de Seguridade Social para Aposentados e Pensionistas (INSSJYP). O sistema é financiado por contribuições dos trabalhadores e é caracterizado como um sistema semi-público, uma vez que a sua criação requer a autorização do estado, que pode intervir na sua administração. No México, o sistema de seguridade social é composto pelo Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e instituições que oferecem serviços de saúde para grupos específicos de trabalhadores.

mais elevada. Essa desigualdade é mais acentuada em São Paulo (Brasil) e na Cidade do México (México) e menor em Buenos Aires (Argentina), Montevideu (Uruguai) e Havana (Cuba).

Esse artigo está dividido em mais três seções além desta. Na próxima apresentamos a metodologia e as variáveis utilizadas. A quarta seção discute os principais resultados, e a última conclui.

## 2. Materiais e Métodos

### 2.1. Metodologia e variáveis dependentes

A base de dados utilizada é a SABE 2000 que abrange a área urbana das seguintes cidades: Buenos Aires (Argentina), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), Havana (Cuba), Cidade do México (México) e Montevideu (Uruguai). Essa pesquisa é inédita na região e permite a realização de estudos comparativos entre essas cidades. Para avaliar a presença da desigualdade social em saúde estimamos um modelo probit ordenado<sup>8</sup>.

As variáveis dependentes utilizadas compreendem quatro indicadores do estado de saúde, sintetizadas no quadro 1. A escolha de mais de um indicador permite considerar as várias dimensões do estado de saúde, além de verificar a robustez dos resultados.

**Quadro 1. Variáveis Dependentes do Modelo Probit Ordenado**

Variáveis Dependentes	Descrição
	<b>1.1. Aspectos da Funcionalidade Física</b>
Atividades da Vida diária	As AVD's constantes na SABE/99 são: cruzar o quarto, vestir-se, tomar banho, comer, levantar e deitar na cama, ir ao banheiro. Assume valores entre 0 e 6, definidos pelo número de atividades que o indivíduo não consegue realizar. Representam respectivamente os indivíduos saudáveis (sem limitações para realizar as tarefas) e aqueles com dificuldades para realizar todas essas atividades.
Atividades Instrumentais da Vida Diária	As AIVDs constantes na SABE/99 são: preparar comida, manusear o seu próprio dinheiro, sair, comprar alimentos, telefonar, realizar tarefas domésticas leves, tarefas domésticas pesadas e tomar seus medicamentos. Assume valores entre 0 e 8, definidos pelo número de atividades que o indivíduo não consegue realizar. O valor máximo representa o maior grau de incapacidade, ou seja, indivíduos que não conseguem desempenhar todas essas atividades.
Mobilidade Física	Assume valores entre 0 e 3 representando respectivamente as seguintes categorias de resposta: Consegue correr um quilômetro e meio; Não consegue correr um quilômetro; mas consegue caminhar várias ruas; Não consegue caminhar várias ruas, mas consegue caminhar uma rua; Não consegue caminhar uma rua.
<b>1.2. Aspectos mais amplos do estado de saúde</b>	
Estado de Saúde Auto Avaliado	Assume valores entre 0 e 4 representando respectivamente as seguintes categorias de resposta: Excelente, Muito Bom, Bom, Regular, Ruim.

Todas essas medidas são variáveis categóricas ordenadas não binárias, onde o valor mínimo e máximo representa respectivamente o melhor e o pior estado de saúde. A estimação do modelo probit ordenado permite que a probabilidade de ocorrência de cada categoria seja

<sup>8</sup> Um outro método usual na literatura para se medir a desigualdade social em saúde é através da construção de índices de concentração em saúde, obtido a partir da relação entre a proporção acumulada da população ordenada de forma crescente pelo nível sócio econômico contra a proporção acumulada de indivíduos reportando um determinado estado de saúde. Como as variáveis que compõem os eixos da ordenada (estado de saúde) e abscissa (posição socioeconômica) são diferentes, as curvas de concentração podem cruzar a diagonal, dificultando a comparação entre os países.

estimada, sem a necessidade de se estabelecer um *cutoff* para classificar os indivíduos em doentes ou saudáveis.

A tabela 4 mostra o percentual de idosos com pior estado de saúde. Essa proporção é sensível à medida de saúde considerada e varia entre as cidades. Para as variáveis que medem a funcionalidade física, observamos que Santiago se destaca por apresentar a maior proporção de idosos com restrições de atividades físicas, enquanto que o oposto é observado em Montevidéu e na Cidade do México. Considerando a medida do estado de saúde auto-avaliado, constatamos que a proporção de idosos que avaliam sua saúde como regular ou ruim é maior na Cidade do México, Havana e Santiago, e menor em Buenos Aires e Montevidéu.

**Tabela 4. Proporção de idosos com saúde precária segundo cidade analisada  
SABE 2000**

Países	Funcionalidade Física			Medida Ampla de Saúde
	% de idosos que não conseguem realizar duas AVD's ou mais	% de idosos que não conseguem realizar duas AIVD's ou mais	% de idosos que não conseguem caminhar uma rua	% de idosos que avaliam o seu estado de saúde como regular ou ruim
Buenos Aires	8.7	17.08	12.99	34.83
São Paulo	10.19	20.87	11.86	53.91
Santiago	14.58	19.34	13.33	61.89
Havana	10.2	16.2	12.22	62.7
Cidade do México	8.19	13.58	10.49	69.2
Montevidéu	8.2	8.95	11.66	38.89

Analisando entre os grupos educacionais, observamos em todas as cidades, que a proporção de idosos com pior estado de saúde é maior entre os menos escolarizados (tabela 5). Essa diferença é mais acentuada em São Paulo e na Cidade do México, quando consideramos as medidas de funcionalidade física, e em Buenos Aires e São Paulo, quando analisamos o estado de saúde auto-avaliado.

**Tabela 5. Proporção de idosos com saúde precária por grupos educacionais e cidade analisada  
SABE 2000**

Cidades	Funcionalidade Física						Medida Ampla de Saúde		% de Idosos por Grupos de Escolaridade (Total)	
	AVD		AIVD		Mobilidade Física		Saúde Auto Avaliado		7 anos ou menos	mais de 7 anos
	7 anos ou menos	mais de 7 anos	7 anos ou menos	mais de 7 anos	7 anos ou menos	mais de 7 anos	7 anos ou menos	mais de 7 anos		
Buenos Aires	10.18	5.41	20.67	8.69	15.34	7.56	40.68	21.48	69.24	30.76
São Paulo	11.07	3.44	22.55	8.39	12.95	4.21	57.16	31.86	87.96	12.04
Santiago	17.42	8.27	23.95	10.74	15.76	9.17	68.91	46.44	66.49	33.51
Havana	13.32	5.69	21.03	9.45	15.34	7.85	66.98	57.95	55.59	44.41
Cidade do México	9.53	3.42	16.04	5.57	12.11	5.59	76.35	48.40	75.16	24.84
Montevidéu	9.75	4.46	10.10	5.91	13.90	6.02	44.16	26.18	71.17	28.83

## 2.2. Variáveis independentes

A escolha das variáveis independentes baseia-se no modelo de demanda por saúde desenvolvido por Grossman (1972)<sup>9</sup>. Podemos classificá-las em cinco grupos, cada qual procurando medir as seguintes características do idoso: socioeconômicas, demográficas, rede de apoio familiar, dotação inicial de saúde e hábitos de vida (quadro 2).

**Quadro 3. Variáveis Independentes Incluídas nos Modelos**

Variáveis Independentes	Categorias de resposta
	<b>1. Medida Socioeconômica</b>
Escolaridade	- Até 7 anos de estudo (categoria de referência) - 8 anos ou mais
	<b>2. Variáveis Demográficas</b>
Sexo	Assume valor igual a 1 se for homem e zero caso contrário
Idade	- 60 a 64 anos - 65 a 69 anos - 70 a 74 anos - 75 a 79 anos - 80 a 84 anos - 85 anos e mais (categoria de referência)
	<b>3. Rede de apoio familiar</b>
Composição familiar	- Mora sozinho (categoria de referência) - Mora apenas com o cônjuge - Mora apenas com os filhos que são solteiros, independente do cônjuge estar presente ou não - Mora com pelo menos um filho casado - Outros membros da família: netos, sobrinhos, noras, genros, etc.
Número de componentes no domicílio	- Variável discreta
Status Marital	- Casados - Desquitados ou separados - Viúvos - Solteiros (categoria de referência)
	<b>4. Dotação inicial de saúde (nos primeiros 15 anos de vida)</b>
Estado de saúde Auto Avaliado	- Excelente - Boa - Ruim (categoria de referência)
Avaliação da Condição Socioeconômica da Família	- Boa - Regular - Ruim (categoria de referência)
Teve Fome	Assume valor igual a 1 se teve fome nos primeiros 15 anos de vida e 0 caso contrário
Local de residência	Assume valor igual a 1 se morou na área rural e zero caso contrário
	<b>5. Hábitos de Vida</b>
Hábito de Fumar	- Fuma - Já fumou e atualmente não fuma mais - Nunca Fumou
Hábito de beber	- bebe mais que três copos de bebida alcoólica diariamente - bebe menos que três copos de bebida alcoólica por dia
Prática de exercícios Físicos	- Pratica esporte - não pratica esporte

<sup>9</sup> De acordo com esse modelo, cada indivíduo possui uma função de produção que transforma insumos em estoque de capital de saúde. Esses insumos são o tempo dos indivíduos e a demanda por cuidados médicos. Além dos insumos, o estoque de saúde depende da dotação inicial de saúde, determinada geneticamente, e o ambiente que os indivíduos vivem, como a presença de saneamento básico, oferta de serviços de saúde, bem como as características da família e o nível de escolaridade do produtor. De um modo geral, o modelo estabelece que o estoque de saúde é influenciado pelas escolhas que o indivíduo faz ao longo de sua vida, que por sua vez são realizadas de acordo com a função de utilidade de cada indivíduo.

Nesse estudo, a medida socioeconômica utilizada é a variável escolaridade do idoso, que classifica a amostra em dois grupos: indivíduos com menos de 7 anos de estudo, e indivíduos com 7 anos ou mais (quadro 3)<sup>10</sup>. Essa variável procura medir pelo menos dois aspectos socioeconômicos relacionados com o nível de saúde individual.

O primeiro refere-se ao comportamento dos indivíduos, que está condicionado ao conjunto de informação que eles possuem. As pessoas mais escolarizadas tendem a adotar hábitos de vida mais saudáveis, procurar mais os serviços médicos, especialmente os cuidados preventivos, uma vez que ao possuírem mais informações sobre as doenças e possíveis tratamentos / diagnósticos tendem a valorizar de forma diferenciada o cuidado com a saúde. Nesse sentido, o nível cultural que o indivíduo dispõe afeta a eficiência da função de produção de saúde. O segundo refere-se à disponibilidade de recursos para investir na saúde, uma vez que quanto maior o nível de escolaridade, maior tende a ser o nível de renda, e conseqüentemente, melhores são as condições de vida e de acesso aos serviços de saúde<sup>11</sup>.

### 3. Resultados e Discussão<sup>12</sup>

Os principais resultados apontam a presença da desigualdade social em saúde a favor dos grupos de maior escolaridade em todas as cidades, indo de encontro aos resultados obtidos para os países mais desenvolvidos<sup>13</sup>.

Considerando o estado de saúde auto avaliado como variável dependente, a diferença entre os dois grupos extremos de escolaridade é mais acentuada na Cidade do México, Santiago e São Paulo e menor em Havana, Buenos Aires e Montevideu (tabela 6). Na Cidade do México, a chance do idoso reportar um estado de saúde excelente é 4,42 vezes maior para os que têm mais de sete anos de estudo em relação aos que têm menor nível de instrução. Por outro lado, em Havana essa diferença é igual 1,8.

---

<sup>10</sup> Estimamos o modelo utilizando também a escolaridade do chefe de família. Os resultados, contudo são bastante similares ao estimado com a escolaridade do próprio idoso. A construção da variável de escolaridade baseia-se no algoritmo desenvolvido pela Dra. Laura Rodriguez Wong, da Organização Pan-Americana de Saúde/Washington.

<sup>11</sup> Uma forma de separar esses dois aspectos associados à escolaridade é a inclusão da variável de rendimento, *proxy* para o fluxo de renda corrente dos indivíduos, a qual mensura a disponibilidade de recursos para investir em saúde. Apesar de estar presente na pesquisa, essa variável não pôde ser incluída devido ao elevado número de *missings*. Além das variáveis de fluxo, pode-se controlar a condição socioeconômica através das variáveis de estoque, *proxies* para a renda permanente. Essa possibilidade foi testada através da inclusão das variáveis “posse de automóvel” e “posse de casa própria”.

<sup>12</sup> Apresentamos nessa seção os resultados referentes à desigualdade social em saúde. Os resultados para as demais variáveis incluídas nos modelos podem ser obtidos juntamente com as autoras.

<sup>13</sup> Huisman, Kunst e Mackenbach (2003), Smith e Kington (1997a), Smith e Kington (1997b), Portrait, Lindeboom e Deeg (1999) e Portrait, Lindeboom e Deeg (2001).



**Tabela 6: Valores médios preditos por Grupos de Escolaridade - Estado de saúde Auto Avaliado <sup>a</sup>**

Categorias de resposta	<i>Mais de 7 anos</i>		<i>Mais de 7 anos</i>	
	<i>7 anos Ou menos</i>	<i>De estudo</i>	<i>7 anos Ou menos</i>	<i>De estudo</i>
<i>Países</i>	<i>Argentina</i>		<i>Cuba</i>	
<i>Excelente</i>	0.031	0.074***	0.014	0.025***
<i>Muito Bom</i>	0.127	0.204***	0.029	0.045***
<i>Bom</i>	0.446	0.474***	0.288	0.353***
<i>Regular</i>	0.329	0.22***	0.516	0.473***
<i>Ruim</i>	0.067	0.028***	0.154	0.104***
<i>Países</i>	<i>Brasil</i>		<i>México</i>	
<i>Excelente</i>	0.037	0.111***	0.014	0.062***
<i>Muito Bom</i>	0.051	0.105***	0.030	0.084***
<i>Bom</i>	0.344	0.443***	0.203	0.342***
<i>Regular</i>	0.480	0.315***	0.548	0.443***
<i>Ruim</i>	0.088	0.026***	0.205	0.07***
<i>Países</i>	<i>Chile</i>		<i>Uruguai</i>	
<i>Excelente</i>	0.008	0.03***	0.043	0.105***
<i>Muito Bom</i>	0.027	0.073***	0.090	0.151***
<i>Bom</i>	0.282	0.432***	0.431	0.472***
<i>Regular</i>	0.437	0.362***	0.355	0.239***
<i>Ruim</i>	0.246	0.103***	0.081	0.034***

(a) \*\*\* Significativo a 1%, \*\* Significativo a 5%, \* Significativo a 10%, + Não Significativo. Os níveis de significância correspondem aos resultados dos coeficientes estimados para cada grupo de escolaridade, tendo como categoria de referência os idosos com menos de 7 anos de estudo.

No caso das AIVDs, em todas as cidades a probabilidade do idoso ser saudável (realizar sozinho todas essas atividades) é maior entre os que têm mais de sete anos de estudo. Quando consideramos a probabilidade do idoso reportar pelo menos uma incapacidade, essa relação se inverte, ou seja, a probabilidade se torna mais elevada entre os que têm menor nível de instrução, aumentando com o número de atividades que o idoso não consegue realizar (tabela 7). As cidades que apresentam as maiores desigualdades são São Paulo, Havana e Cidade do México, onde a probabilidade de ser saudável é, respectivamente, 28,36%, 21,07% e 20,43% maior para os mais escolarizados *vis a vis* os que têm menos de sete anos de estudo<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> A realização das AIVD's depende dos padrões culturais e sociais do meio em que o indivíduo está inserido, que por sua vez são determinados em grande medida pelas condições socioeconômicas. É provável que os idosos de maior escolaridade tenham menos necessidade em realizar parte dessas atividades, seja porque têm quem as realize no seu lugar, seja porque as condições para realizar essas tarefas são mais favoráveis.

**Tabela 7: Valores médios preditos por Grupos de escolaridade: AIVD <sup>a</sup>**

<i>Categorias de Resposta</i>	<i>7 anos Ou menos</i>	<i>Mais de 7 anos De estudo</i>	<i>7 anos Ou menos</i>	<i>Mais de 7 anos De estudo</i>
<i>Países</i>	<i>Argentina</i>		<i>Cuba</i>	
0	0.694	0,817*	0.688	0,833***
1	0.114	0,082*	0.115	0,075***
2	0.066	0,041*	0.060	0,034***
3	0.033	0,019*	0.039	0,020***
4	0.037	0,019*	0.034	0,015***
5	0.020	0,009*	0.019	0,008***
6	0.011	0,005*	0.012	0,005***
7	0.011	0,004*	0.014	0,005***
8	0.013	0,004*	0.019	0,005***
<i>Países</i>	<i>Brasil</i>		<i>México</i>	
0	0.670	0,860***	0.734	0,884***
1	0.114	0,064***	0.112	0,060***
2	0.067	0,031***	0.060	0,026***
3	0.048	0,019***	0.037	0,014***
4	0.027	0,009***	0.019	0,006***
5	0.033	0,010***	0.016	0,004***
6	0.012	0,003***	0.008	0,002***
7	0.009	0,002***	0.004	0,001***
8	0.019	0,003***	0.010	0,002***
<i>Países</i>	<i>Chile</i>		<i>Uruguai</i>	
0	0.685	0,824***	0.806	0,885**
1	0.101	0,069***	0.094	0,062**
2	0.064	0,039***	0.042	0,025**
3	0.043	0,023***	0.026	0,014**
4	0.041	0,020***	0.016	0,008**
5	0.025	0,011***	0.008	0,004**
6	0.018	0,007***	0.004	0,002**
7	0.009	0,003***	0.001	0,000**
8	0.013	0,004***	0.003	0,001**

(a) \*\*\* Significativo a 1%, \*\* Significativo a 5%, \* Significativo a 10%, + Não Significativo. Os níveis de significância correspondem aos resultados dos coeficientes estimados para cada grupo de escolaridade, tendo como categoria de referência os idosos com menos de 7 anos de estudo.

Com relação às AVDs, constatamos uma desigualdade social em saúde mais elevada em Santiago, São Paulo e Cidade do México. A probabilidade do idoso ser saudável segundo esse critério é cerca de 16,49% maior para os que têm mais de sete anos de estudo em Santiago comparado com aqueles menos escolarizados (tabela 8). Em São Paulo e na Cidade do México, essa diferença é cerca de 13%. Essa relação se inverte quando analisamos a probabilidade do idoso não conseguir realizar pelo menos uma dessas atividades. Nesse caso, a chance é mais elevada entre os idosos com menor nível de instrução, aumentando monotonicamente com o número de incapacidades.

**Tabela 8: Valores médios preditos por Grupos de Escolaridade – AVD <sup>a</sup>**

<i>Categorias de Resposta</i>	<i>7 anos Ou menos</i>	<i>Mais de 7 anos De estudo</i>	<i>7 anos Ou menos</i>	<i>Mais de 7 anos De estudo</i>
<i>Países</i>	<i>Argentina</i>		<i>Cuba</i>	
0	0.800	0.903**	0.777	0.873***
1	0.098	0.056**	0.102	0.067***
2	0.041	0.02**	0.046	0.026***
3	0.023	0.009**	0.022	0.011***
4	0.015	0.005**	0.018	0.009***
5	0.019	0.006**	0.018	0.008***
6	0.004	0.001**	0.018	0.006***
<i>Países</i>	<i>Brasil</i>		<i>México</i>	
0	0.799	0.91*	0.813	0.921***
1	0.097	0.051*	0.094	0.047***
2	0.048	0.021*	0.035	0.014***
3	0.017	0.006*	0.024	0.009***
4	0.011	0.004*	0.012	0.004***
5	0.014	0.004*	0.009	0.003***
6	0.015	0.004*	0.012	0.003***
<i>Países</i>	<i>Chile</i>		<i>Uruguai</i>	
0	0.746	0.869***	0.802	0.884**
1	0.088	0.055***	0.104	0.067**
2	0.076	0.04***	0.053	0.03**
3	0.030	0.014***	0.018	0.009**
4	0.018	0.008***	0.015	0.007**
5	0.016	0.006***	0.005	0.002**
6	0.026	0.008***	0.003	0.001**

(a) \*\*\* Significativo a 1%, \*\* Significativo a 5%, \* Significativo a 10%, + Não Significativo. Os níveis de significância correspondem aos resultados dos coeficientes estimados para cada grupo de escolaridade, tendo como categoria de referência os idosos com menos de 7 anos de estudo.

Para a variável que mede o grau de mobilidade física, detectamos a presença da desigualdade social em saúde a favor dos mais escolarizados em todas as cidades, exceto em Montevidéu. Essa desigualdade é mais acentuada em Buenos Aires e na Cidade do México. Nessas duas cidades, a chance do idoso reportar incapacidade severa (não consegue caminhar uma rua) é cerca de 2,43 e 2,29 vezes maior, respectivamente, para os que têm até sete anos de estudo, vis a vis os mais escolarizados. Em Santiago, essa diferença é menor, sendo igual a 1,85 (tabela 9).

**Tabela 9: Valores médios preditos por Grupos de Escolaridade: Mobilidade física<sup>a</sup>**

<i>Categorias de Resposta</i>	<i>7 anos Ou menos</i>	<i>Mais de 7 anos De estudo</i>	<i>7 anos Ou menos</i>	<i>Mais de 7 anos De estudo</i>
<i>Países</i>	<i>Argentina</i>		<i>Cuba</i>	
Sem limitação física	0.033	0,077**	0.097	0,191***
Pequena limitação física	0.587	0,707**	0.520	0,577***
Média limitação física	0.227	0,153**	0.233	0,162***
Elevada limitação física	0.153	0,063**	0.150	0,070***
<i>Países</i>	<i>Brasil</i>		<i>México</i>	
Sem limitação física	0.091	0,170*	0.237	0,390***
Pequena limitação física	0.616	0,657*	0.429	0,418***
Média limitação física	0.172	0,115*	0.215	0,140***
Elevada limitação física	<b>0.121</b>	<b>0,058*</b>	<b>0.119</b>	<b>0,052***</b>
<i>Países</i>	<i>Chile</i>		<i>Uruguai</i>	
Sem limitação física	0.127	0,208***	0.077	0,136+
Pequena limitação física	0.485	0,528***	0.547	0,591+
Média limitação física	0.243	0,184***	0.248	0,194+
Elevada limitação física	0.146	0,079***	0.128	0,079+

(a) \*\*\* Significativo a 1%, \*\* Significativo a 5%, \* Significativo a 10%, + Não Significativo. Os níveis de significância correspondem aos resultados dos coeficientes estimados para cada grupo de escolaridade, tendo como categoria de referência os idosos que têm pelo menos o nível secundário.

Os resultados indicam a presença da desigualdade social em saúde a favor dos idosos mais escolarizados em todas as cidades analisadas<sup>15</sup>. Na maioria das medidas de saúde consideradas, essa desigualdade é mais acentuada em São Paulo e na Cidade do México e menor em Buenos Aires, Havana e Montevidéu. Esses resultados parecem refletir as diferenças no nível de desenvolvimento e no processo de transição demográfica verificadas entre esses países, bem como a desigualdade de renda observada a nível nacional. As cidades que pertencem a países cujos indicadores sociais são melhores, a desigualdade social em saúde é mais baixa. Além disso, os países se diferenciam segundo o processo de envelhecimento populacional. Na Argentina, Cuba e Uruguai, onde as cidades analisadas possuem as menores desigualdades sociais em saúde, esse processo se encontra em um estágio mais avançado, com uma participação dos idosos na população total relativamente estável. Desse modo, é provável que essas cidades já apresentem uma estrutura mais adequada aos idosos.

#### 4. Considerações Finais

A contribuição desse artigo é diagnosticar a presença da desigualdade social em saúde entre os idosos residentes na área urbana de seis cidades da América Latina. Os resultados apontam a presença dessa desigualdade em todas as cidades analisadas favorável aos grupos socioeconômicos privilegiados, indo de encontro aos resultados obtidos para os países desenvolvidos. Essa desigualdade é mais elevada em São Paulo (Brasil) e Cidade do México

<sup>15</sup> Esses resultados são relativamente robustos, uma vez que quando incluímos as medidas de renda permanente (posse de automóvel e casa própria) a variável de escolaridade permanece significativa, apesar do coeficiente estimado ser menor. De uma maneira geral, as variáveis de renda permanente não são significativas para explicar o estado de saúde do idoso. Apenas em São Paulo, verificamos que os idosos com automóvel têm maior probabilidade de reportar um melhor estado de saúde.

(México) e menor em Montevideu (Uruguai), Buenos Aires (Argentina) e Havana (Cuba). As diferenças na magnitude dessa desigualdade podem estar associadas às diferenças no estágio e na velocidade da transição demográfica, e nos indicadores socioeconômicos dos respectivos países. O Uruguai, Argentina e Cuba, cujas cidades apresentam as menores desigualdades sociais em saúde, se destacam por possuírem melhores indicadores socioeconômicos e por estarem em estágio mais avançado da transição demográfica. O Brasil e México, que apresentam os piores indicadores socioeconômicos, com desigualdade de renda elevada e baixo índice de desenvolvimento humano são os países onde observamos desigualdade social em saúde mais elevada.

## 5. Referências Bibliográficas

- Carvalho, José Alberto Magno de, Garcia, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun, 2003.
- CELADE – Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. [site na internet]. Disponível em <http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/intentoBD-2002.htm> Acesso em 29/01/2004.
- Fleury, Sonia; Belmartino, Susana and Baris, Enis (eds). *Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. Canadá: International Development Research Center, 292pgs. 2001.
- Grossman, Michael, 1972. "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health," *Journal of Political Economy*, Vol. 80 (2) pp. 223-55.
- Huisman, Martijn; Kunst, Anton E.; Mackenbach, Johan P. Socioeconomic Inequalities In Morbidity Among The Elderly; A European Overview. *Social Science & Medicine* 57 (2003) 861–873.
- OPAS – Organización Panamericana de La Salud. *La Salud em las Américas vol II*. Publicación Científica No. 569, 1998.
- Ourti, Tom Van. Socio-Economic Inequality In Ill-Health Amongst The Elderly. Should One Use Current Or Permanent Income?. *Journal Of Health Economics* 22 (2003) 219–241.
- Palloni, Alberto; DeVos, Susan; PELAEZ, Martha. *Aging in Latin America and the Caribbean*. University of Wisconsin – Madison: Center for Demography and Ecology. Working Paper no. 99-02, 1999.
- Peláez, Martha; Palloni, Alberto; Albala, Cecilia; Alfonso, Juan C; Ham-Chande, Roberto; Hennis, Anselm; Lebrao, Maria Lucia; Leon-Diaz, Esther; Pantelides, Edith; Pratts, Omar. *Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2000: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)*, 2003.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. “Relatório de Desenvolvimento Humano 2002: aprofundar a democracia em um mundo fragmentado”.

Portrait, France; Lindeboom, Maarten; Deeg, Dorly. Health and Mortality of the Elderly: the Grade of Membership method, Classification and Determination. Serie Research Memorandum 1999-22. Universiteit Amsterdam, 1999.

Portrait, France; Lindeboom, Maarten; Deeg, Dorly. Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. Demography, vol 38, n.4, November 2001. pages 525-536.

Recensement de la population 1999 - Exploitation principale - Copyright INSEE [site na internet]. Disponível em <http://www.recensement.insee.fr/RP99/rp99> Acesso em 29/01/2004.

Smith, James P.; Kington, Raynard, S. Demographic and economic correlates of health in old age. Demography, vol.34, n. 1, Fevereiro, 1997b. pages 159-170.

Smith, James P.; Kington, Raynard, S. Race, Socioeconomic Status, and Health in Late Life. In.: Martin, Linda G.; Soldo, Beth J.(eds). Racial and ethnic differences in the health of older Americans. Washington, D.C.: National Academy Press, 1997a; 106-62.

Székely M, Hilgert M. What drives differences in inequality across countries. Inter-American Development Bank: Research Department Working Paper Series, 439. 2000, 44pgs.

TAMEZ, Silvia, MOLINA, Nancy. Reorganizing the Health Care System in Mexico. In: Fleury, Sonia; Belmartino, Susana and Baris, Enis (eds). Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Canadá: International Development Research Center, 292pgs. 2001.