

DIFERENÇAS NO PERFIL SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DE IDOSOS DO MEIO RURAL E URBANO: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013

Differences in the socioeconomic and health profiles of older adults in rural and urban environments: 2013 national health survey

Ângelo José Gonçalves Bós^a, Valéria Baccarin Ianiski^a,
Nila Carolina Arnez Camacho^a, Renata Breda Martins^a, Ilva Inês Rigo^a,
Marlon Cássio Grigol^a, Liziane da Rosa Camargo^b, Josemara de Paula Rocha^a

RESUMO

OBJETIVO: Compreender as possíveis diferenças sociodemográficas, econômicas e de saúde entre idosos brasileiros rurais e urbanos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. **MÉTODOS:** Estudo transversal, com análise secundária de dados de 11.177 idosos da PNS. A variável dependente foi o local do domicílio (meio rural ou meio urbano), e as demais variáveis (independentes) foram as características sociodemográficas: faixa etária (60 a 79 e 80 anos ou mais), sexo, raça, estado conjugal e escolaridade, cidade e condição socioeconômica; e clínicas: planos de saúde, cadastro na Estratégia Saúde da Família (ESF) e autopercepção de saúde. Tabelas de distribuição da variável dependente e das independentes tiveram suas associações testadas pelo teste χ^2 , considerando significativo $p < 5\%$. **RESULTADOS:** Exceto a faixa etária, todas as outras características sociodemográficas e clínicas foram significativamente associadas com o meio onde moram ($p < 0,0001$). Residentes no meio rural eram, em maior frequência, do sexo masculino, pardos, casados, analfabetos, moradores de cidades interioranas, com maior cobertura pela ESF, nível socioeconômico baixo e menor frequência de plano de saúde. Idosos do meio urbano apresentavam com maior frequência autopercepção de saúde muito boa, boa e muito ruim ($p < 0,0001$). **CONCLUSÕES:** Observamos que idosos do meio rural apresentaram características sociodemográficas vulneráveis e clínicas desfavoráveis quando comparados aos idosos brasileiros do meio urbano, contrariando estudos internacionais. Os achados encontrados estimulam novas investigações para o melhor entendimento das lacunas da literatura sobre o idoso residente no meio rural.

PALAVRAS-CHAVE: população rural; população urbana; idoso; pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand possible sociodemographic, economic and health differences between older rural and urban Brazilians participating in the 2013 National Health Survey (*Pesquisa Nacional de Saúde*). **METHODS:** A cross-sectional study was conducted with a secondary analysis of data from 11,177 elderly individuals. The dependent variable was place of residence (rural or urban), and the independent variables were sociodemographic characteristics (age group [age 60 to 79 or 80 years and older], gender, race, municipality and socioeconomic condition) and clinical characteristics: private health plan, enrollment in the Family Health Strategy program (*Estratégia Saúde da Família*) and self-perceived health. Associations between dependent and independent variables were assessed using the χ^2 test, with $p < 5\%$ considered significant. **RESULTS:** Except for age group, all other sociodemographic and clinical characteristics were significantly associated with place of residence ($p < 0.0001$). Rural participants were more frequently: male, mixed race, married, illiterate, non-capital residents, with a lower socioeconomic level, better Family Health Strategy coverage, were less likely to have private health insurance. The self-perceived health of urban elderly was more frequently very good, good or very poor ($p < 0.0001$). **CONCLUSIONS:** Older individuals in rural areas had less favorable sociodemographic and clinical characteristics than those in urban areas, which contradicts international studies. These findings should stimulate further research to fill gaps in the literature regarding the rural elderly.

KEYWORDS: rural population; urban population; aged; health services research.

^aPontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^bProjeto de Extensão Atenção Multiprofissional ao Longevo – Porto Alegre (RS), Brasil.

Dados para correspondência

Ângelo José Gonçalves Bós – Avenida Ipiranga, 6.681, prédio 81, sala 703 – Pathernon – CEP: 90619-900 – Porto Alegre (RS), Brasil – E-mail: angelo.bos@pucrs.br

Recebido em: 22/05/2018. Aceito em: 03/07/2018

DOI: 10.5327/Z2447-211520181800027

INTRODUÇÃO

A rápida transição demográfica e epidemiológica que atingiu o Brasil trouxe consigo o pleno aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, do número de idosos na população. Projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sugerem que, no ano de 2030, a proporção de idosos (acima de 65 anos) passará dos 13,5% no país.¹ Tal proporção é, no entanto, maior no meio rural. Estudos internacionais apresentam resultados controversos a respeito das diferenças socioeconômicas e de saúde de idosos residentes no meio rural e no meio urbano. Pesquisa chinesa aponta que a maior parte dos idosos do meio rural considera sua saúde boa ou muito boa,² já para os americanos a percepção de saúde era pior, embora a análise não tenha sido significativa.³

Tendo em vista a falta de estudos brasileiros com amostra populacional representativa sobre o tema, este estudo objetivou, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo IBGE em 2013, explorar as possíveis diferenças sociodemográficas, econômicas e de saúde entre idosos brasileiros desses dois grupos populacionais.

MÉTODO

Estudo transversal, com uma análise secundária da PNS, conduzida pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde. A pesquisa buscou, por meio de uma amostra de base populacional, realizar um levantamento da situação de saúde, dos estilos de vida e da atenção à saúde dos brasileiros.⁴ Participaram da PNS 60.202 pessoas com 18 anos ou mais, sendo 11.177 idosos (60 anos ou mais). A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com Parecer nº 328.159.

A variável dependente deste estudo foi o local do domicílio (meio rural ou meio urbano). As variáveis independentes foram: características sociodemográficas, cidade, condição socioeconômica, planos de saúde privados, cadastro na Estratégia Saúde da Família (ESF) e autopercepção de saúde (APS).

As variáveis sociodemográficas foram obtidas pelo módulo C (características gerais dos moradores): sexo (C6), idade (C8, classificada em faixas etárias: 60 a 79, idoso jovem; e 80 ou mais, idoso longo), raça (C9, com os níveis branca, preta, parda e outras) e estado conjugal (a partir da variável C10, os participantes que viviam com cônjuge foram classificados como casados, e a variável C11 classificou os demais participantes como solteiros, viúvos e divorciados/separados).

A escolaridade foi criada a partir da variável D1, que considerou analfabeto o participante que disse não saber ler nem escrever. Para os demais que se encontravam estudando, a escolaridade foi baseada na resposta à pergunta D3 (qual é o

curso que frequenta?). Para os participantes que não estavam estudando, a escolaridade foi baseada nas perguntas D9 (qual é o curso mais elevado que estudou anteriormente?) e D14 (concluiu esse curso que frequentou anteriormente?). Assim, a escolaridade foi categorizada como: analfabeto, fundamental incompleto, fundamental completo, médio e superior.

Usando os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), questões sobre as informações do domicílio (módulo A) e nível de instrução mais elevado foram aplicadas para calcular o nível socioeconômico dos participantes.⁵ Essa classificação infere sobre o poder aquisitivo, representado pelas categorias A (mais elevada), B, C, e D & E.⁶

A cobertura por plano de saúde foi investigada pela questão I1: “O(a) sr.(a) tem algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público?”, presente no módulo I (Cobertura de Planos de Saúde), tendo como opções de resposta: 1) “sim”; 2) “não”.

O cadastro do domicílio na ESF foi respondido pela pergunta B1: “O seu domicílio está cadastrado na Unidade de Saúde da Família?”, e as opções de resposta foram: 1) “sim”; 2) “não”; 3) “não sei”, presentes no módulo B (Visitas Domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agentes de Endemias).

As cidades foram classificadas como capital, interior, metropolitana (não capital) e Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entornos (RIDE) (excluindo a capital).

A APS foi investigada pela questão N1: “Em geral, como o(a) sr.(a) avalia a sua saúde?”, presente no módulo N (Percepção do Estado de Saúde). O entrevistado tinha as opções de 1 a 5, sendo: 1) “muito boa”; 2) “boa”; 3) “regular”; 4) “ruim”; 5) “muito ruim”. Para os cálculos, a APS foi analisada em uma escala modificada para 1) “muito ruim”; 2) “ruim”; 3) “regular”; 4) “boa”; 5) “muito boa”.

Tabelas de distribuição foram criadas expressando os números absolutos dos níveis das variáveis independentes e o seu percentual em cada um dos níveis da variável dependente. A associação em cada uma das tabelas foi testada pelo χ^2 , mediante o programa Epi Info™ 7.0, considerando p significativo quando menor que 5%, para duas caudas.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição dos indivíduos brasileiros com 60 anos ou mais entrevistados pela PNS residentes no meio rural e no meio urbano quanto às suas características sociodemográficas, econômicas e de saúde. Com a análise dos dados, observamos que, exceto quanto à faixa etária, todas as outras características analisadas foram significativamente associadas à área do domicílio ($p < 0,0001$).

Tabela 1 Características sociodemográficas, econômicas, de acesso à saúde e clínica de indivíduos brasileiros com 60 anos ou mais residentes no meio rural e no meio urbano.

Variáveis	Meio rural (n = 2.178, 19,5%)	Meio urbano (n = 8.999, 80,5%)	Valor p
Faixa etária (anos)			
Idoso (60 a 79)	1.901 (87,3)	7.778 (86,4)	0,296
Longevo (80+)	277(12,7)	1.221 (13,6)	
Sexo			
Feminino	1.012 (46,5)	5.610 (62,3)	< 0,0001
Masculino	1.166 (53,5)	3.389 (37,7)	
Raça			
Branca	804 (36,9)	4.510 (50,1)	< 0,0001
Parda	1.141 (52,4)	3.511 (39)	
Preta	207 (9,5)	842 (9,4)	
Outra	26 (1,2)	136 (1,5)	
Estado conjugal			
Casado	1.197 (55,0)	3.851 (42,8)	< 0,0001
Divorciado	243 (11,1)	1.238 (13,7)	
Solteiro	266 (12,2)	1.094 (12,2)	
Viúvo	472 (21,7)	2.816 (31,3)	
Escolaridade			
Analfabeto	1.028 (47,2)	1.763 (19,6)	< 0,0001
Fundamental incompleto	955 (43,8)	4.122 (45,8)	
Fundamental completo	81 (3,7)	805 (8,9)	
Médio	71 (3,3)	1.287 (14,3)	
Superior	43 (2,0)	1.022 (11,4)	
Cidade			
Capital	136 (6,2)	4.776 (53,1)	< 0,0001
Interior	1.751 (80,4)	2.636 (29,3)	
Metropolitana (não capital)	253 (11,6)	1.485 (16,5)	
RIDE (excluindo a capital)	38 (1,8)	102 (1,1)	
Nível socioeconômico			
A	4 (0,2)	300 (3,3)	< 0,0001
B	128 (5,9)	2.099 (23,3)	
C	793 (36,4)	4.189 (46,5)	
D & E	1.253 (57,5)	2.411 (26,8)	
Plano de saúde			
Não	1.971 (90,5)	5.863 (65,2)	< 0,0001
Sim	207 (9,5)	3.136 (34,8)	
ESF			
Não	413 (19,0)	3.358 (37,3)	< 0,0001
Sim	1.491 (68,5)	4.712 (52,4)	
Não sei	274 (12,6)	929 (10,3)	
Autopercepção de saúde			
Muito bom	80 (3,7)	635 (7,1)	< 0,0001
Bom	658 (30,2)	3.559 (39,5)	
Regular	1.071 (49,2)	3.711 (41,2)	
Ruim	312 (14,3)	855 (9,5)	
Muito ruim	57 (2,6)	239 (2,7)	

RIDE: Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno; ESF: Estratégia Saúde da Família; teste χ^2 ; p significativo quando < 5%.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Notamos que, no meio rural, não há diferenças proporcionais entre idosos jovens (60–79 anos) e idosos longevos (80 anos ou mais). Os participantes eram com mais frequência do sexo masculino, pardos, casados, analfabetos, grande parte residindo em cidades interioranas e com nível socioeconômico classificado como D & E.

Os idosos do meio rural também apresentaram menor frequência de plano de saúde, entretanto maior cobertura pela ESF. A autopercepção de saúde ruim e regular prevaleceu entre os idosos do meio rural, contrastando com a dos idosos do meio urbano, cujas frequências de muito bom, bom e muito ruim foram maiores.

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou explorar as possíveis diferenças sociodemográficas, econômicas, clínicas e de acesso à saúde entre indivíduos brasileiros de 60 anos ou mais, residentes no meio rural e no meio urbano.

Observou-se que os participantes do meio rural eram, com menor frequência que os do meio urbano, longevos (80 anos ou mais). O aumento de doenças crônicas, dificuldades funcionais e mudanças na composição familiar, associados à idade avançada, podem ser justificativas para a menor presença de longevos no meio rural. Cabral et al.⁷ afirmam que a falta de acesso a serviços de saúde e questões relacionadas à família e segurança também produzem o êxodo rural, fator relacionado com a longevidade e a viuvez. Esse último fenômeno corrobora tanto para a presença de longevos no meio urbano quanto para a maior presença de casados no meio rural verificada na nossa análise. O apoio do cônjuge seria, então, fator promotor da permanência no meio rural.

Como os homens apresentam maior mortalidade, a probabilidade de a mulher se tornar viúva é maior. Dessa maneira, a migração das mulheres para o meio urbano também é maior. Cabral et al.⁷ constataram um percentual importante de mulheres idosas que, apesar de residir no meio urbano, eram provenientes do meio rural. Esse estudo levanta a hipótese de que o êxodo rural tenha sido o fator causal da maior frequência de homens nesse meio. Outras pesquisas destacam que as oportunidades de trabalho para as mulheres são maiores no meio urbano, além do maior acesso à escolarização e profissionalização.^{8,9} Weisheimer¹⁰ corrobora essa observação quando diz que, no Brasil, os processos migratórios ocorridos a partir da década de 1960 respondem pela maior presença de homens no campo. A pecuária extensiva e a agricultura empresarial mecanizada têm sido apontadas como fatores associados a esse fenômeno.⁸

Viu-se neste estudo que os moradores da zona rural apresentam menor nível socioeconômico (classes D & E). Menor renda entre idosos do meio rural também foi observada no estudo de Dal Pizzol et al.¹¹ na serra gaúcha e no de Tavares et al.¹², no qual a renda individual foi de um salário mínimo (48,1%), ou proveniente de aposentadoria (50,6%). Ainda, investigação de Santos e Assunção¹³ realizada na região sul de Goiás averiguou que a renda domiciliar *per capita* dos idosos residentes no meio rural era duas vezes menor quando comparada à da área urbana. Uma possível explicação para esses achados é o fato de que os moradores do meio rural podem manter-se com menor renda, pois parte dos alimentos para consumo é oriunda da produção própria ou facilmente produzida. Apesar de haver suporte às conclusões de que os idosos rurais demonstram menor nível socioeconômico, Cesar et al.¹⁴ apoiam parcialmente esses resultados ao ressaltar que, nos municípios com maior percentual de idosos no meio rural, os moradores relatam possuir, com menor frequência, televisão e geladeira, fatores que contabilizam para o menor nível socioeconômico, entretanto apresentam maior frequência de rádio e carro, itens que aumentariam o nível socioeconômico pelos critérios da ABEP. Uma análise futura dos dados da PNS permitirão observar quais bens de consumo estão relacionados com a diferença percebida na presente pesquisa.

Nossos dados demonstram que a maior parte dos moradores idosos do meio rural avaliados pela PNS tem baixo nível de escolaridade (analfabetos). Essa observação também foi feita por Aires et al.,¹⁵ que agruparam os participantes em analfabetos e com ensino fundamental incompleto, com 94,3% dos moradores do meio rural nesse nível educacional, percentual semelhante ao achado na PNS (91%). Tavares et al.¹⁶ justificam esse fenômeno pela inserção precoce dos filhos no trabalho agrícola, pelo isolamento geográfico e até mesmo pela dificuldade de acesso no interior, em transporte e distância até as escolas.

Observou-se neste estudo que indivíduos do meio rural apresentaram menor acesso aos planos de saúde privados. Isso pode estar relacionado à classe econômica dos moradores, o que já foi relatado em estudo que analisou os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, que encontrou proporções de idosos com cobertura por plano de saúde privado similares às de nossa análise.¹⁷ Pinto e Soranz¹⁸ evidenciaram que os planos de saúde privados se caracterizam como mais um fator de geração de desigualdade social no acesso e na utilização de serviços de saúde no Brasil. Bós e Bós¹⁹ observaram estreita relação entre renda familiar e cobertura por planos de saúde privados e concluíram que a qualidade de atendimento oferecido por tais planos foi fator determinante para a maior adesão.

A menor cobertura por planos de saúde no meio rural pode estar sendo compensada pela maior presença de domicílios cadastrados na ESF. Malta et al.²⁰ também constataram que a proporção de domicílios cadastrados em ESF foi superior na área rural em relação à urbana, de acordo com os dados obtidos ao comparar a PNS a outro estudo domiciliar de 2008, o PNAD. Isso demonstra que atributos do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade e a priorização da cobertura de populações de risco (em maior vulnerabilidade, baixa escolaridade, renda etc.) vêm sendo alcançados, no entanto muitas localidades ainda exibem grandes fragilidades. Logo, é importante considerar diferenças na cobertura, no acesso e na oferta de cuidados nas ESF dos municípios, além dos mecanismos de gestão dos serviços de saúde.²⁰

Expandir e consolidar a atenção primária à saúde é uma das estratégias primordiais do SUS para combater as iniquidades em saúde, visto que a primeira é reconhecidamente um ponto-chave do sistema. É por ela que os usuários do SUS realizarão seu primeiro contato com o serviço e onde a adoção de iniciativas de promoção, proteção e prevenção em saúde deve ser incentivada, visando à não cronificação e episódios de agudização das comorbidades e atendimento de demandas menos complexas, auxiliando para a melhor fluidez dos serviços de atenção secundária e terciária.²¹

Em nosso estudo, a proporção de idosos referindo-se à APS regular ou ruim foi significativamente maior nos residentes no meio rural. Corroborando com tal achado, estudo realizado em Portugal identificou que idosos residentes no meio rural classificavam sua saúde como “fraca”,²² porém idosos chineses rurais consideravam, em maior parte, sua saúde como boa ou muito boa.² Já um estudo com idosos americanos do meio rural identificou que, quanto mais isolado o meio onde os participantes viviam, pior foi a APS, embora a análise não tenha sido significativa.³

Observamos que, mesmo com melhor oferta de serviços de saúde, os idosos avaliaram sua saúde como regular e ruim, o que pode estar relacionado ao tipo de serviço de saúde ofertado a eles. Oliveira e Pereira²¹ discutem a fragilidade da organização do sistema enquanto gestor do cuidado, o que pode estar afetando a qualidade de vida dos usuários.

Como limitações deste estudo, podemos destacar o fato de a PNS não ter questionado os participantes sobre o local de residência anterior à entrevista. Essa questão poderia identificar fatores relacionados ao êxodo rural. Dessa maneira, a análise secundária de dados permite-nos apenas inferir que os resultados de maior ou menor frequência de determinada característica possam ter ocorrido por processos de migração para o meio urbano ou por outro fator, como, por exemplo, maior mortalidade. Estudos de acompanhamento deveriam

ser feitos para identificar as necessidades dos idosos do meio rural, podendo gerar a construção de políticas de saúde voltadas às necessidades dessa camada da população.

A PNS realizada em 2013 foi a primeira edição da pesquisa. Por isso, pouco podemos comparar seus resultados com a situação de idosos e longevos de décadas passadas. É possível inferir que a população avaliada neste estudo difere dos indivíduos que coabitavam o meio rural em anos passados, especialmente com relação à expectativa de vida, à presença de comorbidades e ao posicionamento socioeconômico. Em razão do processo de globalização e industrialização sofrido no século passado, alguns condicionantes sociais e econômicos na vida das pessoas foram influenciados, como os hábitos alimentares, a aquisição de alimentos, o uso de equipamentos para plantio, locais de trabalho etc. Logo, houve melhoras nas condições sanitárias e de higiene, avanços na medicina e nos serviços de saúde, no entanto maior desenvolvimento de patologias, especialmente as cardiometabólicas, também é observado concomitantemente a essas alterações no modo de estar e viver em sociedade.

CONCLUSÕES

Por meio da análise das diferenças sociodemográficas, econômicas e de saúde dos idosos brasileiros residentes no meio rural e no meio urbano da PNS, podemos observar maior percentual de idosos jovens (60–79 anos), homens, casados, analfabetos, cor da pele parda e preta, com menor nível socioeconômico (classes D & E) e APS regular ou ruim no meio rural.

Pouco se sabe sobre a permanência das famílias no meio rural, entretanto percebe-se que, com o avançar da globalização, o número de indivíduos no meio rural teve queda considerável, principalmente por parte dos jovens e das mulheres. Vivendo à mercê das intempéries do tempo e da necessidade de um clima equilibrado para a garantia de plantações satisfatórias e, assim, consequentemente, de renda para as famílias, a migração dos filhos para a zona urbana foi uma condição intensamente incentivada pelos pais deles, em anos passados.

Atualmente, podemos dizer que esse cenário está em transformação, visto que, em decorrência do esvaziamento das áreas rurais, setores governamentais e/ou associados têm buscado incentivar a permanência de jovens e mulheres no meio rural, visando à manutenção do trabalho agroindustrial e à valorização da terra. Identifica-se hoje em dia nas regiões rurais que os filhos e netos de agricultores têm buscado a área urbana para sua profissionalização e aperfeiçoamento, com a finalidade de empregá-los na agricultura e no melhor aproveitamento do solo, desfazendo o

constructo de migração dos colonos para a área urbana, e sim fortalecendo o papel do meio rural enquanto sistema econômico e social.

Com vistas aos achados, diferenças entre o meio rural e o urbano podem ser fatores determinantes de desigualdades sociais que vão além dos aspectos econômicos e de acesso a serviços. O fomento de ações estratégicas que reorganizem esses espaços, minimizando o impacto das desigualdades, torna-se fundamental, bem como a realização de novas pesquisas para evidenciar os condicionantes e determinantes de saúde e adoecimento nesses territórios, de forma a fortalecer o meio rural como espaço de desenvolvimento socioeconômico, com oportunidades para ambos

os gêneros, acesso a serviços e consequente minimização das desigualdades *in loco*.

AGRADECIMENTOS

Aos membros do Grupo de Interesse em Saúde Pública da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), seção Rio Grande do Sul, particularmente os colegas Bruna Borba Neves, Rejane Eliete Luz Pedro, Jorge Pasquotto.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das unidades da federação [Internet]. 2013 [citado em 27 mar. 2018]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
2. Liu Z, Albanese E, Li S, Huang Y, Ferri CP, Yan F, et al. Chronic disease prevalence and care among the elderly in urban and rural Beijing, China - a 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2009;9:394. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-394>
3. Fan L, Mohile S, Zhang N, Fiscella K, Noyes K. Self-reported cancer screening among elderly Medicare beneficiaries: a rural-urban comparison. *J Rural Health*. 2012;28(3):312-9. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2012.00405.x>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [citado em 22 nov. 2017]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
5. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil: alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015 [Internet]. 2015 [citado em 20 fev. 2018]. Disponível em: <http://www.abep.org/Servicos/DownloadCodigoConduta.aspx?id=11&p=cc>
6. Ferreira RA, Benicio MH. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4/5):337-42.
7. Cabral SOL, Oliveira CCC, Vargas MM, Neves ACS. Condições de ambiente e saúde em idosos residentes nas zonas rural e urbana em um município da região Nordeste. *Geriatr Gerontol*. 2010;4(2):76-84.
8. Froehlich JM, Rauber CC, Carpes RH, Toebe M. Êxodo seletivo, masculinização e envelhecimento da população rural na região central do RS. *Cienc Rural*. 2011;41(9):1674-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-84782011005000124>
9. Brumer A. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. *Rev Estud Fem*. 2004;12(1):205-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2004000100011>
10. Weisheimer N. Juventudes rurais: mapa de estudos recentes. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário; 2005. 78p.
11. Dal Pizzol TS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(1):104-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100011>
12. Tavares DMS, Gávea Junior AS, Dias FA, Santos NMF, Oliveira PB. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. *Rev Rene*. 2011;12(n. esp.):895-903. <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v12i0.4458>
13. Santos IP, Assunção PV. Determinantes e comparativo de indicadores de saúde para idosos rurais e urbanos no sul de Goiás. *Conjuntura Econômica Goiana*. 2016;38:57-68.
14. Cesar AJ, Oliveira-Filho JA, Bess G, Cegiella R, Machado J, Gonçalves TS, et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1835-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800012>
15. Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010;18(1):11-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000100003>
16. Tavares DMS, Ribeiro AG, Ferreira PCS, Martins NPF, Pegorari MS. Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(2):156-63. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5961>
17. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10):2490-502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000023>
18. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):85-98. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100009>
19. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):113-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000100016>
20. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):327-38. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>
21. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp.):158-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
22. Araújo J, Ramos E, Lopes C. [Lifestyles and self-rated health, in Portuguese elderly from rural and urban areas]. *Acta Med Port*. 2011;24(Supl. 2):79-88.