MARIA CÉLIA GUERRA MEDINA

CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA, SAÚDE E
INCAPACIDADE DE IDOSOS RESIDENTES
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo,
Departamento de Epidemiologia.
Orientador: *Prof. Ruy Laurenti.*

SÃO PAULO
1993

Maria Célia Guerra Medina

**CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA, SAÚDE E INCAPACIDADE
DE IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo,
Departamento de Epidemiologia.**

Orientação: Prof. Ruy Laurenti

São Paulo, 1993

Aos meus velhos,

Izaura e Guerra

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não seria realizado sem a contribuição de muitas pessoas. As palavras não traduzem suficientemente o sincero reconhecimento que sinto por todas elas.

Início com o Professor Ruy Laurenti, que com clareza e competência tem me orientado e estimulado, na vida profissional e acadêmica desde os primeiros contactos com os assuntos da saúde pública.

À confiança do Dr. Wagner Augusto da Costa, do Dr. Luís Roberto Ramos e do Professor Renè Mendes que garantiram o apoio de sérias instituições, tornando possível o desenvolvimento deste e de outros trabalhos.

Aos demais amigos do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac", especialmente ao Dr. Julio César e à equipe da Divisão de Doenças Crônicas não Transmissíveis, Dra. Ana Arantagy, Dra. Ana Rotondaro, Dr. Arthur Jaques, Dr. Fausto Fernandes, Dr. Maurício Pernambuco, Dra. Miriam Shirassu, Dra. Isabel Rios, Dra. Micheline Rachele e Dra. Suzana Moraes, companheiros e parceiros de ideais.

O apoio imprescindível dos amigos do Instituto de Saúde, particularmente da esteticista Zélia Cavalcanti, da psicóloga Tereza Etsuko, do analista Marcelo di Pietro, do Dr. José Eduardo Moncao e das estagiárias da Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas.

Aos demais professores da Faculdade de Saúde Pública, destacando-se o Professor José Maria Pacheco de Souza, que sempre nos tem acolhido, sobretudo desmitificando os mistérios da Estatística e da Epidemiologia. À bibliotecária Ângela Beloni e aos atenciosos funcionários da seção de pós-graduação.

Aos demais membros da banca pelas preciosas contribuições, do exame de qualificação ao término do trabalho: Profa. Neide Lopes Patarra, Profa. Sabina Léa Davidson Gotlieb, Prof. Eurico Thomaz de Carvalho Filho, Prof. Diogo Pupo Nogueira, Prof. Jorge da Rocha Gomes e Prof. Luís Roberto Ramos.

À minha generosa família que, com paciência e cordialidade, acompanhou e colaborou em vários momentos do trabalho: da digitação em que participaram a Carmem e o Fernando, à cuidadosa revisão e o companheirismo do Paulo, além do carinho dispensado pela Luciana, é claro.

Aos idosos que gentilmente aceitaram participar de nossa longa entrevista.

Finalmente agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro; à Organização Panamericana de Saúde, ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Estado da Saúde que financiaram o projeto do qual faz parte este estudo.

ÍNDICE

Resumo	1
Summary	4
I. Introdução	5
I.1 Envelhecimento populacional	6
I.2 Repercussões para a Previdência Social	8
I.3 Repercussões para a saúde	10
II. Objetivos	13
III. Material e Métodos	14
III.1 Amostra	14
III.2 Plano de Análise	16
III.3 Instrumento de Coleta	17
III.4 Descrição das Variáveis	17
IV. Resultados e comentários	23
IV.1 Idosos segundo condição previdenciária	26
IV.2 Idosos segundo tipo de aposentadoria	44
IV.3 Idosos em atividade remunerada	53
IV.4 Análise multivariada entre variáveis demográficas, sócio-econômicas e saúde	60
V. Conclusões	69
VI. Recomendações e comentários finais	73
VII. Bibliografia	76

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo descrever e analisar as condições sócio-econômicas, de saúde e de incapacidade de grupos previdenciários entre idosos residentes no Município de São Paulo, no período de 1988-89. Trata-se de estudo transversal, onde uma amostra aleatória de 1557 indivíduos foi categorizada em quatro grupos previdenciários: aposentados, 53,3%; pensionistas, 14,8%; economicamente ativos, 10% e donas de casa, 22%.

As pensionistas, os aposentados por invalidez e por velhice apresentaram os piores indicadores sócio-econômicos.

As doenças mais frequentemente referidas, foram a hipertensão, varizes e reumatismo. As pensionistas, as donas de casa e os aposentados por invalidez apresentaram as maiores frequências destas doenças, ou respectivamente, para hipertensão: 55,4%, 59,4 e 53,5%; para varizes: 57,1%, 56,5% e 52,4%; e para reumatismo: 43,7%, 54,7% e 45,4%.

Entre o conjunto dos idosos, 37,3% apresentam algum nível de incapacidade e 1,7% são totalmente dependentes. As pensionistas, os aposentados por invalidez e as donas de casa foram os grupos que apresentaram as maiores prevalências de incapacidade.

As melhores condições sócio-econômicas, de saúde e de independência ocorreram entre os economicamente ativos aposentados.

Para a análise multivariada as categorias tomadas como referência foram: sexo masculino, faixa etária de 60 a 69 anos, nível superior de escolaridade, indivíduos economicamente ativos, grupo ocupacional I (administradores, técnicos e profissionais de nível superior) e renda familiar percapita igual ou superior a US\$ 100 mensais.

Em relação à hipertensão, as variáveis a seguir mostraram associação segundo os respectivos níveis e valores de "odds ratio": sexo feminino, 1,44; nível médio de escolaridade, 2,0; nível elementar 3,35 e nível de não alfabetização, 6,58; quanto à condição previdenciária: aposentados, 1,7; pensionistas, 2,02 e donas de casa, 2,34; renda familiar abaixo de US\$ 100, 1,31. Em relação à incapacidade: sexo feminino, 2,29; faixa etária 70-79 anos, 2,59; 80 anos e mais, 12,74; nível de não alfabetização de escolaridade, 5,83; aposentados, 2,51; donas de casa, 3,89 e pensionistas, 3,41.

Não se associaram com a hipertensão: a idade, 70 a 79 anos e a ocupação anterior; e não se associaram com incapacidade: a escolaridade, níveis médio e elementar; os grupos ocupacionais III e IV (manuais, braçais e donas de casa) e finalmente a renda familiar percapita.

Conclui-se que as pensionistas, os aposentados por invalidez e os aposentados por velhice constituem-se nos grupos mais vulneráveis do ponto de vista social e de saúde; que variáveis sócio-econômicas estão associadas à hipertensão e incapacidade e que a ocupação anterior dos idosos não se associa à estas condições de saúde.

SUMMARY

This cross-sectional study aims to describe and to analyze the relationships between socioeconomic, health and autonomy conditions in the population of 60 years old and more, in São Paulo City, Brazil, observed from 1988 to 1989.

A representative systematic random sample sized 1,557 has been classified as: retirees (53.3%), pensioners (14.8%), economically active (10%) and housewives (22%).

Pensioners, retirees due to disability and retirees due to age had the worst socioeconomic indicators .

Hypertension, varicous veins and rheumatic problems have been found as the most frequent referred diseases in the sample. The highest frequencies have been found among pensioners, housewives and retirees due to age, who have shown respectively: hypertension: 55.4%, 59.4% and 53.5%; varicous veins: 57.1%, 56.5% and 52.4% and rheumatic diseases: 43.7%, 54.7% and 45.4%.

Disability condition for at least one activity of day living has been found in 37.7% of the sample. Complete dependency have been observed in 1.7%. The highest disability levels have been found among pensioners, retirees due to disability and housewives.

The best socioeconomic, health and autonomy conditions have been found among the retirees who still have economic activities.

For multivariate analysis the following classes have been used as reference: male, 60 to 69 years old, graduate education level, being in economic activity, previous job group level I (superior administration, technicians, and graduate professionals) and family income equal to or higher than US\$100 a month.

Regarding the references above, the following conditions increased hypertension prevalence with the corresponding odds: female, 1,44, medium educational level, 2,0, elementary educational level, 3,35, illiteracy, 6,58, retirement 1,7, pensioner, 2,02, and housewife, 2,34; family income less than US\$ 100 a month, 1,31. For disability conditions the results are as the following: female, 2,29; illiteracy, 5,83; retirement, 2,51, housewife, 3,89 and pensioners, 3,41; 80 years old and higher, 12,74; 70-79 years old, 2,59.

No significant differences have been found in hypertension prevalence concerning the 70-79 years old group, and previous job. The same happened with the association between for disability and medium and elementary education levels, previous job group III and IV (manual workers and housewife) and family income.

The pensioners, the retirees due to disability and to age, are the most vulnerable groups concerning social and health conditions.

I - INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do indivíduo e a garantia de uma vida plena, em qualidade e quantidade de anos são direitos ainda não ao todo assegurados. São dependentes não só de condições biológicas mas, sobretudo, ambientais, sociais e culturais, além das ciências e políticas de saúde.

Desde os seus primórdios, mas particularmente após a Revolução Industrial, a humanidade tem experimentado um incremento na quantidade de anos de vida. No entanto, os diferentes grupos sociais não têm se beneficiado destes avanços de forma igualitária. O envelhecimento é assim desigual: vive-se por mais tempo e com mais saúde na velhice, de acordo com as condições acima, em todas as fases da vida.

Tendo por base tais premissas, procurou-se caracterizar algumas das condições em que vivem diferentes grupos de idosos, investigando as possíveis associações entre o ambiente sócio-econômico e a saúde.

1.1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A mortalidade e a natalidade são os dois principais fenômenos demográficos responsáveis pela composição das populações. A queda da primeira proporciona um aumento da vida média e o crescimento no número absoluto de pessoas idosas, aqui definidas como acima de 60 anos, conforme critério da Organização das Nações Unidas para países em desenvolvimento⁹⁰. A redução da segunda, por outro lado, reduz o número de indivíduos na base da pirâmide populacional, incrementando o crescimento relativo de adultos e idosos.

A sequência de modificações nestes eventos caracterizam a "transição demográfica" que pode ser dividida em vários períodos. De forma resumida, consideram-se quatro fases componentes da "transição demográfica": *a primeira*, em que a mortalidade é alta e concentrada entre crianças e jovens e o *crescimento populacional é lento*; *a segunda*, onde a mortalidade cai, *acentuando-se o crescimento da população* em seu conjunto, mas principalmente nas faixas jovens; *a terceira* fase em que as taxas de natalidade caem e a mortalidade continua em descenso, *aumentando* assim a proporção de *adultos jovens*; e uma *quarta*, em que o declínio da mortalidade ocorre em todos os grupos de idade e a natalidade continua baixa *aumentando a proporção de idosos*. A maioria dos países desenvolvidos está vivenciando o quarto período, enquanto a maioria dos subdesenvolvidos está entre o terceiro e o quarto¹⁰⁵.

Nos países desenvolvidos, esta "transição" teve um processo de duração longa, até 150 anos. Neles a queda da mortalidade geral teve início no século XVIII, devendo-se principalmente aos progressos no controle das epidemias, ao melhoramento das colheitas, à conservação e distribuição dos alimentos e até à redução dos períodos de guerra. Disto resultou um crescimento da vida média, com um ganho estimado em mais de 50 anos¹⁶. Após a industrialização e a urbanização, modificaram-se os padrões familiares; a natalidade em alguns países da Europa reduziu-se em até três vezes. Cresce assim a proporção de idosos, que nos dias atuais representam mais de 15% do conjunto da população^{16,20,52}, e a

esperança de vida ao nascer em alguns países aproxima-se dos 80 anos: o Japão possui hoje a mais alta esperança de vida ao nascimento - 78 anos ^{47,52,97,99,127}.

No terceiro mundo, estas transformações demográficas tiveram início mais recente e ocorreram mais rapidamente. A França levou 115 anos para dobrar a percentagem de idosos de 7 para 14%; países como o Brasil irão fazê-lo em cerca de três décadas. Trata-se de um "envelhecimento populacional rápido", que tem, na década de 40, o marco de maior inflexão da curva de mortalidade, e na de 60, para a de natalidade ^{56,57,66,127}. Os avanços tecnológicos do pós-guerra aceleraram a queda da mortalidade. A intensificação do fenómeno das migrações e urbanização influenciaram a redução da natalidade. A elevada taxa de natalidade da primeira metade do século, acompanhada pela redução da mortalidade do pós-guerra e da natalidade a seguir, possibilitou o incremento das gerações que agora começam a envelhecer. O verdadeiro "boom" de idosos que se inicia neste final de século leva à previsão de que, por volta do ano 2.000, 58,8% dos idosos estarão vivendo em países subdesenvolvidos ^{3,20,52,98,127}.

Acompanhando a tendência mundial, o Brasil experimenta grande queda da mortalidade: de 27,8 por mil habitantes em 1900 chega-se a 7,6 por mil em 1990 ^{11,37,102}. As taxas de natalidade, embora relativamente altas, vêm sofrendo forte declínio de forma que, em 1988, as 35,4 milhões de famílias brasileiras identificadas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE) passam a ser compostas em média por quatro pessoas ³⁶. No Município de São Paulo, em 15 anos, a natalidade reduziu-se em 38% ¹⁰².

A esperança de vida ao nascer, de 33,7 anos, no início do século, passa para 63,5, em 1980. No Estado de São Paulo, para o ano de 1989, estes valores correspondiam a 65,5 anos para homens e 73,0 anos para mulheres ^{11,14}. Sob estas condições modifica-se a estrutura populacional no Brasil: a proporção de idosos, que no início do século era de 3,2%, passa para 7,7% em 1990, correspondendo a 10.614.000 indivíduos com idade igual ou

superior a 60 anos, oitava maior população idosa do mundo ^{55,66,131}. Estas mudanças possibilitam que, em cidades como São Paulo, uma mulher de 60 anos apresente hoje uma expectativa de vida de 23 anos, superior a de vários países europeus ^{14,108}.

Regiões de maior pobreza, onde a vida média, é menor, apresentam maiores proporções de idosos. A saída dos adultos jovens em função da oferta de trabalho nos grandes centros e as "migrações de retorno" ^{73,118} fazem com que o Nordeste brasileiro, por exemplo, tenha as maiores taxas de idosos do país.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à maior proporção de mulheres que se acentua nesta faixa: o diferencial de vida média para a mulher ultrapassa sete anos, resultando em um excedente de idosas de 17,1 % ^{72,101}.

Estas transformações demográficas acompanham-se de algumas importantes repercussões, entre elas, destacam-se as relacionadas à seguridade social e à saúde, que são objeto deste trabalho.

1.2. REPERCUSSÕES PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL.

O envelhecimento populacional, como é esperado, acompanha-se de um crescimento do número de indivíduos que se afastam da atividade econômica, por impossibilidade ou por determinação da lei. O equilíbrio numérico entre estes indivíduos e aqueles em atividade, em última instância, define as possibilidades de uma política previdenciária.

O equilíbrio financeiro do sistema depende, por outro lado, dos recursos disponíveis, do valor e quantidade dos benefícios e da idade de início dos mesmos. Também é esperado que não ocorram outras formas de aplicação de tais recursos.

A pensão pública, semelhante a de nossos dias, aparece pela primeira vez em 1684, em Londres, dada a um portuário ¹³⁹. Acredita-se que os Incas e Astecas tenham desenvolvido sistemas de seguro social para seus velhos ¹²³.

No Brasil, o envelhecimento populacional tem se acompanhado pelo crescimento de dependentes. No entanto o crescimento de benefícios a idosos acompanha a história do sistema previdenciário no país, que remonta à década de vinte com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões junto às empresas portuárias e pela promulgação da "Lei Elói Chaves" em 1923 ^{4,19,75}.

Enquanto o crescimento médio anual de indivíduos de 65 e mais anos de idade cresceu de 6,8% para 10,9% ao ano, entre as décadas de quarenta e oitenta, o crescimento do número de aposentados no mesmo período cai de 42% para 7,1% ao ano no mesmo período ^{34,38,53,79,83}.

Os seguros sociais que abrangiam cerca de 180 mil segurados em 1930, crescem para três milhões em apenas vinte anos ⁷⁹. Chega-se aos anos atuais com um sistema unificado, com a contribuição de cerca de trinta milhões de segurados ativos, extensão de cobertura para todos os trabalhadores urbanos e rurais e uma crise financeira de várias origens.

A hipótese de que a origem da crise esteja na defasagem entre receita e despesa é consensual. Do lado da receita pesam os débitos patronais, a ausência da participação da União, em termos de contribuição, e a crise econômica, que pelo desemprego e baixos salários reduzem sobremaneira a arrecadação ^{6,19,87}.

Outro aspecto a considerar, diz respeito ao impacto da aposentadoria na vida dos indivíduos ativos. Repercussões positivas e negativas associadas ao afastamento do trabalho através da aposentadoria, tem sido indentificados por diferentes autores ^{24,25,42,104}. Vários deles têm evidenciado a maior adequação de limites de idade não rígidos para o início deste período ^{92,106,117}.

Em 1990 a população de aposentados no Brasil era de 6,4 milhões e a de pensionistas de 3,6 milhões para um contingente de 29,4 milhões de segurados ativos ^{33,84}. Isto significa que, para aproximadamente três indivíduos ativos contribuintes da previdência social, existia um dependente recebendo uma aposentadoria ou uma pensão, proporções inferiores às encontradas em países desenvolvidos.

Em trabalho anterior observou-se que indivíduos aposentados por motivo de doença ou invalidez, no ano de 1983, representavam 36,8% dos aposentados e que 49,8% das aposentadorias concedidas naquele ano correspondiam a esta modalidade de afastamento⁷⁹. A hipótese de que esta categoria previdenciária pudesse ser indicadora de condições de saúde e de nível de independência entre idosos foi então levantada e analisada no presente estudo.

A caracterização das demais classes de previdenciários segundo saúde, grau de incapacidade e condições sócio-econômicas são objeto deste estudo.

1.3. REPERCUSSÕES PARA A SAÚDE

Dois são os principais problemas de saúde relacionados ao envelhecimento: a elevada freqüência de doenças crônicas e as incapacidades.

Os estados de saúde estabelecem-se principalmente antes do envelhecimento e os avanços na área do conhecimento geriátrico, cada vez mais trazem elementos, para a diferenciação entre o envelhecimento normal "senescência" e o envelhecimento patológico "senilidade". É a duração dos períodos de instalação destas enfermidades que fazem com que a manifestação das mesmas coincida com a velhice^{8,20,52}.

O crescimento da presença das doenças crônicas na população geral e por outro lado a redução das doenças transmissíveis caracterizam a chamada "transição epidemiológica"^{16,50,63,65,70}. Tais modificações não se explicam exclusivamente pelo envelhecimento populacional, mas pelo incremento dos fatores de risco associados a estas enfermidades⁷.

Esta mudança reflete-se no quadro de mortalidade da população brasileira, em que cerca de metade de todos os óbitos, excluídas as causas mal definidas, têm como causa básica as doenças cardiovasculares ou as neoplasias^{63,64,67}.

Da mesma forma que a mortalidade, os indicadores de morbidade disponíveis apontam valores altos de algumas doenças crônicas no país: em 1978 no Rio Grande do Sul cerca de 11% da população de 20 a 74 anos de idade apresentava algum tipo de hipertensão¹; em 1987, no Município de São Paulo este percentual foi de 22,3% da população de 15 a 60

anos apresentando tal agravamento¹¹². O inquérito nacional de diabetes mellitus em 1987 revelou uma prevalência de 9,66% entre adultos do Município de São Paulo e até maiores em outras capitais^{32,74}. Dados referentes à prevalência destas doenças entre 300 idosos no Município de São Paulo (MSP) no ano de 1986¹⁰⁹ revelam, que como já apontavam estudos internacionais, estas taxas são mais elevadas nas últimas décadas da vida^{20,46,100,128}.

Uma das consequências desta nova ordem de problemas diz respeito aos gastos com saúde. Em países desenvolvidos, os custos com cuidados à saúde de idosos superam em até seis vezes os correspondentes aos demais grupos etários^{57,108}. Estes países possuem maior experiência e maior adequação de serviços no sentido de evitar a hospitalização de longa duração, o que não ocorre em nosso meio.

No Brasil, a estimativa de custos de serviços não é tradicional⁷⁸. Em levantamento de internações hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, detectou-se que o custo total de internação por paciente hipertenso era em 1986 de US\$ 102,48¹²⁴. Dados do Ministério da Saúde, para 1985, revelam que os gastos com internações hospitalares de pacientes portadores de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes superam a casa de 130 milhões de dólares²⁸.

Como ocorre com os demais agravos à saúde, as doenças crônicas também se manifestam mais freqüentemente entre os grupos sociais de menor renda, quer em países desenvolvidos^{2,39,49,125}, quer em nosso meio^{11,13,32,61,71,112,113}. Assim, o envelhecimento em nosso meio, acompanha-se de alta freqüência de doenças e gastos, seguramente elevados.

Um outro aspecto relacionado ao envelhecimento populacional e ao incremento das doenças crônicas é o crescimento do número de dependentes ou incapacitados, particularmente entre os mais velhos dos idosos^{27,31,54,76,95,121}.

Dados internacionais detectados pelo Programa de Monitoramento coordenado pelas agências da Organização das Nações Unidas, iniciado nos anos 60, revelam taxas de incapacidade variando de 0,2 até 20%¹³³. Esta amplitude de freqüência não pode ser atribuída apenas às reais diferenças entre estas populações. Na verdade, as medidas de incapacidade ao nível populacional estão sujeitas a diferentes critérios de definição, distintos

instrumentos de medida e até de múltiplos sistemas de classificação pode ser observado na classificação da Organização Mundial de Saúde publicada em 1980 ^{15,135}. As categorias *impairment*, *disability* e *handicap*, traduzidas para o português e adaptadas no Brasil por Laurenti, indicam a possibilidade de pelo menos três critérios de abordagem ⁶⁸:

"*Deficiência* - representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, física ou anatômica". Exemplos: deficiência da linguagem, da audição, músculo-esquelética, etc.

"*Incapacidade* - corresponde a qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidade para exercer essa atividade dentro dos limites considerados normais para o homem". Exemplos: incapacidade para falar, para ouvir, para andar, etc.

"*Desvantagem* - representa um impedimento para uma dada pessoa, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe limita ou impede o desempenho de uma atividade que é considerada normal (levando em consideração a idade, o sexo e fatores socio-econômicos e culturais)." Exemplos: na orientação, na mobilidade, etc.

Em nosso meio dispõe-se de poucos dados sobre a incapacidade. Em 1981, a FIBGE, através da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), detectou a existência de 2.134.326 indivíduos portadores de deficiência física ou mental, dos quais 497.224, 23,3%, de idade igual ou superior a 60 anos ³⁵. Estima-se assim uma frequência de 2,58% de incapacitados entre a população geral e 9,85% entre os idosos.

Outro indicador indireto de incapacidade é o afastamento do trabalho, que quando definitivo, constitui-se na aposentadoria por invalidez. Em estudo anterior foi analisada a associação entre este tipo de aposentadoria e as doenças crônicas ⁷⁹.

No presente estudo os grupos previdenciários foram avaliados quanto a diferentes graus de incapacidade, permitindo identificar grupos mais vulneráveis, podendo contribuir para as definições de política de saúde e para o entendimento de algumas das questões previdenciárias, tão polêmicas nos dias atuais.

II - OBJETIVOS:

GERAL: Descrever e analisar a situação previdenciária e ocupacional de idosos (indivíduos de idade igual ou acima de 60 anos), residentes no Município de São Paulo, e sua possível associação com a saúde e a incapacidade, no período de 1988-89.

ESPECÍFICOS:

1. Descrever e analisar os principais grupos previdenciários: aposentados, pensionistas, economicamente ativos e dependentes (donas de casa), segundo variáveis demográficas, socio-econômicas, doenças e incapacidade.
2. Descrever e analisar os aposentados segundo causa de aposentadoria e as variáveis acima.
3. Identificar possíveis associações entre variáveis demográficas, sócio-econômicas, doenças e incapacidade.

III - MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal onde uma amostra populacional de 1602 idosos (idade igual ou superior a 60 anos) foi avaliada através da aplicação de questionário multidimensional, OARS* ^{22,29}.

No período de 1988-89, a Organização Pan-americana de Saúde coordenou projeto multicêntrico em treze países da América Latina e Caribe, identificando as condições e as necessidades de idosos ¹⁰⁰.

No Município de São Paulo o inquérito foi realizado pela Secretaria de Estado da Saúde ¹¹¹. A situação previdenciária e ocupacional foram particularizadas neste estudo. Estas variáveis foram investigadas apenas neste Município, não sendo possível portanto a comparação com os idosos das demais áreas.

III.1 AMOSTRA

Para a seleção dos idosos, utilizou-se de classificação tradicionalmente usada em inquéritos populacionais no Município de São Paulo, quais sejam as regiões homogêneas descritas por Bussab e Dini⁹ e aplicadas em estudo de populações idosas ¹¹⁰.

* O Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment (OARS) ²² foi desenvolvido em 1984 para avaliação do estado funcional do idosos, sua saúde e outras condições de vida. Pode ser aplicado por entrevistador leigo ou ser auto-administrado, já tendo sido traduzido para o português ¹⁰⁹.

Inicialmente foram definidos nove subdistritos representantes de cinco regiões homogêneas, utilizando-se como critério de escolha, a existência de projetos anteriormente desenvolvidos nestas áreas ^{109, 112}. São eles: Brasilândia e Santo Amaro (Região 1), Jabaquara e Vila Guilherme (Região 2), Butantã e Tucuruvi (Região 3), Aclimação e Santa Cecília (Região 4), e Santa Efigênia (Região 5). O subdistrito Sé foi excluído do estudo devido ao grande número de casas provisórias construídas na área por ocasião da definição da amostra.

A partir desta escolha procedeu-se a um duplo sorteio. No primeiro foram sorteados 100 setores censitários. Chegou-se a esse número através de dois critérios: as proporções de idosos existentes segundo projeção censitária realizada pela FIBGE, 60 por setor, e a necessidade de se chegar a uma amostra final equivalente a 25% dos idosos existentes, estimados então em cerca de 6000. Foi realizado um rastreamento, obtendo-se informação prévia sobre a localização e frequência de idosos nos setores sorteados. Após obtenção desta listagem, foram sorteados 2000 indivíduos, que supririam uma perda prevista em 25%. A representação de 25% considerada representativa das áreas sorteadas, foi também a possível diante dos recursos disponíveis. Ao final da coleta de dados que durou doze meses, chegou-se a 1602 questionários aplicados.

Etapas da amostragem:

1. Definição do uso das áreas homogêneas
2. Escolha dos 9 sub-distritos (trabalhos pregressos)
3. Cálculo da média de idosos por setor = 60
4. Definição da representatividade intra-setor = 1/3
5. Definição do n mínimo aceitável e factível = 1500
6. Perdas possíveis (pesquisas anteriores) = 25%
7. Meta n total = 2 000 (portanto necessários 100 setores)
8. Sorteio por densidade acumulada de 100 entre 2140 setores
9. Levantamento dos idosos residentes
10. Sorteio de 1/3 do total arrolado

III.2 PLANO DE ANÁLISE

A amostra foi decomposta e analisada em quatro agregados segundo a condição previdenciária. Cada grupo foi analisado segundo variáveis independentes (demográficas, sócio-econômicas, incluindo ocupação e condição previdenciária) e variáveis dependentes (doenças e incapacidade).

Tratando-se de estudo transversal, em que todas as medidas são tomadas simultaneamente, a escolha das condições de dependência, ou independência pode ser arbitrária. O critério aqui usado foi o da temporalidade, considerando as condições demográficas e sócio-econômicas precedentes às de saúde e incapacidade. A condição previdenciária é utilizada como critério de classificação dos indivíduos, mas também analisada como variável independente.

A associação entre condição previdenciária e as variáveis em estudo foi testada pelo qui-quadrado em análise univariada através do programa SPSS ⁹⁴.

Em função do caráter dicotômico das variáveis dependentes foi escolhido o modelo loglinear de análise multivariada. A inexistência de programas estatísticos disponíveis específicos para este tipo de análise em estudos transversais, levou a lançar-se mão de programas desenvolvidos para estudos de outra natureza. Optou-se pelo uso do "Microcomputer program for multiple logistic regression by unconditional and conditional likelihood methods" (MULTLR), desenvolvido para estudos tipo "caso-controle" ¹⁰. Ele fornece medidas de associação através do "odds ratio" (OR), que será usado como aproximação da razão de prevalência.

O programa ainda estima o intervalo de confiança do "odds ratio", especificando a amplitude dos valores plausíveis para o valor da medida de associação na população em estudo.

Por tratar-se de estudo transversal, também deve ser lembrado que a associação causal não pode ser afirmada ⁴⁸. Todavia, é possível tomar a medida de efeito "odds ratio" como uma aproximação da razão de prevalência e desta forma comparar proporções de indivíduos "acometidos" e "não acometidos" entre os "expostos" e os "não expostos" e vice-versa.

Em todos os testes empregados utilizou-se o valor máximo de 5% como nível de significância aceitável.

III.3 INSTRUMENTO DE COLETA

Ao questionário elaborado pela OPS foram adicionadas questões referentes à condição previdenciária, ocupação atual e anterior.

III.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

A condição previdenciária, variável principal, permitiu classificar os indivíduos em: aposentados, pensionistas, economicamente ativos e donas de casa.

As aposentadorias, de acordo com os critérios da Lei Orgânica da Previdência Social ¹⁸, são concedidas basicamente sob três condições: por *tempo de serviço*, *ATS*,

As aposentadorias, de acordo com os critérios da Lei Orgânica da Previdência Social ¹⁸, são concedidas basicamente sob três condições: por *tempo de serviço*, *ATS*, conferida ao previdenciário que tenha completado 35 anos de serviço, se do sexo masculino, e 30 anos, se do sexo feminino, na condição de contribuinte. A *aposentadoria por velhice*, *AV*, é concedida a indivíduos de 65 ou 70 anos de idade, se do sexo feminino ou masculino, respectivamente, quando comprovada filiação à Previdência Social por período mínimo de trinta e seis meses. Em caso de doença e/ou invalidez, desde que tenha contribuído pelo período mínimo de 36 meses e desde que não possa desenvolver a atividade anterior e não seja adaptável a outra atividade, o trabalhador tem direito a uma *aposentadoria por invalidez*, *AI*.

Outros tipos de aposentadoria existem no Brasil: são as especiais concedidas a trabalhadores em atividades em que hajam periculosidade, insalubridade ou condições outras prejudiciais à saúde; o benefício é concedido após períodos inferiores de trabalho e por esta razão foram tratadas no conjunto das aposentadorias por tempo de serviço.

São *pensionistas* os indivíduos que recebem uma pensão decorrente do falecimento de um segurado familiar do qual era dependente.

As *donas de casa* caracterizam-se por não estarem vinculadas diretamente à Previdência, podendo ou não serem beneficiárias indiretas ou dependentes da Previdência Social.

Finalmente são *economicamente ativos* os indivíduos que exercem atividade remunerada, formal ou informal, em geral contribuintes da Previdência Social.

Variáveis demográficas : idade e sexo.

A informação idade foi complementada com a menção do dia, mês e ano de nascimento. Para análise foram criadas três classes: *60 a 69, 70 a 79 e 80 e mais anos.*

Variáveis sócio-econômicas: renda familiar per capita, renda pessoal, escolaridade e ocupação.

A **renda familiar per capita (rfpc)** foi calculada a partir da relação entre a soma dos rendimentos dos componentes da família pelo total de seus integrantes. Deve ser registrado que neste período além da ocorrência de variação mensal no valor real dos rendimentos devido à inflação, a moeda corrente foi modificada por duas vezes. A fim de se obter valores comparáveis para os doze meses em que o dado foi levantado, eles foram transformados em dólar americano (US\$), utilizando-se a taxa oficial de câmbio publicada pelo jornal Folha de São Paulo. Foram trabalhadas duas classes de rendimento: *menor de 100 US\$ e igual ou superior a US\$100.*

A **renda pessoal (rp)** é representada por proventos provenientes de salário*1, aposentadoria*2, pensão*3 ou outros rendimentos, até mesmo a ajuda de terceiros. Optou-se por trabalhar com o *rendimento médio do grupo*, calculado em dólar americano da mesma forma que a renda familiar.

*1 Remuneração em dinheiro, por emprego fixo, serviço ou trabalho prestado.

*2 Vencimentos ou proventos para indivíduos que, tenham se afastado ou não do trabalho remunerado, ou tenha contribuído para a Previdência Social, durante período exigido para a obtenção do benefício.

*3 Pensão ou benefício devido aos dependentes do segurado que venha a falecer depois de haver pago 12 contribuições mensais.

Para a obtenção da informação do **grau de escolaridade** foram investigados o nível de ensino oficial cursado e o total de anos de estudo. Os que fizeram cursos técnicos foram agregados à classificação geral de acordo com o tempo de duração do curso. Um escore de quatro níveis permitiu classificar os indivíduos em: *analfabeto* (não sabe ler ou escrever), de *nível elementar* (primário completo ou incompleto, aqueles que aprenderam a ler e escrever por conta própria e os que freqüentaram escola por um período de até quatro anos), de *nível médio* (ginasial, colegial completo ou incompleto, ou técnico equivalente) e *nível superior* (completo ou incompleto).

As **atividades ocupacionais** atuais e anteriores foram identificadas mediante descrição da função exercida em questão aberta. Em caso de mais de uma função optou-se por usar a de maior período de duração e, no caso de empate, decidiu-se pela de maior risco ocupacional, utilizando-se a Classificação de Atividades segundo Risco⁸⁶.

Buscando-se maior precisão desta informação, identificou-se o setor da atividade através da descrição do tipo de estabelecimento e de seu produto. As atividades desenvolvidas no domicílio desde que remuneradas foram consideradas e classificadas como tal.

A codificação seguiu a Classificação Brasileira de Ocupações⁸⁵, que gerou um total de 101 ocupações distribuídas nos nove grandes grupos ocupacionais. Este número de agregados resultou em tamanhos de caselas nem sempre apropriados à análise estatística. Decidiu-se então pela agregação em três sub-grupos, segundo critério de similaridade de atividade exercida, quais sejam: *grupo I*: indivíduos que têm ou tiveram como ocupação principal atividades de profissões científicas, técnicas, artísticas, membros dos poderes legislativos, executivo e judiciário, e diretores de serviços públicos e empresas privadas. Como *grupo II* os que trabalham ou trabalharam em serviços administrativos, nível intermediário e os empregados ou proprietários de comércio. Finalmente os que participaram como braçais, manuais ou artesãos em atividades agropecuárias, construção civil, operadores

de máquinas, condutores de veículos e assemelhados em qualquer dos setores da economia são classificados como de *grupo III*. As donas de casa que não exerceram atividade remunerada no passado não foram excluídas da análise tendo sido classificadas como *grupo IV*.

Variáveis de saúde: doenças referidas, ou doenças e incapacidades.

As doenças *1 foram investigadas através de interrogatório composto de uma questão aberta acrescida de uma listagem definida de doenças, utilizando-se de termos mais tradicionalmente conhecidos pela população, daí algumas vezes representarem mais de uma entidade nosológica.

Seis doenças, as de maior frequência, foram selecionadas para análise: *pressão, reumatismo, varizes, diabetes, derrame e asma*. Os termos *pressão, derrame e asma*, são substituídos, respectivamente, por *hipertensão, acidentes vasculares cerebrais (AVC) e doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC)*.

A referência de doenças tem sido método utilizado quando o custo de medidas de detecção sejam impeditivas; vários estudos tem mostrado correlação entre os dois métodos 12,58,69,88.

*1 *A medida do estado de saúde através da referência de doença tem sido utilizada em inquéritos populacionais com a vantagem de um custo menor em relação aos levantamentos em que são realizados diagnóstico clínico e laboratorial. O componente subjetivo inerente ao método não invalida a sua aplicação. Por outro lado, os próprios critérios diagnósticos de algumas doenças como a hipertensão arterial e o diabetes não estão totalmente estabelecidos para todas as idades. Estudos internacionais 17,45,119,130 e em nosso meio têm demonstrado a sua aplicabilidade 69.

Desordens de função cognitiva foram medidas através da aplicação de teste de saúde mental extraído do questionário multidimensional OARS ²², derivado do Mini Mental State de Folstein ³⁰ e validado para o português ¹⁰⁹, também de resposta final dicotômica. Este teste é capaz de avaliar a área das funções mentais, não permitindo, entretanto, classificar os indivíduos segundo quadros nosológicos; é assim um teste preditivo e não de diagnóstico final.

Quanto à **incapacidade**, foi considerado dependente o indivíduo incapaz ou dependente de ajuda para a realização de atividades de vida diária (AVDs)*2. Foi analisada uma seleção de oito atividades: quatro de auto-cuidado (*comer, deitar e levantar da cama, ir ao banheiro em tempo, e vestir-se*) e quatro instrumentais (*andar fora de casa, preparar refeições, tomar remédios e utilizar-se de transporte coletivo, ou ônibus*). Por definição a condição de **independência** pressupõe a ausência de supervisão, direção ou apoio de terceiros, mas não exclui a possibilidade do uso de aparelhos. Na análise multivariada foram considerados dependentes os indivíduos incapazes de realizar, ou que necessitassem de ajuda para realizar, pelo menos uma das atividades.

*2 A avaliação de incapacidades em relação às atividades de vida diária foi desenvolvida por Katz e colaboradores ^{59,60} em meados dos anos 50. Tem por base as funções biológicas e psicossociais, partindo da observação de que as funções perdidas pelo idoso seguem a seqüência inversa às adquiridas pela criança.

IV - RESULTADOS E COMENTÁRIOS

FIGURA 1 - SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E OCUPACIONAL DE IDOSOS RESIDENTES
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (TOTAL DA AMOSTRA)

Os 1602 indivíduos entrevistados classificam-se em quatro grupos, segundo condição previdenciária. A figura 1 apresenta esta distribuição: os aposentados equivalem a pouco mais da metade da amostra - 830, ou 51,8% dos indivíduos; os pensionistas, 240 ou 15%; os economicamente ativos não aposentados, 153, 9,5%, e finalmente, as donas de casa, acrescidas de desempregados entre outros, totalizam 379, ou 23,7% da amostra.

Os aposentados, por sua vez, classificam-se segundo modalidade de aposentadoria em: aposentados por tempo de serviço (ATS), 35,9%; aposentados por invalidez (AI), 32,7% e aposentados por velhice (AV), 31,4%. Entre os 830 aposentados existem 150 indivíduos economicamente ativos.

Buscando consistência entre os grupos, foram excluídos os numericamente pouco representativos: nove pensionistas do sexo masculino, (0,6% da amostra); três "donas de casa" de sexo masculino (0,1% da amostra) e 33 outros (desempregados, vivendo de ajuda ou a procura de emprego, 2%). Pensionistas e donas de casa passam a ser representadas apenas por indivíduos do sexo feminino, respectivamente 231, 14,8% e 343, 22%, condicionando a estratificação segundo sexo dos aposentados e dos economicamente ativos (figura 2).

Participaram da análise, portanto, 1557 indivíduos, apresentados em três etapas: inicialmente são analisados os quatro grupos previdenciários; a seguir os aposentados são detalhados, segundo tipo de aposentadoria e finalmente particularizam-se os economicamente ativos.

FIGURA 2 - SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E OCUPACIONAL DE IDOSOS RESIDENTES
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (AMOSTRA ANALISADA).

IV.1 IDOSOS SEGUNDO CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Na tabela 1 se observa a distribuição dos quatro grupos segundo sexo e faixa etária.

Dentre os 1557 indivíduos, 969 são do sexo feminino e 588 do sexo masculino, ou seja a razão de masculinidade encontrada é de 606 por 1000.

Tabela 1. IDOSOS SEGUNDO SEXO, CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA E IDADE (N e %).

CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA		APOSENTADOS		PENSIO- NISTAS		DONAS DE CASA		ECONOMICAMENTE ATIVOS		TOTAL	
SEXO	IDADE	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MASC.	60 - 69	254	51,8	-	-	-	-	90	91,8	344	58,5
	70 - 79	190	38,8	-	-	-	-	5	5,1	195	33,1
	80 e +	46	9,4	-	-	-	-	3	3,1	49	8,4
	TOTAL	490	100,0	-	-	-	-	98	100,0	588	100,0
FEH.	60 - 69	173	50,9	104	45,0	233	67,9	46	83,6	556	57,4
	70 - 79	119	35,0	92	39,8	90	26,3	9	16,4	310	32,0
	80 e +	48	14,1	35	15,2	20	5,8	-	-	103	10,6
	TOTAL	340	100,0	231	100,0	343	100,0	55	100,0	969	100,0
TOT	60 - 69	427	51,5	104	45,0	233	68,0	136	88,9	900	57,8
	70 - 79	309	37,2	92	39,8	90	26,2	14	9,1	505	32,4
	80 e +	94	11,3	35	15,2	20	5,8	3	2,0	152	9,8
	TOTAL	830	100,0	231	100,0	343	100,0	153	100,0	1557	100,0

O excedente de indivíduos do sexo masculino que se inicia ao nascimento, é decrescente e inverte-se a partir da quarta década da vida e acentua-se na velhice. Pode ser atribuído em nosso meio ao excesso de mortalidade masculina e à redução da mortalidade materna ^{72,101}.

Em 1989, entre a população idosa brasileira encontrou-se a razão de masculinidade de 854 por 1000. Em países desenvolvidos esta relação chega a 500 por mil ¹²⁷. A proporção encontrada entre os previdenciários é, portanto, intermediária entre a do Brasil e a de países desenvolvidos.

Dentre os 1557 indivíduos, 57,8% correspondem aos de menor faixa etária (60 a 69 anos); 32,4% pertencem à faixa intermediária, 70 a 79 anos e 9,8% aos mais velhos, de 80 ou mais anos de idade.

Quanto à idade, o crescimento dos idosos de 80 anos e mais tem chamado a atenção de pesquisadores, por se tratarem de grupo com maiores frequências de dependentes. A proporção destes indivíduos encontradas aqui é pequena se comparada a populações de países desenvolvidos, onde representam até 20% dos indivíduos de 65 anos e mais.

Embora os percentuais dos mais velhos (80 anos e mais) sejam semelhantes entre os sexos, em frequência absoluta as mulheres correspondem a mais de duas vezes o número de homens nesta faixa etária. As maiores proporções ocorrem entre as pensionistas e as mulheres aposentadas, indicando que estas categorias podem estar mais sujeitas a incapacidade.

Finalmente, destaca-se entre os 153 indivíduos em exercício de atividade remunerada, que 11,1% deles têm idade igual ou superior a 70 anos e que quase metade do grupo é constituído de mulheres, 41,2%.

As diferenças de distribuição dos previdenciários, segundo sexo e idade, são estatisticamente significantes para um $p = 0,000$.

A caracterização sócio-econômica dos grupos previdenciários é apresentada nas tabelas 2, 3 e 4.

Na tabela 2 estão distribuídos 1478 indivíduos segundo a renda familiar per capita (rfpc), ou seja, a informação não foi possível para 5% da amostra.

Tabela 2. IDOSOS SEGUNDO SEXO, CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA E RENDIMENTOS FAMILIAR PER CAPITA E PESSOAL (US\$) * (N e %).

CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA		APOSENTADOS		PENSIO- NISTAS		DONAS DE CASA		ECONOMICAMENTE ATIVOS		TOTAL	
SEXO	RENDA	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MASC	< 100	332	69,3	-	-	-	-	58	64,4	390	68,6
	100 E +	147	30,7	-	-	-	-	32	35,6	179	31,5
	TOTAL	479	100,0	-	-	-	-	90	100,0	569	100,0
FEM	< 100	232	72,3	161	73,2	226	71,5	40	76,9	659	72,5
	100 E +	89	27,7	59	26,8	90	28,5	12	23,1	250	27,5
	TOTAL**	321	100,0	220	100,0	316	100,0	52	100,0	909	100,0
TOTAL	< 100	564	70,5	161	73,2	226	71,7	98	69,0	1049	71,0
	100 E +	236	29,5	59	26,8	90	28,5	44	31,0	429	29,0
	TOTAL	800	100,0	220	100,0	316	100,0	142	100,0	1478	100,0
RMP*	MASC	208,7 3		-		-		192,11		206,10	
	FEM	78,7 3		69,86		87,01		113,00		81,42	
TOTAL		158,0 2		69,86		87,01		163,13		129,80	

* US - VALOR EM U.S. DOLARES

**

EXCLUÍDOS 79 INDIVÍDUOS DE RENDIMENTO FAMILIAR E PESSOAL DESCONHECIDOS.

RPM - RENDA MÉDIA PESSOAL

Distribuídos em dois estratos de renda, observou-se que 71% pertencem a famílias de rendimento inferior a US\$ 100, ou famílias consideradas aqui como de baixa renda.

Entre os indivíduos de sexo masculino a frequência de famílias de baixa renda é 68,6% e entre as mulheres: 72,5%. A diferença de distribuição de renda entre os dois sexos é estatisticamente significativa ($p = 0,013$).

Em todos os grupos previdenciários a frequência de mulheres pertencentes a famílias de baixa renda é superior à masculina, sendo que, entre os economicamente ativos ocorre a maior diferença de renda entre os sexos. No entanto, não ocorre significância estatística entre as diferentes distribuições de renda familiar nos quatro grupos ($p = 0,821$).

Quanto ao **rendimento pessoal** do idoso, a média para o conjunto é de US\$ 129,80, com uma grande diferença entre os sexos: US\$ 206,10 para o masculino e US\$ 81,42 para o feminino.

Os idosos em atividade têm os maiores rendimentos médios, US\$ 163,12 e as pensionistas os menores, US\$ 69,86.

A renda de um aposentado do sexo masculino é 2,65 vezes a de uma mulher aposentada, US\$ 208,73 e US\$ 78,73, respectivamente. A mesma proporção entre os economicamente ativos equivale a 1,7, ou US\$ 192,11 para os homens e US\$ 113,0 para mulheres. As diferenças entre as rendas dos grupos é estatisticamente significativa ($p = 0,011$).

Ressaltam-se três aspectos relacionados à renda: o primeiro refere-se à alta taxa de idosos pertencentes a famílias de renda inferior a 100 US\$. Dados do Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos e Sócio-econômicos, DIEESE ²¹ indicavam que o custo médio da cesta básica de alimentos*, para o Município de São Paulo, correspondia para o ano de 1988, a 11.620,72 cruzados e para 89, 165,18 cruzados novos. Pelo câmbio oficial, estas importâncias equivaliam a US\$ 30,15 e US\$ 55,82, ou seja, o custo mínimo com alimentação de um indivíduo no período 88/89 era de US\$ 42,98. Este valor equivalia a 27% da renda de um aposentado ou a 61% da renda de uma pensionista.

O segundo aspecto refere-se ao diferencial de renda pessoal, entre homens e mulheres idosos. O rendimento médio da população economicamente ativa (PEA) feminina, no Brasil, no mesmo ano, equivalia a 54,2% do rendimento médio da PEA masculina ³⁶. Entre os idosos da amostra encontrou-se uma equivalência ainda menor, 40,0%. Ou seja, ocorre uma condição de desvantagem da população idosa feminina, cujos rendimentos não chegam a ser metade dos masculinos, particularmente, entre as pensionistas e as aposentadas.

Do ponto de vista de renda pessoal, indivíduos do sexo masculino, ao se aposentarem, têm um crescimento médio em seus rendimentos de US\$ 16,62 mensais (diferença de renda entre ativos e aposentados). Ao contrário, as do sexo feminino, reduzem em média US\$ 34,27 ao se aposentarem, e US\$ 63,14 ao se tornarem pensionistas, quando comparadas às economicamente ativas.

* A "ração essencial mínima" para um indivíduo adulto foi estabelecida em 1938, mediante o decreto lei 399/30, tendo por finalidade o estabelecimento do valor do salário mínimo.

Entre as idosas, economicamente ativas, observa-se a maior percentagem de mulheres cujas famílias são de baixa renda. Já em relação aos homens, entre os economicamente ativos encontram-se maiores proporções de famílias de maior renda.

Finalmente, um terceiro aspecto a ser ressaltado diz respeito à magnitude das diferenças entre as maiores e as mais baixas rendas. A concentração de renda, característica do conjunto da população brasileira, reproduz-se entre os idosos. A renda média dos aposentados em atividade corresponde a 4,6 vezes à das pensionistas, grupo de menor renda pessoal, que chega a ter rendimento inferior ao das donas de casa, que de um modo geral não possuem qualquer rendimento.

Chama atenção o fato de os aposentados do sexo masculino possuírem maior renda média do que os idosos em atividade econômica. De fato, os aposentados em atividade econômica elevam esta renda, no caso para US\$ 322,28, como pode ser visto na tabela 12.

Quanto à **escolaridade** pode-se observar na tabela 3 que dentre os 1513 idosos cujas informações eram disponíveis, 24,6% são analfabetos e 58,5% tem nível elementar, 10,4%, nível médio e 6,5%, nível superior de escolaridade.

As mulheres apresentam um excedente de analfabetos da ordem de 10%. Enquanto as pensionistas apresentaram as maiores frequências de analfabetas, as aposentadas as maiores frequências de mulheres de nível superior. Nas distribuições entre os sexos ocorrem diferenças estatisticamente significantes, ($p < 0.000$).

A associação entre condição previdenciária e escolaridade é estatisticamente significativa ($p = 0,000$), quando analisados, os analfabetos junto aos de nível elementar de um lado, e os de nível médio aos de nível superior, de outro.

A escolaridade, além de favorecer o acesso a atividades de melhor remuneração, facilita o acesso a informações e aos serviços de saúde.

Dois fatos devem ser destacados: o baixo nível de escolaridade dos idosos, em geral, e o excesso de analfabetos na população feminina.

Tabela 3. IDOSOS SEGUNDO SEXO, CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA E ESCOLARIDADE (N e %).

CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA		APOSENTADOS		PENSIO- NISTAS		DONAS DE CASA		ECONOMICAMENTE ATIVOS		TOTAL	
SEXO	ESCOLARIDADE	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MASC	ANALFABETO	89	18,6	-	-	-	-	14	14,3	103	18,3
	ELEMENTAR	288	58,6	-	-	-	-	57	58,2	345	61,2
	MÉDIO	74	23,1	-	-	-	-	12	12,2	86	15,2
	SUPERIOR	15	4,7	-	-	-	-	15	15,3	30	5,3
	TOTAL	466	100,0	-	-	-	-	98	100,0	564	100,0
FEM	ANALFABETO	91	28,3	76	33,0	86	25,1	16	29,1	269	28,3
	ELEMENTAR	170	53,0	130	56,6	210	61,2	30	54,5	540	56,9
	MÉDIO	24	7,5	18	7,8	24	7,0	5	9,1	71	7,5
	SUPERIOR	36	11,2	6	2,6	23	6,7	4	7,3	69	7,3
	TOTAL	321	100,0	230	100,0	343	100,0	55	100,0	949	100,0
TOTAL	ANALFABETO	180	22,9	76	33,0	86	25,1	30	19,6	372	24,6
	ELEMENTAR	458	58,2	130	56,6	210	61,2	87	56,9	885	58,5
	MÉDIO	98	12,4	18	7,8	24	7,0	17	11,1	157	10,4
	SUPERIOR	51	6,5	6	2,6	23	6,7	19	12,4	99	6,5
	TOTAL *	787	100,0	230	100,0	343	100,0	153	100,0	1513	100,0

* EXCLUÍDOS 44 INDIVÍDUOS DE ESCOLARIDADE DESCONHECIDA

Entre indivíduos não alfabetizados ou de baixo nível de alfabetização, que corresponde ao elementar, somam-se 83,15 dos idosos. A taxa de analfabetismo encontrada, no entanto, é inferior à média encontrada entre os idosos no país, 43,7%³⁶ e cerca da metade da encontrada no Município de São Paulo em 86,42%¹⁰⁹.

Elevados índices de analfabetismo foram encontrados entre idosos das Filipinas, 49% ²⁰. Nos Estados Unidos, 75% da população acima de 65 anos, têm nível elementar completo de ensino e 10%, nível superior ¹²⁷.

O excedente de analfabetismo entre as mulheres aponta para mais uma desvantagem para a condição feminina, destacando-se as pensionistas.

Tem sido amplamente demonstrada a associação entre indicadores sociais, como a renda e a escolaridade e a prevalência de doenças crônicas entre adultos ^{13,39,61,125}.

Na tabela 4, pode ser observada a distribuição dos idosos segundo **ocupação anterior principal**, que foi identificada para 1526 deles. Conforme definido na metodologia, as que referiram serem exclusivamente donas de casa no passado, 373 indivíduos, 24,4%, serão analisadas como grupo IV na classificação.

Os indivíduos que têm ou tiveram como ocupação principal atividades do grupo I correspondem a 7,4% dos idosos, os que trabalharam em atividades do grupo II, 14% e dos do grupo III, 54,2%.

As diferenças entre as distribuições dos grupos previdenciários nos três grupos ocupacionais é estatisticamente significativa ($p = 0,003$) e da mesma forma as distribuições dos indivíduos segundo sexo ($p=0,000$).

A maioria dos idosos, exerceu atividades do grupo III. As mulheres em maior frequência, excluídas as donas de casa, com destaque para as pensionistas e as aposentadas.

Assim as mulheres idosas, mais freqüentemente do que os homens, acumulam condições desvantajosas: tendem a ter mais idade, pertencerem a famílias de pior renda, terem as mais baixas rendas pessoais, mais baixos níveis de escolaridade, e se ocuparem de atividades menos especializadas.

Tabela 4. IDOSOS DE AMBOS OS SEXOS, SEGUNDO CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA E OCUPAÇÃO ANTERIOR (N e %).

CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA		APOSENTADOS		PENSIO- NISTAS		DONAS DE CASA		ECONOM/ ATIVOS		TOTAL	
SEXO	OCUPAÇÃO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MASC	I	68	14,0	-	-	-	-	8	8,2	76	13,0
	II	104	21,4	-	-	-	-	25	25,5	129	22,1
	III	314	64,6	-	-	-	-	65	66,3	379	64,9
	IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	486	100,0	-	-	-	-	98	100,0	584	100,0
FEM	I	20	6,4	5	2,2	5	1,4	7	12,7	37	3,9
	II	55	17,6	8	3,4	14	4,1	7	12,7	84	8,9
	III	221	70,8	80	34,5	110	32,1	37	67,3	448	47,6
	IV	16	5,1	139	59,9	214	62,4	4	7,3	373	39,6
	TOTAL	312	100,0	232	100,0	343	100,0	55	100,0	942	100,0
TOTAL	I	88	11,0	5	2,2	5	1,4	15	9,8	113	7,4
	II	159	19,9	8	3,4	14	4,1	32	20,9	213	14,0
	III	535	67,1	80	34,5	110	32,1	102	66,7	827	54,2
	IV	16	2,0	139	59,9	214	62,4	4	2,6	373	24,4
	TOTAL	798	100,0	232	100,0	343	100,0	153	100,0	1526	100,0

I - SUPERIOR, TÉCNICO E DE ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

II - EMPREGADOS EM SETORES INFERIORES DA ADMINISTRAÇÃO E TRABALHADORES E PROPRIETÁRIOS DE COMÉRCIO

III - BRAÇAS E MANUAIS DOS TRES SETORES DA ECONOMIA

IV - DONAS DE CASA

* EXCLUÍDOS 31 INDIVÍDUOS CUJA OCUPAÇÃO ANTERIOR NÃO FOI IDENTIFICADA

Na tabela 5 estão distribuídas as prevalências de doenças e de casos de distúrbio cognitivo. Os termos "frequência" e "prevalência" serão usados com o mesmo sentido, representando a proporção entre casos positivos e o total de indivíduos que responderam afirmativamente.

Tabela 5. IDOSOS SEGUNDO SEXO, CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA E DOENÇAS REFERIDAS (N e %).

CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA		APOSENTADOS		PENSIO- NISTAS		DONAS DE CASA		ECONOM/ ATIVOS		TOTAL	
SEXO	DOENÇA	N*	%*1	N*	%*2	N*	%*3	N*	%*4	N*	%*5
MASC	HIPERTENSÃO	186	37,9	-	-	-	-	28	28,6	214	36,4
	VARIZES	176	35,9	-	-	-	-	28	28,6	204	34,7
	REUMATISMO	160	32,9	-	-	-	-	29	29,6	189	32,1
	S.MENTAL	90	18,4	-	-	-	-	8	8,2	98	16,7
	D.P.O.C.	79	16,1	-	-	-	-	3	3,1	82	13,9
	DIABETES	53	10,8	-	-	-	-	6	6,1	59	10,0
	A.V.C.	51	10,4	-	-	-	-	1	1,0	52	8,8
FEM	HIPERTENSÃO	159	47,7	128	55,4	204	59,4	22	39,8	513	52,9
	VARIZES	176	52,8	132	57,1	194	56,5	28	50,9	530	54,7
	REUMATISMO	144	43,2	108	43,7	188	54,7	28	50,9	468	48,3
	S.MENTAL	100	33,2	80	34,6	95	27,7	20	36,4	295	30,6
	D.P.O.C.	44	13,2	24	10,4	29	8,5	5	9,1	102	10,6
	DIABETES	27	8,1	33	14,3	57	16,6	5	9,1	122	12,6
	A.V.C.	19	5,7	15	6,5	20	5,8	2	3,6	56	5,8
TOTAL	HIPERTENSÃO	345	41,6	128	55,4	204	59,4	50	32,7	727	46,7
	VARIZES	352	42,4	132	57,1	194	56,5	56	36,6	734	47,1
	REUMATISMO	304	36,6	108	43,7	188	54,7	57	33,3	657	42,2
	S.MENTAL	190	22,9	80	34,6	95	27,7	28	18,3	393	25,2
	D.P.O.C.	123	14,8	24	10,4	29	8,5	8	5,2	184	11,8
	DIABETES	80	9,6	33	14,3	57	16,6	11	7,2	181	11,6
	A.V.C.	70	8,4	15	6,5	20	5,8	3	2,0	108	6,9

* FREQUÊNCIA DE INDIVÍDUOS QUE RESPONDERAM AFIRMATIVAMENTE

*1 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 830 APOSENTADOS - 490 DO SEXO MASCULINO E 340 DO SEXO FEMININO

*2 % EM RELAÇÃO A 231 PENSIONISTAS E *3 % REFERENTE A 343 DONAS DE CASA

*4 % EM RELAÇÃO A 153 ECONOMICAMENTE ATIVOS - 98 DO SEXO MASCULINO E 55 DO FEMININO

*5 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 1557 INDIVÍDUOS - 588 DO SEXO MASCULINO E 969 DO FEMININO

doenças^{12,128}. Ocorrem, assim, menos referências do que medidas para a maioria das doenças. Acrescem-se as diferenças de critérios de diagnóstico, de métodos e instrumentos de medida e mesmo de faixa etária envolvida, dificultando a comparação sistemática dos resultados dos estudos existentes, que, por esta razão, neste trabalho serão apenas citados.

As maiores prevalências de doenças, em geral, ocorrem entre as pensionistas, seguidas das donas de casa, ou seja, indivíduos do sexo feminino e que não participaram e não participam do mercado de trabalho. Mesmo entre aposentados e ativos, as frequências de doentes são maiores entre as mulheres.

Em vários estudos tem-se observado uma tendência a maior referência de doenças entre indivíduos do sexo feminino e várias hipóteses tem sido levantadas: culturalmente as mulheres são mais atentas aos problemas de saúde dela e da família, também são mais disponíveis para procurar serviços de saúde^{78,89}.

Tratando-se de estudo de prevalência, não é possível concluir se as pensionistas e as donas de casa estão ou estiveram fora do mercado de trabalho porque têm mais doenças, ou se têm mais doenças atualmente, porque não participaram destas atividades.

Em relação à hipertensão, as frequências encontradas superam as referentes a adultos (15 a 59 anos) medidas nas mesmas áreas do Município de São Paulo: 15,8% entre homens e 7,8% entre mulheres¹¹². Superam também as referentes aos 300 idosos avaliados em 86, 36% de respostas afirmativas¹⁰⁹.

Entre indivíduos de 70 anos e mais, residentes em Gothenburg, foram encontradas freqüências de hipertensão de 23% para o sexo masculino e 48% para o feminino ¹¹⁴. Em Israel, em 1989, 14,0% de indivíduos de 60 anos e mais de idade referiam hipertensão ⁴¹. Entre idosos americanos, no mesmo ano, foi encontrado o valor médio de 39,5% desta enfermidade ⁹¹ e 38,2% entre idosos costarriquenhos ³.

O **reumatismo** foi quase tão freqüentemente referido quanto a hipertensão. Destacam-se as donas de casa e as economicamente ativas, com freqüências superiores a 50%.

Em Israel, 14,0% dos idosos apresentavam reumatismo ⁴¹. Em Gothenburg, elas corresponderam a 16% entre homens e 28% entre mulheres ¹¹⁴. Na população idosa americana, 48,5% ⁹¹ e entre idosos da Costa Rica, 66,1% ³. No estudo dos 300 idosos em 86 também encontrou-se menor freqüência de referência de reumatismo, 32% ¹⁰⁹.

Quanto aos **transtornos mentais** entre idosos, destacam-se alguns estudos. Em 1968, entre a população de 70 anos e mais, residente em Copenhagen, encontrou-se 15,5% de prevalência de doenças mentais ⁵, enquanto 3,8% dos idosos americanos referiam problemas psiquiátricos ⁹¹. No estudo dos 300 idosos do MSP, encontrou-se 23% de freqüência de casos ¹⁰⁹, detectados pelo mesmo teste utilizado neste estudo.

Conforme foi visto anteriormente, as mulheres em atividade também se destacavam por maiores frequências de baixa renda familiar, ao contrário dos homens em atividade. Ou seja, a condição de estar ativo na velhice, quando se trata de mulheres, não necessariamente se associa a boas condições de ordem mental.

Ao contrário das demais doenças estudadas, as **DPOCs** e o **AVC** são mais frequentes entre indivíduos de sexo masculino, também na literatura internacional. No estudo de Gothenburg a prevalência de bronquite crônica foi de 18% entre indivíduos do sexo masculino e 9% entre os de sexo feminino ¹¹⁴. Em Oslo foram encontradas as frequências de 18% e 9%, respectivamente. As frequências de doenças pulmonares crônicas encontradas em Israel e nos EEUU também são compatíveis com as levantadas neste estudo: no primeiro, 8,4% para o conjunto do idosos ⁴¹ e no segundo país, 9,8% ⁹¹. Frequências inferiores foram encontradas no MSP em 86: 6% de referência de DPOC e 4% de AVC ⁷⁴. A literatura aponta para altas taxas de doenças pulmonares entre operários em nosso meio, contribuindo com o excesso de asma entre idosos do sexo masculino ^{43,80,93}.

Em relação ao **diabetes**, foi encontrada uma prevalência de 9,7% doentes e 11,2% de indivíduos com intolerância à glicose, para a faixa de 60 a 69 anos no MSP ¹⁰⁹. A frequência de 11,3% idosos referindo a doença, está assim próxima ao esperado, já que correspondem aqueles com doença manifesta. Dados internacionais também indicam frequências pouco inferiores.

Em Gothenburg, 6% dos idosos eram diabéticos ¹¹⁴; em Israel, 8,4% ⁴¹; nos Estados Unidos, 9% ⁹¹. Em 86, 10% dentre os 300 idosos do MSP, referiram diabetes ¹⁰⁹.

Em relação à **incapacidade para atividades de vida diária**, deve ser destacado inicialmente que em se tratando de amostra de idosos vivendo com familiares na comunidade, estão excluídos os idosos inaptos para viverem sozinhos e que se encontram institucionalizados em hospitais ou casas asilares.

Na tabela 6 estão distribuídas as freqüências de indivíduos que necessitam de ajuda, ou são incapazes de realizar uma ou mais de um conjunto de oito AVDs. Entre o total analisado, 977, 61%, são totalmente independentes. Os 580, ou 37,3% dependentes para a realização de pelo menos uma das oito AVDs, encontram-se distribuídos em ordem crescente de complexidade das atividades: as quatro primeiras relativas a autocuidado e as quatro últimas instrumentais.

Para as atividades de auto-cuidado, destacam-se a capacidade mais basal, alimentar-se, que não é exercida por 1,7% dos idosos, e a que requer maior nível de adequação dos movimentos voluntários, vestir-se, que não pode ser realizada por 4,9% dos indivíduos. Estas respectivas freqüências são muito semelhantes para ambos os sexos, mas diferenciam-se entre as categorias previdenciárias: as pensionistas com as maiores freqüências e os economicamente ativos não apresentaram nenhum nível de dependência para qualquer das atividades relacionadas ao autocuidado.

As freqüências de indivíduos dependentes para as atividades instrumentais são semelhantes, em torno de 10,0%, faz exceção a capacidade de utilizar-se de transporte coletivo, que não é possível para 27% deles. Indivíduos de sexo masculino são mais freqüentemente dependentes para o preparo de refeições e para

tomar remédio, enquanto as de sexo feminino o são para andar fora de casa e utilizar-se de transporte coletivo.

As pensionistas também aqui se destacam como as mais freqüentemente dependentes para todas as atividades instrumentais, seguidas dos aposentados.

Tabela 6. FREQUÊNCIA DE IDOSOS DEPENDENTES PARA A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA SEGUNDO SEXO E CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA.

CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA		APOSENTADOS		PENSIO- NISTAS		DONAS DE CASA		ECONOM/ ATIVOS		TOTAL	
		N*	Σ*1	N*	Σ*2	N*	Σ*3	N*	Σ*4	N*	Σ*5
ADLS											
MASC /	COMER	10	2,0					-	-	10	1,7
	DEITAR/LEVANTAR CAMA	19	3,9					-	-	19	3,2
	IR BANHEIRO EM TEMPO	21	4,3					-	-	21	3,6
	VESTIR-SE	28	5,7					-	-	28	4,8
	PREPARAR REFEIÇÕES	67	13,7					3	3,1	70	11,9
	TOMAR REMÉDIOS	68	13,9					6	6,1	74	12,6
	ANDAR FORA DE CASA	45	9,2					-	-	45	7,6
	UTILIZAR ÔNIBUS	86	17,5					1	1,0	87	14,8
FEM /	COMER	9	2,7	5	2,2	3	0,8	-	-	17	1,7
	DEITAR/LEVANTAR CAMA	17	5,1	13	5,6	6	1,9	-	-	36	3,7
	IR BANHEIRO EM TEMPO	11	3,3	21	9,1	7	2,2	-	-	39	4,0
	VESTIR-SE	14	4,2	16	6,9	14	4,1	-	-	44	4,5
	PREPARAR REFEIÇÕES	27	7,9	33	14,3	27	7,9	5	9,1	92	9,5
	TOMAR REMÉDIOS	27	7,9	34	14,7	28	8,2	2	3,6	91	9,4
	ANDAR FORA DE CASA	48	14,1	40	17,5	34	9,9	2	3,6	124	12,8
	UTILIZAR ÔNIBUS	101	29,7	100	43,3	122	35,7	10	18,2	333	34,4
TOTAL /	COMER	19	2,3	5	2,2	3	0,8	-	-	27	1,7
	DEITAR/LEVANTAR CAMA	36	4,3	13	5,6	6	1,9	-	-	55	3,5
	IR BANHEIRO EM TEMPO	32	3,8	21	9,1	7	2,2	-	-	60	3,7
	VESTIR-SE	42	5,1	16	6,9	14	4,1	-	-	72	4,9
	PREPARAR REFEIÇÕES	94	11,3	33	14,3	27	7,9	8	5,2	162	10,4
	TOMAR REMÉDIOS	95	11,4	34	14,7	28	8,2	8	5,2	165	10,5
	ANDAR FORA DE CASA	93	11,2	40	17,5	34	9,9	2	1,3	169	10,8
	UTILIZAR ÔNIBUS	187	22,5	100	43,3	122	35,7	11	7,2	420	27,0

* FREQUÊNCIA DE INDIVÍDUOS DEPENDENTES

*1 Σ EM RELAÇÃO A 830 INDIVÍDUOS - 490 DO SEXO MASCULINO E 340 DO FEMININO

*2 Σ EM RELAÇÃO A 231 INDIVÍDUOS E *3 Σ EM RELAÇÃO A 343 INDIVÍDUOS

*4 Σ EM RELAÇÃO A 153 INDIVÍDUOS - 98 DO SEXO MASCULINO E 55 DO FEMININO

*5 Σ EM RELAÇÃO A 1557 INDIVÍDUOS - 588 DO SEXO MASCULINO E 969 DO FEMININO

Os mais independentes, conforme era esperado são os economicamente ativos, que no entanto, são entre 1,3% a 7,2% das vezes incapazes de realizar alguma destas atividades.

As associações entre condição previdenciária e incapacidade são estatisticamente significantes, exceto comer (p de 0,000 a 0,027).

Destaca-se ainda a maior prevalência de dependentes dentre indivíduos do sexo feminino e, dentre elas as pensionistas. A associação entre incapacidade e sexo foi detectada em vários estudos; em 1982, nos Estados Unidos foi encontrada 16,0% de frequência de incapacidade para alguma atividade entre homens e 20,9% entre mulheres ⁹¹; nos onze países da Europa que fizeram parte de estudo multicêntrico encontraram-se maiores taxas de incapacidades entre mulheres; da menor para a maior faixa etária, entre 11 a 63% das mulheres eram incapacitadas a tomar ônibus, equivalendo a duas vezes a frequência de incapacidade entre os homens, explicável pela sobrevida maior das mulheres ^{8,46}. No MSP foram encontradas maiores frequências de dependência para atividades instrumentais entre as mulheres ¹⁰⁹.

A frequência de dependentes para pelo menos uma atividade, 37,3%, é próxima à encontrada no estudo multicêntrico europeu, 35% nas menores faixas de idade e 60% entre os acima de 80 anos. É inferior à encontrada entre os 300 idosos em 86, 61%.

A frequência de indivíduos que necessitam de cuidados permanentes neste estudo, 1,7%, é semelhante às encontradas entre os norte-americanos, 1,02% ⁷⁴ e entre os suecos de 70 anos e mais, 3% ¹¹⁴.

A prevalência de incapacitados para atividades domiciliares, como preparar refeições, 10,4%, também é bastante próxima às encontradas entre os europeus, 10% ¹²⁸.

Os 27% de idosos, incapacitados para o uso de ônibus, apresentam limitações para dar conta de algumas tarefas como ir a serviços de saúde, desde que necessitem de transporte coletivo. A mesma condição nos países europeus atinge 11% (de 60 a 65 anos de idade) a 63% (de 80 anos e mais) dos idosos. Enquanto que para andar fora de casa, sem depender de transporte, esta percentagem decresce para 10,8% neste estudo; 6% entre os norte-americanos ⁹¹, 8% entre os mexicanos ⁴⁴, 16% entre os poloneses ¹²⁰ e menos de 10% em média entre os onze países do estudo multicêntrico europeu ¹²⁸.

Para os demais países latino-americanos que participaram do estudo multicêntrico encontraram-se mais de 90% dos idosos independentes para autocuidar-se e até andar no plano sem ajuda. Porém foram encontradas taxas altas de dependência para o preparo de refeições, entre um quarto e um terço dos acima de 80 anos de idade. A proporção de dependentes, para tarefas fora do domicílio passa de 50%, entre os grupos de idade superior a 80 anos ¹⁰⁰.

Pode-se estimar, a partir de dados populacionais do Município de São Paulo ¹⁰⁷, que cerca de 12 mil idosos, vivendo com familiares, dependem de seus cuidados permanentes e quase 80 mil requerem ajuda em tarefas domésticas como o preparo de refeições. E tratando-se de ajuda esporádica para atividades que implicam em sair de casa, para adquirir alimentos, ou ir ao serviço de saúde, por exemplo, pode-se estimar que existam cerca de 180 mil indivíduos dependentes, ou seja, a estimativa de idosos dependentes de familiares é da ordem duzentos a trezentos mil.

IV.2 APOSENTADOS SEGUNDO TIPO DE APOSENTADORIA

Em qualquer das três modalidades de aposentadoria participam ambos os sexos com freqüências diferentes, porém sempre suficientemente grandes para a análise estatística. No entanto, optou-se por analisá-los em conjunto, já que a análise dos aposentados segundo sexo já foi realizada anteriormente.

Tabela 7 - IDOSOS APOSENTADOS SEGUNDO TIPO DE APOSENTADORIA, VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E IDADE MÉDIA DE INÍCIO DO BENEFÍCIO (N e %).

TIPO DE APOSENTADORIA		TEMPO DE SERVIÇO		APOSENTADOS INVALIDEZ		VELHICE		TOTAL	
SEXO, IDADE E INÍCIO AP		N	%	N	%	N	%	N	%
SEXO	MASCULINO	221	45,1	148	30,2	121	24,7	490	100,0
	FEMININO	77	22,6	123	36,2	140	41,2	340	100,0
	TOTAL	298	35,9	271	32,6	261	31,5	830	100,0
IDADE	60 - 69	176	41,2	161	37,7	90	21,1	427	100,0
	70 - 79	101	32,7	93	30,1	115	37,2	309	100,0
	80 E +	21	22,3	17	18,1	56	59,6	94	100,0
	TOTAL	298	35,9	271	32,6	261	31,5	830	100,0
IDADE MÉDIA DE INÍCIO DA APOSENTADORIA (ANOS)		56,4		55,2		64,5		58,5	

Os 830 indivíduos distribuem-se quanto ao tipo de aposentadoria em: aposentados por tempo de serviço (ATS), 298 indivíduos ou 35,9%; por invalidez (AI) 271, 32,7% e por velhice (AV), 261, 31,4%.

De início deve ser ressaltado que as freqüências de indivíduos em cada uma das modalidades de aposentadoria são muito semelhantes.

Uma frequência alta de ATS era esperada, em uma região onde o trabalho urbano e a expansão da cobertura previdenciária teve início nas décadas de 30 e 40. Estabelecendo seu vínculo previdenciário há mais de 50 anos, estas gerações estão agora envelhecendo. Não esperado, no entanto, era uma frequência de aposentados por invalidez semelhante ao demais.

Dados internacionais a respeito são escassos e pouco comparáveis. Em 1979, em uma amostra de adultos finlandeses, 37,8% dos homens e 15,7% das mulheres de 60 a 64 anos de idade referiam completa incapacidade para o trabalho ¹³⁶. Na Suécia, entre as aposentadorias concedidas em 1986, 13% tiveram como causa a incapacidade parcial ¹²⁹.

Tais índices podem ser atribuídos, de um lado, às prevalências de doenças crônicas em nosso meio, e ao seu inadequado controle. Por outro lado, conforme mencionado anteriormente, não é difundida em nosso meio, a prática da reabilitação e adaptação de trabalhadores em novas funções após uma invalidez.

Na tabela 7 observam-se as distribuições dos três grupos de aposentados segundo variáveis demográficas e idade de início da aposentadoria. Examinando-se a distribuição segundo sexo, observa-se que entre os indivíduos de sexo masculino, a modalidade de maior frequência é a ATS, enquanto que entre as mulheres é a AV. Em relação à AI, a frequência de mulheres excede a dos homens em 6%. Estas diferenças são estatisticamente significantes ($p = 0,000$).

É possível, que a mulher, por entrar no mercado de trabalho mais tardiamente, por ocupar funções menos especializadas e por apresentar maior frequência de doenças, estejam mais propensas a se aposentarem por velhice ou por invalidez. Não pode ser descartada, no entanto, a participação da maior sobrevivência feminina neste desfecho.

A nível internacional tem sido demonstrado que as razões que definem a aposentadoria são diferentes entre os sexos ⁴⁰.

Segue-se na mesma tabela a distribuição dos aposentados, segundo idade. Existe uma tendência, no sentido de os mais jovens aposentados estarem mais freqüentemente aposentados por ATS e os mais velhos, por AV, no entanto, estas diferenças não são estatisticamente significantes ($p=0,933$).

A média de início de aposentadoria para o conjunto é de 58,5 anos. Os AI se aposentam em média com menor idade, 55,2 anos e os AV, com maior idade, 64,5 anos. Chama atenção o fato de a incapacidade, afastar do trabalho apenas 1,2 anos em média, anteriormente ao tempo de serviço. Ocorre associação significativa entre tipo de aposentadoria e idade média de início do benefício ($p = 0,000$).

A condição de desvantagem para o sexo feminino repete-se aqui em relação à forma de aposentar-se.

A nível internacional, tem-se observado, que a maioria dos países desenvolvidos vem adotando medidas de estímulo à antecipação da aposentadoria. A idade mínima para início de aposentadorias e pensões que era de cerca de 65 anos vem sendo antecipada para idades abaixo dos 60 e os critérios de concessão de aposentadoria para os incapacitados têm facilitado o afastamento em idades próximas aos 55 anos ¹²⁹.

A necessidade de mercado de trabalho para os jovens, face ao crescimento do desemprego, tem impulsionado transformações nas políticas previdenciárias. No entanto, há evidências de que os problemas de saúde continuam a se constituir nas principais causas de afastamento precoce do trabalho ^{53,79,106}.

Em países como o Brasil, em que a esperança de vida ao nascer, 64,6 anos, é inferior à dos países desenvolvidos, em geral acima dos 75 anos ¹³⁸, uma das questões que se coloca diz respeito ao tempo de sobrevivência de um aposentado. No Município de São Paulo a esperança de vida ao nascer estimada para o ano de 1989 era de 69,24 anos ¹⁰², pode ser estimada portanto uma sobrevivência média de 10,47 anos para todos os aposentados e apenas 4,79 anos para os AV.

Uma segunda questão relaciona-se à alta proporção de crianças que inicia atividade laboral antes dos quatorze anos de idade, se comparada à de países desenvolvidos ¹²². Ocorre que, geralmente, este período não corresponde exatamente ao período de vinculação previdenciária; assim, grande parte dos trabalhadores no Brasil, exerce atividade laboral por período muito superior aos anos de serviço estabelecidos para a outorga de uma aposentadoria.

Finalmente deve ser lembrado que, para uma população economicamente ativa próxima aos 100 milhões de habitantes, correspondem pouco mais do que trinta milhões de contribuintes, para cerca de dez milhões de aposentados e pensionistas ⁸⁴. Este dado indica que para o desequilíbrio dos recursos previdenciários, as insuficiências de entrada de recursos têm contribuído mais que as saídas.

Na tabela 8 podem ser observadas as distribuições de frequências de aposentados segundo variáveis sócio-econômicas.

Em relação à renda familiar per capita, observam-se que 70,5% dos aposentados pertencem a famílias cuja rfpc é inferior a US\$ 100. Entre os ATS, a proporção de famílias na classe de menor renda é de 51,6%; mas entre os AI e AV estas proporções são bastante superiores: 83,2% e 79,2%, respectivamente. Tais diferenças são estatisticamente significantes ($p = 0,000$) e indicam forte associação entre pobreza e invalidez para o trabalho.

Tabela 8 - IDOSOS APOSENTADOS SEGUNDO TIPO DE APOSENTADORIA E VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS (N e %).

TIPO DE APOSENTADORIA		TEMPO DE SERVIÇO		APOSENTADOS INVALIDEZ		VELHICE		TOTAL	
REDA E ESCOLARIDADE		N	%	N	%	N	%	N	%
REDA FAMILIAR US \$	< 100	148	51,6	218	83,2	198	79,2	564	70,5
	100 E MAIS	140	48,4	44	16,8	52	20,8	236	29,5
	TOTAL *	288	100,0	262	100,0	250	100,0	800	100,0
REDA MEDIA PESSOAL (US \$)		303,86		74,80		77,22		158,02	
ESCOLARIDADE	ANALFABETO	19	6,7	84	32,7	77	31,1	180	22,9
	ELEMENTAR	157	55,1	153	59,5	151	60,9	458	58,2
	MEDIO	75	26,3	11	4,3	12	4,8	98	12,4
	SUPERIOR	34	11,9	9	3,5	8	3,2	51	6,5
	TOTAL	285	100,0	257	100,0	248	99,9	787	100,0
OCUPAÇÃO ANTERIOR	I	67	23,3	11	4,4	10	3,8	88	11,0
	II	90	31,4	37	14,8	32	12,3	159	19,9
	III	130	45,3	202	80,8	203	77,8	535	67,0
		-	-	-	-	16	6,1	16	2,0
TOTAL		287	100,0	250	100,0	261	100,0	798	99,9

I - SUPERIOR, TÉCNICO E DE ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

II- EMPREGADOS EM SETORES INFERIORES DA ADMINISTRAÇÃO E TRABALHADORES E PROPRIETÁRIOS DE COMÉRCIO

III-BRAÇAS E MANUAIS DOS TRÊS SETORES DA ECONOMIA

* EXCLUÍDOS 30 INDIVÍDUOS DE REDA PESSOAL, 43 DE ESCOLARIDADE E 32 DE OCUPAÇÃO ANTERIOR DESCONHECIDOS

Quanto ao rendimento pessoal, a média para o conjunto dos aposentados é US\$ 158,02. O maior rendimento é obtido pelos os ATS, US\$ 303,86, que equivale a quatro vezes o dos AI, US\$ 74,80 e dos AV, US\$ 77,22. Diferenças estatisticamente significantes ($p = 0,000$), indicando que a renda média da grande maioria dos aposentados encontra-se abaixo do que foi definido como baixa renda neste estudo.

A distribuição de freqüências de cada um dos grupos de aposentados nos quatro níveis de **escolarização** indica mais uma vez condições de desvantagem para os AI e AV. Um entre cada três deles é analfabeto e nem mesmo um em cada dez chega aos níveis médio ou superior de escolarização. Enquanto que, entre os ATS quase 40% têm nível médio ou superior de escolaridade. Estas diferenças são estatisticamente significantes ($p = 0,000$).

A distribuição dos aposentados segundo **ocupação anterior principal** indica associação, estatisticamente significativa, $p = 0,000$, entre esta variável e forma de aposentar-se. Enquanto os que se aposentaram por ATS, estiveram ocupados na maioria das vezes em atividade do grupo I, os que se aposentaram por AI em 89,8% das vezes ocuparam das atividades menos especializadas, tipo III, proporção que entre os AV, corresponde a 77,8%. Coincide com a literatura o fato de os aposentados por invalidez terem se ocupado predominantemente de atividades menos especializadas ¹⁰⁶. Dezesseis indivíduos que referem a condição de donas de casa como atividade anterior, encontravam-se em gozo de uma aposentadoria de tipo AV.

Portanto, os aposentados por AI e AV são mais velhos, de menor nível de renda e instrução e estiveram mais freqüentemente no passado ocupados em atividades menos especializadas, que segundo a literatura correspondem às ocupações

de maiores riscos para a saúde. Ou seja, existe uma associação entre instrução, renda, ocupação e tipo de aposentadoria.

Na tabela 9 observam-se as frequências de aposentados que referiram doenças e daqueles cujo teste de saúde mental foi positivo.

Tabela 9 - IDOSOS APOSENTADOS SEGUNDO TIPO DE APOSENTADORIA E DOENÇAS REFERIDAS (N e %).

TIPO DE APOSENTADORIA	TEMPO DE SERVIÇO		INVALIDEZ		VELHICE		TOTAL	
	N*	%1	N*	%2	N*	%3	N*	%4
VARIZES	98	32,9	142	52,4	112	42,9	352	42,4
HIPERTENSÃO	87	29,2	145	53,5	113	43,3	345	41,6
REUMATISMO	73	24,5	123	45,4	108	41,4	304	36,6
S.MENTAL	32	10,7	93	34,3	65	24,9	190	22,9
D.P.O.C.	33	11,1	53	19,6	37	14,2	123	14,8
DIABETES	24	8,0	35	12,9	21	8,0	80	9,6
A.V.C.	9	3,0	49	18,1	12	4,6	70	8,4

* FREQUÊNCIA DE INDIVÍDUOS CUJAS RESPOSTAS SÃO AFIRMATIVAS

*1 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 298 INDIVÍDUOS

*2 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 271 INDIVÍDUOS

*3 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 261 INDIVÍDUOS

*4 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 830 INDIVÍDUOS

Varizes, hipertensão, e reumatismo são as de maior prevalência entre os aposentados e referidas por cerca da metade dos AI. Conforme foi visto, em estudo anterior, entre as principais causas da aposentadoria por invalidez, estavam as doenças cardiovasculares, 24,5% e as artropatias, 10,3% ⁷⁹.

Um entre cada cinco aposentados foi classificado como caso pelo teste de **saúde mental**; em se tratando dos AI esta proporção sobe para um terço. Tal resultado vai de encontro ao achado no estudo mencionado acima, segundo o qual os transtornos mentais eram responsáveis por 16,1% das aposentadorias por invalidez.

As demais doenças, **DPOC**, **diabetes** e **AVC** foram referidos menos freqüentemente pelo conjunto, mas sempre em maior freqüência pelos AI, que por exemplo referem AVC seis vezes mais que os ATS. Todas as freqüências estão associadas estatisticamente ao tipo de aposentadoria, excetuando o diabetes (p variando de 0,000 a 0,011).

Conclue-se que, em conjunto com as pensionistas e as donas de casa, os aposentados por invalidez formam o grupo de maior prevalência de doenças.

Quanto às **medidas de autonomia**, observa-se na tabela 10 as prevalências de indivíduos dependentes para as atividades de auto-cuidado e atividades instrumentais. As diferenças encontradas são estatisticamente significantes ($p < 0,000$ a 0,020) para todas as atividades, exceto para comer. Entre os AI as freqüências de incapacitados são até quatro vezes superiores, em relação aos demais. É possível que por influência da variável idade, os AV apresentem-se na situação intermediária.

A perda de autonomia segue assim a mesma tendência das demais variáveis de saúde, ou seja, piores condições entre os aposentados por invalidez e melhores entre os aposentados por tempo de serviço. Esta tendência somente desaparece quando se trata de autonomia relacionada a auto-cuidado - alimentar-se - sugerindo que atividades mais simples e ao mesmo tempo mais vitais sejam menos

discriminadoras, interferindo na sobrevivência de indivíduos de quaisquer condição sócio-econômica ou de saúde.

Tabela 10 - IDOSOS APOSENTADOS, SEGUNDO TIPO DE APOSENTADORIA E DEPENDÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (N e %).

TIPO DE APOSENTADORIA	TEMPO DE SERVIÇO		INVALIDEZ		VELHICE		TOTAL	
	N*	%*1	N*	%*2	N*	%*3	N*	%*4
AVDS								
COMER	3	1,0	8	2,9	8	3,1	19	2,3
DEITAR/LEVANTAR CAMA	6	2,0	22	8,1	8	3,1	36	4,3
IR BANHEIRO EM TEMPO	7	2,3	18	6,6	7	2,7	32	3,8
VESTIR-SE	6	2,0	23	8,5	13	5,0	42	5,1
ANDAR FORA DE CASA	15	5,0	44	16,2	34	13,0	93	11,2
PREPARAR REFEIÇÕES	18	6,7	36	13,3	40	15,3	194	11,3
TOMAR REMÉDIOS	18	6,0	45	16,6	32	12,3	195	11,4
UTILIZAR ÔNIBUS	30	10,1	85	31,4	72	27,6	187	22,5

* FREQUÊNCIA DE INDIVÍDUOS DEPENDENTES

*1 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 298 INDIVÍDUOS

*1 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 271 INDIVÍDUOS

*1 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 261 INDIVÍDUOS

*1 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 830 INDIVÍDUOS

A frequência de aposentados que pode cuidar-se no próprio domicílio é bastante alta, acima de 90% e mais de 80% dos aposentados podem sair de casa sem ajuda. Condição privilegiada em relação ao conjunto dos idosos.

IV.3 IDOSOS EM ATIVIDADE REMUNERADA

Os resultados mostram que existem 303 idosos em atividades remuneradas. Mostram também que enquanto alguns continuam suas atividades laborais sem ter aposentadoria, outros já se aposentaram e continuam trabalhando.

Estes idosos correspondem a 18,9% da amostra, percentual inferior ao do país, 27,9%, segundo dados da Organização Internacional do Trabalho para 1990. Segundo a mesma fonte, este percentual somente é superado por alguns países como o Japão, 34,0% ⁵¹.

Êles foram analisados segundo duas categorias: os que não se aposentaram (153 indivíduos, ou 50,5%) e os que já estão aposentados (150 indivíduos, 49,5%). Na tabela 11 detalhou-se a distribuição destes indivíduos segundo **variáveis demográficas**.

As proporções de homens e mulheres em exercício de atividade econômica foram 69,6% e 30,4%, respectivamente. A maioria dos homens que trabalham são aposentados; a maioria das mulheres não o são. Estas diferenças entre os sexos é estatisticamente significativa, $p = 0,032$.

A distribuição da população economicamente ativa, segundo sexo, entre os idosos, é bastante semelhante à da população adulta brasileira, ou seja, 64,9% de homens e 35,1% de mulheres (36). Já entre adultos do Município de São Paulo, as respectivas freqüências são, 51,0% e 49,0% ¹⁰⁷. Ou seja, são características de áreas urbanas uma maior participação da mão de obra feminina e isto também acontece nas idades mais avançadas.

A distribuição por idade permite observar que 66 indivíduos que trabalham têm idade igual ou superior a 70 anos, ou seja, 21,7%. Observa-se também que entre eles predominam os já aposentados. Estas distribuições são significantes para $p = 0,000$.

Tabela 11 - IDOSOS ECONOMICAMENTE ATIVOS, APOSENTADOS OU NÃO, SEGUNDO VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS (N e %).

CONDIÇÃO , PREVIDENCIÁRIA		ECONOMICAMENTE ATIVOS					
		NÃO APOSENTADOS		APOSENTADOS		TOTAL	
IDENTIFICAÇÃO		N	%	N	%	N	%
SEXO	MASCULINO	98	46,5	113	53,5	211	100,0
	FEMININO	55	59,8	37	40,2	92	100,0
	TOTAL	153	50,5	150	50,5	303	100,0
IDADE	60 - 69	136	57,4	101	42,6	237	100,0
	70 - 79	14	24,1	44	75,9	58	100,0
	80 E +	3	37,5	5	62,5	8	100,0
	TOTAL	153	50,5	150	49,5	303	100,0

A legislação previdenciária prevê os 70 anos como idade máxima para aposentadorias. Para esta faixa etária, dados da Organização Internacional do Trabalho indicam resultados semelhantes de trabalhadores acima desta idade: os Estados Unidos, 6,5%, a Itália, 5,0%, a Alemanha Ocidental, 3,7% ⁵¹.

Na tabela 12 observa-se a distribuição dos idosos economicamente ativos segundo variáveis sócio-econômicas.

A distribuição segundo **renda familiar per capita** evidencia uma tendência à maior frequência de famílias de baixa renda entre os não aposentados. A diferença não chega a ser estatisticamente significativa ($p=0,110$).

Tabela 12 - IDOSOS ECONOMICAMENTE ATIVOS, APOSENTADOS OU NÃO, SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS (N e %).

CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA		ECONOMICAMENTE ATIVOS					
		NÃO APOSENTADOS		APOSENTADOS		TOTAL	
REND E ESCOL/OCUPAÇÃO		N	%	N	%	N	%
RENDA MÉDIA FAMILIAR	<100	98	69,0	87	60,0	185	64,4
(US \$)	100 E MAIS	44	31,0	58	40,0	102	35,6
	TOTAL	142	100,0	145	100,0	287	100,0
RENDA MÉDIA PESSOAL (US \$)		163,15		322,28		243,54	
ESCOLARIDADE	ANALFABETO	30	19,6	29	19,3	59	19,5
	ELEMENTAR	87	56,9	76	50,7	163	53,8
	MÉDIO	17	11,1	32	21,3	49	16,2
	SUPERIOR	19	12,4	13	8,7	32	10,5
	TOTAL	153	100,0	150	100,0	303	100,0

Já a diferença encontrada entre a **renda pessoal** dos ativos é grande: a dos aposentados equivale ao dobro da dos não aposentados, e significativa estatisticamente ($p=0,000$). São estes, os aposentados em atividade remunerada, o grupo de maior renda pessoal entre todos os previdenciários.

Estes dois resultados podem significar, que estar em exercício de atividade após a aposentadoria, contribua muito mais para o aumento da renda pessoal, do que da familiar .

Quanto à escolaridade observou-se ainda alto índice de analfabetismo entre os idosos em atividade remunerada, 19,5%, embora seja a menor encontrada entre todas as categorias previdenciárias. cursaram nível elementar, 53,8% deles e nível médio, 16,2%. Também se destaca a maior frequência de indivíduos que têm ao nível superior de escolaridade, 12,4%. Estas frequências são muito semelhantes entre os aposentados e os não aposentados, não havendo significância estatística nas poucas diferenças encontradas ($p = 0,091$).

Tabela 13 - IDOSOS ECONOMICAMENTE ATIVOS, APOSENTADOS OU NÃO, SEGUNDO OCUPAÇÃO ATUAL E ANTERIOR (N e %).

CONDIÇÃO		ECONOMICAMENTE ATIVOS					
PREVIDENCIÁRIA		NÃO APOSENTADOS				APOSENTADOS	
		TOTAL					
OCUPAÇÃO		N	%	N	%	N	%
OCUPAÇÃO ATUAL	I	15	9,8	16	11,9	33	10,9
	II	37	24,2	43	32,1	85	28,0
	III	101	66,0	75	56,0	185	61,1
	IV	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	153	100,0	150	100,0	303	100,0
OCUPAÇÃO ANTERIOR	I	15	9,8	16	10,7	31	10,2
	II	32	20,9	15	10,0	47	15,5
	III	102	66,7	119	79,3	221	72,9
	IV	4	2,6	-	-	4	1,3
	TOTAL	153	100,0	150	100,0	303	100,0

I - SUPERIOR, TÉCNICO E DE ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

II - EMPREGADOS EM SETORES INFERIORES DA ADMINISTRAÇÃO E TRABALHADORES E PROPRIETÁRIOS DO COMÉRCIO

III - BRAÇAS E MANUAIS DOS TRÊS SETORES DA ECONOMIA

IV - DONAS DE CASA

Na tabela 13, observa-se a distribuição dos dois grupos, segundo tipo de **ocupação atual e anterior**. Atualmente, a maioria, em ambos os grupos, participa de atividades do grupo III; os não aposentados, com um discreto excedente de 10%. Um entre cada dez exerce atividades de tipo I.

Considerando a **ocupação anterior**, a maioria também participou de atividades ocupacionais tipo III. O excedente de indivíduos que tiveram estas atividades são os aposentados em atividade. Um entre cada dez também exerceu atividade do tipo I. Considerando passado e presente deste grupo, ocorre uma redução de indivíduos em atividade do grupo III em 11,8% e ao mesmo tempo um incremento em 12,5% de indivíduos nas atividades do grupo II. Ou seja, ocorre uma tendência de deslocamento das atividades que exigem menos especialização e mais destreza de motilidade, para as de nível intermediário. Nestas também a possibilidade de trabalho como autônomo, no comércio, por exemplo, podem ser maiores, permitindo melhores ajustes desta mão de obra.

As diferenças de distribuição de frequências entre ocupação atual e anterior é estatisticamente significativa ($p = 0,000$), da mesma forma que a diferença entre distribuições dos aposentados no passado e no presente ($p = 0,000$). Não são, entretanto, as diferenças entre os não aposentados ($p = 0,854$). Confirma-se assim a passagem de indivíduos para ocupação do grupo II de atividades, após a aposentadoria.

Na tabela 14, estão distribuídas as frequências de idosos economicamente ativos, que referiram **queixas** ou que tiveram resultado positivo na aplicação do teste de **saúde mental**.

As doenças de maior prevalência entre os ativos são: **hipertensão**, 34,0%, **varizes**, 37,0%, e **reumatismo**, 34,0%. O teste de **saúde mental** detectou 17,5% de frequência de indivíduos considerados casos: 18,3% entre os não aposentados e 16,7% entre os aposentados.

As prevalência de DPOC, de diabetes e AVC são respectivamente: 8,3%, 7,3% e 3,3%.

Existem diferenças pequenas entre os dois grupos e não são estatisticamente significantes ($p = 0,075$ a $0,964$).

Conclui-se a partir destes dados, que os idosos no exercício de atividades são os que apresentam as melhores condições de saúde, entre o conjunto dos idosos.

Tabela 14 - IDOSOS ECONOMICAMENTE ATIVOS, APOSENTADOS OU NÃO, SEGUNDO VARIÁVEIS DE SAÚDE (N e %).

CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA	ECONOMICAMENTE ATIVOS					
	NÃO APOSENTADOS		APOSENTADOS		TOTAL	
DOENÇA	N*	%*1	N*	%*2	N*	%*3
HIPERTENSÃO	50	32,7	56	37,3	105	40,0
VARIZES	56	36,6	58	38,7	114	37,6
REUMATISMO	57	33,3	48	32,0	105	34,6
S.MENTAL	28	18,3	25	16,7	53	17,5
D.P.O.C.	8	5,2	17	11,3	25	8,3
DIABETES	11	7,2	11	7,3	22	7,3
A.V.C.	3	2,0	7	4,7	10	3,3

* FREQUÊNCIA DE INDIVÍDUOS CUJAS RESPOSTAS SÃO AFIRMATIVAS

*1 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 153 INDIVÍDUOS

*2 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 150 INDIVÍDUOS

*3 % EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 303 INDIVÍDUOS

A prevalência de **incapacitados** para as AVDs pode ser vista na tabela 15.

Dois indivíduos são dependentes para o auto-cuidado entre os ativos aposentados. Entre os não aposentados todos os indivíduos são independentes para atividades de auto cuidado.

Em relação às atividades instrumentais, uma frequência maior, mas ainda pequena, tem algum grau de dependência. Estas frequências são praticamente

Tabela 15- IDOSOS ECONOMICAMENTE ATIVOS, APOSENTADOS OU NÃO, SEGUNDO DEPENDÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (N e Z).

CONDIÇÃO PREVIDENCIÁRIA	ECONOMICAMENTE ATIVOS					
	NÃO APOSENTADOS		APOSENTADOS		TOTAL	
ADLS	N*	Z*1	N*	Z*2	N*	Z*3
COMER	-	-	-	-	-	-
DEITAR/LEVANTAR CAMA	-	-	1	0.6	1	0.3
IR BANHEIRO EM TEMPO	-	-	1	0.6	1	0.3
VESTIR-SE	-	-	2	1.3	2	0.6
ANDAR FORA DE CASA	2	1.3	3	2.0	5	1.6
PREPARAR REFEIÇÕES	8	5.2	10	6.6	18	5.9
TOMAR REMÉDIOS	8	5.2	12	8.0	20	6.6
UTILIZAR ÔNIBUS	11	7.2	9	6.0	20	6.6

* FREQUÊNCIA DE INDIVÍDUOS DEPENDENTES

*1 Z EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 153 INDIVÍDUOS

*2 Z EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 150 INDIVÍDUOS

*3 Z EM RELAÇÃO AO TOTAL DE 303 INDIVÍDUOS

as mesmas entre os dois grupos, não havendo portanto associação (p de 0,363 a 0,696).

Chama atenção a ocorrência de indivíduos dependentes, até mesmo para atividades relacionadas ao auto-cuidado, em atividade laboral.

IV.4 ANÁLISE MULTIVARIADA ENTRE AS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, SÓCIO-ECONÔMICAS E SAÚDE

Conforme foi observado, a condição previdenciária mostrou-se associada às condições de saúde, mas também às variáveis demográficas e sócio-econômicas. Decorre daí a necessidade de analisar estas associações, com o controle de todas as variáveis.

Dentre todas as doenças referidas a hipertensão mostrou ser uma das mais freqüentes, como ocorre na população geral, particularmente a partir da quarta década da vida ⁶⁷. Ela também é responsável por 20% das aposentadorias por invalidez, primeira causa desta aposentadoria. Por tais razões, escolheu-se esta doença para a análise multivariada.

Quanto à avaliação da associação entre condição previdenciária e demais condições sócio-econômicas e autonomia, pode-se imaginar tantas análises, quantos forem os graus de dependência que se queira avaliar. Optou-se por considerar dois grupos: os totalmente independentes e os incapacitados de realizar sozinho, pelo menos uma das ADLs.

Na tabela 16 são apresentados os valores dos "odds ratio", dos níveis descritivos de significância das análises univariada e multivariada entre as variáveis sócio-econômicas e a hipertensão. As categorias que se associaram às melhores condições de saúde nos testes anteriores foram definidas como classes de referência. A referência, para a variável condição previdenciária, é ser economicamente ativo, para sexo, é o masculino, para a idade, é a faixa dos 60 a 69 anos, para a escolaridade, é o nível superior, para a ocupação anterior, é o tipo I e para renda familiar per capita, é aquela igual ou superior a US\$ 100.

Na análise univariada, excetuando a idade, todas as variáveis estão associadas à hipertensão e todos os estratos comportam-se como condições de "risco" em relação ao estrato de referência, incluindo a condição previdenciária.

Após a análise multivariada, reduzem-se os valores dos "odds ratio" para todas as variáveis independentes, sugerindo que todas elas influenciam-se simultaneamente, aumentando a força de associação entre as mesmas e a variável resposta.

Tabela 16. HIPERTENSÃO: "ODDS RATIOS" (OR), NÍVEIS DESCRITIVOS (p) E INTERVALOS DE CONFIANÇA (IC), SEGUNO FORMA DE ANÁLISE E VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS.

VARIÁVEL		FORMA DE ANÁLISE				
		UNIVARIADA		MULTIVARIADA		IC
		OR	p	OR	p	
(ref: econ.ativo)						
CONDIÇÃO	APOSENTADOS	1,67	0,005	1,70	0,010	(1,14 - 2,53)
PREVIDEN- CIÁRIA	PENSIONISTAS	2,61	0,000	2,02	0,005	(1,24 - 3,30)
	DONAS DE CASA	3,01	0,000	2,34	0,000	(1,48 - 3,70)
(ref: masculino)						
SEXO	FEMININO	1,98	0,000	1,44	0,009	(1,18 - 2,04)
(ref: 60 a 69)						
IDADE	70 A 79	1,18	0,159	1,04	0,770	(0,89 - 1,44)
	80 E +	0,74	0,116	0,54	0,003	(0,40 - 0,84)
(ref: superior)						
ESCOLA- RIDADE	MÉDIO	2,47	0,021	2,00	0,092	(0,89 - 4,47)
	ELEMENTAR	4,69	0,000	3,35	0,003	(1,52 - 7,41)
	ANALFABETO	10,35	0,000	6,58	0,000	(2,88 - 15,01)
(ref: grupo I)						
OCUPAÇÃO	GRUPO II	4,11	0,000	1,40	0,280	(0,76 - 2,56)
ANTERIOR	GRUPO III	1,97	0,003	0,79	0,388	(0,47 - 1,34)
	GRUPO IV	2,78	0,000	0,74	0,298	(0,42 - 1,30)
(ref: US\$100 e +)						
RENDIA FAMILIAR	< US\$ 100	1,85	0,000	1,31	0,040	(1,02 - 1,69)

ref= referência ou base de cálculo

em negrito os valores com significância estatística

ECON/ATIVO - ECONOMICAMENTE ATIVOS

Admitindo-se o "odds ratio" como uma aproximação da razão de prevalência, tem-se que a prevalência de hipertensão é maior ou menor para determinados grupos em relação ao grupo tomado como referência.

Pode-se observar inicialmente que a **condição previdenciária** mostrou-se associada à hipertensão nas duas análises. Assim, entre os aposentados a prevalência de hipertensão equivale à 1,7 vezes a encontrada entre os economicamente ativos, a 2,02 vezes entre as pensionistas e a 2,34 vezes entre as donas de casa. Portanto a tendência, de maior frequência de hipertensão entre as donas de casa e as pensionistas, encontrada na análise univariada, mantém-se após o controle de todas as variáveis, inclusive o sexo.

Em relação à variável **sexo**, as mulheres referem hipertensão com frequência equivalente a 1,44 vezes a referida pelos indivíduos de sexo masculino. Resultado compatível com a literatura, que evidencia haver inversão com a idade, ou seja, nas faixas de menor idade a prevalência é maior entre indivíduos de sexo masculino e entre idosos, é maior entre os de sexo feminino ^{1,41,46,114,120}. As diferenças de prevalência dos fatores de risco entre os sexos ¹¹² e a sobremortalidade masculina podem estar associadas a estas diferenças.

Comparados a indivíduos de nível superior de **escolaridade**, os de nível médio têm prevalência duas vezes a dos primeiros, os de nível elementar 3,35 vezes e os não alfabetizados, 6,58 vezes. Da mesma forma, indivíduos de baixa renda familiar apresentaram prevalência equivalente a 1,31 vezes aos de renda superior a US\$ 100. A associação entre indicadores sócio-econômicos e as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a hipertensão, tem sido suficientemente demonstrada e confirma-se novamente ^{2,49,58,71,96,116,125} no nosso meio, pelo menos entre adultos ^{1,13,59,113}. Nos Municípios de São Paulo ¹¹² e Araraquara ⁷¹ entre 88 e 89 ocorriam maiores prevalências de hipertensão entre os indivíduos de menor nível de escolaridade.

Também é bastante conhecida a associação de baixos níveis sócio-econômicos e outros grupos de doenças, como as transmissíveis e parasitárias e os agravos externos à saúde. Desta maneira, recai sobre as populações menos privilegiadas toda sorte de agravos à saúde, incluindo as doenças crônicas não transmissíveis.

Já em relação à **idade** e à **ocupação anterior** a análise multivariada permitiu observar outras ocorrências.

As duas classes de **idade** não apresentavam diferenças de frequências estatisticamente significantes na análise univariada. Após a análise multivariada, é possível observar que os indivíduos de 80 anos e mais têm prevalência de hipertensão equivalente à metade da correspondente à classe de referência.

Esta associação vai de encontro com a literatura internacional. Entre idosos residentes em Belgrado, encontrou-se maior prevalência de hipertensão nas menores faixas etárias: entre 65 e 69 anos, 8,1%, e para o grupo de 85 a 89 anos, 0,7% ¹²⁰.

O envelhecimento não é condição para a instalação de doenças, incluindo a doença em estudo, como têm confirmado vários estudos ^{120,128}. A redução dos índices de hipertensão entre os mais velhos talvez também esteja associada ao efeito "seleção dos saudáveis". Embora a ocorrência de hipertensão acentue-se com a idade, é esperado que os indivíduos hipertensos sejam também os mais vulneráveis neste período da vida, dada à evolução nem sempre benigna da doença. Desta maneira, a própria doença é fator de seleção, sobrevivendo os não hipertensos.

A **ocupação anterior** principal, ao contrário, mostrava-se associada à hipertensão na análise univariada, em todos os estratos. Após a análise multivariada

perde todas as associações, indicando que existem variáveis modificadoras de efeito ou de confusão, que estariam permitindo o efeito encontrado na primeira análise.

Vários estudos evidenciam associação entre hipertensão arterial e tipo de ocupação na população adulta. Em nosso meio, podem ser lembrados: o realizado em 1973, em Volta Redonda: entre sete grupos ocupacionais foram encontradas maiores prevalências de hipertensão entre presidiários, soldados e trabalhadores rurais e menores entre médicos e operários ¹³. Em 78 no Rio Grande do Sul, as maiores frequências de hipertensão foram encontradas entre os trabalhadores assalariados e as menores entre os proprietários rurais ¹. Em 1981, na área metropolitana de São Paulo: as maiores prevalências da doença foram detectadas entre os trabalhadores de transporte, bancários e metalúrgicos, as menores entre os profissionais liberais ¹¹³. Numerosos estudos internacionais têm demonstrado associação entre determinadas atividades ocupacionais e algumas doenças cardiovasculares ^{23,26,49,62,77,103}.

Poucos estudos, no entanto, têm relacionado estas duas variáveis entre os idosos: em Gothenburg não foi encontrada associação significativa entre hipertensão e a ocupação anterior principal ¹¹⁵.

Entre as possíveis razões para este resultado, pode-se lembrar os dependentes da própria seleção estudada, e que dizem respeito aos estudos transversais, aos estudos de grupos ocupacionais e aos estudos de idosos. Os vícios de seleção de amostra, por perdas do contingente exposto a maiores riscos acentuam-se quando se somam estas três condições. A chamada "seleção natural dos saudáveis", no momento de admissão no serviço ou por desistência dos menos adaptáveis contribuíram para a prévia alocação dos indivíduos nos diferentes grupos ocupacionais ^{81,82,126,132}.

Outra questão a ser considerada é que a ocupação anterior é a única das variáveis sócio-econômicas que comportou-se desta forma. Pode-se levantar a hipótese de que níveis de especialização, a grosso modo, não estejam diretamente associados à doença, mas sejam dependentes do nível de escolarização e da renda a ele relacionados.

Conclui-se, portanto, que se tratam de variáveis associadas ou intervenientes, de forma que quando controladas o efeito de cada uma delas é diminuído. Não se detectou, após teste, interação entre as mesmas.

A partir dos resultados desta análise é lícito concluir que as maiores frequências de hipertensão encontram-se entre as donas de casa e as pensionistas, os analfabetos, os não ativos, os de menor renda familiar e os grupos de menor idade.

Na tabela 18 apresentam-se os valores do "odds ratio", os níveis descritivos e os intervalos de confiança para as análises univariada e multivariada entre as variáveis socio-econômicas e a condição de incapacidade para pelo menos uma das atividades de vida diária.

A condição previdenciária mostrou-se associada à incapacidade, em proporções ainda mais elevadas do que a hipertensão. Todos os grupos previdenciários mostram ter prevalências maiores de dependentes, comparados aos economicamente ativos: os aposentados 2,5 vezes, as pensionistas, 3,4 vezes e as das donas de casa 3,8 vezes.

No mesmo sentido do que ocorre com a hipertensão, as donas de casa constituem-se no grupo mais dependente, seguidas de perto pelas pensionistas, mesmo após o controle de todas as variáveis. Êste resultado indica que os grupos mais vulneráveis, do ponto de vista de saúde, são constituídos de mulheres que não

participam e não participaram do mercado de trabalho. Teriam elas sofrido a "seleção dos saudáveis"? Ou, seja, não chegaram a trabalhar ou ao menos não chegaram a uma aposentadoria, por terem menos saúde? Outra possibilidade é a de que a atividade laboral tenha um impacto sobre a saúde, beneficiando as mulheres que tenham ou tiveram atividade remunerada.

Tabela 17. INCAPACIDADE: "ODDS RATIOS" (OR), NÍVEIS DESCRITIVOS (p) E INTERVALOS DE CONFIANÇA (IC), SEGUNDO FORMA DE ANÁLISE E VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS.

VARIÁVEL		FORMA DE ANÁLISE				
		UNIVARIADA		MULTIVARIADA		IC
		OR	p	OR	p	
(REF: econ.ativo)						
CONDIÇÃO	APOSENTADOS	2,15	0,000	2,51	0,011	(1,24 - 5,11)
PREVIDEN- CIÁRIA	PENSIONISTAS	9,91	0,000	3,41	0,002	(1,57 - 7,43)
	DONAS DE CASA	7,59	0,000	3,89	0,000	(1,83 - 8,29)
(REF: masculino)						
SEXO	FEMININO	3,16	0,000	2,29	0,000	(1,58 - 3,33)
(REF: 60 a 69 anos)						
IDADE	70 A 79	2,56	0,000	2,59	0,000	(1,93 - 3,47)
	80 E +	10,76	0,000	12,74	0,000	(7,84 -20,69)
(REF: superior)						
ESCOLA- RIDADE	MEDIO	2,18	0,159	1,36	0,621	(0,40 - 4,60)
	ELEMENTAR	3,27	0,024	1,79	0,341	(0,54 - 5,98)
	ANALFABETO	12,58	0,000	5,83	0,005	(1,72 -19,79)
(ref: grupo I)						
OCUPAÇÃO ANTERIOR	GRUPO II	11,03	0,000	4,51	0,000	(1,93 -10,52)
	GRUPO III	1,97	0,049	1,51	0,304	(0,69 - 3,34)
	GRUPO IV	5,03	0,000	1,99	0,106	(0,86 - 4,61)
(ref: US\$100 e +)						
RENDIA FAMILIAR	< US\$100	1,69	0,000	1,01	0,979	(0,71 - 1,38)

ref= referência ou base de cálculo

em negrito os valores com significância estatística

ECON/ATIVO - ECONOMICAMENTE ATIVOS

As variáveis demográficas não somente continuam associadas à incapacidade, mas intensifica-se, no caso da idade, após o controle das demais variáveis. Diferente do que ocorre com a hipertensão, a incapacidade está principalmente associada à idade, no sentido de os mais velhos terem prevalência de 12,74 vezes a dos de menor faixa etária.

O incremento das incapacidades com a idade tem sido vastamente demonstrado. No levantamento dos 300 idosos em 86, foi encontrada esta tendência, embora em menores proporções, indivíduos de 80 anos mostravam-se duas vezes mais dependentes do que os demais idosos. Em Belgrado a proporção de idosos que não consegue andar fora de casa sem ajuda chega a 63% nas maiores faixas etárias ¹²⁰.

Quanto ao sexo, evidenciou-se que a condição feminina novamente mostra-se como a de maior "risco": a prevalência de incapacidade entre elas é 2,29 vezes a dos indivíduos de sexo masculino.

Em Belgrado encontrou-se 12% de frequência de incapacidade para andar fora de casa entre as mulheres, e 1,2% entre indivíduos de sexo masculino. Para usar transportes públicos 11,4% das mulheres eram incapacitadas, equivalendo ao dobro da frequência masculina ¹²⁰.

A análise das demais variáveis sócio-econômicas evidenciou que apenas duas condições elevaram o "risco" de incapacidade: o analfabetismo e o grupo II de ocupação. A primeira condição eleva em 5,8 vezes a prevalência de alguma incapacidade entre os analfabetos, quando comparados aos idosos com nível superior de escolaridade; e ter participado de atividades do grupo II em 4,5 vezes, quando comparados aos que participaram de atividade do grupo I.

Nem mesmo a renda familiar diferencia os indivíduos em relação ao nível de dependência. E é por isso que a hipótese de que os analfabetos estejam domiciliados muito mais freqüentemente do que os demais grupos pode ser questionada. A institucionalização de idosos dependentes em grande parte é definida também pelos recursos que a família dispõe para o pagamento de tais serviços. A hipótese que mais se sustenta é a de os analfabetos tenham tido condições mais adversas à saúde e a seu cuidado. É pouco provável também que eles sobrevivam com maior facilidade em caso de alguma incapacidade

V - CONCLUSÕES

Os resultados encontrados mostram em primeiro lugar que a maioria dos idosos domiciliados são aposentados ou pensionistas, dependentes diretos do sistema previdenciário.

O conjunto não é homogêneo, ao contrário, bastante distintos quanto à condição sócio-econômica e níveis de saúde e de independência. É possível, de forma genérica caracterizar o perfil de cada um deles como sendo:

Aposentado por tempo de serviço: homem, com menos de 70 anos, de nível elementar ou médio de escolaridade e renda pessoal em torno de US\$ 300. Tendo ocupado funções em atividades do grupo II ou III, apresentam hoje as menores freqüências de doenças crônicas e taxas de incapacidades somente superiores às dos economicamente ativos.

Aposentado por invalidez: homem ou mulher, de idade próxima aos 70 anos, cuja família é de baixa renda e cujo rendimento pessoal é de US\$ 74. Tem nível elementar de escolaridade ou é analfabeto e exerceu atividades ocupacionais do grupo III em 80% das vezes. A freqüência de doenças crônicas que eles referem somente é superior à das pensionistas e donas de casa. Também igualam-se às pensionistas em relação ao nível de dependência.

Aposentado por velhice: mulher, de 70 anos ou mais, tendo se aposentado aos 64,5 anos de idade, tem rendimento de US\$ 77,22. Pertence a família de baixa renda, sendo analfabeta ou de nível elementar de escolaridade. Tendo participado de atividades de tipo III, tem menos queixas de doenças crônicas do que as

pensionistas ou as donas de casa, mas são mais dependentes do que estas últimas para o desempenho das atividades de vida diária.

Pensionista: mulher de 70 anos de idade, de família de baixa renda, tendo a menor renda pessoal do grupo, US\$ 69,86, analfabeta ou tendo cursado nível elementar. Não participou de atividade econômica e corresponde, ao lado da dona de casa, ao grupo com maiores frequências de doenças crônicas. Equiparam-se aos aposentados por invalidez, em relação à dependência.

Dona de casa: mulher de idade inferior a 70 anos, de nível elementar de escolaridade, de família de baixa renda, cujo rendimento pessoal é de US\$ 87,01. Queixa-se mais frequentemente de doenças crônicas e tem nível intermediário de autonomia comparada aos demais grupos.

Finalmente, o **economicamente ativo**, é de sexo masculino, de idade entre 60 e 69 anos, de família de baixa renda, cujo rendimento pessoal é de US\$ 243,54 e nível elementar de escolaridade. Participou e no presente participa de atividades ocupacionais de tipo III. Referem doenças crônicas com maior frequência que os aposentados por tempo de serviço, mas têm menores níveis de dependência.

Os mais velhos se aposentaram principalmente por velhice e os mais novos estão, em geral, em atividade. Praticamente inexistente diferença de idade média de início de aposentadoria entre os que se aposentam por tempo de serviço e os que se aposentam por invalidez, e as médias encontradas também não fogem aos atuais padrões internacionais.

Os mais vulneráveis, segundo condições sócio-econômicas são as pensionistas, os aposentados por invalidez e por velhice. Os indicadores de saúde também reforçam a conclusão de que estes três grupos devam merecer prioridade nas políticas sociais e de saúde.

Referem doenças crônicas com maior frequência, portanto, os aposentados por invalidez, as pensionistas e as donas de casa. São eles também, que se mostram mais freqüentemente dependentes para as atividades de vida diária.

A condição feminina associa-se aos piores níveis de escolaridade, de renda familiar, com destaque para a renda pessoal, que equivale a um terço da masculina.

É bastante confortável, o achado de que quase 90% dos previdenciários domiciliados podem sobreviver sozinhos, apenas necessitando de ajuda para afazeres externos.

Os melhores níveis dos indicadores sócio-econômicos e de saúde e de independência associam-se à aposentadoria por tempo de serviço e à condição de estar em atividade remunerada.

As maiores prevalências de hipertensão foram encontradas entre as donas de casa, as pensionistas e os aposentados por invalidez. As demais condições, que aumentam à referência desta doença, são em ordem decrescente: o analfabetismo, aumentando-a em 6,58 vezes, o nível elementar de escolarização, em 3,35 vezes, o sexo feminino, em 1,44 vezes e a baixa renda familiar, em 1,31 vezes. Ter idade acima de 80 anos reduz à metade a referência de hipertensão.

As maiores prevalências de incapacidade foram encontradas entre os aposentados por invalidez, seguidos das pensionistas. As demais condições que se associam às maiores prevalências de incapacidades em ordem decrescente são: ter mais de 80 anos de idade, em 12,74 vezes, ser analfabeto, 5,83 vezes, ter exercido atividade laboral tipo II, 4,51 vezes, ter de 70 a 79 anos de idade, 2,59 vezes e ser de sexo feminino, 2,29 vezes.

Ao se processar a análise multivariada, não se observou significância estatística entre a hipertensão e ocupação anterior principal, embora exista uma tendência para a ocorrência de maior prevalência entre aqueles que exerceram atividades de tipo III. Em relação à incapacidade, os que tiveram atividade de tipo II, apresentaram 4,5 vezes mais dependência do que os que estiveram em exercício de atividade ocupacional de tipo I.

VI. RECOMENDAÇÕES E COMENTÁRIOS FINAIS

O fato de que a maioria dos idosos ser dependente do sistema previdenciário, indica que as políticas sociais e financeiras deste sistema repercutem diretamente sobre a maioria da população desta faixa etária.

Estas políticas devem levar em conta a existência de grupos mais vulneráveis entre os previdenciários, para os quais sugere-se a elevação do valor dos benefícios, equiparando-os aos demais aposentados. Reforçam esta recomendação, o fato de serem estes mesmos grupos os que mais apresentam problemas e que por isso devam ter maiores gastos.

Deve-se também ser considerado, que a solução da crise financeira da previdência não pode ser solucionada com a postergação do início da aposentadoria. A idade média do início da aposentadoria aqui levantado, é compatível com parâmetros internacionais e com os nossos indicadores de duração da vida média, sugerindo que modificações no sentido de postergar a idade de concessão do benefício só fará com que muito mais idosos não cheguem a gozá-la, como já ocorre.

Outras medidas devem ser estimuladas como solução de distorções na política previdenciária. O fato de a população em idade de exercício de atividade, estar na casa de 100 milhões, indica que o déficit de contribuintes, a queda do número de empregos e os baixos salários, têm contribuído mais do que o aumento da população idosa para o desequilíbrio entre a entrada e a saída de recursos para a Previdência.

Não pode ser esquecido que à deficitária entrada de recursos, acresce-se o seu desvio para outros setores, numa prática muito comum nas últimas décadas. Do lado da despesa, há fortes indícios de que, excluindo aposentadorias ilegais e as imorais, como as concedidas aos parlamentares após escassos períodos de contribuição,

o valor e o tempo de vigência das aposentadorias em geral, não são as responsáveis pelo deficit previdenciário.

Portanto, muito tem a ser feito antes de se tomarem medidas no sentido de corte de benefícios ou de aumento da idade para a concessão da aposentadoria.

Os baixos índices de escolarização e a alta associação que este indicador mostrou ter com os indicadores de saúde, permitem várias recomendações: - que os programas de promoção de saúde entre idosos, utilizem-se de mecanismos de comunicação adequados a esta condição; - que nos programas de educação de adultos os idosos sejam contemplados, possibilitando sua participação, atendendo suas necessidades e utilizando métodos apropriados. Não deve ser desconsiderado, obviamente, que o início nas fases iniciais da vida possibilita um maior impacto da educação sobre a saúde.

Evitando uma postura feminista, não se pode deixar de chamar atenção para a forte discriminação feminina nesta fase da vida, com relação aos seus rendimentos. Suas condições de saúde indicam que sendo também mais vulnerável, necessita de mais recursos.

A evidência de que grupos previdenciários, mais pobres e sobretudo de menor nível de escolaridade apresentem maior "risco" para doenças crônicas, reforçam as evidências de que estas doenças comportam-se como as transmissíveis e parasitárias, desfazendo antigo mito de que seriam doenças de grupos de maior renda. Entre outras implicações esta ocorrência indica que são maiores necessidades de recursos para atender estes grupos justamente nas áreas mais pobres do país.

Conclue-se também que a hipertensão no idosos está associada a múltiplos fatores, em medidas diferentes, mas com alto grau de interligação entre eles.

Ou seja, para a boa saúde e independência na velhice o controle de um ou outro fator isoladamente não é suficiente. Bons níveis de renda e educação, propiciam para o envelhecimento, melhor condição previdenciária e melhores níveis de saúde e independência.

O não encontro de associação entre categorias de ocupação anterior e hipertensão e em parte também da incapacidade, leva a pensar que o efeito da seleção dos saudáveis, desaconselha o estudo desta associação em idosos. Porém, não pode ser desconsiderados os possíveis benefícios sobre a saúde decorrentes do exercício de atividade laboral. Estar, ou ter estado em atividade remunerada na fase adulta, mostrou ser melhor para uma boa saúde na velhice, pelo menos entre as mulheres.

VII - BIBLIOGRAFIA

- 1 ACHUTTI, A. & MEDEIROS, A. Hipertensão arterial no Rio Grande do Sul. *Bol. Saúde*, Porto Alegre, 12(1):6-54, 1985.
- 2 ANTONOVISKI, A. Social class and the major cardiovascular diseases. *J. Chron. Dis.* 21:65-106, 1968.
- 3 ANZOLA-PEREZ, E. Aging in Latin America and Caribbean. In: Pan-American Health Organization. *Toward the Wellbeing of the elderly*. Washington, DC, Scient. Publ. (492):9-23, 1985.
- 4 BARROS JR., C.M. *Previdência Social Urbana e Rural*. São Paulo, Ed. Saraiva, 1981.
- 5 BOLLERUP, T.R. Prevalence of mental illness among 70-year-olds domiciled in nine Copenhagen suburbs. *Acta Psychiat. scand.*, 51:327-39, 1975.
- 6 BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. *Saúde e Previdência - Estudos de Política Social*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
- 7 BRESLOW, L. The future of public health: prospects in the United States for the 1990s. *Ann. Rev. publ. Hlth*, 11:1-28, 1990.
- 8 BRODY, J.A. Life expectancy and the health of older persons. *J. Amer. Geriatr. Soc.*, 30:681-3, 1982.
- 9 BUSSAB, W.O. & DINI, N.P. Pesquisa de emprego e desemprego SEADE/DIEESE: regiões homogêneas da Grande São Paulo. *Rev. Fundação SEADE*. S. Paulo, 1(3):5-11, 1985.
- 10 CAMPOS-FILHO, N. & FRANCO, E.L. MULTLR - A microcomputer program for multiple logistic regression by unconditional and conditional maximum likelihood methods. *Amer. J. Epidemiol.*, 129(2):439-44, 1989.
- 11 CAMARGO, A.B.M.C. & YAZAKI, L.M. A evolução da população idosa e sua distribuição espacial em São Paulo. In: *O idoso na Grande São Paulo*, São Paulo, Coleção Realidade Paulista: 29-39, 1990.

- 12 CARVALHO, F.M. et al. Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do Estado da Bahia. *Cienc. e Cult.*, 40:853-8, 1988.
- 13 CARVALHO, J.J.M. et al. Pressão arterial e grupos sociais: Estudo Epidemiológico. *Arq. Bras. Cardiol.* 40:115-20, 1983.
- 14 CAVALCANTI, M.G.P.H. & SAAD, P.M. Os idosos no contexto da saúde pública. In: *O idoso na Grande São Paulo*, Coleção Realidade Paulista: 181-206, 1990.
- 15 CHAMIE, M. Survey design strategies for the study of disability. *Wld hlth statist Q*, 42:122-40, 1989.
- 16 CHANAIS, J. C. La transition demographique: étapes, formes, implications. Institut d'Etudes Politiques, Paris, 1977. "L'effet multiplicatif de la transition demographique". *Population*, 6:23-8, 1979.
- 17 COBB, S. et al. A comparison of specific symptom data obtained by nonmedical interviewers and by physicians. *J. chron. Dis.*, 4:245-52, 1956.
- 18 COMPAGNOLE, A. *Consolidação das Leis do Trabalho*, 65a. Edição, São Paulo. Ed. Atlas, 1984.
- 19 CORDEIRO, H.A. As empresas médicas - um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1981], mimeo.
- 20 DAVIS, A.M. Envejecimiento de poblaciones e individuos y salud para todos. *Foro Mundial de la salud*, 10:309-16, 1989.
- 21 DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E ESTATÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS. *Boletim do DIEESE*, jan-1988 a dez-1989.
- 22 DUKE UNIVERSITY CENTER FOR THE STUDY OF AGING AND DEVELOPMENT. Multidimensional functional assessment: the OARS methodology. Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. Durham, NC, 1978.
- 23 EL BATAWI, M.A. Work-related diseases: a new program of the World Health Organization. *Scand. J. W. Environ. Hlth*, 10:341-6, 1984.

- 24 EKERDT, D.J. et al. The effect of retirement on physical health. *Amer. J. publ. Hlth*, 73 (7):779-83, 1983.
- 25 EKERDT, D.J. et al. The effect of retirement on somatic complaints. *J. of Psych. Research*, 27:61-7, 1983.
- 26 EL BATAWI, M.A. Health problems of industrial workers in Egypt. *Ind. Med.* 4(2):18-23, 1972
- 27 EVANS, J. G. Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. *Epidem. Aging*, 37:353-63, 1984.
- 28 FERREIRA, J.M. & FARIA, C.G. Morbidade hospitalar no Estado de São Paulo. *Rev. S. Paulo em Perspec.*, 2:31-52, 1986.
- 29 FILLEMBBAUM, G.G. *The well-being of the elderly: approaches to multidimensional assessment*. Geneve, 1984. World Health Organization, Officer Publication no. 84.
- 30 FOLSTEIN, M.F. et al. "Mini Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. psychiat. Res.*, 12:189-98, 1975.
- 31 FORD, A.B. et al. Impaired and disabled elderly in the Community. *Amer. J. publ. Hlth*, 81(9):1207-9, 1991.
- 32 FRANCO, L.J. Estudo multicêntrico sobre a prevalência de diabetes mellitus no Brasil. *Inf. epidem. SUS*, 1(3):45-73, 1992.
- 33 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anuário Estatístico do Brasil - Previdência Social, Rio de Janeiro, 1984.
- 34 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anuário Estatístico do Brasil, 1990. Rio de Janeiro, 1990.
- 35 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios-PNAD-1981*, 5 T6:63-4, 1981.
- 36 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios - PNAD -1988.*, 1:2-11, 1989.

- 37 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
Censo demográfico 1991; resultados preliminares. Rio de Janeiro, 1992.
- 38 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
Censo demográfico; vários anos.
- 39 GARCIA-PALMIERI, M.R. et al. Urban-rural differences in coronary heart disease in a low incidence area. *Amer. J. Epidemiol.*, **107**:206-15, 1978.
- 40 GEORGE, L.K. et al. Sex differences in the antecedents and consequences of retirement. *J. Geront.*, **39**(3):364-71, 1984.
- 41 GOFIN, R. et al. Prevalence of selected health characteristics of women and comparisons with men. A community health survey in Jerusalem. *Isr. J. Med. Sci.*, **17**:145-59, 1981.
- 42 GOMES, F.A. Envelhecimento, aposentadoria, perda dos objetivos, destino do idoso, preparação para o envelhecimento. *An. Bras. Geriat. Geront.*, **2**:11-20, 1980.
- 43 GOMES, J.R. Condições de higiene do trabalho e incidência de cromoergopatias em trabalhadores de galvanoplastias sindicalizadas do Estado de São Paulo. São Paulo. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP], 1970.
- 44 GUTIERREZ, A. Encuesta de las necesidades de los ancianos en México . *Salud públ. Mex.* **25**:21-75, 1983.
- 45 HANSON, R.H. & MARKS, E.S. Influence of the interviewer on the accuracy of survey results. *J. Amer. Stat. ass.*, **283**(53):635-55, 1958.
- 46 HEIKKINEN, E. et al. The elderly in eleven countries: a sociomedical survey. Copenhagen, [Public Health in Europe no.21]. WHO, Regional Office for Europe, 1983.
- 47 HEIKKINEN, E. Health implications of population aging in Europe. *Rapp. trim. Stat. sanit. mond.*, **40**:22-31, 1987.
- 48 HILL, A.B. The enviroment and disease: association or causation? - *Proceedings of The Royal Society of Medicine - Section of occupational medicine*, **14**:88-93, 1965.

- 49 HOVARD, J. & HOLMAN, B.L. The effects of race and occupation on hypertension mortality. *Milbank Men. Fun. Quart.* 48:263-96, 1970.
- 50 IMHOF, A. Mortality problems in Brazil and in Germany. Past-present-future learning from each other. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 19:233-50, 1985.
- 51 INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. Yearbook of labour statistics. Geneve, 1991.
- 52 JEFFERYS, M. *Growing old in the twentieth century*. Routledge, London, 1988.
- 53 JORDAN, F.L. Indicadores de Seguridade Social - *Previdência em dados*, 1 (5): 5-10 out/dez, 1985.
- 54 JORDÃO NETO, A. O idoso institucionalizado na cidade de São Paulo - *Geriatrics em Síntese*, 2(5), set/nov, 1985.
- 55 KALACHE, A. Ageing in developing countries: are we meeting the challenge? *Hlth policy plan.* 1:171-5, 1986.
- 56 KALACHE, A. et al. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 1:200-10, 1987.
- 57 KALACHE, A. Ageing in developing countries. In: *Principles and practices of geriatric medicine*. London. John Wiley & Sons Ltd., 1991.
- 58 KANE, R.A. & KANE, R.L. *Assessing the elderly: a practical guide to measurement*. Lexington Books, Toronto, 1981.
- 59 KATZ, S. et al. Multidisciplinary studies of illness in aged persons - VI: Comparison study of rehabilitated and nonrehabilitated patients with fracture of the hip. *J. chron. Dis.*, 15:979-84, 1962.
- 60 KATZ, S. et al. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J. Amer. med. Ass.*, 18:914-9, 1963.
- 61 KLEIN, C.H. et al. Inquérito epidemiológico sobre hipertensão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. *J. Cad. Saúde públ.* 1:160-76, 1985.
- 62 KRISTENSEN, T.S. Cardiovascular diseases and the work environment: a critical review of the epidemiologic literature on chemical factors. *Scand. J. W. Environ. Hlth*, 15:245-64, 1989.

- 63 LAURENTI, R. O problema das doenças crônico-degenerativas e dos acidentes nas áreas urbanizadas da América Latina. *Rev. Saúde públ.* S.Paulo, 9:239-248, 1975.
- 64 LAURENTI, R. & FONSECA, L.A.M. A mortalidade por doenças cardiovasculares no Município de São Paulo em um período de 30 anos (1940-1969). *Arq. Bras. Cardiol.*, 29:85-8, 1976.
- 65 LAURENTI, R. et al. Mortalidade por diabetes no Município de São Paulo. Evolução em um período de 79 anos. *Rev. Saúde públ.* São Paulo, 16:77-80, 1982.
- 66 LAURENTI, R. O envelhecimento da população. *Geriatrics em Síntese*, 1(9):22-25, 1983.
- 67 LAURENTI, R. Hipertensão como problema de massa no Brasil: mortalidade como causa básica. *Rev. Ciência e Cultura*, 35(11):54-7, nov, 1983.
- 68 LAURENTI, R. Medida das doenças. In: FORATINI, O.P. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo, Editora de Universidade de São Paulo, :369-98, 1992.
- 69 LEBRÃO, M.L. et al. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil) - IV Morbidade referida em entrevistas domiciliárias, 1983-4 (aprovado para publicação pela *Rev. Saúde públ. S.Paulo*).
- 70 LITVAK, J. et al. El problema crescente de las enfermedades no transmissibles: un desafio para los países de las Américas. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 103: 433-49, 1987.
- 71 LOLIO, C.A. Prevalência de hipertensão arterial no Município de Araraquara, São Paulo, Brasil, 1987. São Paulo, 1988 [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP] mimeo.
- 72 LOPEZ, A.D. Diferenciais de mortalidade por sexo. *Crôn. OMS*, 38:224-32, 1984.
- 73 MADEIRA, J.L. Migrações Internas no Planejamento Econômico In: *Migrações Internas no Brasil* - IPEA - 35-58 - Rio de Janeiro, 1976.
- 74 MALERBI, D.A. et al. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. *Diabetes Care*, 15(11):1509-16, 1992.
- 75 MALLOY, J. Previdência Social e classe operária no Brasil (uma nota de pesquisa). *Estudos CEBRAP*, 15:117-31, jan/mar, 1976.
- 76 MANTON, K.G. Epidemiological, demographic, and social correlates of disability among the elderly. *Milb. Q. (Supp 1 on disability policy restoring socioeconomic independence)*, 67:13-58, 1989.
- 77 MARMOT, M.G. et al Employment grade and CHD in British civil servants. *J. Epid. Community Hlth.*, 32:244-9, 1978.

- 78 MÉDICE, A. Aspectos sócio-econômicos da morbidade no Brasil -- uma contribuição aos estudos sobre populações e saúde. *Saúde em debate*, 30:40-51, 1989.
- 79 MEDINA, C. A aposentadoria por invalidez no Brasil, 1983. S. Paulo, 1985. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP] mimeo.
- 80 MENDES, R. Estudo epidemiológico sobre a silicose pulmonar na Região Sudeste do Brasil, através de inquérito em pacientes internados em hospitais de fisiologia. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 13:7-19, 1979.
- 81 MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I Morbidade. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22:311-26, 1988.
- 82 MENDES, R. Importância da ocupação como determinante de saúde-doença: aspectos metodológicos. *Rev. bras. Saúde Ocup.*, 67:18-29, 1989.
- 83 MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - DATAPREV. *A Previdência Social Brasileira*, 1979.
- 84 MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL- DATAPREV. Síntese - Sistema integrado de séries históricas. Tabulações fornecidas pelo INSS-S.Paulo.
- 85 MINISTÉRIO DO TRABALHO. *Classificação brasileira de ocupações*. Brasília, 1982.
- 86 MINISTÉRIO DO TRABALHO. Norma Regulamentar n. 4 Portaria 3: 214-81 de 1978.
- 87 MONTORO, F.A.F. As verdadeiras dimensões da crise previdenciária no Brasil, São Paulo (mimeo), 14 p., 1985.
- 88 MOSSEY, J.M. & SHAPIRO, J.E. Self related health: a predictor of mortality among the elderly. *Amer. J. public. Hlth*, 72:800-8, 1982.
- 89 MUTRAN, E. & FERRARO, K.F. Medical need and use of services among older men and women. *J. of Geront.*, 43:162-71, 1988.
- 90 NACIONES UNIDAS. Assembleia Mundial sobre el envejecimiento, Viena: 26 jul-6 ago, 1982. (doc a/conf.113/5), 26 mar, 1982.
- 91 NATIONAL CENTER OF HEALTH STATISTICS. *Vital and Health Statistics*, 10(107), 1989.
- 92 NEYSMITH, S. & EDWARD, J. Economic dependency in the 1980s: its impact in Third World. *Elderly aging Soc.*, 4:21-44, 1984.
- 93 NOGUEIRA, D.P. et al. Ocorrência da silicose entre trabalhadores da indústria cerâmica da cidade de Jundiaí, S. Paulo (Brasil). *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 15:263-71, 1981.
- 94 NORUSIS, M.M.J. *SPSS - Statistical package for the social sciences*. Chicago; SPSS INC., 1988.

- 95 ORGANIZATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL. Evaluation de l'invalidité. *Social security and disability studies and researches*. 17, Geneve, 1981.
- 96 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. El Programa de educación Sanitária de la OMS. *Cron. OMS*, 28:444-53, 1974.
- 97 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. La epidemiologia y el reto del envejecimiento. *Bol. epidem.*, 6:4-11, 1985.
- 98 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Aplicações da epidemiologia no estudo dos idosos. Série de Informes Técnicos, abr, 1984.
- 99 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS Perspectivas de la población Mundial evaluadas en 1980. *Estudios Demográficos*, 78; Nova York, 1982.
- 100 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. La salud en la tercera edad. Resultados preliminares de la encuesta de necesidades de los ancianos en América Latina y Caribe. *Bol. of Sanit. Panam.* 107:347-355, 1989
- 101 ORTIZ, L.P. & YAZAKI, L.M. Aumento de diferencial por sexo da mortalidade no Estado de São Paulo, *Rev. Bras. de Estudos de População*, 1 (1,2), 1984.
- 102 ORTIZ, L.P. & YAZAKI, L.M. As causas de morte e a diminuição da mortalidade. *S. Paulo em Perspec.*, 1:14-22, 1985.
- 103 OVIASU, V.O. & OKUDA, F.E. Relation between hipertension and occupational factor in rural and urban Africans. *Bull. wld Hlth Org.* 58 : 485-9, 1980.
- 104 ORBACH, H. Normative aspects of retirement. *5th. Congress International Gerontological Association*, San Francisco, 1960.
- 105 PATARRA, N.L. & FERREIRA, C.E.C. *Repensando a transição demográfica: formulações, críticas e perspectivas de análise*. Núcleo de Estudos de População -Universidade Estadual de Campinas, 1986. (mimeo).
- 106 POLLMAN, A.W. Early retirement: a comparison of poor health to other retirement factors. *J. Geront.* 62:41-5, 1971.
- 107 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Perfil municipal, 5; 1989.
- 108 RAMOS, L.R. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde públ.* S.Paulo, 21(3):211-24, 1987.
- 109 RAMOS, L.R. Growing old in São Paulo, Brazil. Assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. [PhD Thesis - University of London], 1987.
- 110 RAMOS, L.R. & GOHIMAN S. Geographic stratification by socio-economic status: methodology from a household survey with elderly people in São Paulo, Brazil. *Rev. Saúde públ.* S. Paulo, 23(6):478-92, 1989.

- 111 RAMOS, L.R. et al. Perfil do idoso em São Paulo, Brasil: resultados de um inquérito domiciliar. (Submetido para publicação à Rev. Saúde públ. S. Paulo).
- 112 REGO, R.A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, São Paulo (Brasil): metodologia e resultados preliminares. *Rev. Saúde públ., S. Paulo*, 24:277-85, 1990.
- 113 RIBEIRO, M.B.D. et al. Hipertension and economic activities in São Paulo, Brazil. *Hipertension*, 3(suppl II):233-7, 1981.
- 114 RINDER, L. et al. Seventy-year-old people in Gothenburg. A population study in an industrialized Swedish city. *Acta med. scand.*, 198:397-407, 1975.
- 115 ROUPE, S. & SVANBORG, A. Previous job and health at the age of 70. *Scand. J. soc. Med.* 1:25-31, 1981.
- 116 ROZZINI, P. La povertà dell'anziano come fattore di rischio di malattie. *Alzheimer Longev. Geriat.*, 1:18-24, 1987.
- 117 SALGADO, N.A. O significado da velhice no Brasil: uma imagem na realidade latino-americana. *An. bras. Geriat. Geront.*, 4:11-6, 1982.
- 118 SCOTT, R.P. Reprodução e refugio em Prazeres, Recife in *III Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Anais*, São Paulo, 1982.
- 119 SHANAS, E. Reported illness and the utilization of medical care. *Publ. Welfare* 18,103-7, 1960.
- 120 SHANAS, E. Measuring the home health needs of the aged in five countries. *J. Geront.*, 26:37-40, 1971.
- 121 SIEGEL, J.S. & HOOVER, S.L. Demographic aspects of the health of the elderly to the year 2000 and beyond. *Wld Hlth Stat Q.*, 35:133-202, 1982.
- 122 SILVA, R.M.R. Breves considerações sobre o trabalho do menor. *Bol. demog.*, 13:48-68, 1982.
- 123 SILVA, W.N. Considerações sobre a velhice. *Rev. Assoc. Bras. Geriat. Geront.*, 3(2) maio, 1981.
- 124 SOUZA E SILVA, N.A. et al. Importância clínica dos custos diretos hospitalares em pacientes com hipertensão arterial em um hospital universitário. *Rev. Saúde. públ.*, S. Paulo, 20:293-302, 1986.
- 125 SYME, S.L. Social class and racial differences in blood pressure. *Amer. J. publ. Hlth.*, 64:619-20, 1974.
- 126 STERLING, T.D. & WEINKAN, J.J. The health worker effect on morbidity rates. *J. occup. Med.* 27:477-82, 1985.

- 127 SUZMAN, R. et al. Demography of older populations in developed countries. In: Brody, J.A. *The ageing of populations and communities*. London: 3-14, 1990.
- 128 SVANBORG, A. et alli. *Epidemiological studies on social and medical conditions of the elderly*. Copenhagen, 1982. WHO Reg. Office for Europe [Euro Reports and Studies, 62].
- 129 TRACY, M. & ADAMS, P. Edad para el otorgamiento de las pensiones de seguridad social: modelos de diez países industriales, 1960-1986. *Rev. intern. Segur. social*, 4:526-544, 1989.
- 130 TRUSSEL, R.E. et al. Comparisons of various methods of estimating the prevalence of chronic disease in a community - The Hurterton County Study, *Am. J. Pub. Hlth*, 46:173-6, 1956.
- 131 UNITED NATIONS. *Demographic yearbook*. 33th. issue. UN, New York, 1992.
- 132 VINNI, K. & HAKAMA, M. Health worker effect in the total finish population. *Brit. J. industr. Med.*, 37:180-4, 1980.
- 133 YU, Y.C. The demography of disability. *Pop. Bull. United Nations*, 30:61-78, 1991.
- 134 WESTCOTT, G. et al. *Health policy implications of unemployment*; Geneve. WHO, Regional Office for Europe, 1985.
- 135 WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to consequences of diseases*. Geneve, 1980.
- 136 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing disability in the elderly. Cologne, 1981. [EURO Reports and Studies no. 65].
- 137 WORLD HEALTH ORGANIZATION. The uses of epidemiology in the study of the elderly. *Technical Report Series*, 706. Geneve, 1984.
- 138 WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics annual. Geneve, 1992
- 139 ZELENSKA, A. A. Princípios fundamentais da seguridade social. *Industriários*. 72(8), dez, 1959.