

CONDIÇÕES ECONÔMICAS E SAÚDE FÍSICA DOS EUROPEUS COM 50 E MAIS ANOS¹

FILIPA CORREIA

Mestre em Sociologia pela Universidade do Minho, Portugal, anafilipacorreia@gmail.com;

ALICE DELERUE MATOS

Professor orientador: Professora Doutora, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Portugal, adelerue@ics.uminho.pt.

¹ Artigo resultante de dissertação de mestrado em Sociologia pela Universidade do Minho, Braga, Portugal.

RESUMO

A relação entre as condições económicas ou de privação material e a saúde tem sido amplamente estudada. Contudo, os resultados das investigações científicas divergem em função dos indicadores utilizados para mensurar as condições em que as pessoas vivem, que variam de uma abordagem economicista, baseada nos rendimentos, até indicadores que consideram a riqueza acumulada, passando por medidas de auto-perceção da situação económica e indicadores que refletem a dificuldade em aceder a bens ou serviços. Este estudo tem como objetivo analisar a relação entre as condições económicas ou de privação material e a saúde física da população europeia com 50 e mais anos, recorrendo a vários indicadores, com vista a uma análise integradora das perspetivas existentes sobre desigualdades em saúde, tendo por base a Teoria das Causas Fundamentais da Doença. Neste sentido, realizaram-se análises de regressão linear múltipla a uma amostra representativa da população daquele grupo etário, de 17 países europeus que integram o projeto SHARE-Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Os resultados revelam que quanto piores as condições económicas e de privação material, pior a saúde física, quando controladas as características sociodemográficas e culturais, a saúde mental e os comportamentos de risco em saúde. Este resultado é válido para cada um dos indicadores considerados (rendimento, stress financeiro, riqueza, "ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado" e "prorrogar as idas ao dentista para ajudar a manter os custos de vida baixos"), à exceção do indicador "sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos".

Palavras-chave: Condições económicas, privação material, saúde física, envelhecimento.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico levanta diversos desafios à sociedade, nomeadamente relacionados com o bem-estar e a saúde dos idosos. A qualidade dos anos "extra", proporcionados pelo aumento progressivo da esperança média de vida, tem gerado preocupações relacionadas com as desigualdades em saúde nas faixas etárias mais avançadas. Sendo a saúde um direito humano fundamental (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948), e considerando que a idade contribui para o declínio da saúde (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2017), importa analisar a justiça social subjacente ao padrão de saúde das pessoas mais velhas.

A saúde de cada indivíduo é fruto de um conjunto de fatores, nomeadamente, demográficos, sociais, relacionados com os estilos de vida, comportamentais, psicológicos, ambientais e biológicos (VERBRUGGE; JETTE, 1994). No entanto, a maioria desses fatores são socialmente determinados (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2006), relacionando-se com as condições em que as pessoas vivem e envelhecem e, sobretudo, com as desigualdades que dão origem a essas condições (MARMOT; ALLEN; BELL; BLOOMER; GOLDBLATT, 2012, p. 1012), nomeadamente a pobreza e a privação material. A distribuição desigual dos recursos que influenciam a saúde é evitável (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE [CDSS], 2010).

Vários estudos têm procurado analisar a relação entre a pobreza e a saúde, para uma melhor compreensão das desigualdades em saúde. A forma como abordam as condições económicas e materiais varia de uma perspetiva economicista, baseada nos rendimentos, até fórmulas que consideram a riqueza acumulada, passando por medidas de auto-perceção e indicadores específicos que refletem a dificuldade em aceder a certos bens ou serviços, divergindo os resultados em função dos indicadores utilizados.

Os estudos que recorrem ao rendimento como indicador de bem-estar económico apresentam conclusões díspares sobre a relação entre rendimento e saúde. Alguns apontam para a existência de uma correlação positiva (AVENDANO; ARO; MACKENBACH, 2005; BLÁZQUEZ; COTTINI; HERRARTE, 2014) enquanto outros afirmam que a associação entre rendimento e saúde é débil (ACCIAI, 2018; ADENA; MYCK, 2013) ou mesmo inexistente (ADENA; MYCK, 2014).

Não obstante o facto de o rendimento ser um indicador dos recursos económicos importante e largamente utilizado, a análise comparativa dos rendimentos implica, como alertam Paccagnella & Weber (2019), alguma cautela. Os autores advertem para o facto de “medidas grosseiras” de avaliação do rendimento mascararem importantes diferenças relativamente ao poder de compra, dimensão do agregado familiar, pagamento de impostos ou serviços derivados da habitação ocupada pelo proprietário – aspetos que deverão ser considerados para uma análise comparativa fidedigna.

Por outro lado, medidas como a riqueza (ACCIAI, 2018; ADENA; MYCK, 2013; ADENA; MYCK, 2014; DEMAKAKOS; BIDDULPH; BOBAK; MARMOT, 2016), a auto-perceção de pobreza (ADENA; MYCK, 2014) e índices de privação material (BERTONI; CAVAPOZZI; CELIDONI; TREVISAN, 2015; FRANZESE, 2015; MYCK; NAJSZTUB; OCZKOWSKA, 2019) têm demonstrado uma correlação forte com as diversas medidas de avaliação do estado e perceção de saúde individual, seja física ou mental, pelo que estes indicadores aparentam ser mais fidedignos das condições financeiras reais das pessoas idosas.

A avaliação do estado de saúde tem também oscilado entre medidas subjetivas de auto-perceção e medidas objetivas, relacionadas com o desempenho físico do indivíduo.

Este estudo adota uma abordagem abrangente e integradora das diversas propostas conceptuais existentes sobre as desigualdades em saúde, com base na Teoria das Causas Fundamentais da Doença, proposta por Link e Phelan (1995), segundo a qual os indivíduos que acedem mais facilmente a certos recursos, nomeadamente, dinheiro, conhecimento, poder, prestígio e redes sociais e de suporte, estão melhor posicionados para evitar fatores de risco associados às doenças, as próprias doenças, e ainda minimizar as consequências da doença quando esta ocorre. Assim, a presente investigação tem como objetivo analisar a relação entre as condições económicas ou de privação material e a saúde física da população europeia com 50 e mais anos, recorrendo a vários indicadores das condições materiais de existência. Adota ainda uma perspetiva de género, considerando as diferenças de saúde física entre homens e mulheres.

Num primeiro momento, procedeu-se à caracterização da população europeia com 50 ou mais anos em termos de saúde física para, de

seguida, analisar o “impacto” das condições económicas e de privação material na saúde física dos europeus, uma vez controlado o efeito das suas características sociodemográficas e de saúde mental e dos comportamentos de risco em saúde.

METODOLOGIA

Este estudo baseia-se em dados do projeto SHARE – Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe, que procede à recolha e análise de dados sobre as condições de vida (saúde, estatuto socioeconómico e redes familiares e sociais) da população europeia com 50 ou mais anos, numa perspetiva multidisciplinar, comparativa e longitudinal. No âmbito deste projeto foram realizadas, desde 2004, aproximadamente 530.000 entrevistas a 140.000 pessoas de 28 países europeus e Israel. As entrevistas (com recurso a CAPI) são realizadas por entrevistadores credenciados, no domicílio dos respondentes. Para além da resposta às perguntas do questionário, os entrevistadores recolhem informação objetiva sobre a saúde física dos entrevistados como, por exemplo, a medida da força de preensão e da função pulmonar dos indivíduos (SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE-EUROPEAN RESEARCH INFRASTRUCTURE CONSORTIUM, 2020).

Amostra

O presente estudo recorre a uma amostra representativa da população de 50 ou mais anos dos 17 países europeus que participaram na 6ª vaga do projeto SHARE: Suécia, Dinamarca, Espanha, Itália, Grécia, Portugal, República Checa, Polónia, Eslovénia, Estónia, Croácia, Áustria, Alemanha, França, Suíça, Bélgica e Luxemburgo. A dimensão desta amostra é de 67.173 indivíduos.

Variáveis

A análise da relação entre as condições económicas ou de privação material (variáveis de interesse) e a saúde física (variável dependente), uma vez controladas as características demográficas,

socioeconómicas e de saúde que a literatura científica associa à saúde física (variáveis de controlo), incidiu sobre as seguintes variáveis e indicadores:

Variável dependente

Tendo em conta o carácter multidimensional da saúde física, recorreu-se a um constructo que combina uma medida de saúde objetiva e seis medidas auto-reportadas. Este indicador foi construído pela equipa SHARE-Portugal, que recorreu a uma análise fatorial confirmatória para criar uma variável latente contínua, com base nos procedimentos de Ploubidis e Grundy (2011). De acordo com estes autores, o recurso a um constructo é mais fiável e menos sujeito a erros de medição do que a utilização de indicadores de saúde individuais, utilizados separadamente. Desta forma, o indicador de saúde física deste estudo engloba uma medida da força máxima de prensão de uma ou ambas as mãos, ou seja, uma medida objetiva da funcionalidade física e forte preditor de mortalidade (RANTANEN; GURALNIK; FOLEY; MASAKI; LEVEILLE; CURB; WHITE, 1999) e as seguintes medidas de saúde auto-reportadas: auto-perceção de saúde; doenças crónicas; limitação nas atividades devido a problemas de saúde; problemas de saúde tais como ataque cardíaco, enfarte ou doença pulmonar crónica (DELERUE MATOS; BARBOSA; CUNHA; VOSS; CORREIA, 2021). Os valores da análise fatorial situam-se no intervalo de -1.91 a 1.42, representando os valores mais elevados melhor saúde física.

Variáveis de interesse

Para avaliar as condições económicas ou de privação material dos inquiridos, este estudo recorre a vários indicadores, disponíveis ou construídos com base nos dados do SHARE, nomeadamente, a auto-perceção de pobreza, traduzida pelo stress financeiro, o rendimento, a riqueza do agregado familiar e um conjunto de indicadores específicos de privação material a seguir explicitados (PACCAGNELLA; WEBER, 2019).

O grau de stress financeiro é uma medida subjetiva, baseada na auto-perceção de pobreza do inquirido (BROWNING; MADSEN, 2019), que é confrontado com a questão "Pensando no rendimento mensal

total do senhor(a) e das pessoas que vivem consigo, diria que o dinheiro chega até ao fim do mês ...". As opções de resposta são: "com grande dificuldade", "com alguma dificuldade", "com facilidade" ou "com muita facilidade". Esta variável foi posteriormente recategorizada, agrupando-se os respondentes em duas categorias: com stress financeiro ("com grande dificuldade" e "com alguma dificuldade") e sem stress financeiro ("com facilidade" ou "com muita facilidade").

A variável rendimento per capita é calculada dividindo a soma dos rendimentos mensais individuais e familiares, nomeadamente salários, pensões, subsídios, ou outros, pelo número de pessoas do agregado familiar. Para ser possível estabelecer comparações entre países, os valores foram transformados de acordo com os respetivos índices de paridade de poder de compra (LYBERAKI; TINIOS, 2019) e agrupados em tercis: rendimento baixo; rendimento médio e rendimento alto.

A riqueza é medida através do património líquido do agregado familiar, que é calculado somando os ativos financeiros líquidos e os ativos reais (excluindo as dívidas). Os ativos financeiros refletem a soma dos valores de contas, títulos, ações, fundos mútuos e poupanças, líquidos de passivos financeiros; os ativos reais correspondem aos valores da residência principal livre de hipotecas, outros imóveis, empresas próprias e carros próprios (SEMYONOV; LEWIN-EPSTEIN; MASKILEYSON, 2013).

A privação material reflete a capacidade do agregado familiar adquirir ou aceder a certos bens ou serviços (BERTONI ET AL., 2015). Neste estudo consideraram-se as três variáveis do índice de privação material do SHARE disponíveis na base de dados da vaga 6:

- "ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado", obtida a partir da resposta à seguinte questão: "O(A) senhor(a) e as pessoas que vivem consigo têm
- possibilidade de pagar uma despesa inesperada sem pedir dinheiro emprestado?".
- "sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos", acedida através da seguinte questão: "Nos últimos doze meses, para ajudar a controlar os gastos, sujeitou-se ao frio para poupar nas despesas de aquecimento?".
- "adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos", aferida por intermédio da questão: "Nos últimos doze meses, para ajudar a controlar os gastos, adiou visitas ao dentista?".

Variáveis de controlo

Com base na literatura, reconhece-se que a saúde física é afetada pela eventual existência de comportamentos de risco (GARCÍA-MUÑOZ ET AL., 2018; MARMOT ET AL., 2012; WHO, 2009), assim como pela saúde mental (DEWEY; PRINCE, 2005) e por algumas características sociodemográficas (WHO, 2015; VERBRUGGE; JETTE, 1994) e culturais (EIKEMO; BAMBRA; JOYCE; DAHL, 2008). Assim, neste estudo controla-se o efeito dos indicadores: idade à data da entrevista; género; e nível de escolaridade, estabelecido de acordo com a norma internacional para a classificação dos graus de ensino, ISCED-97 (UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION [UNESCO], 2006), reagrupado em três categorias: escolaridade primária ou inferior, que engloba os níveis 0, 1 e 2; ensino secundário, que corresponde ao nível 3, e ensino pós-secundário, que abrange os níveis 4, 5 e 6 do ISCED.

Tendo em conta os diversos contextos culturais existentes na Europa, bem como a variação no nível de saúde dos indivíduos pertencentes a diferentes regiões europeias, controlou-se ainda o regime de bem-estar a que pertence o país de residência do indivíduo (VOZIKAKI; LINARDAKIS; MICHELI; PHILALITHIS, 2017; EIKEMO; HUISMAN; BAMBRA; KUNST, 2008; JEREZ-ROIG; BOSQUE-PROUS; GINÉ-GARRIGA; BAGUR-CALAFAT; BEZERRA DE SOUZA; TEIXIDÓ-COMPAÑÓ; ESPELT, 2018): Norte (Dinamarca e Suécia), Centro (Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Luxemburgo, Suíça), Sul (Espanha, Grécia, Itália e Portugal) e Leste (Croácia, Eslovénia, Estónia, Polónia e República Checa), sendo este último utilizado como categoria de referência na análise de regressão.

Este estudo considerou como comportamentos de risco para a saúde física o "consumo excessivo de álcool", a "inatividade física" e o "historial de fumador". O consumo excessivo de álcool é avaliado através da questão "Nos últimos 7 dias, quantas unidades de álcool bebeu no total?", enquanto se mostra ao inquirido um cartão com as unidades padrão de bebidas alcoólicas. A medida de consumo excessivo de álcool difere entre homens e mulheres. Com base na categorização de Cerdá, Johnson-Lawrence e Galea (2011), classifica-se com consumo excessivo de álcool os inquiridos que consumiram mais de 21

unidades de álcool nos últimos 7 dias, no caso dos homens, e mais de 14 unidades de álcool, no caso das mulheres.

O historial de fumador é aferido através da seguinte pergunta: "Alguma vez fumou cigarros, charutos, cigarrilhas ou cachimbo diariamente por um período de pelo menos um ano?"

Para apurar a inatividade física, os inquiridos foram questionados sobre a frequência com que desempenham atividades físicas vigorosas e atividades físicas que envolvam um nível moderado de energia, tendo quatro opções de resposta para ambas: mais do que uma vez por semana, uma vez por semana, uma a três vezes por mês e quase nunca/nunca. Recorrendo à categorização utilizada na base de dados do SHARE, classificam-se como fisicamente inativos os inquiridos que declaram praticar atividade física "quase nunca/nunca".

A saúde mental é avaliada em função da sintomatologia depressiva, mensurada através da escala EURO-D (PRINCE; REISCHIES; BEEKMAN; FUHRER; JONKER; KIVELÄ; LAWLOR; LOBO; MAGNUSSON; FICHTER; VAN OYEN; ROELANDS; SKOOG; TURRINA; COPELAND, 1999), que questiona o inquirido sobre a presença dos seguintes sentimentos: depressão, pessimismo, vontade de morrer, sentimento de culpa, irritabilidade, choro, cansaço, dificuldades em dormir, perda de interesse, perda de apetite, redução da concentração e perda de prazer ao longo do último mês. A escala varia de 0 a 12. De acordo com Dewey e Prince (2005), um valor superior a 3, que corresponde a 4 ou mais sintomas depressivos, define a presença de sintomatologia depressiva clinicamente significativa. Ao invés, a existência de três sintomas ou menos traduz ausência de sintomatologia depressiva.

Tratamento e análise de dados

Numa primeira etapa, procedeu-se à análise comparativa dos indivíduos com melhor e pior saúde física. Os indivíduos foram agrupados tendo em conta o nível médio de saúde física de cada país. Para isso, procedeu-se à recategorização da variável "saúde física" em "pior saúde física", ou seja, abaixo da média do respetivo país (=0) e "melhor saúde física", ou seja, acima da média do respetivo país (=1). De seguida, foram realizados testes estatísticos para comparar os dois grupos: teste t (t) para as variáveis contínuas e testes de qui-quadrado (χ^2)

para as variáveis nominais e ordinais. Para complementar esta análise, foram calculadas as medidas de magnitude do efeito (Hedges'g/ Φ) e os respectivos Intervalos de Confiança. Uma vez que a base de dados do SHARE não possui um desenho amostral uniforme, de modo a reduzir o impacto de um possível viés das amostras, os resultados das análises descritivas foram ponderados (MUNICH CENTER FOR THE ECONOMICS OF AGING, 2019).

Numa segunda fase, analisou-se a relação entre os diversos indicadores das condições económicas ou de privação material e a saúde física, considerando todas as variáveis de controlo mencionadas. Desenvolveu-se um modelo de regressão linear múltipla após a realização de testes de colinearidade, para verificação da existência de correlação entre as variáveis de interesse e de controlo. As variáveis que se revelaram estatisticamente não significativas ($p > 0,05$) foram excluídas do modelo: "consumo excessivo de álcool" ($p=0,521$) e "sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos" ($p=0,624$).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com base no software de análise estatística avançada SPSS, versão 26.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados

Na tabela 1 apresentam-se as características dos indivíduos com melhor e pior saúde física (acima ou abaixo da média do respetivo país). Há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de indivíduos relativamente a todas as características consideradas na análise, à exceção da que se reporta ao "historial de fumador" ($p=0.257$).

O grupo com pior saúde física compreende pessoas mais velhas (média de 69,37 anos, comparativamente a 63,27 anos do grupo com melhor saúde física), tem maior percentagem de mulheres (58,16% por comparação com 50,56%), maior percentagem de indivíduos com a escolaridade mais baixa, ou seja, com o ensino primário ou inferior (48,17% comparado com 36,16%), maior percentagem de indivíduos com inatividade física (24,70% por contraste com 5,62%) e maior percentagem de indivíduos com sintomatologia depressiva (45,14% em

comparação com 16,90%), comparativamente ao grupo que possui melhor saúde física.

No que diz respeito aos indicadores das condições económicas e de privação material, o grupo com pior saúde física revela ter mais stress financeiro (46,30% comparado com 32,83%), mais dificuldade em fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado (41,55% em contraste com 25,53%), adiar mais vezes as idas ao dentista para ajudar a controlar os gastos (8,85% comparativamente a 6,18%) e possuir maior percentagem de indivíduos com rendimento baixo (37,85% em comparação com 29,60%) do que o grupo com melhor saúde física. Mas, no que respeita ao património líquido do agregado familiar, os dois grupos não se diferenciam.

Considerando o tamanho dos efeitos, que mede a magnitude das diferenças encontradas, os dois grupos distinguem-se apenas em termos de idade, inatividade física e sintomatologia depressiva.

Tabela 1 – Características dos indivíduos agrupados em função da saúde física

	Pior saúde física (abaixo da média do país)	Melhor saúde física (acima da média do país)			
	(N = 32020)	(N = 35152)	t / χ^2	p-value	Cohen's d/phi
Características demográficas e fatores de risco					
Idade, média (DP)	69,37 (11,35)	63,27 (9,51)	70,808	0,000	0,58
Género					
Feminino (%)	58,16	50,56	210,643	0,000	0,06
Masculino (%)	41,81	49,41			
Escolaridade					
Primário ou menos (%)	48,17	36,16	1463,897	0,000	0,15
Secundário (%)	34,63	36,40			
Pós-secundário (%)	17,17	27,41			
Inatividade física					
Não (%)	75,28	94,37	4639,340	0,000	0,26
Sim (%)	24,70	5,62			
Historial de fumador					
Não (%)	53,87	53,78	1,286	0,257	0,00
Sim (%)	46,11	46,20			
Depressão/Sintomatologia depressiva (Euro-D)					
Não (3 ou menos sintomas) (%)	54,84	83,08	5737,617	0,000	0,29
Sim (4 ou mais sintomas) (%)	45,14	16,90			

	Pior saúde física (abaixo da média do país)	Melhor saúde física (acima da média do país)			
	(N = 32020)	(N = 35152)	t / χ^2	p-value	Cohen's d/phi
Condições económicas e de privação material					
Stress financeiro					
Não (%)	53,68	67,15	1229,669	0,000	0,14
Sim (%)	46,30	32,83			
Rendimento per capita					
Rendimento baixo (%)	37,85	29,60	811,249	0,000	0,11
Rendimento médio (%)	33,49	30,96			
Rendimento alto (%)	28,62	39,41			
Ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado					
Não (%)	41,55	25,53	884,842	0,000	0,11
Sim (%)	58,43	74,44			
Prorrogar as idas ao dentista para ajudar a manter os custos de vida baixos					
Não (%)	91,14	93,81	230,909	0,000	0,06
Sim (%)	8,85	6,18			
Log (Património líquido do agregado familiar), média (DP)	10,49 (0,01)	10,49 (0,01)	-30,772	0,000	0,00

Fonte: SHARE, vaga 6, dados ponderados, N=67.173

Notas: Testes para comparação de grupos: (teste t (t) para amostras independentes e teste qui-quadrado(χ^2)).

Na tabela 2 apresentam-se os resultados da análise de regressão. No que diz respeito às condições económicas e de privação material, conclui-se que o rendimento per capita, o facto de "ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado" assim como o património líquido do agregado familiar, que reflete a riqueza acumulada, se relacionam positivamente com a saúde física. Ao invés, o stress financeiro e "adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos", que subentendem situações de privação, estão associados negativamente à saúde física. Apenas a situação de "sujeitar-se ao frio para ajudar a controlar os gastos" não está associada à saúde física dos europeus de meia idade e de idade avançada, quando controlado o regime de bem-estar e as características dos indivíduos associadas à saúde física.

O modelo de análise permite ainda concluir que o género masculino e a escolaridade estão associadas positivamente à saúde física

enquanto a idade, a inatividade física, a sintomatologia depressiva e o historial de fumador estão associados negativamente. Finalmente, não se encontrou qualquer associação entre o “consumo excessivo de álcool nos últimos 7 dias” e a saúde física.

Quando se toma por referência o regime de bem-estar de Leste (onde se registam os piores valores de saúde física), conclui-se que os residentes no Centro da Europa têm, em média, mais 0,140 valores de saúde física do que os do regime Leste. Seguem-se os indivíduos do Norte da Europa, com mais 0,228 valores de saúde física do que os do regime Leste e, por último, com os valores mais elevados de saúde física encontram-se nos países do Sul da Europa, que regista mais 0,341 valores comparativamente ao regime Leste.

Tabela 2 – Determinantes da saúde física (resultados da regressão linear múltipla)

	Modelo (N=43193)		
	OR	IC (95%)	p
Género (0 = feminino)	0,043	0,031-0,055	0,000
Idade	-0,015	(-0,016)-(-0,015)	0,000
Escolaridade (0 = primário ou menos)	0,057	0,049-0,064	0,000
Rendimento per capita (1 = rendimento baixo)	0,026	0,019-0,033	0,000
Stress financeiro (0 = não)	-0,120	(-0,135)-(-0,105)	0,000
Ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado (0 = não)	0,037	0,023-0,051	0,000
Prorrogar as idas ao dentista para ajudar a manter os custos de vida baixos (0 = não)	-0,106	(-0,127)-(-0,085)	0,000
Depressão (0 = não = 3 ou menos sintomas depressivos)	-0,415	(-0,428)-(-0,402)	0,000
Inatividade física (0 = não)	-0,485	(-0,503)-(-0,466)	0,000
Historial de fumador (0 = não)	-0,052	(-0,064)-(-0,040)	0,000
Património líquido do agregado familiar	3,465	2,968-3,963	0,000
Regime de bem-estar: Northern	0,228	0,207-0,248	0,000
Regime de bem-estar: Central	0,140	0,125-0,155	0,000
Regime de bem-estar: Southern	0,341	0,325-0,357	0,000

Fonte: SHARE, vaga 6, dados não ponderados, N=67.172

Notas: OR=Odds ratios; IC=Intervalo de confiança a 95%, p=significância.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam para uma associação entre as condições económicas e a saúde no seguinte sentido: quanto piores as condições

económicas e de privação material dos inquiridos, pior a sua saúde física. Este resultado é válido para cada um dos indicadores utilizados, controlando as características sociodemográficas e culturais, os comportamentos de risco em saúde e a saúde mental e, simultaneamente, os restantes indicadores das condições económicas e de privação material utilizados na investigação.

A relação entre o rendimento e a saúde tem sido largamente explorada nas pesquisas científicas, no entanto, os resultados não são consensuais. Num retrato estatístico da União Europeia, o Eurostat (2010) afirma que a perceção de doenças crónicas ou problemas de saúde que dificultam gravemente as atividades é maior entre os indivíduos que possuem baixos rendimentos. Por outro lado, numa investigação longitudinal que engloba indivíduos com mais de 50 anos de 12 países integrados na base de dados do SHARE, Adena e Myck (2013) concluíram que a pobreza mensurada através do rendimento não está relacionada com alterações na saúde física. Num estudo posterior, os mesmos autores mostram que a probabilidade de transitar para um estado de saúde mais débil ou de recuperar desse estado de saúde não se encontra associada ao rendimento, sendo este mais relevante no caso dos participantes mais jovens do grupo dos 50+ (entre os 50 e os 64 anos) (ADENA; MYCK, 2014).

Outros estudos, no entanto, alinham-se com os resultados da presente investigação, mostrando uma associação positiva entre o rendimento e a saúde. O estudo de Avendano et al. (2005), que recorre à base de dados do SHARE e considera dez países europeus, mostrou uma relação positiva entre o rendimento e a auto-perceção de saúde, problemas de saúde de longa duração e limitações nas atividades devido a problemas de saúde. Jorges (2015) também encontrou uma relação entre o rendimento e o acesso à saúde, concluindo que as pessoas com pior rendimento têm pior saúde. A literatura científica explica a relação entre rendimento e saúde, nomeadamente com o facto de aqueles que possuem melhor rendimento conseguirem aceder a seguros de saúde privados – aspeto com especial relevância nos países com parca cobertura pública do serviço de saúde – (PACCAGNELLA; WEBER, 2019) e conseguirem suportar um estilo de vida mais saudável, particularmente no que diz respeito à alimentação e habitação (FRANZESE, 2015). O rendimento e a saúde estão

também indiretamente relacionados, através de variáveis socioeconômicas, culturais e biológicas, que por sua vez influenciam, por exemplo, as oportunidades de carreira e os comportamentos relacionados com a saúde, como a prática de atividade física, a dieta, o tabagismo ou a utilização de cuidados de saúde (FRANZESE, 2015).

Em linha com os resultados apresentados no presente estudo, Adena e Myck (2013) encontraram uma forte correlação entre a pobreza mensurada através do stress financeiro e da riqueza (património líquido) e a saúde física. Num outro estudo, os mesmos autores (ADENA; MYCK, 2014) identificaram ainda alterações na auto-perceção de saúde e na saúde medida com base nos problemas de saúde e nas limitações funcionais, relacionadas com a pobreza subjetiva e com a pobreza definida em função da riqueza acumulada (ADENA; MYCK, 2014).

Browning e Madsen (2019) sublinham que o stress financeiro – medida baseada na auto-perceção de pobreza – é uma importante medida das condições materiais das pessoas mais velhas, tendo em conta que reflete a capacidade de manterem o mesmo padrão de vida quando se retiram do mercado de trabalho. Christelis, Jappelli e Padula (2019) destacam, por outro lado, o património líquido (riqueza) como medida fidedigna do bem-estar económico dos idosos, uma vez que muitos indivíduos poupam dinheiro ao longo da vida para utilizarem na reforma, o que se reflete no património líquido disponível.

As conclusões destes estudos corroboram os resultados encontrados nesta pesquisa na análise da relação entre o stress financeiro e património líquido do agregado familiar, por um lado, e a saúde física, por outro.

Dos três indicadores do índice de privação material do SHARE considerados nesta investigação, dois deles ("ser capaz de fazer face a despesas inesperadas sem pedir dinheiro emprestado" e "adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos") revelaram uma relação estatisticamente significativa com a saúde física: quanto maior a privação material, pior a saúde física. Este dado vai ao encontro dos resultados divulgados em estudos prévios, baseados em índices de privação material e diversas medidas de avaliação da saúde física (BERTONI ET AL., 2015; FRANZESE, 2015; MYCK ET AL., 2019). Vários autores (ADENA; MYCK; OCZKOWSKA, 2015; BERTONI ET AL., 2015)

têm assinalado os índices de privação material como indicadores fidedignos das condições materiais das famílias, uma vez que medem a capacidade dos agregados adquirirem ou acederem a bens ou serviços.

O indicador “adiar as visitas ao dentista para ajudar a controlar os gastos” que, como referido, integra o conjunto de indicadores de privação material do SHARE, tem merecido particular destaque na literatura pelo seu impacto na saúde e bem-estar dos indivíduos, apontando para a existência de desigualdades sociais na saúde oral (LISTL; JURGES, 2015; STEELE ET AL., 2015), também observadas nesta pesquisa.

Relativamente às características sociodemográficas dos indivíduos, a “escolaridade” e o “género” (categoria de referência: género feminino) revelam uma associação positiva com a saúde física, como previsto com base na literatura (KRATZ; BRISTLE, 2019; MARMOT, 2010; SOLÉ-AURÓ; JASILIONIS; LI; OKSUZYAN, 2018; MARMOT ET AL., 2012; VERBRUGGE; JETTE, 1994). Por outro lado, conclui-se que, quanto maior a idade, menor a saúde física, tal como tem sido documentado em diversos trabalhos (EUROSTAT, 2019; MACKENBACH; AVENDANO; ANDERSEN-RANBERG; ARO, 2005).

Quanto aos comportamentos de risco, o “historial de fumador” e a “inatividade física” estão associados a menor saúde física. Estes resultados vão ao encontro do que era expectável e atestam uma das preocupações da OMS, que se prende com os inúmeros malefícios para a saúde decorrentes destes comportamentos (MARMOT ET AL., 2012).

A sintomatologia depressiva também afeta negativamente a saúde física, sendo que quem reporta 4 ou mais sintomas depressivos apresenta pior saúde física, resultado que se alinha com estudos prévios (BLAZER, 2003; DEWEY; PRINCE, 2005).

A saúde física varia também em função do contexto cultural e das políticas públicas, traduzidos nesta investigação pela consideração dos regimes de bem-estar na análise realizada. Esta conclusão encontra sustentação nas pesquisas de diversos autores que têm destacado a importância destes regimes enquanto determinantes da saúde e das desigualdades em saúde (EIKEMO; BAMBRA ET AL., 2008; EIKEMO; HUISMAN ET AL., 2008; JEREZ-ROIG ET AL., 2018; MARMOT ET AL., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procura analisar a relação entre as condições económicas ou de privação material dos indivíduos e a sua saúde física. Na abordagem das condições económicas recorreu-se a diversos indicadores baseados nos rendimentos, na riqueza acumulada, na dificuldade em aceder a certos bens ou serviços e na auto-perceção da situação económica. A saúde física foi mensurada a partir de um constructo, composto por medidas objetivas e subjetivas. A análise da relação entre as condições económicas e a saúde física foi realizada controlando-se as características sociodemográficas e culturais, a saúde mental e os comportamentos de risco para a saúde, tendo em conta a relação, largamente abordada na literatura, entre estas características dos indivíduos e a sua saúde física. Foi ainda controlado o contexto cultural e das políticas públicas, tendo os países de residência dos entrevistados sido agrupados por regimes de bem-estar.

Os resultados da análise da relação entre os indicadores económicos/de privação material e a saúde física nos indivíduos com mais de 50 anos permitem concluir que, quanto piores as condições económicas e de privação material dos inquiridos, pior a sua saúde física. O indicador "rendimento per capita", cuja relação com a saúde física não se mostrou consensual em estudos anteriores, variando entre a inexistência de associação estatisticamente significativa e a associação positiva, mostrou estar claramente associado à saúde física, na presente investigação. A relação encontrada entre as variáveis de controlo (características sociodemográficas, sintomatologia depressiva e comportamentos de risco em saúde) e a saúde física corrobora os resultados encontrados na literatura científica: a idade, a sintomatologia depressiva, a inatividade física e o historial de fumador estão negativamente associados à saúde física, ao contrário da escolaridade e do género (masculino), que estão positivamente associados à saúde física.

Com base nos resultados encontrados, pode afirmar-se que, de uma forma geral, as condições económicas e materiais se relacionam positivamente com a saúde física, quando controladas as características sociodemográficas e culturais, a sintomatologia depressiva e os comportamentos de risco em saúde. Destaca-se a importância de

se considerarem os diversos indicadores dessas condições para um retrato completo e aprofundado da situação em que as pessoas vivem e do respetivo “impacto” na saúde, uma vez que os indicadores financeiros – das medidas mais utilizadas nos estudos sobre desigualdades – poderão não espelhar na íntegra a realidade das condições económicas e materiais dos indivíduos com mais de 50 anos. Desta forma, recomenda-se que a definição de políticas com vista ao combate às desigualdades sociais em saúde recorra a diversos indicadores para mensurar as condições económicas e materiais em que as pessoas vivem, indo além da distribuição de rendimentos e incluindo, nomeadamente, o stress financeiro e a privação material, para uma análise mais precisa dessas condições de vida.

Tendo em conta os resultados encontrados, são várias as medidas que poderão contribuir para uma maior equidade em saúde, uma vez que as desigualdades resultam de uma “combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas económicas injustas e política de baixa qualidade” (CDSS, 2010, p. 1). A principal intervenção sobre as determinantes sociais da saúde, como defende a OMS (CDSS, 2010) prende-se com a necessidade dessa intervenção abranger todos os sectores da sociedade e não apenas o setor da saúde. Assim, as políticas de combate às desigualdades em saúde deverão visar as desigualdades socioeconómicas existentes, nomeadamente no que respeita às condições económicas e materiais em que as pessoas vivem, assim como aos níveis de educação, com particular enfoque nas desigualdades de género. Para além disso, a intervenção deverá incidir sobre os comportamentos de risco para a saúde, bem como sobre a saúde mental. A promoção da saúde e o combate às desigualdades na saúde exigem, assim, uma intervenção multisectorial, envolvendo políticas sociais promotoras de ambientes sociais, educação e condições de vida saudáveis.

Uma vez que o foco deverá ser, como preconizam Marmot et al. (2012), nas causas das causas, garantindo que as pessoas têm o conhecimento, capacidades e controlo sobre as suas vidas para alterarem os comportamentos, torna-se fundamental estabelecer sistemas de monitorização dos indicadores socioeconómicos e de privação material associados à saúde, com a referenciação das situações de

desvantagem, para posterior encaminhamento e elaboração de respostas em função das necessidades da população.

Esta investigação possui algumas limitações, nomeadamente o facto da amostra utilizada não incluir as pessoas institucionalizadas, uma vez que estas não integram a base de dados do SHARE.

Outra limitação prende-se com o facto das análises realizadas não terem considerado a eventual existência de um "impacto" da saúde física nas condições económicas e de privação material, possibilidade que tem sido demonstrada em algumas investigações (BLOOM, 2013; FRANZESE, 2015).

Uma outra limitação metodológica deste estudo relaciona-se com o seu carácter transversal, que não permite uma análise em termos causais. Assim, este trabalho permite afirmar que piores condições económicas e materiais estão associadas a pior saúde física, mas não permite estabelecer que as condições económicas determinam a saúde física dos indivíduos. Neste sentido, considera-se pertinente a realização de análises longitudinais em investigações futuras, de modo a estabelecer relações causais que permitam a definição de políticas ainda mais específicas e direccionadas.

Apesar das limitações apresentadas, este estudo contribui para escrutinar a relação entre as condições económicas e de privação material e a saúde física, fornecendo mais informação sobre o comportamento dos indicadores que mensuram as primeiras e sobre os fatores que podem interferir nessa relação.

REFERÊNCIAS

ADENA, M.; MYCK, M. Poverty and transitions in health in later life. **Social Science & Medicine**, V. 116, P. 202–210, 2014.

ADENA, M.; MYCK, M.; OCZKOWSKA, M. Material deprivation items in SHARE Wave 5 data: a contribution to a better understanding of differences in material conditions in later life. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; KNEIP, T.; LITWIN, H.; MYCK, M.; WEBER, G. (Eds.). **Ageing in Europe – Supporting policies for an inclusive society**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2015. P. 25–37.

AVENDANO, M.; ARO, A. R.; MACKENBACH, J. Socio-Economic Disparities in Physical Health in 10 European Countries. In: BÖRSCH-SUPAN, A.;

BRUGIAVINI, A.; JÜRGES, H.; MACKENBACH, J.; SIEGRIST, J.; WEBER, G. (Eds.). **Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe**. Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), 2005. P. 89-94.

BERTONI, M.; CAVAPOZZI, D.; CELIDONI M.; TREVISAN, E. Development and validation of a material deprivation index. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; KNEIP, T.; LITWIN, H.; MYCK, M.; WEBER, G. (Eds.). **Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2015. P. 57-65.

BLAZER, D.G. Depression in Late Life: Review and Commentary. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, V. 58, N. 3, P. 249-265, 2003.

BLÁZQUEZ, M.; COTTINI, E.; HERRARTE, A. The socioeconomic gradient in health: how important is material deprivation?. **J Econ Inequal**, V. 12, P. 239-264, 2014.

BLOOM, D.E. The Health and Wealth of Portugal. **Acta Med Port**, V. 26, N. 4, P. 303-311, 2013.

BROWNING, M.; MADSEN, E. Consumption. In: WEBER, G. (Ed.). **Socio-Economic Status**. 2019. P. 318-324.

CERDÁ, M.; JOHNSON-LAWRENCE, V.D.; GALEA, S. Lifetime income patterns and alcohol consumption: Investigating the association between long- and short-term income trajectories and drinking. **Soc Sci Med**, V. 73, N. 8, P. 1178-1185, 2011.

CHRISTELIS, D.; JAPPELLI, T.; PADULA, M. Wealth and Portfolio Composition. In: Weber, G. (Ed.). **Socio-Economic Status**. 2019. P. 310-317.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: **Organização Mundial da Saúde**, 2010.

DELERUE MATOS, A.; BARBOSA, F.; CUNHA, C.; VOSS, G.; CORREIA, F. Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. **BMC Public Health**, V. 21, N. 924, 2021.

DEMAKAKOS, P.; BIDDULPH, J. P.; BOBAK, M.; MARMOT, M. G. Wealth and mortality at older ages: a prospective cohort study. **J Epidemiol Community Health**, V. 70, P. 346–353, 2016.

DEWEY, M.; PRINCE, M. Mental Health. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; JURGES, H. (Eds.). **Health, Ageing and Retirement in Europe-First results from survey of Health, Ageing and Retirement in Europe**. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA), 2005. P. 108-117.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Lisboa, Portugal: **DGS**, 2017.

EIKEMO, T.A.; BAMBRA, C.; JOYCE, K.; DAHL, E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. **Eur J Public Health**, V. 18, N. 6, P. 593-599, 2008.

EIKEMO, T.A.; HUISMAN, M.; BAMBRA, C.; KUNST, A. E. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries. **Sociology of Health & Illness**, V. 30, N. 4, P. 565–582, 2008.

EUROSTAT. Combating poverty and social exclusion: A statistical portrait of the European Union 2010. Eurostat statistical books. Luxembourg: **Publications Office of the European Union**, 2010.

EUROSTAT. Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU. Luxembourg: **Publications Office of the European Union**, 2019.

FRANZESE, F. Slipping into poverty: effects on mental and physical health. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; KNEIP, T.; LITWIN, H.; MYCK, M.; WEBER, G. (Eds.). **Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2015. P. 139-147.

GARCÍA-MUÑOZ, T.; NEUMAN, S.; NEUMAN, T. Behavioral Health Risk Factors: the Interaction of Personal and Country Effects. **International Journal of Behavioral Medicine**, V. 25, P. 183–197, 2018.

JEREZ-ROIG, J.; BOSQUE-PROUS, M.; GINÉ-GARRIGA, M.; BAGUR-CALAFAT, C.; BEZERRA DE SOUZA, D. L.; TEIXIDÓ-COMPAÑÓ, E.; ESPELT, A. Regional differences in the profile of disabled community-dwelling older adults: A European population-based cross-sectional study. **PLoS One**, V. 13, N. 12, 2018.

JÜRGES, H. Health insurance coverage and access to care among European elders: crossnational differences and social gradients. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; KNEIP, T.; LITWIN, H.; MYCK, M.; WEBER, G. (Eds.). **Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2015. P. 301-312.

KRATZ, F.; BRISTLE, J. Tracking and educational inequality in health in later life. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; BRISTLE, J.; ANDERSEN-RANBERG, K.; BRUGIAVINI, A.; JUSOT, F.; LITWIN, H.; WEBER, G. (Eds.). **Health and socio-economic status over the life course**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2019. P. 99-106.

LINK, B.; PHELAN, J. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. **Journal of Health and Social Behavior**, P. 80–94, 1995.

LISTL, S.; JÜRGES, H. Social inequalities in oral health – towards targeted health policy interventions. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; KNEIP, T.; LITWIN, H.; MYCK, M.; WEBER, G. (Eds.). **Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society**. Berlin/Boston: De Gruyter, 2015. P. 127–138.

LYBERAKI, A.; TINIOS, P. Poverty and Social Exclusion: A New Approach to an Old Issue. In: WEBER, G. (Ed.). **Socio-Economic Status**. 2019. P. 302-309.

MACKENBACH, J.; AVENDANO, M.; ANDERSEN-RANBERG, K.; ARO, A. Physical Health. In: BÖRSCH-SUPAN, A.; BRUGIAVINI, A.; JÜRGES, H.; MACKENBACH, J.; SIEGRIST, J.; WEBER, G. (Eds.). **Health, Ageing and**

Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), 2005. P. 82-88.

MARMOT, M. Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010. **The Marmot Review**, 2010.

MARMOT, M.; ALLEN, J.; BELL, R.; BLOOMER, E.; GOLDBLATT, P.; CONSORTIUM FOR THE EUROPEAN REVIEW OF SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND THE HEALTH DIVIDE. WHO European review of social determinants of health and the health divide. **Lancet**, V. 380, N. 9846, P. 1011–1029, 2012.

MUNICH CENTER FOR THE ECONOMICS OF AGING. **SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Release Guide 7.0.0.** SHARE, 3 de abril de 2019. Disponível em: <http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide_7-0-0.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MYCK, M.; NAJSZTUB, M.; OCZKOWSKA, M. Implications of social and material deprivation for changes in health of older people. **Journal of Aging and Health**, V. 32, N. 5-6, P. 371–383, 2019.

PACCAGNELLA, O.; WEBER, G. Household Income. In: WEBER, G. (Ed.). **Socio-Economic Status**, 2019. P. 296-301.

PLOUBIDIS, G.B.; GRUNDY, E. Health Measurement in Population Surveys: Combining Information from Self-reported and Observer-Measured Health Indicators. **Demography**, V. 48, N. 2, P. 699–724, 2011.

PRINCE, M.J.; REISCHIES, F.; BEEKMAN, A.T.F.; FUHRER, R.; JONKER, C.; KIVELÄ, S-L.; LAWLOR, B.A.; LOBO, A.; MAGNUSSON, H.; FICHTER, M.; VAN OYEN, H.; ROELANDS, M.; SKOOG, I.; TURRINA, C.; COPELAND, J.R. M. Development of the EURO-D scale—A European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. **British Journal of Psychiatry**, V. 174, P. 330–338, 1999.

RANTANEN, T.; GURALNIK, J.M.; FOLEY, D.; MASAKI, K.; LEVEILLE, S.; CURB, J.D.; WHITE, L. Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. **Journal of the American Medical Association**, V. 281, P. 558-560, 1999.

SEMYONOV, M.; LEWIN-EPSTEIN, N.; MASKILEYSON, D. Where wealth matters more for health: The wealth health gradient in 16 countries. **Social Science & Medicine**, V. 81, P. 10–17, 2013.

SOLÉ-AURÓ, A.; JASILIONIS, D.; LI, P.; OKSUZYAN, A. Do women in Europe live longer and happier lives than men?. **The European Journal of Public Health**, V. 28, N. 5, P. 847– 852, 2018.

STEELE, J.; SHEN, J.; TSAKOS, G.; FULLER, E.; MORRIS, S.; WATT, R.; GUARNIZO-HERREÑO, C.; WILDMAN, J. The interplay between socioeconomic inequalities and clinical oral health. **Journal of Dental Research**, V. 94, N. 1, P. 19–26, 2015.

SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE-EUROPEAN RESEARCH INFRASTRUCTURE CONSORTIUM [SHARE-ERIC]. **Annual Activity Report 2019/20**. Munich, Germany, 2020. Disponível em: <http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE-ERIC/SHARE_AnnualActivityReport_2019-2020.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION [UNESCO]. **ISCED 1997: International Standard Classification of Education**. UNESCO Institute for Statistics, maio de 2006. Disponível em: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-en_0.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The Disablement Process. **Soc. Sci. Med.**, V. 38, N. 1, P. 1–14, 1994.

VOZIKAKI, M.; LINARDAKIS, M.; MICHELI, K.; PHILALITHIS, A. Activity participation and wellbeing among European adults aged 65 years and older. **Social Indicators Research**, V. 131, P. 769–795, 2017.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen, Denmark: **WHO Regional Office for Europe**, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: **World Health Organization**, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Report on Ageing and Health. Geneva: **WHO**, 2015.