



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE DEMOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA**

ANAÍZA GARCIA PEREIRA

**CONDIÇÃO DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS MAIS IDOSOS NO
BRASIL E GRANDES REGIÕES: UMA ANÁLISE DOS ANOS DE
1998 E 2008**

CAMPINAS-SP

2016

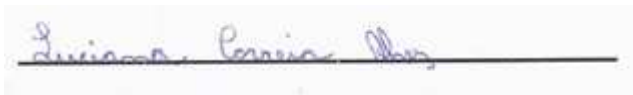
ANAÍZA GARCIA PEREIRA

**CONDIÇÃO DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS MAIS IDOSOS NO BRASIL E
GRANDES REGIÕES: UMA ANÁLISE DOS ANOS DE 1998 E 2008**

Dissertação apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Demografia.

Supervisor/Orientador: Profa. Dra. LUCIANA CORREIA ALVES

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA ANAÍZA GARCIA PEREIRA, E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. LUCIANA CORREIA ALVES.

A handwritten signature in blue ink, reading "Luciana Correia Alves", is written over a horizontal line.

CAMPINAS

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Cecília Maria Jorge Nicolau - CRB 8/3387

P414c Pereira, Anaíza Garcia, 1986-
Condição de vida e saúde dos idosos mais idosos no Brasil e grandes regiões: uma análise dos anos 1998 e 2008 / Anaíza Garcia Pereira. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Luciana Correia Alves.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Envelhecimento da população. 2. Longevidade. 3. Desigualdades em saúde. 4. Saúde do idoso. 5. Idosos - Brasil - Condições sociais. I. Alves, Luciana Correia. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Life and health condition of older elderly in Brazil and major regions : an analysis of the years 1998 and 2008

Palavras-chave em inglês:

Population aging

Longevity

Health inequalities

Elderly health

Elderly - Brazil - Social conditions

Área de concentração: Demografia

Titulação: Mestra em Demografia

Banca examinadora:

Luciana Correia Alves [Orientador]

Tábatta Renata Pereira de Brito

Glaucia dos Santos Marcondes

Data de defesa: 26-02-2016

Programa de Pós-Graduação: Demografia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE DEMOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa e Dissertação de Mestrado, composta pelos Professores Doutores asseguir descritos, em sessão pública realizada em 26 de fevereiro de 2016, considerou a candidata Anaíza Garcia Pereira aprovada.

Profa Dra Luciana Correia Alves

Profa Dra Tábatta Renata Pereira de Brito

Profa Dra Glaucia dos Santos Marcondes

A Ata da Defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no processo de vida acadêmica da aluna.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer pessoas importantes que, pelos últimos anos, ou toda minha vida foram fundamentais para o meu crescimento e imprescindíveis para que eu chegasse aonde cheguei. Começo pela coorte de pós-graduandos de Demografia de 2013, formamos uma boa turma, nos unimos para conseguirmos avançar em nossos estudos e chegarmos ao ponto que hoje estamos, sempre um vibrando com as conquistas dos demais! Dentro da nossa turma, duas pessoas, em especial se destacaram para mim, e chegaram a ser mais que simples colegas, duas amigas que levarei comigo para o resto da minha vida, perto ou longe, Giovana e Tathiane, muito abrigada por serem que são e me apoiarem em vezes nas quais nem eu acreditei em mim. Ainda no NEPO fiz outro grande amigo, o Pier, que teve tanta importância quanto as meninas, foi meu ombro amigo e me ajudou muito enquanto eu apanhava do “R”. Preciso agradecer ainda aos professores, pesquisadores e funcionários do IFCH que direta, ou indiretamente, tiveram uma importante participação para a concretização deste trabalho, em especial àqueles que lecionaram as disciplinas que fizemos, nos transmitindo uma importante carga de conhecimento necessária para nos tornarmos demógrafos. Dentre os funcionários, de grande importante e que muito ajudou com as revisões das referências dedicando seu tempo e trabalho, muito obrigada Adriana, você foi fundamental nesse processo. Cabe aqui, um agradecimento mais que especial à minha mentora, que foi muito mais do que uma orientadora, uma amiga, irmã, conselheira e que acreditou mais em mim do que eu mesma. Muito obrigada Luciana, sua maneira de ser e agir me motivou a dar longos passos, você foi minha asa e me permitiu mais que apenas sonhar. Outro professor importante, que por diferentes vezes foi o meu chão, em outras um pai para mim, fez parte da minha formação inicial, Fadel David Antonio Tuma Filho (*in memoriam*), grande pessoa, excelente profissional, meu primeiro orientador que muito me ensinou. Gostaria também de agradecer aos membros da banca de qualificação e defesa, titulares e suplentes, que disponibilizaram seu tempo na leitura e se dedicaram para o enriquecimento deste trabalho. Ainda tive uma importante ajuda vinda do setor de transportes do município de Rafard - SP, Daniel e sua equipe que forneceram transporte gratuito muitas vezes para que eu não me atrasasse para as aulas, palestras e reuniões, dentro dessa equipe fiz vários amigos, mas o Paulo se destacou, fizemos várias viagens juntos e ele me viu horas muito mal com tudo e horas vibrando feliz com as novas

conquistas, obrigada meu amigo! Outra importante amiga, conselheira, psicóloga, foi minha companheira de cafés da manhã, Daniele, sempre me ouviu, deu bons conselhos e se fez presente em cada etapa desse meu processo. Apesar de distante, Yve, minha amiga de infância, se fez presente nos momentos certo, sempre que precisei ou quis, ela estava por perto para um conselho e um abraço. Não posso deixar aqui de agradecer a minha família, esses conheceram meu verdadeiro EU enquanto escrevo, pessoas que respeitaram minha privacidade e meus estouros e nunca deixaram de me amar por isso, minha mãe que, mesmo sem entender nada do que eu estou fazendo, me apoiou em tudo e chegou a me acompanhar em um dos congressos, meu irmão, que sempre fica ao meu lado, deu até suporte financeiro quando necessário, e é uma ótima pessoa. Tem também o novo lado da minha família, meus sogros, Mirian e Claudio, e minha cunhada, Rafaela que vibraram em cada conquista, desde o início, com o resultado do processo de seleção, até o trabalho final e a defesa. E por último, mas nunca menos importante, o homem que viu de perto cada passo, que aguentou todos os problemas e, ainda assim, se dispôs a se casar comigo, Leonardo, você é o que eu preciso e mais do que mereço, minha sorte em ter você na minha vida não se mensura! Não menos importante, por trás de mim, me dando força e vibrando comigo em outro plano, sempre esteve meu pai, Luis Carlos (*in memoriam*), a quem sempre me pautei para manter uma conduta de vida que o honrasse. Em resumo, esse trabalho não foi escrito por uma única pessoa, mas foi uma importante junção, uma força coletiva que garantiu o resultado que ele teve!

RESUMO

Envelhecer para muitos países emergentes, incluindo o Brasil, já não é mais um privilégio de uma pequena parcela da população. O aumento proporcional dos idosos levanta questões importantes a serem discutidas. Quando esse fenômeno vem acompanhado do aumento da longevidade, classificar grupos e entender a dinâmica que os permeia é parte fundamental para sanar possíveis deficiências nas condições em que estão vivendo, para assim buscar melhorias e garantir qualidade de vida e uma sobrevida livre de incapacidades. Sendo assim, o presente trabalho teve como objetivo geral analisar as condições de vida e saúde da população idosa mais idosa brasileira e por grandes regiões nos anos de 1998 e 2008. Ademais, pretende-se comparar o grupo de idosos mais idosos (80 anos e mais) com o de idosos mais jovens (60 a 79 anos) brasileiros e por grandes regiões, segundo as condições de vida e saúde, nos anos de 1998 e 2008. Para tanto, utilizamos os dados da PNADs de 1998 e 2008, os complementos da saúde, através das variáveis divididas em três grupos: i) Demográfico (idade, sexo, cor da pele, arranjo familiar, condição na família, situação de domicílio), ii) Socioeconômico (escolaridade, renda, fonte de renda, ocupação) e iii) Condições de saúde (auto-avaliação da saúde, capacidade funcional, presença de doenças crônicas, indicadores de serviços de saúde). Os resultados apontam que o rápido processo de envelhecimento populacional e o aumento de longevidade, trazem novos problemas para o cenário atual, mesmo em regiões com menor desenvolvimento econômico. O grupo de idosos mais idosos e, conseqüentemente, mais fragilizado, merece uma atenção especial por parte das políticas públicas.

Palavras-chave: Envelhecimento Populacional; Longevidade; Desigualdades; Saúde do Idoso; Condições de Vida; Brasil

ABSTRACT

To get old, for many emerging countries, including Brazil, is no longer a privilege of a small portion of the population. The proportional increase of the elders raises important issues to be discussed. When this phenomenon comes accompanied with the increase of longevity, to classify groups and understand the dynamics that permeates them is the main point to solve possible deficiencies in the conditions in which they are living, in order to improve and ensure quality of life and a survival free of disabilities. In this sense, this study aimed to analyze the conditions for life and health of the more elderly Brazilian elderly population and major regions in 1998 and 2008. In addition, we intend to compare the group of older elderly (80 years and more) with the younger elderly (60-79 years) Brazilian and by regions, according to the conditions of life and health in the years 1998 and 2008. Therefore, we used PNADs' data from 1998 and 2008, the complements of health, through the variables divided into three groups: i) demographic (age, gender, skin color, family arrangement, condition in the family, household situation), ii) Socio-economic (education, income, source of income, occupation) and iii) health conditions (self-evaluation of health, functional capacity, presence of chronic diseases, health services indicators). The results point out that the fast process of population aging and the increase of longevity brings new issues to the current scenario, even in regions with lower economic growth. The older group and, consequently, more fragile, deserves special attention, from public policies.

Keywords: Population Aging; Longevity; Inequalities; Elderly Health; Life Conditions; Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Expectativa de vida ao nascer para ambos os sexos, 1950-2010.....	25
Gráfico 2 - Incremento decenal da população mundial, 1950-2050 (por mil).....	27
Gráfico 3 - Taxa de fecundidade total para diferentes regiões do mundo, 1950-2010.....	28
Gráfico 4 - Porcentagem de idosos no total da população, 1980-2010.....	30
Gráfico 5 - Esperança de vida ao nascer – ambos os sexos – Brasil e Grandes Regiões, 1991-2010.....	31
Gráfico 6 - Esperança de vida ao nascer – sexo masculino – Brasil e grandes regiões, 1991-2010.....	32
Gráfico 7 - Esperança de vida ao nascer - sexo feminino – Brasil e Grandes Regiões, 1991-2010.....	33
Gráfico 8 - Expectativa de vida ao nascer e para maiores de 60 anos, Brasil e Grandes Regiões – 2010.....	34
Gráfico 9 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Brasil – 1991-2010.....	37
Gráfico 10 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Norte – 1991-2010.....	37
Gráfico 11 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Nordeste – 1991-2010.....	38
Gráfico 12 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Sudeste – 1991-2010.....	39
Gráfico 13 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Sul – 1991-2010.....	39
Gráfico 14 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Centro-Oeste – 1991-2010.....	40
Gráfico 15 - Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais– Brasil, 1991-2010.....	42
Gráfico 16 - Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais – Norte, 1991-2010.....	42
Gráfico 17 - Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais – Nordeste, 1991-2010.....	43

Gráfico 18 - Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais – Sudeste, 1991-2010.....	44
Gráfico 19 - Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais – Sul, 1991-2010.....	44
Gráfico 20 - Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais – Centro-Oeste, 1991-2010.....	45
Gráfico 21 - Proporção de idosos mais idosos pelo total de idosos da população brasileira, 1991-2010.....	46
Gráfico 22 - Proporção de idosos mais idosos pelo total de idosos da população brasileira masculina, 1991-2010.....	46
Gráfico 23 - Proporção de idosos mais idosos pelo total de idosos da população brasileira feminina, 1991-2010.....	47
Gráfico 24 - Razão de sexo para o Brasil e por Grandes Regiões – 1991 a 2010.....	48
Gráfico 25 - Proporção de expectativa de vida sem incapacidade funcional e de expectativa de vida com incapacidade funcional em relação à expectativa de vida total por sexo e idades exatas, Município de São Paulo (SP), Brasil, 2000.....	50
Gráfico 26 - Situação conjugal das pessoas de 60 anos ou mais – Brasil, 1995.....	57
Gráfico 27 - Proporção dos idosos por classes de rendimento médio familiar per capita - Grandes Regiões – 1997.....	59
Gráfico 28 - Composição percentual da renda dos homens idosos - Brasil, 1981, 1988, 1998.....	60
Gráfico 29 - Composição percentual da renda das mulheres idosas - Brasil, 1981, 1988, 1998.....	60
Gráfico 30 - Proporção de idosos ocupados segundo a posição na ocupação – Brasil, 1996.....	61
Gráfico 31 - Distribuição relativa (%) da cor de pele, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998.....	94
Gráfico 32 - Distribuição relativa (%) da cor de pele, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998.....	95
Gráfico 33 - Distribuição relativa (%) da cor de pele, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008.....	95
Gráfico 34 - Distribuição relativa (%) da cor de pele, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008.....	96

Gráfico 35 - Distribuição relativa (%) da escolaridade, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998.....	97
Gráfico 36 - Distribuição relativa (%) da escolaridade, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998.....	97
Gráfico 37 - Distribuição relativa (%) da escolaridade, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008.....	98
Gráfico 38 - Distribuição relativa (%) da escolaridade, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008.....	98
Gráfico 39 - Distribuição relativa (%) da renda familiar, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998.....	100
Gráfico 40 - Distribuição relativa (%) da renda familiar, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998.....	100
Gráfico 41 - Distribuição relativa (%) da renda familiar, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008.....	101
Gráfico 42 - Distribuição relativa (%) da renda familiar, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008.....	101
Gráfico 43 - Distribuição relativa (%) da fonte de renda, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998.....	102
Gráfico 44 - Distribuição relativa (%) da fonte de renda, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998.....	103
Gráfico 45 - Distribuição relativa (%) da fonte de renda, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008.....	103
Gráfico 46 - Distribuição relativa (%) da fonte de renda, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008.....	104
Gráfico 47 - Distribuição relativa (%) da situação de domicílio, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998.....	105
Gráfico 48 - Distribuição relativa (%) da situação de domicílio, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998.....	105
Gráfico 49 - Distribuição relativa (%) da situação de domicílio, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008.....	106
Gráfico 50 - Distribuição relativa (%) da situação de domicílio, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008.....	106
Gráfico 51 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998.....	107

Gráfico 52 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998.....	108
Gráfico 53 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008.....	108
Gráfico 54 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008.....	109
Gráfico 55 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família e condição na família, por Grandes Regiões, 60-79 anos, 1998.....	110
Gráfico 56 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família e condição na família por região, 80 anos e mais, 1998.....	110
Gráfico 57 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família e condição na família, por Grandes Regiões, 60-79 anos, 2008.....	111
Gráfico 58 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família e condição na família, por Grandes Regiões, 80 anos e mais, 2008.....	111
Gráfico 59 - Distribuição relativa (%) dos idosos que moram sozinhos, por Grandes Regiões, sexo e idade, 1998.....	113
Gráfico 60 - Distribuição relativa (%) dos idosos que moram sozinhos, por Grandes Regiões, sexo e idade, 2008.....	113
Gráfico 61 - Distribuição relativa (%) da presença de doenças crônicas auto-referidas, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 1998.....	129
Gráfico 62 - Distribuição relativa (%) da autoavaliação da saúde, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 1998.....	130
Gráfico 63 - Distribuição relativa (%) da capacidade funcional, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 1998.....	131
Gráfico 64 - Distribuição relativa (%) da utilização de serviços de saúde, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 1998.....	132
Gráfico 65 - Distribuição relativa (%) da presença de doenças crônicas auto-referidas, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 2008.....	133

Gráfico 66 - Distribuição relativa (%) da autoavaliação da saúde, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 2008.....	134
--	-----

Gráfico 67 - Distribuição relativa (%) da capacidade funcional, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 2008.....	135
--	-----

Gráfico 68 - Distribuição relativa (%) da utilização de serviços de saúde, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 2008.....	136
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de fecundidade total por grandes regiões, 1991-2010.....	35
Tabela 2 - Índice de envelhecimento – 1991 a 2010.....	41
Tabela 3 - Brasil: tamanho médio e número médio de filhos nos domicílios segundo a presença de idosos – 1980 e 2000.....	56
Tabela 4 - Pessoas de 60 anos ou mais por grupos de idade e sexo segundo a situação conjugal.....	57
Tabela 5 - Distribuição relativa (%) das características demográficas e socioeconômicas dos idosos de 60-79 anos, segundo grandes regiões, 1998.....	79
Tabela 6 - Distribuição relativa (%) das características demográficas e socioeconômicas dos idosos de 80 anos e mais, segundo grandes regiões, 1998.....	81
Tabela 7 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família por condição na família, segundo idade, 1998.....	83
Tabela 8 - Distribuição relativa (%) das características demográficas e socioeconômicas dos idosos, segundo grupos etários e sexo, 1998.....	85
Tabela 9 - Distribuição relativa (%) das características demográficas e socioeconômicas dos idosos, segundo grandes regiões, 60-79 anos, 2008.....	87
Tabela 10 - Distribuição relativa (%) das características demográficas e socioeconômicas dos idosos, segundo grandes regiões, 80 anos e mais, 2008.....	89
Tabela 11 - Distribuição relativa (%) dos tipos por condição na família por faixas etárias, 2008.....	91
Tabela 12 - Distribuição relativa (%) das características demográficas e socioeconômicas dos idosos, segundo faixas etárias, 2008.....	94
Tabela 13 - Distribuição relativa (%) das condições de saúde, por grandes regiões, 60-79 anos, 1998.....	93
Tabela 14 - Distribuição relativa (%) das condições de saúde, por grandes regiões, 80 anos e mais, 1998.....	118
Tabela 15 - Distribuição relativa (%) das condições de saúde, por sexo e grupos etários, 1998.....	122

Tabela 16 - Distribuição relativa (%) das condições de saúde, por grandes regiões, 60-79 anos, 2008.....124

Tabela 17 - Distribuição relativa (%) das condições de saúde, por grandes regiões, 80 anos e mais, 2008.....125

Tabela 18 - Distribuição relativa (%) das condições de saúde, por sexo e grupos etários, 2008.....127

LISTA DE ABREVIATURA

DDT – dicloro-difenil-tricloroetileno (primeiro pesticida moderno).

FIBRA – Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IE – Índice de Envelhecimento.

PAD-MG – Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento.

SUS – Sistema único de saúde.

TEE – Transição da Estrutura Etária.

TFT – Taxa de fecundidade total.

SUMARIO

INTRODUÇÃO.....	17
1. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL E NO MUNDO.....	22
1.1. Envelhecimento Individual e Populacional.....	22
1.2. Envelhecimento Populacional no Mundo.....	24
1.3. Envelhecimento Populacional Brasileiro.....	30
1.4. Longevidade e Envelhecimento Ativo.....	49
2. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS.....	53
2.1. Condição de Vida dos Idosos.....	53
2.2. Condição de Saúde dos Idosos.....	65
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	73
3.1 Fonte de Dados.....	73
3.2 Variáveis.....	75
3.3 Análise Estatística.....	75
4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA E MAIS IDOSA BRASILEIRA NO PERÍODO ENTRE 1998 E 2008.....	77
4.1 Análise das características demográficas e socioeconômicas da população idosa e mais idosa brasileira e por grandes regiões em 1998 e 2008.....	77
4.2 Análise das características de saúde da população idosa e mais idosa brasileira e por grandes regiões em 1998 e 2008.....	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
REFERÊNCIAS.....	142

INTRODUÇÃO

Desde o século passado, quase todos os países do mundo vêm experimentando um processo de envelhecimento e de aumento da longevidade da população. Com isso, as pessoas idosas começaram a ter maior representatividade tanto em números relativos como absolutos e um número cada vez maior passou a sobreviver, em média, mais tempo e em idades mais avançadas (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

A partir dos anos de 1950, a maioria dos idosos vivia em países em desenvolvimento, pois a população dos países em desenvolvimento era maior, em termos absolutos. Em 1965, sentiu-se esse valor em proporção, nesse período quase a metade do total de idosos residia em países em desenvolvimento ou se apresentava como um grupo crescente. Sendo assim, envelhecer já não era mais um acontecimento reservado aos países desenvolvidos e a uma pequena parcela da população (KALACHE, 1987).

O fenômeno se faz presente de uma maneira mais expressiva nas populações que avançam na transição demográfica, processo esse que se caracteriza pela mudança de altos para baixos níveis de fecundidade e mortalidade em uma determinada população (CHOE; CHEN, 2005) e que acarreta em uma mudança profunda da estrutura etária (SAAD; MILLER; MARTINEZ, 2009).

A passagem de uma situação de altas taxas de mortalidade e fecundidade para baixas configura, respectivamente, em uma elevação da expectativa de vida e um aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas atingindo as idades avançadas em relação aos mais jovens (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987).

Na Europa, o processo da transição demográfica se iniciou em um período mais antigo, com os avanços decorrentes das Revoluções Agrícolas e Industrial, da urbanização e das melhorias das condições de vida, numa época em que o conhecimento médico era escasso e a implementação de medidas terapêuticas eficazes era insuficiente. Nesse contexto, houve uma redução da mortalidade como consequência de avanços no desenvolvimento econômico e social, provocando uma modificação do perfil epidemiológico da população (PRATA, 1992).

Para os países da América Latina, a transição demográfica se iniciou em 1930 com as quedas da mortalidade, seguida pelas quedas na fecundidade em 1965,

paralelamente ao processo de modernização econômica e social desses países (ZAVALA DE COSÍO, 1995).

Uma importante diferença em relação aos países da Europa foi a velocidade com que as mudanças vêm acontecendo nos países em desenvolvimento do continente americano. Em um período inicial, as principais discussões se pautavam em um aumento expressivo da população, principalmente voltada aos países em desenvolvimento que, durante a primeira metade do século XX, reduziram suas taxas de mortalidade mantendo elevadas as taxas de fecundidade. Em seguida, tais países apresentaram uma brusca diminuição de suas taxas de fecundidade o que acarretou em um rápido processo de envelhecimento populacional (GUZMÁN et al, 2006). Porém, essa velocidade no processo traz uma questão importante que é a de que nem todos os países se encontram suficientemente preparados para esse "*boom*" de idosos (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987).

No Brasil, a transição demográfica se iniciou em 1940 com a queda das taxas de mortalidade. Nessa ocasião, a queda da mortalidade e a manutenção da fecundidade em níveis elevados ocasionou um expressivo crescimento populacional e rejuvenescimento da população (CHAIMOWICZ, 2009). O crescimento vegetativo da população aumentou significativamente, atingindo seu pico nas décadas de 1950 e 1960. As diversas transformações econômicas, sociais e institucionais pelas quais o Brasil vinha passando, fez com que acontecesse uma difusão do interesse pela adoção de medidas de planejamento familiar (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Seguida pelas quedas na mortalidade, a fecundidade começa a diminuir já na década de 1960 em todo o território nacional. A taxa de fecundidade total (TFT) mudou de 5,8 em 1970 para cerca de 2,3 filhos por mulher em 2000 (CARVALHO; GARCIA, 2003) e 1,89 em 2010 (IBGE, 2011).

No Brasil, a redução nos níveis de mortalidade propiciou ganhos significativos da esperança de vida, como resultado das diminuições de mortes provocadas pelas doenças infectocontagiosas, especialmente na infância (CHAIMOWICZ, 1997). A esperança de vida ao nascer cresceu cerca de 36 anos entre 1940 e 2010, passando de 37,6 para 73,5 anos. Os ganhos foram mais expressivos entre as mulheres, que apresentaram, em 2010, uma esperança de vida ao nascer superior em 7,5 anos em relação à masculina (IBGE, 2010).

As projeções apontam que, em 2025, o Brasil pode chegar a 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,6%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,7% da população total. (IBGE, 2013).

A redução das taxas de mortalidade, principalmente da mortalidade infantil, acarretou mudanças importantes nos padrões de morte e morbidade da população. As causas de morte por doenças infectocontagiosas, com maior incidência e prevalência nas populações mais jovens, deram lugar para as causas de morte por doenças crônicas degenerativas, mais predominantes entre os idosos (SCHRAMM et al., 2004).

O aumento relativo dos idosos associado à maior longevidade da população brasileira pode representar um grave problema para a sociedade se os anos de vida adicionados não forem vividos em condições de saúde adequadas (CHAIMOWICZ, 1997). Além disso, as mudanças advindas desse processo sem transformações econômicas e sociais eficazes pode fazer com que a população envelheça sem a devida melhoria das suas condições de vida.

O aumento da longevidade vem acompanhado de uma elevação cada vez maior da população idosa mais idosa. Para o Brasil, a esperança de vida aos 60 anos passou de 20,3 em 2000 para 21,4 em 2010 e aos 80 anos de 9,1 em 2000 para 9,6 no ano de 2010 (IBGE, 2010).

O envelhecimento populacional associado a maior longevidade da população suscita inúmeras questões sobre as condições que os idosos vêm enfrentando para ter uma vida digna e de qualidade. Atualmente, a realidade demográfica exige do poder público uma reestruturação para se preparar para as transformações decorrentes do envelhecimento que trazem consequências na organização social, econômica e política do Brasil (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Cada vez mais o aumento da longevidade se relaciona a um quadro de sobrevivência de idosos muitas vezes em condições adversas de saúde e na dependência de uma ou mais pessoas que se tornam responsáveis por suprir suas incapacidades para a realização das atividades de vida diárias (KARSH, 2003). Entender tal quadro e sua evolução é fundamental para organização de políticas públicas voltadas para melhorias na condição de vida dos diferentes grupos de idosos garantindo um envelhecimento bem-sucedido.

Diante deste contexto, faz-se necessário ampliar a discussão sobre o aumento da proporção da parcela mais idosa da população brasileira e o entendimento das suas condições de vida e de saúde. Torna-se importante também observar se o grupo dos idosos mais idosos apresentam características das condições de vida e saúde diferentes das do grupo de idosos mais jovens. Estabelecer um panorama das condições de vida e saúde dos idosos mais idosos, contrapondo com as condições vivenciadas pelos idosos mais jovens, pode alertar para diferentes necessidades nessa população. Afinal, ao chegar as idades mais avançadas como a de 80 anos e mais, significa que esses indivíduos não experimentaram as taxas de mortalidade das idades mais jovens, sugerindo que os mesmos possam apresentar características particulares e se apresentando como um grupo de idosos diferenciado.

Além disso, torna-se necessário analisar se as características encontradas se reproduzem de maneira heterogênea ou não pelas diversas regiões brasileiras, uma vez que o Brasil apresenta cinco regiões, cada uma com suas características socioeconômicas e culturais particulares que fazem com que o envelhecimento aconteça de maneira desigual.

Portanto, é imprescindível delinear as condições de vida e saúde dos idosos mais idosos, bem como conhecer as múltiplas facetas do processo de envelhecimento nesse grupo etário, para que tal desafio seja enfrentado por meio de um planejamento e políticas públicas mais adequadas e eficientes voltadas para essa parcela populacional que mais cresce no país.

Sendo assim, o presente estudo buscará responder às seguintes questões: i) o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade ao longo do tempo são acompanhados por melhorias ou não na condição de vida e saúde dos idosos mais idosos?; ii) de que tipo são as diferenças nas condições de vida e saúde dos idosos mais idosos entre as grandes regiões brasileiras?

Diante do exposto acima, essa dissertação tem como objetivo geral analisar as condições de vida e saúde da população idosa mais idosa brasileira e por grandes regiões nos anos de 1998 e 2008. Ademais, pretende-se comparar o grupo de idosos mais idosos (80 anos e mais) com o de idosos mais jovens (60 a 79 anos) brasileiros e por grandes regiões, segundo as condições de vida e saúde, nos anos de 1998 e 2008.

Para isso, a dissertação foi composta de quatro capítulos. No primeiro, foram discutidas algumas questões referentes à transição demográfica no Brasil e no mundo, onde abordamos como o fenômeno se desenvolveu e suas principais características, utilizando diferentes estudos como base teórica. O segundo apresentou as condições de vida e saúde da população idosa no Brasil. Esse capítulo foi redigido com base em um levantamento de alguns estudos realizados com a finalidade de traçar um perfil da população idosa para termos uma base de comparação para resultados obtidos a partir do presente estudo. No terceiro capítulo foram apresentadas as fontes de dados, as variáveis e as estratégias utilizadas para a obtenção dos resultados. No capítulo quatro realizamos as análises dos resultados relacionados às características demográficas e socioeconômicas, assim como às condições de saúde dos idosos e os relacionamos com outros estudos realizados no Brasil e no mundo. Encerrando a pesquisa, apontamos as considerações finais acerca dos principais resultados do estudo.

1. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL E NO MUNDO

1.1 Envelhecimento Individual e Populacional

Para início de discussão é necessário distinguir dois processos profundamente relacionados, mas diferentes entre si que é o envelhecimento individual ou biológico e o envelhecimento populacional. A estrutura social de cada sociedade condiciona os processos individuais, enquanto o envelhecimento da população exerce uma forte pressão para a transformação do *status* destas pessoas e das oportunidades de participação delas oferecidas (FONTE, 2002).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, atinge o planeta como um todo e, ocorre, principalmente, pela redução das taxas de fecundidade, o que torna os grupos mais jovens menos representativos (CARNEIRO, 2013). Esse processo é o produto das recentes mudanças ocorridas nas estruturas etárias de diferentes populações "que apontam uma diminuição dos segmentos mais jovens e um expressivo incremento da população idosa" (MOREIRA, 2000). Uma população envelhece quando ocorre um aumento tanto em números absolutos quanto relativos dos idosos.

A idade cronológica é caracterizada pelo tempo transcorrido entre a data de nascimento de uma determinada pessoa e a data atual ou data da entrevista. Ou seja, o indivíduo envelhece quando sua idade aumenta, enquanto que a população só envelhece à medida que aumenta a proporção de idosos.

Para entender melhor o processo de envelhecimento de uma população se faz necessário a busca pela definição de "idoso", o que é extremamente importante se pensarmos do ponto de vista político. Então:

Uma tentativa de se definir um indivíduo como idoso pode basear-se em argumentos de caráter biológico. A partir da noção biológica de velhice ou, mais precisamente, de senescência, é possível, então, demarcar, por meio do padrão de declínio de determinadas características físicas, o momento a partir do qual o indivíduo pode ser, ou não, considerado como "velho" (CAMARANO, 1999).

O tempo vivido vai depender de cada indivíduo, sua predisposição genética e os fatores espaciais aos quais ele está condicionado. Com isso, "A velhice representa a vitória de alguns indivíduos na luta contra diversas oportunidades de morte ocorridas em etapas anteriores" (CAMARGOS, 2004). Em termos de vida nos permitimos o uso

da idade como demarcação da velhice assim teria a demarcação de uma idade-limite a partir da qual o indivíduo é classificado como idoso. Porém, a questão é mais complexa do que a simples demarcação de idades-limite e, como descrito por Camarano et al. (1999) essa classificação passa por pelo menos três obstáculos: i) a homogeneidade entre indivíduos, no espaço e no tempo; ii) a uma suposição de que as características biológicas existem de forma independente de características culturais; iii) e à finalidade social do conceito de idoso. Pela dificuldade das discussões se tornam complexos os estudos sobre os idosos, mas são de extrema importância. Sendo idoso o indivíduo que tem muita idade, esse conceito de muita idade pode sofrer variação de valor de acordo com o contexto da realidade ao qual está inserido.

Segundo a Organização das Nações Unidas - ONU (1982), os idosos são indivíduos com 60 (sessenta) anos e mais para os países em desenvolvimento e com 65 (sessenta e cinco) anos e mais para os países desenvolvidos.

Mesmo sendo um fenômeno mundial, as mudanças não acontecem da mesma maneira no mesmo espaço de tempo dentre as nações. O processo de envelhecimento populacional atinge populações diferentes e de maneiras diferentes. Os dados apontam que a população mundial de mais de sessenta anos passou de 8% em 1950 para 11% em 2010 e, segundo projeções da ONU (UNFPA, 2011), será de 17% em 2030 e de 22% em 2050.

O envelhecimento populacional pode ocorrer pela base ou pelo topo. O envelhecimento pela base é aquele que foi vivenciado pelos países desenvolvidos e, hoje, são os países em desenvolvimento que passam por essas transformações. Esse processo ocorre pelas quedas nas taxas de mortalidade nas idades iniciais seguido pela diminuição nas taxas de fecundidade o que acarreta no aumento da proporção de idosos dessa população. O envelhecimento pelo topo é o fenômeno vivenciado na atualidade pelos países desenvolvidos que já atingiram o mínimo de suas taxas de mortalidade nas idades iniciais. Portanto, nesse caso o aumento da proporção de idosos ocorre pelas quedas das taxas de mortalidade nas idades mais avançadas (MOREIRA, 2001). No Brasil, esse processo se encontra em andamento.

A partir de outro ponto de vista, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro,

próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Portanto, envelhecer é um fator biológico que gera riscos, e ocorre na vida de todo indivíduo que não passou por um processo de morte em grupos etários mais jovens. Quando esse processo ocorre em uma população com baixas taxas de fecundidade, onde há uma tendência da diminuição da proporção dos grupos mais jovens, tem-se o envelhecimento populacional.

Neste estudo consideraremos como idosos os indivíduos com 60 anos e mais.

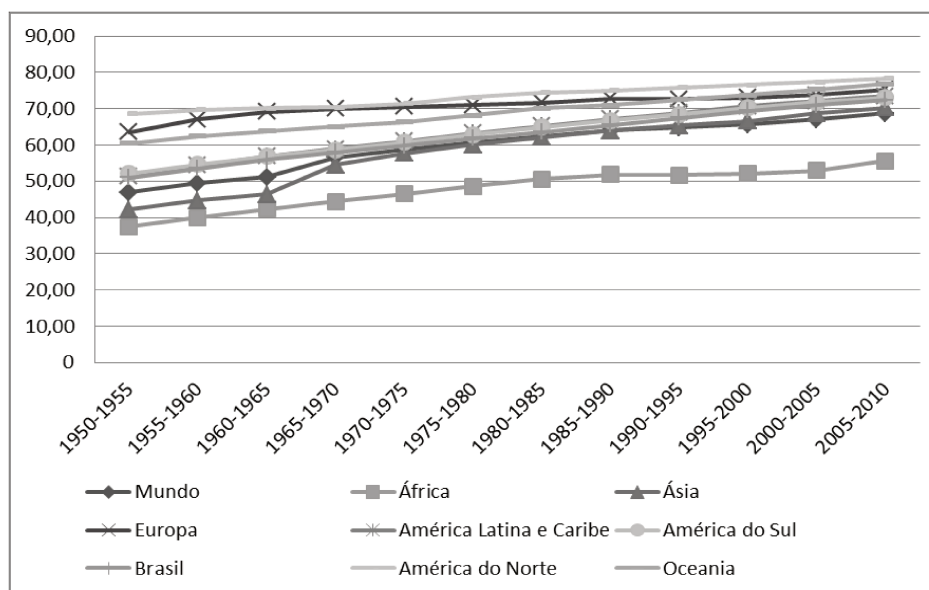
1.2. Envelhecimento Populacional no Mundo

Estudiosos dos fenômenos relacionados à população divergem a cerca dos fatos que explicam as modificações pelas quais passaram as variáveis demográficas nas diferentes populações, mas há consenso em reconhecer que as populações evoluíram de níveis elevados e relativamente estáveis de fecundidade e mortalidade para níveis baixos, e em equilíbrio, e, às vezes, flutuantes, como por exemplo, o caso do Japão e de alguns países da Europa. A queda das duas componentes se iniciou em momentos distintos, onde, geralmente, o nível da mortalidade começava a cair primeiro e a fecundidade tendia a diminuir num ritmo mais lento. E, assim, ambas variáveis chegavam aos baixos níveis em momentos distintos no tempo entre as diferentes populações. O balanço entre os níveis de fecundidade e mortalidade, em ocasiões modificadas pela migração, determinavam o ritmo do crescimento da respectiva população (MIRÓ G., 2003).

É bem estabelecido na literatura que cada país se encontra em uma fase diferente da transição demográfica. Alguns mais desenvolvidos já completaram tais transformações, em poucos casos chegando a inverter as curvas de natalidade e mortalidade. Por sua vez, nas regiões em desenvolvimento, as taxas de mortalidade chegaram a seus patamares mais baixos e as taxas de natalidade estão em declínio. As regiões muito menos desenvolvidas, apesar de experimentarem uma diminuição das taxas de mortalidade, ainda irão percorrer um longo caminho para completar o seu processo de transição demográfica (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

De modo geral, a redução da taxa de mortalidade começou no século XIX, o que fez com que a esperança de vida¹ mundial aumentasse de 30 anos, em 1900, para mais de 60 anos em 2000, ou seja, em um século o tempo médio de vida mundial dobrou (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). O Gráfico 1 mostra que a expectativa de vida ao nascer mundial passou de 46,91 de 1950-1955, para 68,72 no quinquênio de 2005-2010 (UNITED NATIONS, 2012) e as diferentes regiões acompanharam a mesma tendência. Isso ocorre porque os mecanismos que levaram ao envelhecimento populacional são distintos entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos Estados Unidos e na Europa, a taxa de mortalidade caiu muito de 1900 a 1980, mesmo antes dos avanços médicos, com o controle das mortes por tuberculose e com a elevação o nível de vida da população. Para o Brasil, a elevação da curva de sobrevivência só é observada a partir de 1960. Porém, mesmo com todos os avanços ocorridos e os que ainda estão por vir, a estabilização da expectativa de vida é inevitável, dado o limite biológico da vida da espécie humana (KALACHE, 1987).

Gráfico 1 - Expectativa de vida ao nascer para ambos os sexos, 1950-2010



Fonte: United Nations (2012).

¹ Número médio de anos que um indivíduo viverá a partir de determinada idade (CARVALHO; SAWYER; RODRIGUES, 1998).

Para os países da América Latina e Caribe em 1975-1980, a diferença da esperança de vida entre os sexos era de 5,4 anos (60,5 para homens e 65,9 para mulheres), em 1987 (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987). Os dados apresentados por Heredia (1999), extraídos do *Centro Latinoamericano de Demografia*, mostrou a evolução da expectativa de vida para América Latina que aumentou de 54,7 anos em 1960 para 70,8 anos em 2000 e 73,4 anos em 2010. Para os homens a esperança de vida ao nascer foi de 52,8 anos em 1960, 67,7 anos em 2000 e 70,4 em 2010. As expectativas encontradas para as mulheres foram de 56,6 anos em 1960, 74,0 anos em 2000 e 76,6 anos em 2010 (CEPAL, 2007).

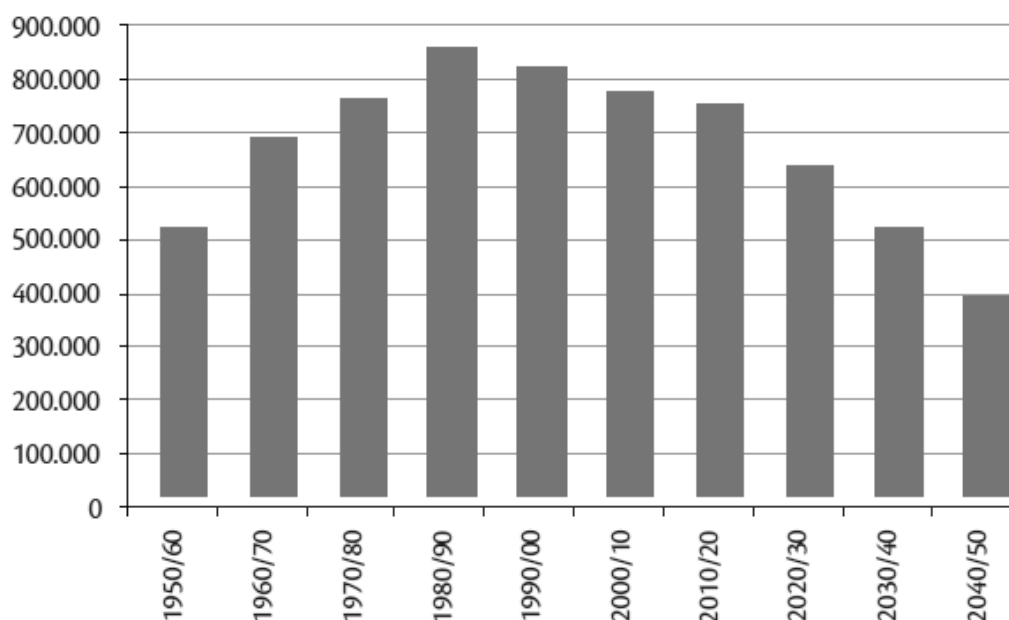
Durante esta fase inicial, em que a mortalidade caía, mas a fecundidade permanecia elevada, houve um leve rejuvenescimento da população como consequência do aumento proporcional das crianças.

No início do século passado, a principal discussão nos estudos demográficos estava relacionada ao grande incremento populacional. Muitos pesquisadores evidenciavam a tese de que havia uma pressão demográfica sobre a oferta de recursos naturais não renováveis e, em particular, sobre a oferta de alimentos (BRITO et al., 2008). Mas o aumento populacional não atingiu níveis tão elevados quanto se esperavam tais pesquisadores, pois a partir da década de 1970 o incremento populacional mundial foi cada vez menos expressivo devido ao processo de transição demográfica.

Durante o período de 1950 a 1990, há uma notável variação no crescimento da população mundial. Na década de 1950, os países desenvolvidos possuíam baixos níveis de crescimento populacional decorrentes da intensa queda da fecundidade. Para os países em desenvolvimento, a redução da fecundidade provocou uma diminuição do crescimento populacional a partir de 1960 e esse fenômeno ocorreu de maneira rápida. Separando as variações das taxas geométricas de crescimento entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento se percebe duas grandes diferenças. No período inicial, as taxas para os países desenvolvidos já eram bem menores e a queda se apresentou de maneira mais suave durante o período analisado. Por sua vez, os países em desenvolvimento, que iniciaram o período com altas taxas de crescimento, apresentaram uma queda bem mais brusca. A partir da década de 1990, o crescimento começa a ser menos expressivo. A taxa de incremento populacional apresenta um pico

em 1980 indicando maior crescimento nesse período, mas em seguida há uma gradual diminuição (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Incremento Decenal da População Mundial, 1950-2050 (por mil)



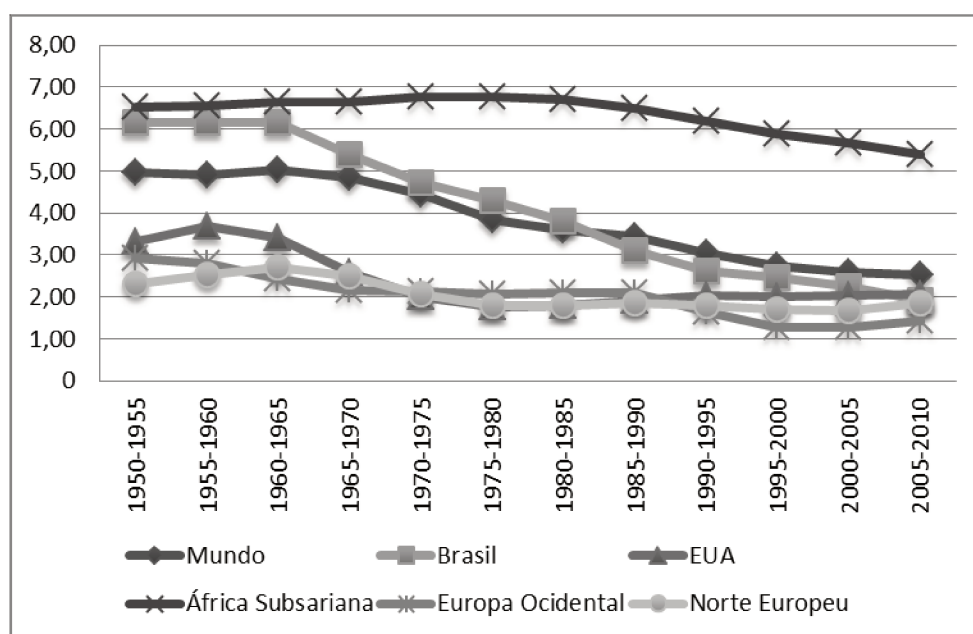
Fonte: ONU. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World *apud* Brito (2008).

As análises de Saad; Miller e Martinez (2009) mostram que, para a América Latina, a taxa média anual de crescimento entre 1950 até os dias atuais diminuiu de 2,8% para 1,3%. No mesmo período a proporção da população menor de 15 anos reduziu de 40% a 30%, enquanto a população idosa aumentou de 6% a 9%. As projeções desta pesquisa indicavam que em 2050 a taxa média de crescimento anual chegará a 0,2%, com a proporção de menores de 15 anos se reduzindo quase pela metade (de 30% a 18%), enquanto a porcentagem de idosos deverá aumentar de 9% a 24%, ou seja, a cada quatro latino-americanos, um será idoso. Segundo o *Demographic Yearbook*, documento das Nações Unidas, a população dos países da América Latina e Caribe teve uma taxa média de crescimento de 1,2% entre 2005-2010 e chegou a 590 milhões de habitantes em 2010, dentre esses, 41 milhões eram idosos o que corresponde a 6,9% do total (UNITED NATIONS, 2011).

A diminuição no crescimento da população citada acima está associada a redução dos níveis da fecundidade que começam a cair de maneira rápida a partir da

década de 1970 em todo o mundo, como observado no Gráfico 3. Apesar de grandes diferenças, notam-se quedas para as diferentes regiões destacadas. Os Estados Unidos, a Europa Ocidental e o norte europeu já apresentavam uma fecundidade pouco elevada em 1950, mesmo antes da inserção dos métodos contraceptivos sintéticos. Nas décadas seguintes, esses países declinaram ainda mais essa taxa, até que os Estados Unidos e o norte europeu se estabilizaram na década de 1980 e se mantiveram com pouca alteração. Já a Europa Ocidental apresentou alguns momentos de queda, mas se estabilizou no final do período. A África Subsaariana, região que engloba os países abaixo dos países do norte africano, apesar de ter uma alta taxa de fecundidade foi diminuindo gradativamente ao longo do tempo. E, por fim, o Brasil que tinha sua taxa de fecundidade maior que a taxa mundial, na década de 1980 tem essa situação invertida.

Gráfico 3 - Taxa de fecundidade total para diferentes regiões do mundo, 1950- 2010



Fonte: United Nations (2012).

Para a América Latina, de um modo geral, a fecundidade começou a cair a partir da segunda metade da década de 1960, desencadeando uma série de mudanças profundas na distribuição etária da população. Essa é uma redução que ocorreu com uma grande magnitude e num curto espaço de tempo se comparado com os países desenvolvidos (WONG; CARVALHO, 2006). A taxa de fecundidade total para a América Latina, de 1950 até os dias atuais, diminuiu de 5,9 para 2,4, enquanto a taxa de

mortalidade infantil diminui de 128 a 22 para cada mil nascimentos (SAAD; MILLER; MARTINEZ, 2009).

Entender o fenômeno da queda das taxas de fecundidade é de grande importância, afinal, tal processo desencadeia profundas mudanças na distribuição etária de uma população, nas quais Pool (2000) denominou de transição da estrutura etária (TEE). Ao diminuir o número de filhos tidos pelo total de mulheres em idade fértil de determinada população, ao longo do tempo, a proporção de jovens diminui, tornando o peso da população idosa mais expressivo e isso acarreta o fenômeno do envelhecimento populacional. Com exceção de alguns países da África, o aumento da proporção de idosos é um fenômeno global (CHAIMOWICZ, 2009).

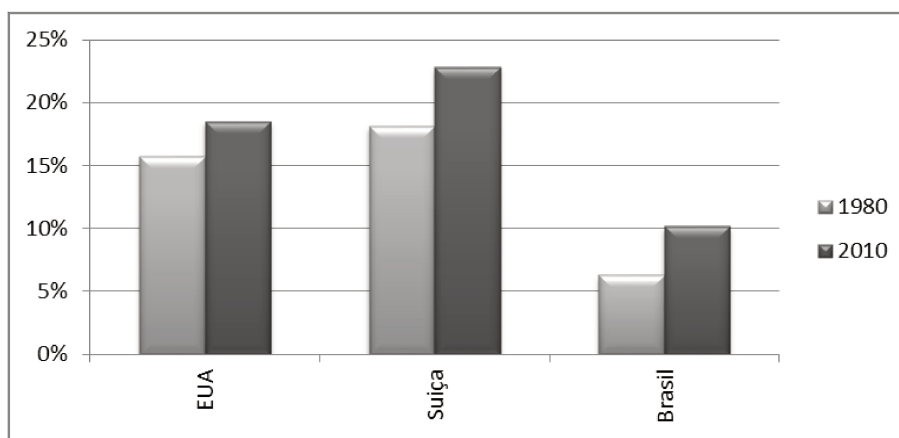
Essas mudanças culminam em alterações no tamanho relativo e absoluto das coortes que passaram por esse processo, pois indicam num período anterior ao envelhecimento da população, uma diminuição do crescimento do que Wong e Carvalho chamaram de seguimento júnior da PIA (população em idade ativa) – população de 15-24 anos – em detrimento do segmento sênior – de 25-64 anos “Devido à TEE novos desafios emergem relacionados à expansão da população idosa” (WONG; CARVALHO, 2006).

Baixos níveis da taxa de mortalidade e fecundidade acarretam ao longo do tempo o “bônus demográfico” ou na “janela de oportunidade”, no qual se vivencia o aumento da população em idade ativa em relação àquela em idade dependente. Esse quadro pode apoiar o desenvolvimento econômico e contribuir para mitigar a carga econômica que a população dependente provoca (SAAD; MILLER; MARTINEZ, 2009).

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno universal, característico tanto de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, que se manifesta de forma diferenciada no tempo, segundo o desenvolvimento econômico e a rapidez com que se apresenta (HEREDIA, 1999). Em conjunto, o declínio das taxas de mortalidade e fecundidade provoca um menor ingresso de jovens em populações que passam a viver períodos mais longos fazendo com que a proporção de idosos aumente, como é descrito no Gráfico 4. Em todo o mundo, o contingente com pessoas igual ou superior a 60 anos tem crescido rapidamente (FERNANDES et al., 2009). A proporção de idosos nos Estados Unidos entre os anos de 1980 e 2010 aumentou de 15,7% para 18,5%, o que

correspondeu a um aumento de 14,9%. Na Suíça esse incremento foi maior, representando cerca de 20,4% para o mesmo período. Já para o Brasil, o aumento da proporção de idosos foi de 6,3% em 1980 e de 10,2% em 2010, acarretando uma elevação de 38,2% na proporção da população idosa (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Porcentagem de idosos no total da população, 1980-2010.



Fonte: United Nations (2012).

1.3 Envelhecimento Populacional Brasileiro

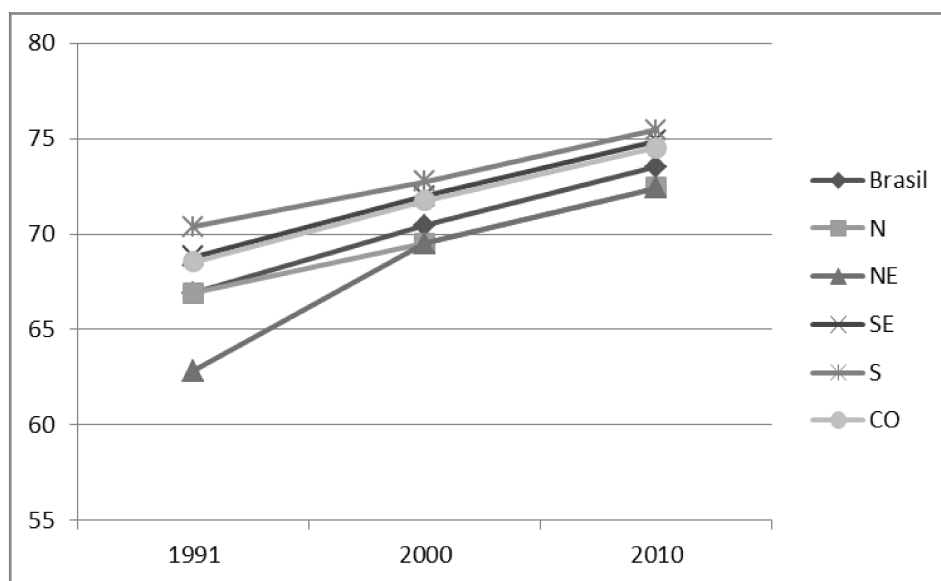
Entre as décadas de 1940 até 1960 a população brasileira passou por uma fase quase estável, com distribuição etária praticamente constante (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Pode-se ressaltar que a transição da mortalidade no Brasil, como descrito por Martine e Camargo (1984) ocorreu em diferentes períodos no tempo. De 1890 a 1940, a diminuição aconteceu de maneira lenta e gradual, devido às transformações no sistema de saneamento básico. Porém, a partir de 1940, as inovações no campo da medicina, com o desenvolvimento de medicamentos específicos no controle mais eficaz de doenças infecciosas, com o advento da vacina e a descoberta do DDT² e outros inseticidas poderosos auxiliaram no controle de vetores de algumas doenças foram os grandes responsáveis pela redução nas taxas de mortalidade.

²Abreviação de dicloro-difenil-tricloroetano - primeiro pesticida moderno.

Entre 1991 a 2010, a expectativa de vida ao nascer para o Brasil e grandes regiões e em ambos os sexos aumentou substancialmente. As diferenças entre as regiões caíram bastante ao longo do tempo. A expectativa de vida ao nascer no Nordeste passou de 63,0 anos em 1991 para 71,0 em 2010, ficando cada vez mais semelhante às demais regiões brasileiras. As disparidades estão diminuindo entre as regiões, mas as diferenças de sexo persistem. A população feminina possui uma diferença em torno de cinco anos em relação aos homens, fator associado às menores taxas específicas de mortalidade das mulheres comparativamente aos homens, quadro que se reflete também entre as grandes regiões. Os dados extraídos do IBGE mostram que as diferenças entre as maiores e menores expectativas de vida ao nascer que eram de 7,6 anos em 1991 passam para 6,9 em 2000 e 6,4 em 2010. A região centro-oeste que em 1991 tinha a terceira maior expectativa de vida (68,6 anos) passa a ter a maior expectativa de vida ao nascer a partir de 2000 (74,3 anos) e chega a 77,2 anos em 2010, decorrente dos avanços na região gerados pelo crescimento econômico como consequência do desenvolvimento da indústria agropecuária. Em 1991, a região sul era a que possuía a maior esperança de vida (70,4 anos), a região nordeste possuía a menor (62,8 anos). Em 2000, a região nordeste exibiu a menor expectativa de vida e ultrapassou a região norte em 2010 (Gráfico 5).

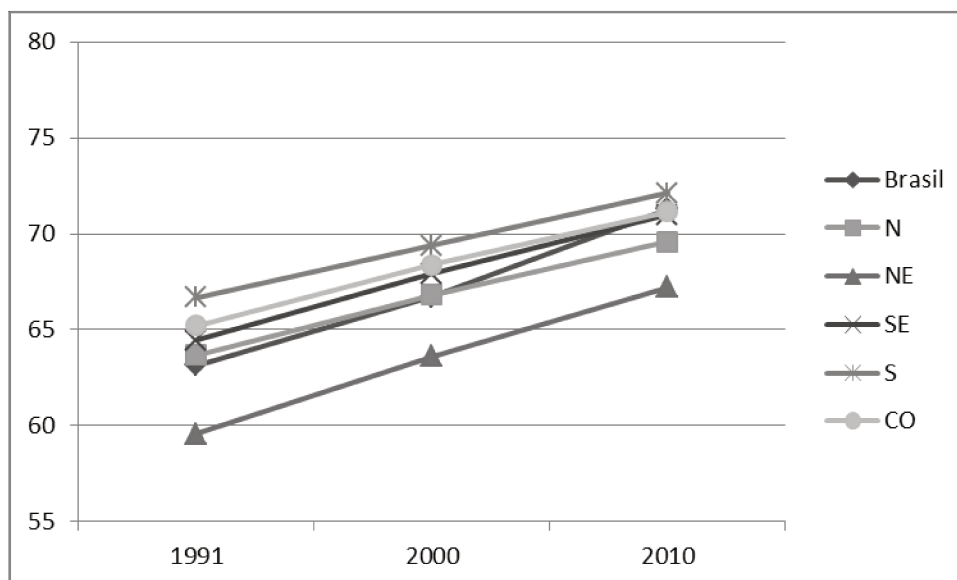
Gráfico 5 - Esperança de vida ao nascer – ambos os sexos – Brasil e grandes regiões, 1991-2010



Fonte: IBGE. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

A expectativa de vida para os homens também aumentou em todo território brasileiro, com diferenças regionais que se amenizaram durante o período analisado. As diferenças entre maiores e menores expectativas de vida foram de 7,1 anos em 1991, 4,9 anos em 2000 e 5,3 anos em 2010 (Gráfico 6). A esperança de vida cada vez mais semelhante dentro do território brasileiro pode ser relacionada à melhoria do sistema de saúde. Durante o período, a região sul foi a que apresentou as maiores expectativas de vida (66,7 anos para 1991; 68,5 anos para 2000 e 72,5 anos em 2010). Em contrapartida, a região nordeste teve as expectativas mais baixas, apesar de se apresentarem em ascensão (59,6 anos, 63,6 anos e 67,2 anos, para 1991, 2000, 2010, respectivamente).

Gráfico 6 - Esperança de vida ao nascer – sexo masculino – Brasil e Grandes Regiões, 1991-2010

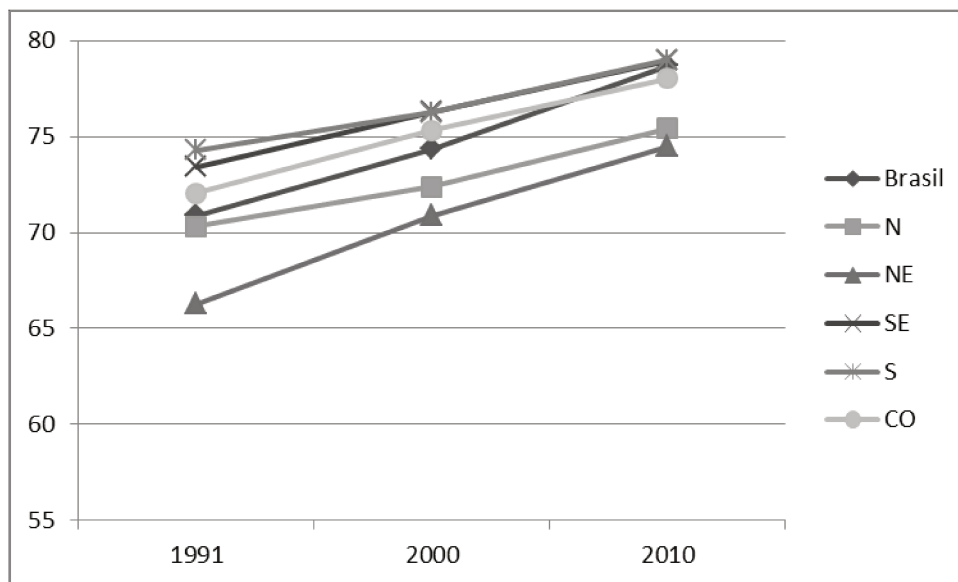


Fonte: IBGE. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

A expectativa de vida para as mulheres durante todo o período e para as diferentes regiões foi maior do que a dos homens. Houve aumento da esperança de vida ao nascer para as mulheres em todo o território brasileiro e as diferenças regionais diminuíram. Em 1991, a diferença entre a região sul (maior expectativa de vida, 74,3 anos) e a região nordeste (menor expectativa de vida para o período, 66,3 anos) foi de 8 anos. Para o ano de 2000, a diferença foi de 4,5 anos entre as regiões sudeste (75,6

anos) e norte (71,1 anos). No ano de 2010, a diferença das esperanças de vida foi de 4,9 anos entre as regiões sul (79,3 anos) e nordeste (74,4 anos) (Gráfico 7).

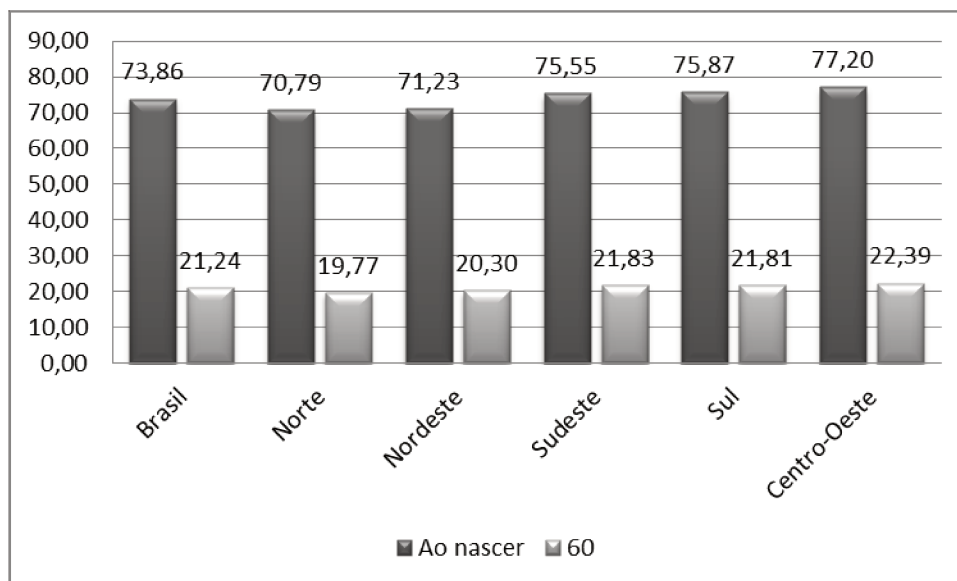
Gráfico 7 - Esperança de vida ao nascer - sexo feminino – Brasil e Grandes Regiões, 1991-2010



Fonte: IBGE. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

O aumento da longevidade da população pode ser observado a partir das análises das expectativas de vida não só ao nascer, mas também aos 60 anos (Gráfico 8), que dentro do território brasileiro, apresenta desigualdades maiores em relação a expectativa de vida ao nascer. As regiões norte e nordeste apresentam as menores expectativas de vida ao nascer e aos 60 anos (com 70,8 e 19,8, 71,2 e 20,3 anos, respectivamente). A região centro-oeste apresenta os maiores valores, sendo 77,2 ao nascer e 22,8 aos 60 anos. Os valores intermediários são os das regiões sul e sudeste (com 75,9 e 21,8, e 75,6 e 21,8, respectivamente) (IBGE, 2010).

Gráfico 8 - Expectativa de vida ao nascer e para maiores de 60 anos, Brasil e Grandes Regiões – 2010



Fonte: IBGE. Tábuas de Mortalidade (2010).

O processo de transição demográfica é acompanhado paralelamente por mudanças epidemiológicas (FERNANDES et al., 2009). Como descrito por Omran (1971) esse processo é caracterizado pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas, para um outro onde há o predomínio de mortes por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas. A transição epidemiológica se caracteriza por três mudanças básicas: i) substituição de maior número de causas de morte das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; ii) a transferência de maior causa de morte dos grupos mais jovem para os mais idosos e iii) a mudança de uma situação que predomina a mortalidade, para outra que a morbidade é dominante. O adiamento da mortalidade das idades mais jovens para as idades mais avançadas e a diminuição das causas de morte por doenças transmissíveis provoca o aumento da esperança de vida da população (CHAIMOWICZ, 1997).

Seguida pela diminuição da mortalidade e as mudanças nos padrões de morbidade, têm-se as quedas nas taxas de fecundidade total para a população brasileira, que, diferente dos países europeus, que mantém suas taxas de fecundidade a baixos níveis, começa a cair rapidamente em 1960 em direção a um nível próximo ao de reposição em 2000 (CAMARGO; WONG, 2008), atingindo 1,9 em 2010 (IBGE, 2010; UNITED NATIONS, 2012).

O Brasil iniciou o processo de envelhecimento populacional em meados dos anos 1960, quando a rápida e contínua diminuição da fecundidade fez com que acontecesse profundas mudanças na distribuição etária da população (WONG; CARVALHO, 2006).

Brito et al. (2008) diz que as diferenças nas regiões brasileiras são um reflexo das contradições regionais firmadas no processo histórico brasileiro. Tais diferenças interferem no processo de transição demográfica, com regiões em fases mais avançadas que outras.

A taxa de fecundidade total (TFT) funciona como um bom indicador da fase na qual a região se encontra da transição demográfica e do envelhecimento populacional, o que podemos observar é que, mesmo havendo diferenças entre as regiões, há uma acentuada queda no número médio de filhos por mulher, ficando cada vez menor em todas as regiões brasileiras como vimos na Tabela 1. A região norte ainda está acima do nível de reposição (2,5 filhos por mulher em idade reprodutiva), a região nordeste está no nível de reposição (2,1) e as demais regiões abaixo do nível (1,7 sudeste, 1,8 sul e 1,9 centro-oeste).

Tabela 1 - Taxa de fecundidade total por Grandes Regiões, 1991-2010

Regiões	1991	2000	2010
Norte	4,2	3,2	2,5
Nordeste	3,7	2,7	2,1
Sudeste	2,4	2,2	1,7
Sul	2,5	2,3	1,8
Centro-			
Oeste	2,7	2,3	1,9

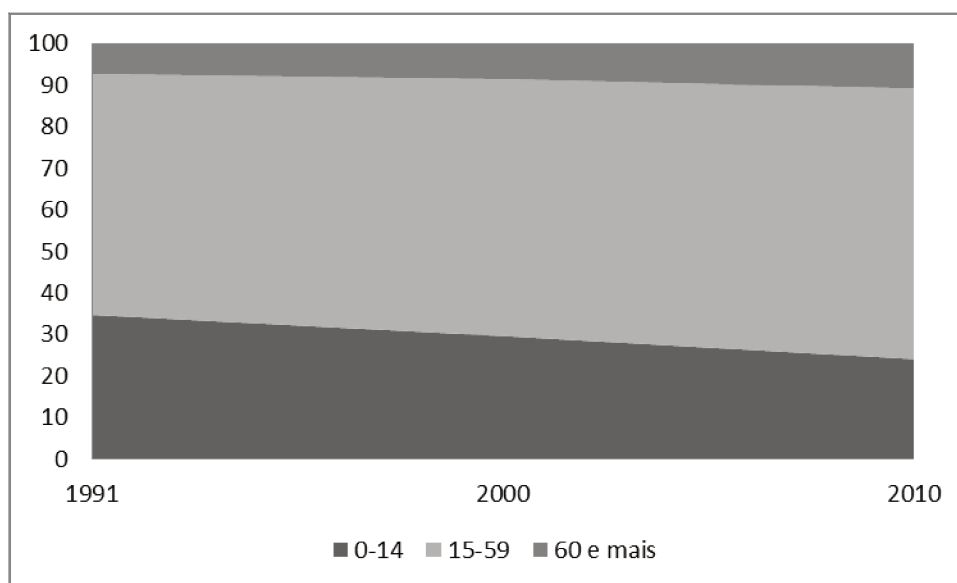
Fonte: Brito et al. (2008); IBGE (2010).

As modificações ocorreram apenas em determinadas camadas da população pertencentes a região sul e sudeste, e, durante os trinta anos seguintes se disseminou por todas as regiões e classes do Brasil (MOREIRA, 2001; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2005). Portanto, o declínio da fecundidade se iniciou pelas regiões mais desenvolvidas e

grupos sociais de nível mais alto se difundindo até as demais regiões e camadas sociais (CARVALHO; GARCIA, 2003).

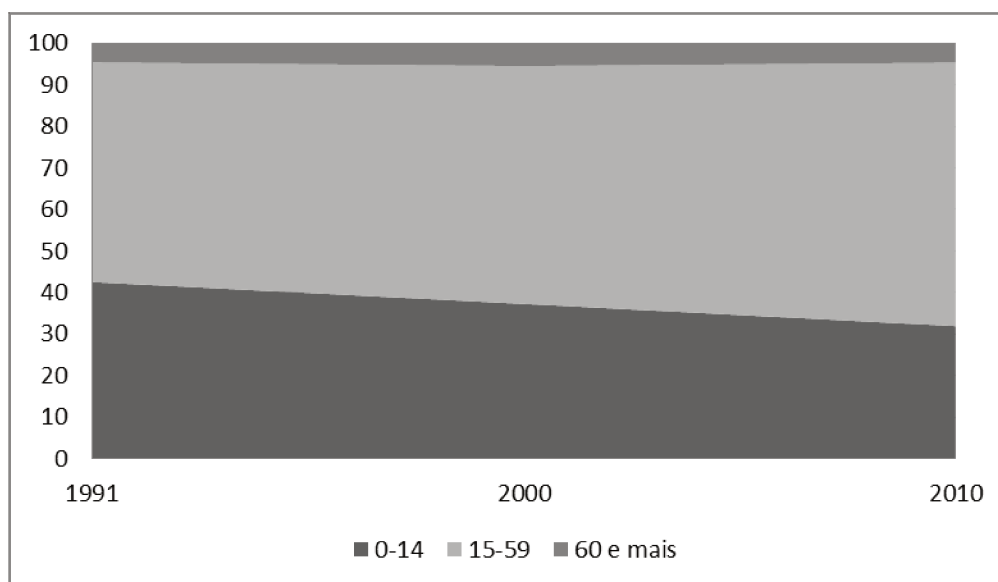
Com a participação cada vez menor dos grupos mais jovens, a distribuição etária da população começa a se modificar. Segundo dados do IBGE, durante a década de 1970, cerca de 4,9% da população brasileira era de idosos. Na década de 1990, essa proporção passou para 8,5% e em 2010 chegou a 10,8%. Esse aumento veio acompanhado do aumento da longevidade (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002). Como foi descrito por Pool (2000), o Brasil vem passando por um processo de Transição da Estrutura Etária (TEE) nas últimas décadas. Entre 1970 e 2000, as quedas das taxas de fecundidade ocorreram de maneira rápida e em um curto período de tempo, o que torna esse fato algo que surpreende ao compararmos com as quedas observadas nos países desenvolvidos, que ocorreram de maneira mais paulatina. Em um quarto de século, a fecundidade caiu pela metade no Brasil (WONG; CARVALHO, 2006). Ou seja, o processo ao qual o Brasil está passando é uma transição comprimida (PALLONI; PELÁEZ, 2000).

O Gráfico 10 mostra que de 1991 a 2000 houve uma queda da proporção do grupo etário de 0-14 anos (14,7%), enquanto a população de 15-59 anos aumentou em 6,6% e a população idosa em 17,2% no período. Entre os anos de 2000 e 2010, a população mais jovem reduziu significativamente a sua participação no total da população (18,7%); a população de 15-59 anos cresceu em 5,3% e a população de 60 anos e mais aumentou 26,1% (IBGE, 1991; 2000; 2010) (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Brasil – 1991-2010

Fonte: IBGE (1991; 2000; 2010).

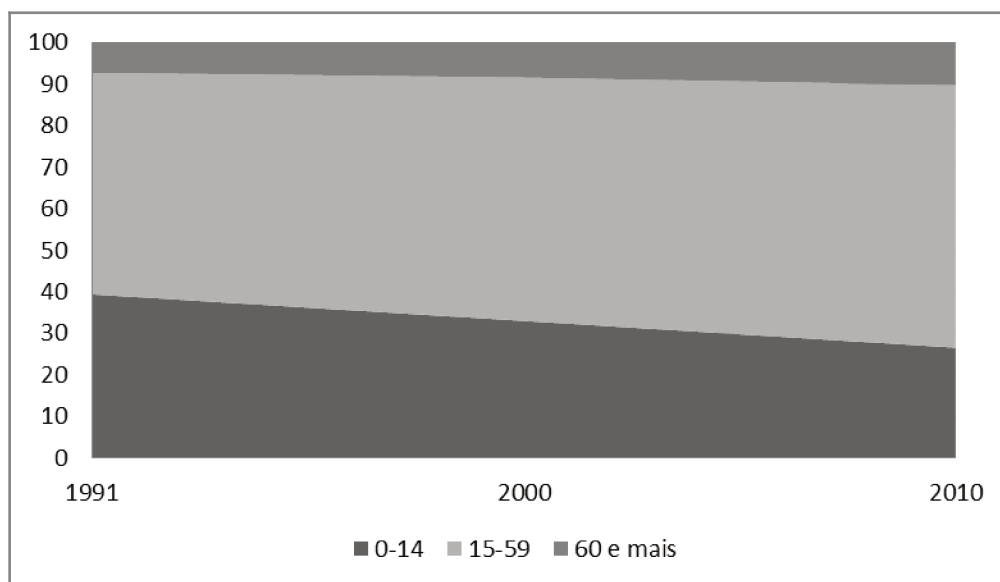
Para a região norte é notável a diminuição do grupo mais jovem (redução de 25% de 1991 a 2010) e aumento de 20% dos jovens e adultos. A participação dos idosos aumentou 1,2% durante os anos de 1991 a 2010 (Gráfico 10), mostrando que a região norte se encontra ainda em uma fase inicial do seu processo de transição demográfica em relação as demais regiões do país.

Gráfico 10 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Norte – 1991-2010

Fonte: IBGE (1991; 2000; 2010).

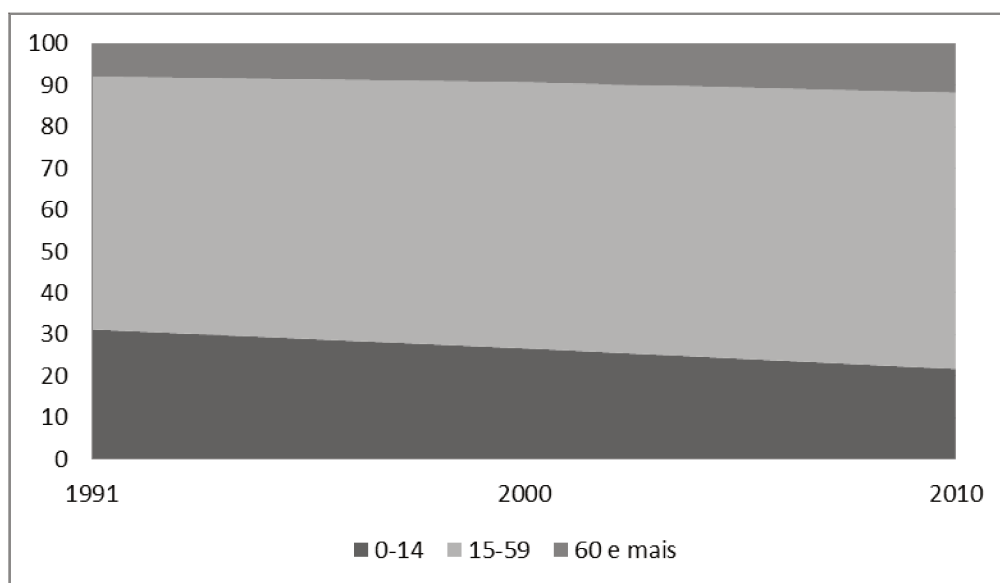
O grupo etário de 0-14 anos diminuiu em 32,5% na população nordestina. O grupo de 15-49 cresceu cerca de 9,8% entre 1991 a 2000, mas em 2010 o aumento da proporção desse grupo foi menor (7,8%). Enquanto que, para o mesmo período, os idosos aumentaram 15,9% e 22,0%, respectivamente (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Nordeste – 1991-2010



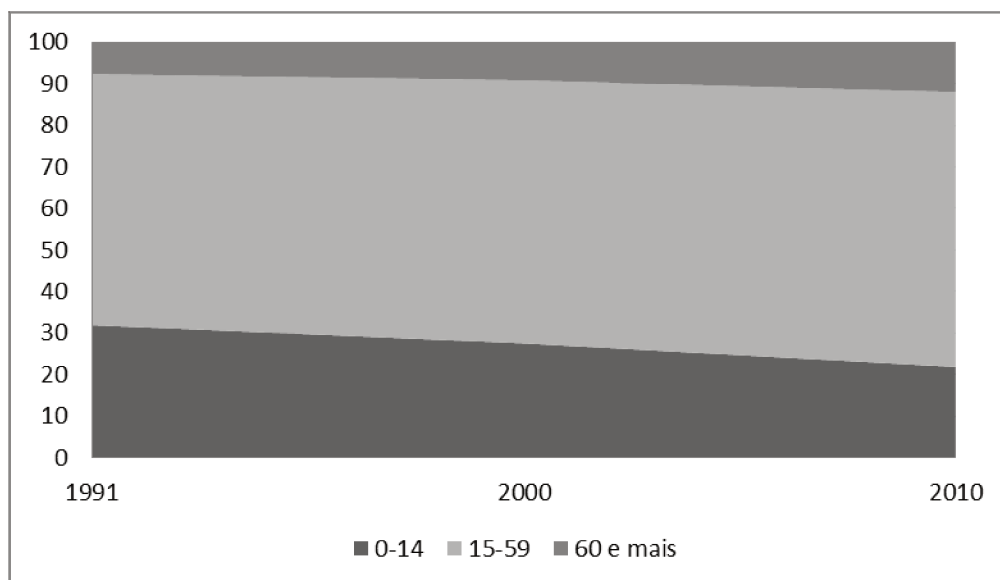
Fonte: IBGE (1991; 2000; 2010).

Os dados da região sudeste mostram que ela segue a tendência observada acima. A proporção dos grupos de 0 a 14 anos diminuiu em 30,4%, aumentou em 9,2% no grupo de 15 a 59 anos e em 49,2% entre os idosos (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Sudeste – 1991-2010

Fonte: IBGE (1991; 2000; 2010).

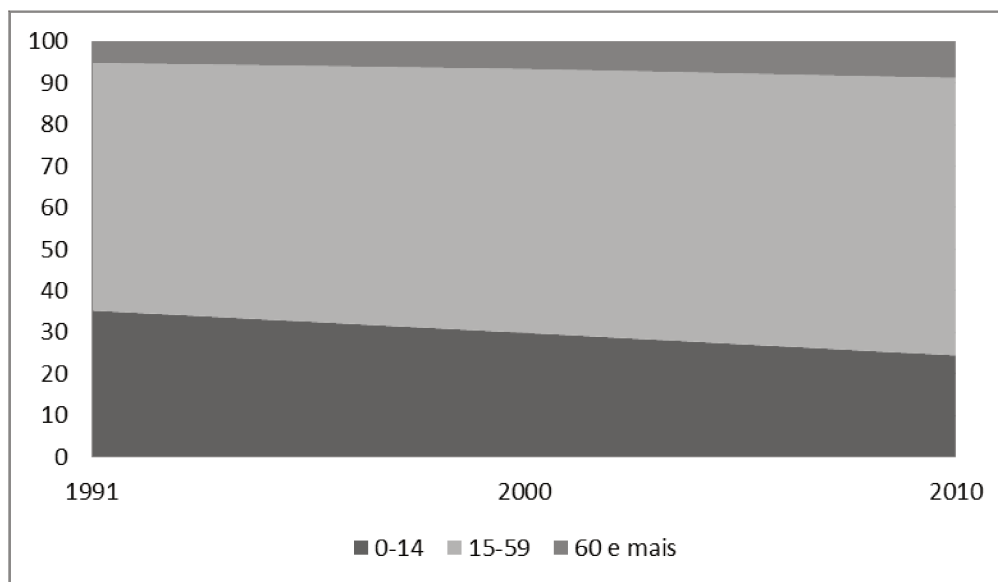
As porcentagens encontradas na região sul são muito semelhantes as da região sudeste. O grupo de 0-14 anos diminuiu sua participação na população entre o período de 1991 a 2010, passando de 32% para 22% (-31,6%). Por sua vez, o grupo de 15-59 aumentou 9,5% e os idosos em 56,4% (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Sul – 1991-2010

Fonte: IBGE (1991; 2000; 2010).

Para região Centro-Oeste, a proporção de idosos também aumentou de maneira significativa (70,3%). Os indivíduos de 15-49 anos passaram a representar 12,0% e os de 0-14 anos diminuíram em 30,6% (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Proporção da população brasileira por grandes grupos – Centro-Oeste – 1991-2010



Fonte: IBGE (1991; 2000; 2010).

Como consequência das quedas das taxas de fecundidade, inicialmente, houve a redução da taxa de crescimento populacional seguida por uma profunda mudança na distribuição etária. Sendo assim, a fecundidade se mostra como o grande definidor do processo de envelhecimento populacional.

O índice de envelhecimento (IE) é um indicador que mostra o quanto a população vem envelhecendo ao longo do tempo e é definido como o número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado. Valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica se encontra em um estágio avançado. Em 1970, o IE para o Brasil era de 12,18 que significa que para cada 100 jovens há 12,18 idosos. Esse valor alcançou um aumento progressivo até 2010. De 1970 a 1980, o aumento foi de 30,54; de 1980 até 1991 subiu para 32,26; entre 1991 a 2000 o valor foi para 37,42 e de 2000 para 2010 a elevação foi de 55,11. A análise feita por regiões apresenta evoluções distintas em virtude das diferenças regionais. Para a década de 1970, o maior IE apresentado era da região sudeste (14,56), ponto de partida da industrialização brasileira, um dos fatores que alavancaram o processo do

envelhecimento em distintas regiões do mundo. As regiões sul (11,03) e nordeste (11,33) apresentavam IEs semelhantes. Os menores valores eram das regiões norte (8,04) e centro-oeste (7,45). Mesmo com um aumento atenuado das regiões com IE mais expressivos, em 2000 as diferenças regionais ainda persistiam, as regiões sul (33,33) e sudeste (34,83) tinham um IE elevado em mais de 50% em relação ao centro-oeste (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

Os dados da Tabela 2 mostram que o índice de envelhecimento para o território brasileiro chegou a 44,82 em 2010. A participação crescente de idosos em relação aos jovens na população brasileira reflete, principalmente, a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida. As regiões sudeste e sul, que se encontram mais adiantadas no processo de transição demográfica, apresentam os maiores valores para os três períodos. Em contrapartida, a região norte apresenta os menores índices (10,87; 14,68; 21,84, respectivamente, para os anos de 1991, 2000 e 2010).

Tabela 2 - Índice de envelhecimento – 1991 a 2010

	1991	2000	2010
Brasil	21,03	28,9	44,82
Norte	10,87	14,68	21,84
Nordeste	18,44	25,52	38,64
Sudeste	25,45	34,83	54,58
Sul	24,06	33,33	54,99
Centro-Oeste	14,66	22,09	35,99

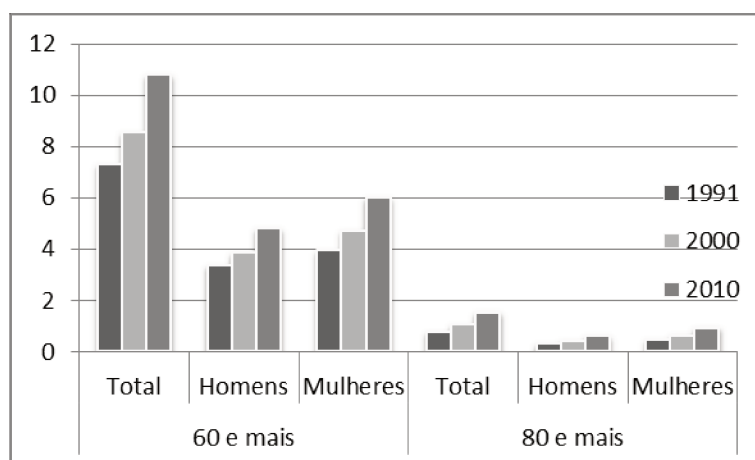
Fonte: IBGE (1991 a 2010).

Apesar das variações regionais, o Brasil se encontra na terceira fase da transição demográfica com um cenário de envelhecimento bem avançado. O aumento da população idosa no Brasil, como um reflexo de seu passado com taxas de crescimento elevadas, implica diretamente também em um crescimento maior dos grupos etários de idosos mais idosos (PEDRAZZI et al., 2010).

Entre 1991 e 2010, percebe-se o grande incremento na proporção da parcela da população em idades mais avançadas (Gráfico 15). O aumento observado foi de 17,2% para a população total de 60 anos e mais entre os anos de 1991 e 2000. No mesmo período, a população de 80 anos e mais aumentou 36,8%. Entre 2000 e 2010, o aumento foi ainda maior, sendo que a população de 60 anos e mais aumentou 26,1%, e o

subgrupo de 80 anos e mais aumentou 45,3%.

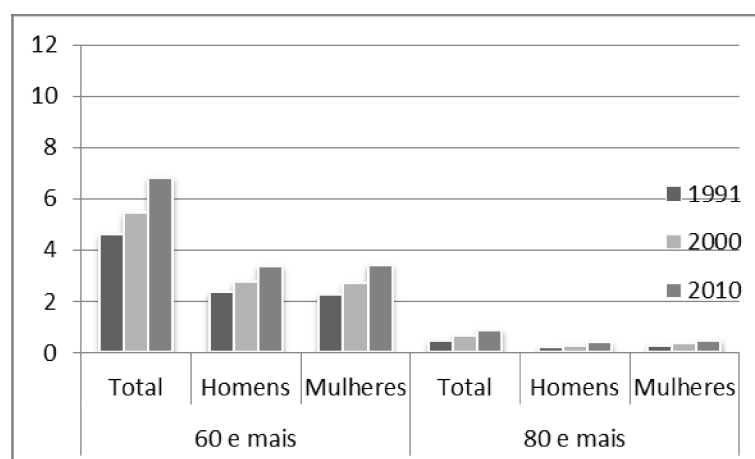
Gráfico 15 - Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais – Brasil, 1991-2010



Fonte: IBGE (1991 a 2010).

A região norte é a que apresenta a menor proporção de idosos, tanto mais jovens quanto mais idosos (Gráfico 16). Um dos possíveis fatores que leva a isto é a intensa entrada de jovens migrantes nessa população (CORRÊA, 1989). Mesmo com a menor proporção apresentada no território brasileiro, durante o período apresentado, o aumento foi grande. Entre 1991 e 2000, a proporção de idosos aumentou 18,3%, enquanto os idosos mais idosos aumentaram 38,9%. O mesmo aconteceu entre 2000 e 2010, onde os idosos aumentaram 24,5% e os idosos maiores de oitenta anos aumentaram 33,9%.

Gráfico 16 - Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais – Norte, 1991-2010

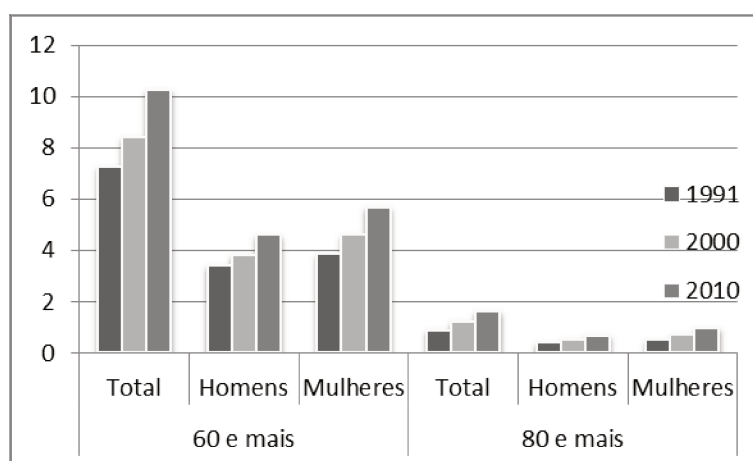


Fonte: IBGE (1991 a 2010).

O alto nível de repulsão da população mais jovem, aliados a migração de

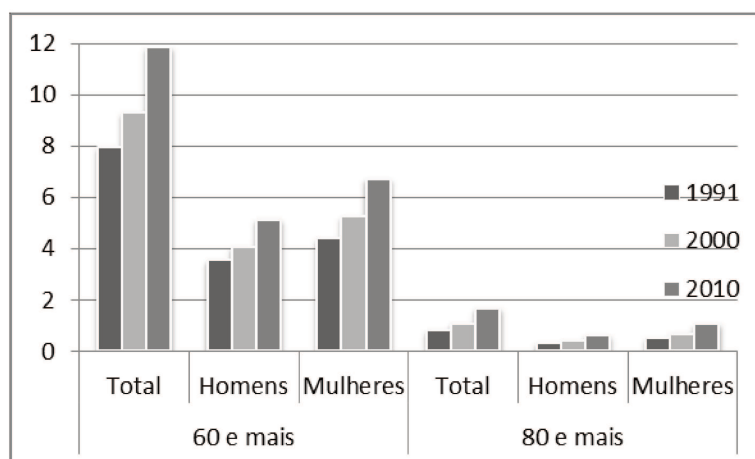
retorno, é um dos fatores que faz com que a população nordestina se apresente mais envelhecida (CORRÊA, 1989). Apesar da forte economia agrária, atualmente o setor agropecuário presente no Nordeste é altamente mecanizado, o que leva a expulsão da agricultura familiar do campo. O fluxo migratório segue em direção aos centros urbanos, sejam locais ou para a região sudeste e consequente redução da fecundidade. Com o quadro exposto, em pouco tempo se percebe o avanço da proporção de idosos nessa população, que por conta dos déficits na saúde, tal proporção é maior entre os idosos mais jovens. A quantidade relativa dos idosos mais idosos, apesar do aumento apresentado no período analisado, ainda é pequena (Gráfico 17). A proporção de idosos na região nordeste aumentou em 15,9% entre 1991 e 2000 e 21,9% entre 2000 e 2010. Para os idosos mais idosos o aumento foi de 39,3% e 31,8%, respectivamente.

Gráfico 17 - Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais – Nordeste, 1991-2010.



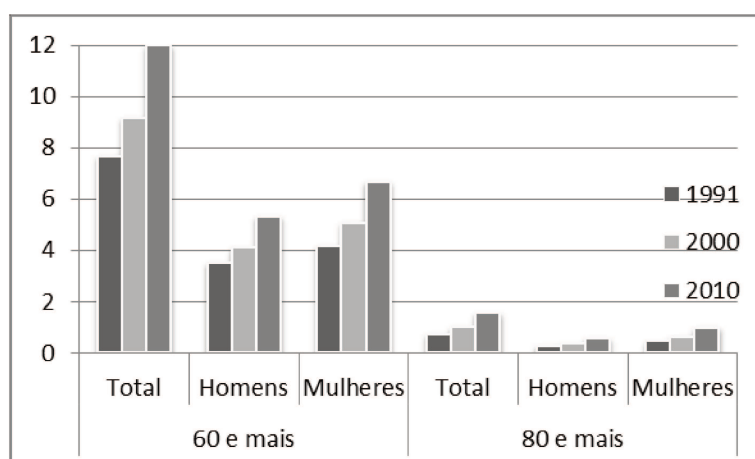
Fonte: IBGE (1991 a 2010).

Uma das regiões com maior proporção de idosos é a sudeste (Gráfico 18), onde se concentra os principais centros de gestão econômica e política do país. O desenvolvimento econômico e a modernização são as principais alavancas que impulsionam o envelhecimento, por isso, tal processo tem início na região sudeste e só com o tempo se dissemina pelo restante do território brasileiro. Para a região sudeste, o aumento da proporção de idosos foi de 17,1% em 1991-2000 e 27,5% em 2000-2010, enquanto a proporção de idosos mais idosos aumentou 35,0% entre 1991-2000 e 55,5% entre 2000-2010.

Gráfico 18 - Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais – Sudeste, 1991-2010

Fonte: IBGE (1991 a 2010).

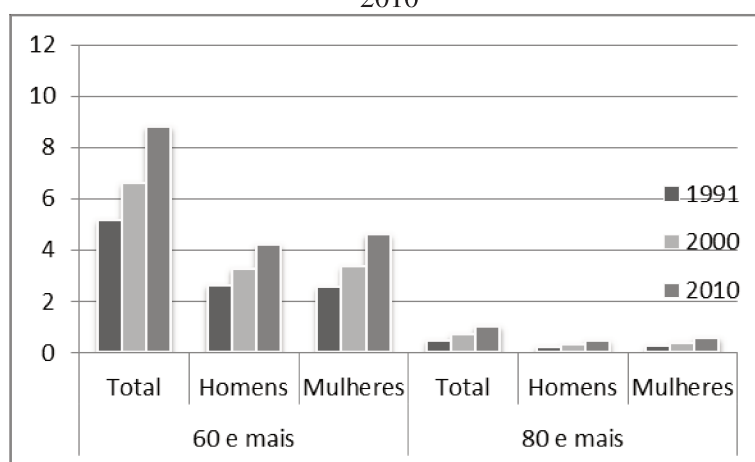
O processo de envelhecimento populacional se encontra em um estágio avançado na região sul (Gráfico 19). A proporção de idosos na região sul aumentou muito em um curto período de tempo seguindo os avanços econômicos. A proporção dos idosos aumentou 19,5% entre 1991 e 2000 e 30,9% entre 2000 e 2010, enquanto que a proporção dos idosos com mais de 80 anos aumentou 37,9% e 54,4%, respectivamente, entre 1991-2000 e 2000-2010. Uma característica marcante nesse processo foi a feminização do envelhecimento, que se nota pela proporção cada vez maior das mulheres na composição dessa parcela da população, chegando ao aumento de 56,3% da população feminina maior de 80 anos.

Gráfico 19 - Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais – Sul, 1991-2010

Fonte: IBGE (1991 a 2010).

A região centro-oeste é a principal área agropecuária do país e uma das principais em termos de mobilidade populacional, sendo palco de fortes correntes migratórias que fluem para as grandes metrópoles, especialmente São Paulo (CORRÊA, 1989). Com isso, sua população se apresenta com uma das menores proporções de idosos (o aumento foi de 27,8% de 1991-2000 e 33,3% de 2000-2010). A análise do grupo dos idosos mais envelhecidos exibe um acentuado incremento (49,2% para 1991-2000 e 47,2% para 2000-2010) (Gráfico 20).

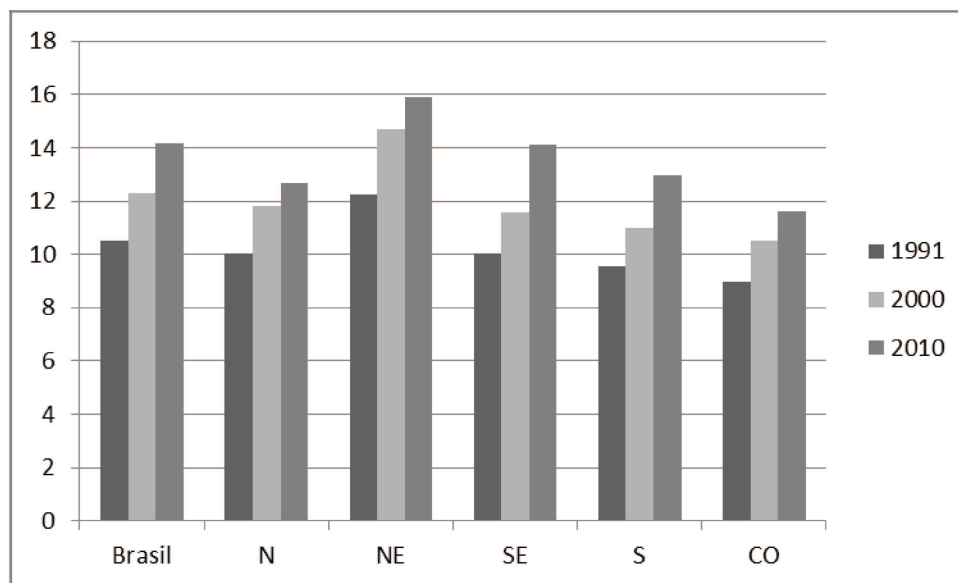
Gráfico 20: Proporção de idosos de 60 anos e mais e de 80 anos e mais – Centro-Oeste, 1991-2010



Fonte: IBGE (1991 a 2010).

O Gráfico 21 nos mostra como a proporção da população de oitenta anos e mais vem aumentando com relação ao total de idosos na população brasileira e por grandes regiões. Durante o período analisado, o crescimento para o Brasil foi de 34,5% da porção mais idosa. De todas as regiões, a região sudeste foi a qual apresentou o maior crescimento, 40,7% entre 1991 e 2010, seguida pela região sul (36,05%), nordeste (29,9%), centro-oeste (28,93%) e norte (26,25%).

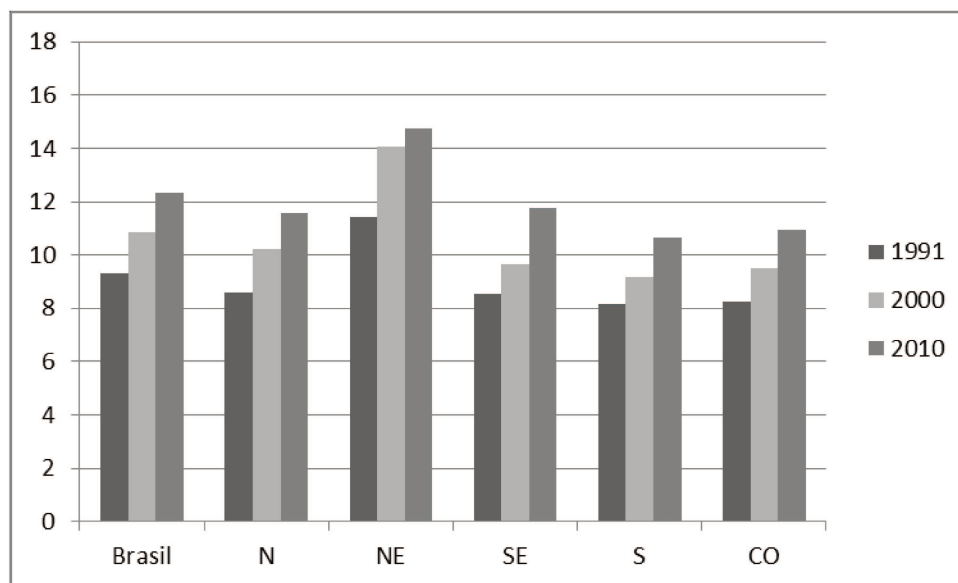
Gráfico 21 - Proporção de idosos mais idosos pelo total de idosos da população brasileira, 1991-2010



Fonte: IBGE (1991 a 2010).

Entre 1991 a 2010, a proporção de idosos do sexo masculino acima de 80 anos aumentou em 32,3% com relação ao total de idosos (Gráfico 22). A região sudeste apresentou o crescimento maior nesse período, 38,24%, seguida pela região norte (35%), centro-oeste (33,10%), sul (30,35%) e nordeste (28,73%).

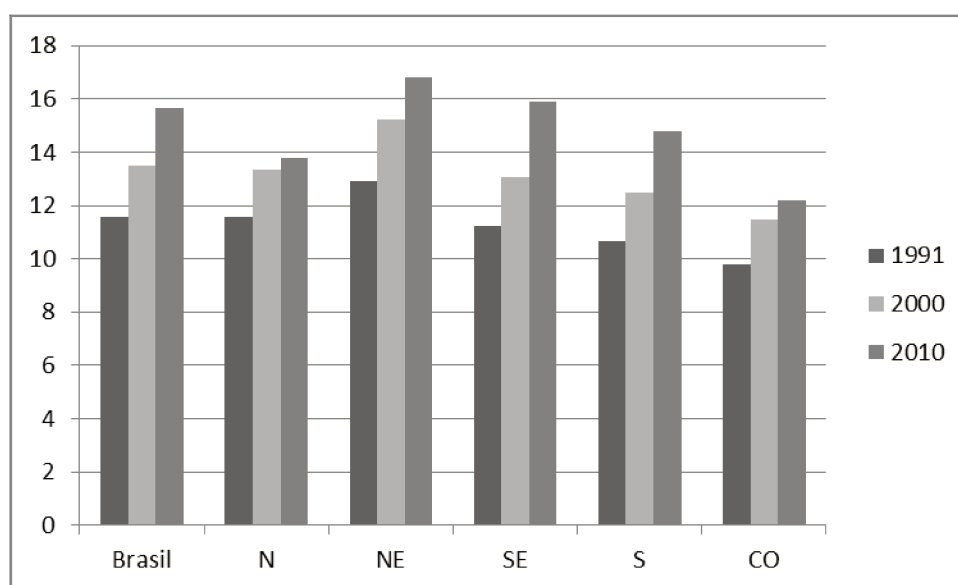
Gráfico 22 - Proporção de idosos mais idosos pelo total de idosos da população brasileira masculina, 1991-2010



Fonte: IBGE (1991 a 2010).

Para as mulheres, entre 1991-2010, a proporção de idosos com oitenta anos ou mais com relação ao total de idosos teve um incremento de 35,2%. No caso das regiões, apesar de todas apresentarem incremento dessa população, em algumas regiões esse crescimento foi maior, em outras foi bem menor. A região sudeste, para o período analisado, apresentou um crescimento de 41,8% na proporção dos idosos mais idosos, na região sul essa população chegou a crescer 38,8%, na região nordeste 30,1%, no centro-oeste 24,6% e no norte apenas 19,1% (Gráfico 23).

Gráfico 23 - Proporção de idosos mais idosos pelo total de idosos da população brasileira feminina, 1991-2010



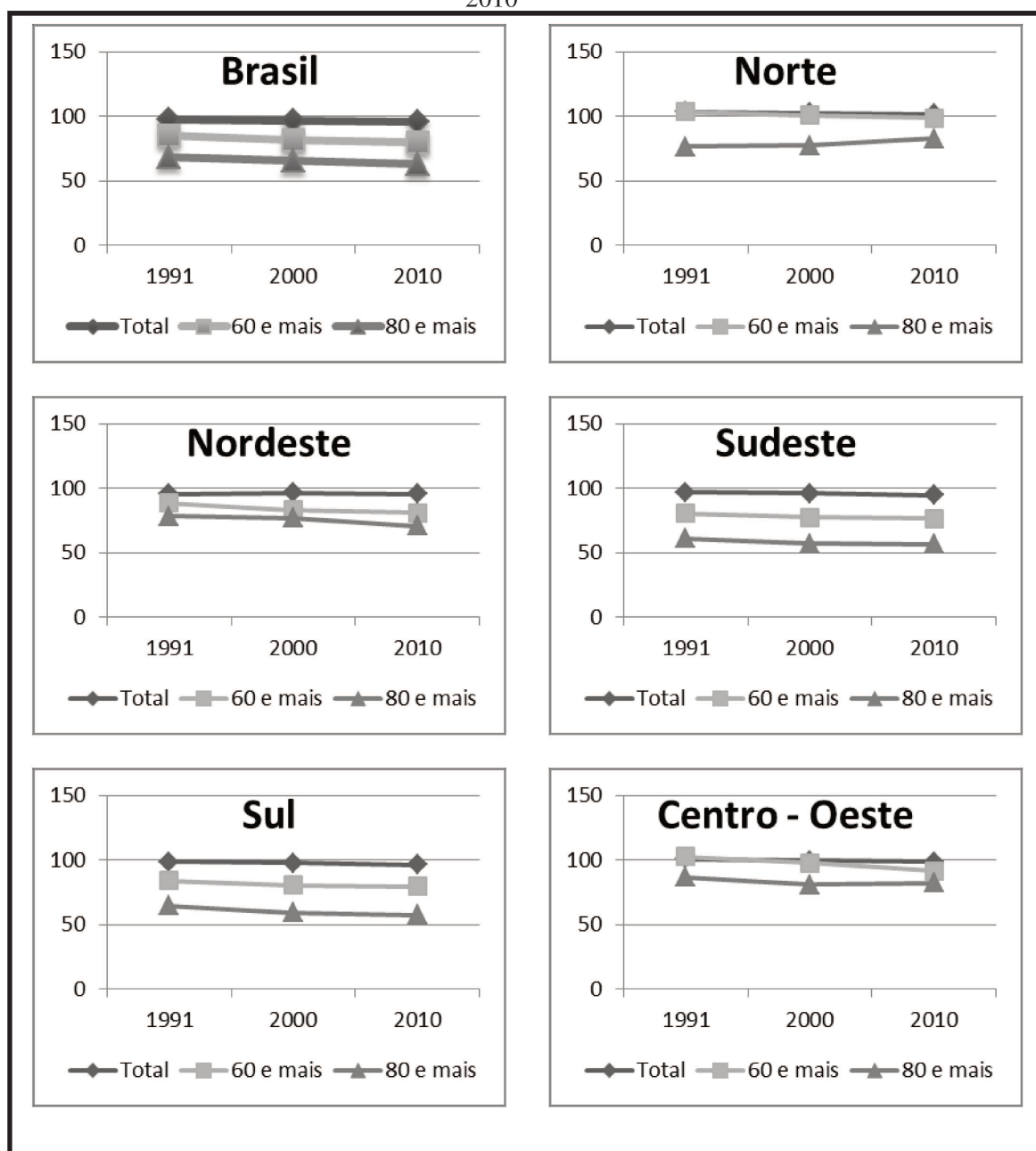
Fonte: IBGE (1991 a 2010).

Esse grande incremento da população idosa mais idosa no Brasil ocorre devido basicamente a dois fatores: i) a redução das taxas de fecundidade que já está abaixo do nível de reposição para o país (1,89), com um contínuo e progressivo estreitamento das coortes de indivíduos de 15 a 65 anos, cujo crescimento, em números absolutos e relativos tende a ser cada vez menor; ii) às coortes remanescentes do período de grande crescimento que estão evoluindo para o grupo de idosos até por volta de 2035, quando as coortes de menor fecundidade (nascidas em 1970) deverão fechar o ciclo (CHAIMOWICZ, 1997).

Com relação à razão de sexo, que é a razão entre o número de homens e de mulheres numa dada população, nota-se o predomínio das mulheres no processo de envelhecimento populacional brasileiro (Gráfico 24). Na análise por grandes regiões,

observa-se que a razão de sexo diminui com o avançar da idade, o que mostra um decréscimo na proporção dos homens em relação às mulheres. Isso ocorre, principalmente, devido ao maior descuido com relação à saúde praticado pelos homens, às questões culturais e biológicas e ao comportamento social que fazem com que os homens experimentem maiores taxas de mortalidade e vivam menos do que as mulheres em todas as idades (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Gráfico 24 - Razão de sexo para o Brasil e por Grandes Regiões – 1991 a 2010



1.4. Longevidade e Envelhecimento Ativo

A longevidade propõe uma vida mais longa associada a um estado de bem estar e saúde e faz parte de um dos principais anseios da população idosa no Brasil (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Tendo em vista que o envelhecimento populacional está intrinsecamente ligado ao processo de longevidade da população acima de 60 anos (CAMARGOS, 2008), se faz necessário entendê-la, cada vez mais buscando novas estratégias que visem o envelhecimento ativo, saudável e independente (MAZO et al., 2009). Com isso, o fenômeno do envelhecimento torna-se um verdadeiro desafio imposto aos estudos da gerontologia (BALDESSIN, 1996), como o envelhecimento se caracteriza pelo declínio das funções dos órgãos, fato que tende a ser linear no tempo (PAPALÉO NETTO; PONTE, 1996).

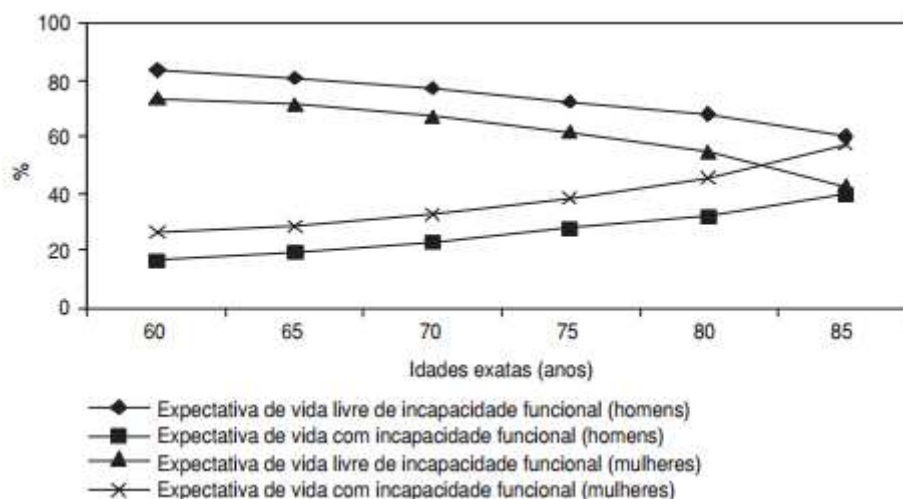
Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento ocorreu de maneira gradual concomitante a melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação. Já para o Brasil, tal processo ocorreu rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil e crescentes níveis de pobreza. São precários os acessos a serviços de saúde, fator que, associado ao quadro de baixos recursos financeiros, sem as modificações necessárias ao grupo emergente, dificultam o indivíduo a alcançar um envelhecimento saudável (PEREIRA et al., 2006).

Dentro do contexto de desigualdades e pobreza, que se encontra, principalmente, nos países em desenvolvimento, a busca pela qualidade de vida dos idosos é mais um desafio a partir do qual pode se considerar os ganhos na expectativa de vida como uma valiosa conquista humana e social. Porém, os ganhos de vida nas idades avançadas emergem com uma série de questões. Uma delas é referente à qualidade com a qual esses anos a mais são vividos. O número médio de anos vividos que pessoas de determinada idade pode esperar viver saudável, mantendo-se as taxas de morbidade e mortalidade, é denominada expectativa de vida saudável (BONE, 1992).

A expectativa de vida saudável pode ser estimada por meio do cálculo da expectativa de vida com e sem incapacidade funcional. A incapacidade funcional é compreendida como a dificuldade que um indivíduo tem em realizar uma ou mais atividades básicas da vida diária (vestir-se, comer, tomar banho, ir ao banheiro, deitar-se e levantar da cama e atravessar um cômodo da casa) (CAMARGOS; PERPETUO;

MACHADO, 2005). Utilizando dados para o município de São Paulo, Camargos; Perpetuo e Machado (2005) fez a análise da relação entre as duas expectativas de vida e encontrou que, para o município de São Paulo, há grandes diferenças, há o aumento da expectativa de vida, mas sem autonomia (Gráfico 25).

Gráfico 25 - Proporção de expectativa de vida sem incapacidade funcional e de expectativa de vida com incapacidade funcional em relação à expectativa de vida total por sexo e idades exatas, Município de São Paulo (SP), Brasil, 2000



Fonte: Camargos; Perpetuo e Machado (2005).

Com isso, a busca pelo envelhecimento ativo se faz cada vez mais necessária. “Ativo” se refere a uma participação contínua nas atividades da vida social e não somente estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Portanto, sendo o envelhecimento humano um processo universal, progressivo e gradual, relacionada a fatores de ordem genética e biológica, o envelhecimento ativo é o envelhecimento com baixa probabilidade de doenças crônicas, alta capacidade funcional física e cognitiva associado ao engajamento ativo com as atividades da vida em sociedade (ASSIS, 2005).

Com o aumento progressivo da expectativa de vida, cada vez mais, há ganhos populacionais nos grupos etários mais elevados. Nesse contexto, a principal questão a ser levantada é sobre a qualidade dessa sobrevivência e como melhorá-la até o momento que precede a morte (PASCHOAL, 1996).

Com isso, em face das demandas crescentes do envelhecimento populacional, programas de promoção de saúde são cada vez mais requeridos. A promoção da saúde traz desafios para a ampliação das práticas para ressaltar os componentes

socioeconômicos e culturais da saúde e a necessidade de políticas públicas e da participação social no processo de sua conquista (ROOTMAN, 2001; BUSS, 2003; ASSIS et al., 2004). O processo de envelhecimento implica na busca por necessidades de adaptações e compensação para um menos desequilíbrio entre ganhos e perdas (STAUDINGER; MARSISKE; BALTES, 1995), ou seja, o paradigma do envelhecimento ideal se firma na ausência de perdas físicas, onde o enfoque é a aceitação da velhice como um envelhecimento saudável (CUPERTINO; ROSA; RIBEIRO, 2006).

Segundo Sigerist (1946 *apud* ROSEN, 1979), a saúde é promovida quando se proporciona condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes, como especialistas em saúde, caberia definir normas e fixar padrões. Como foi definido WHO/INPEA (2002), envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Ou seja, a saúde, a participação e a segurança são os três pilares que determinam o envelhecimento ativo, onde a saúde relaciona o aumento da longevidade à melhor qualidade de vida. A participação permite a inserção do idoso na sociedade. A segurança requer a participação política na segurança social, física e financeira, assegurando proteção, dignidade e assistência quando os idosos não podem fazer (CASTILHO, 2010). Com isso se busca um envelhecimento com sucesso, que, é o fato do indivíduo não precisar de assistência ou não ter dificuldades na manutenção da função física incluindo atividades vigorosas e moderadas de lazer (MAZO, 2008).

Nesse contexto, Cachioni e Palma (2006) defendem a inclusão do idoso em programa educativo como uma oportunidade que vai além da reciclagem intelectual e atinge a possibilidade de dialogar e participar com seus iguais na construção do seu próprio processo educativo.

Portanto, envelhecer de maneira saudável é um conceito que vai além da ausência de doença, sendo que o importante é a habilidade para desempenhar as atividades diárias (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). A manutenção da capacidade funcional do indivíduo se relaciona com sua capacidade em se manter na comunidade,

desfrutando de sua independência e prosseguindo com suas relações e atividades sociais mesmo atingindo idades mais avançadas (ROSA et al., 2003).

Segundo Sousa; Galante e Figueiredo (2003), a qualidade de vida varia de acordo com modelos que vão desde a “satisfação com a vida” até modelos baseados em conceitos de independência e engloba os recursos e direitos a “gozar” a vida. Na velhice, a qualidade de vida é associada a questões de dependência-autonomia, que resultam tanto de alterações biológicas como de mudanças nas exigências sociais. Um sujeito proativo, que regula sua qualidade de vida delimitando objetivos e lutando para alcançá-los, atinge o envelhecimento bem-sucedido (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003). Assim, o conceito de envelhecimento bem-sucedido traz a premissa de se preservar a oportunidade dos mais velhos participarem da sociedade, minimizando as possibilidades de exclusão social (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

2. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS

2.1. Condição de Vida dos Idosos

O envelhecimento populacional tem trazido grandes desafios para países como o Brasil habituado a questões típicas da população jovem (SOUZA, 2010). A situação do envelhecimento populacional que ocorre no Brasil é reflexo do que vem acontecendo pelo mundo, mas com algumas particularidades. Diferente do que ocorreu nos países desenvolvidos, onde o aumento da expectativa de vida resultou de melhorias consideráveis na condição de vida da população, no Brasil, muitos indivíduos hoje estão vivendo mais tempo sem, necessariamente, obter melhores condições socioeconômicas, sanitárias ou de vida (UCHOA et al., 2002). Apesar da grande importância em analisar as dificuldades relacionadas ao setor de saúde que essa parcela da população enfrenta, o debate das questões levantadas deve ir além do campo da saúde, uma vez que o idoso necessita de outras necessidades sociais, como o direito a moradia, renda e ainda protagonizar ativamente os novos rumos de seu destino. Assim, o idoso pode ter não só uma vida mais longa, mas mais digna também (SOUZA, 2010).

O processo de envelhecimento e suas consequências podem contribuir para crescente formação de domicílios unipessoais compostos por idosos. Considerando o conjunto da população brasileira, em termos absolutos, o número de arranjos domiciliares aumentou 1,9 vez de 1977 a 1998, ao passo que os arranjos domiciliares unipessoais cresceram 3,5 vezes (CAMARGOS, 2008). Com a queda nas taxas de fecundidade, os arranjos familiares estão ficando cada vez menor. Esse fator somado ao aumento da expectativa de vida pode acarretar, ao longo dos anos, um aumento no número de domicílios unipessoais, principalmente aqueles habitados por idosos. A co-residência do idoso só vai ocorrer em casos onde há maior necessidade, como quando o cônjuge vem a falecer ou nos casos de piora do estado de saúde (PEDRAZZI et al., 2010). No entanto, para o Brasil, a co-residência permanece elevada entre os idosos, mas o tamanho e a composição dos arranjos domiciliares variam no tempo e entre as diversas regiões. Os dados do IBGE (1991; 2000; 2010) demonstram que a proporção dos idosos, entre 1991 e 2000, aumentou 17,2% no Brasil e 26% de 2000 para 2010. A região norte registrou as menores proporções de idosos vivendo sozinhos. Em 2000, as

regiões sul, sudeste e centro-oeste apresentaram quase a mesma proporção (12,8%) de idosos morando sozinhos (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Outro trabalho importante que se preocupou em demonstrar a relação entre os arranjos domiciliares no grupo etário dos idosos foi o estudo realizado no município de São Carlos conduzido por Feliciano; Moraes e Freitas (2004), que por meio de entrevistas domiciliares estruturadas fez o levantamento da população idosa local, onde foi observado a convivência com outras gerações, entre os idosos 53,3% conviviam com os filhos e 30% com os netos. Somente 12,2% dos idosos moravam sozinhos.

O Boletim PAD-MG, para o estado de Minas Gerais, lançou mão dos dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG) que apresentava a finalidade de caracterizar a população do estado e compará-la com a população idosa e mais idosa. Os resultados apontaram que o índice de envelhecimento para Minas Gerais em 2011 foi de 52,4 e em 1991 foi de 22,3 (IBGE, 1991). Considerando os arranjos domiciliares (idoso morando sozinho, idoso corresidindo apenas com idoso, idoso corresidindo apenas com adulto de 15 a 59 anos, idoso corresidindo apenas com criança de 0 a 14 anos e idoso corresidindo com adulto e criança), no ano de 2011, para Minas Gerais, quase a metade dos idosos (45,5%) moravam em domicílios com a presença de um adulto, 21,01% co-residia apenas com outro idoso, 17,2% co-residia com um adulto ou criança e apenas 14,6% dos idosos moravam sozinhos. Com o avançar da idade, aumenta a porcentagem de idosos morando sozinho e corresidindo com outros idosos em detrimento dos demais arranjos (BOLETIM PAD-MG, 2011). Antes et al. (2014) buscaram descrever o perfil da população com 60 anos ou mais de acordo com os dados extraídos dos inquéritos domiciliares *Perfil do Idoso 2002* e “*Condições de Saúde da população idosa do município de Florianópolis, SC: estudo de base populacional*”, *EpiFloripa Idoso*, ambos realizados na cidade de Florianópolis. Segundo o *Perfil do Idoso*, a população idosa era composta por 49,9% de homens. Cerca de 46,9% tinham entre 60-69 anos, 36,4% entre 70-79 anos e 16,7% entre 80 anos e mais, dos quais 87,1% não moravam sozinhos, sendo que 30% moravam com duas pessoas no domicílio, 23,8% com três e 18,4 com cinco ou mais pessoas. Já o estudo *EpiFloripa 2009* constatou que 83,2% não moravam sozinhos, dos quais 16,7% moravam com uma pessoa, 19,3% com duas, 30,2% com três e 33,8% com quatro ou mais.

Os arranjos domiciliares mudam quando as alterações fisiológicas levam a diminuição da capacidade funcional que tornam os idosos mais suscetíveis à fragilidade e à dependência de cuidados (FARIAS; SANTOS, 2012), aumentando a necessidade da co-residência.

A formação dos arranjos domiciliares é uma variável que pode ser um bom indicador da situação econômica, de saúde, de funcionalidade e de afetividade dos residentes e são culturalmente contextualizados. As necessidades dos idosos não são o único determinante de coabitação, há também a dependência econômica dos filhos adultos divorciados ou desempregados que podem determinar que eles convivessem com um ou ambos os progenitores idosos (FONTES et al., 2011). Ou seja, em alguns casos, a necessidade de co-residência pode vir dos filhos, que necessitam de suporte financeiro do idoso, ou a formação de uma geração-sanduíche, na qual o papel dos idosos é ser o cuidador do neto na ausência dos pais.

Por diversas vezes, o idoso se encontra sozinho, portanto, precisa de cada vez mais autonomia para cumprir suas tarefas diárias. Camarano et al. (2004) distingue famílias de idosos e famílias com idosos, sendo a primeira constituída por idosos com autonomia física, mental e financeira, quando isso não ocorre, há o segundo caso, com a co-dependência que pode ser uma estratégia familiar que visa beneficiar tanto as gerações mais jovens quanto as mais velhas. O estudo revela o aumento dos arranjos familiares de idosos e a diminuição dos arranjos familiares com idosos, indicando um aumento de idosos independentes. A Tabela 3 mostra a diminuição de número de filhos vivendo nas famílias o que causa a redução do tamanho médio das famílias, fato resultante da queda da fecundidade. Com a queda no número de filhos residentes, o tamanho médio das famílias sem idosos diminuiu em 88,1%, com idosos em 84,2% e de idosos em 73,9%. As maiores famílias são as com idosos, seguidas pelas de idosos e as sem idosos (CAMARANO et al., 2004). A família como fonte de cuidado do idoso transforma os relacionamentos intergeracionais em espaços de cooperação e auxílio, porém a diminuição do tamanho médio das famílias e da fecundidade faz com que cada vez mais os idosos não tenham a família para dar auxílio, tendo que recorrer a outros métodos. Leme e Silva (1996) tratam o assunto da queda da fecundidade como a “síndrome do filho único” relatando esta como uma insuficiência familiar por acarretar

uma impossibilidade física de seus membros prestarem a assistência necessária a seus idosos ou dependentes.

Tabela 3 - Brasil: tamanho médio e número médio de filhos nos domicílios segundo a presença de idosos - 1980 e 2000

Tipo de domicílio	Tamanho médio		Número médio de filhos	
	1980	2000	1980	2000
Domicílios de idosos	3,70	3,25	1,37	1,03
Domicílios com idosos	5,84	4,94	2,39	1,63
Domicílios sem idosos	4,78	3,86	2,64	1,82

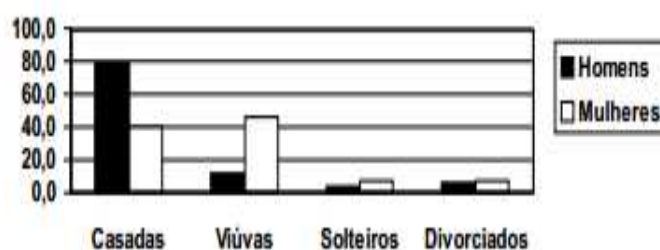
Fonte: IBGE (1980; 2000).

O número de filhos se relaciona proporcionalmente com a probabilidade do idoso receber auxílio financeiro, mas não com a probabilidade de ele prestar este tipo de ajuda (SAAD, 2004).

Os dados do censo de 2000 indicaram que os idosos que vivem com o cônjuge são os mais jovens, mais saudáveis e independentes do que os que vivem com a família de um filho. Idosos que viviam sozinhos geralmente apresentavam melhores condições de saúde, e eram mais independentes do que os que residiam em domicílios familiares (SAAD, 2004).

O inquérito “Idosos no Brasil”, que foi divulgado pela Fundação Perseu Abramo no ano de 2007, entrevistou uma amostra de 2.136 indivíduos de 60 anos e mais, em 204 municípios de todas as regiões do Brasil. A pesquisa caracterizou o grupo estudado. As mulheres idosas passam mais tempo da sua vida como viúvas, com maiores chances de viverem sozinhas, isso porque apresentam maior expectativa de vida por todo ciclo vital. Segundo os dados da PNAD de 1998, a maioria dos homens idosos moravam com seu cônjuge e menos de 10% vivem sozinhos. Já as mulheres têm uma distribuição maior em diferentes grupos de arranjos tais como: i) vivem com cônjuge, ii) moram com filhos e sem cônjuge; iii) residem apenas com um parente e iv) moram sozinhas (ROMERO, 2002).

Os dados da PNAD de 1995 mostram que entre as pessoas acima de 60 anos, a maioria dos idosos casados eram do sexo masculino (os valores se aproximam de 80%), e as mulheres eram, em grande parte, viúvas (Gráfico 26).

Gráfico 26 - Situação conjugal das pessoas de 60 anos ou mais – Brasil, 1995

Fonte: PNAD, 1995 *apud* Araújo e Alves (2000).

A Tabela 4 traz as informações da situação conjugal dos idosos por sexo e grupos etários, segundo a PNAD de 1995. No grupo de 60-64 anos, a maioria dos idosos ainda é casado em ambos os sexos, mas mesmo nesse grupo mais jovem a proporção de viúva é grande (30,1%), valor que aumenta com a idade e chega a 60,8% para o grupo de 70 anos e mais.

Tabela 4 - Pessoas de 60 anos ou mais por grupos de idade e sexo segundo a situação conjugal

	60-64 Anos		65-69 Anos		70 + Anos	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Casadas	84,7	53,8	81,8	47,5	72,6	26,6
Viúvas	5,2	30,1	8,4	39,1	19,3	60,8
Solteiros	3,8	6,5	3,8	6,9	3,3	7,7
Divorciados	6,4	9,5	6,0	7,4	4,7	4,9

Fonte: PNAD (1995) *apud* Araújo e Alves (2000).

Um estudo realizado por Pilger et al. (2011) no município de Guarapuava no estado do Paraná mostrou a caracterização da população idosa por grupos etários. Sobre o estado conjugal, os casados/ união consensual eram menos frequentes nas idades mais jovens e os viúvos foram os mais representativos nos grupos dos idosos mais idosos.

O Projeto Epidoso foi um estudo realizado com o objetivo de fazer o levantamento do perfil da população idosa residente na comunidade, em área residencial do município de São Paulo, promovido pelo Centro de Estudos de Envelhecimento da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Os participantes foram acompanhados por dez anos, em quatro ondas de inquéritos domiciliares. O

primeiro inquérito foi realizado em 1991-1992; o segundo, em 1994-1995; o terceiro, em 1998-1999; e o quarto, em 2000-2001. O estudo de D'Orsi; Xavier e Ramos (2011), foi feito com base no projeto, onde foram selecionados apenas os idosos da primeira entrevista que foram identificados como dependentes ou com dependência leve. Sobre o estado civil, 6,7% eram solteiros, 16,9% casados, 24,4% viúvos e 13,3% divorciados.

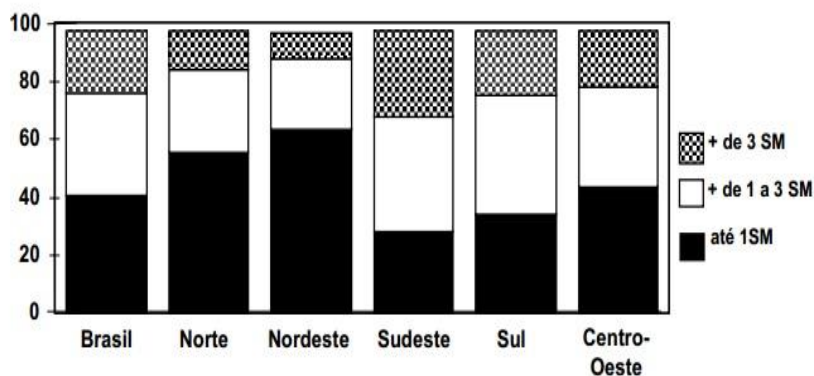
Segundo os dados do Boletim PAD-MG, a maioria dos idosos era casada (52,3%), seguida dos viúvos (30,3%). A proporção dos idosos solteiros era de 10,0%. Segundo as distinções por sexo, 42,6% das mulheres eram viúvas, seguida pelas casadas que representavam 39,3% da população. Entre os homens, 68,5% eram casados, e viúvos correspondiam a 15,0% (BOLETIM PAD-MG, 2011). A maior longevidade feminina e a cultura brasileira na qual os homens tendem a se casar com mulheres mais jovens e quando viúvos tendem a se casar novamente, explicam a maior proporção de mulheres viúvas e de homens casados (CAMARANO, 1999).

Analisando o estado civil por grupos etários, os dados mostraram que mais de dois terços da população de idosos entre 60-79 anos são casados, com a idade a proporção de viúvos aumenta, mas a maioria ainda é casado. Com relação as mulheres de 60-79 anos, a proporção de casadas é maior (43,3%), mas a de viúvas já é bem alta (37,5%). No grupo de 80 anos ou mais há uma inversão, a proporção de viúvas chega a 71,3%, seguida pelas casadas que corresponde a 16,6% (BOLETIM PAD-MG, 2011).

Outra importante questão a ser levantada é o rendimento dos idosos. Quanto melhor a situação financeira, maior a independência funcional, melhor a saúde e mais a chance de contribuir com ajuda monetária para os filhos. Quanto mais baixo o nível social, maior a demanda por ajuda (SAAD, 2004).

O Brasil está entre os países com maiores graus de desigualdade (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010) e esse quadro se reflete nos grupos com idades mais avançadas. Araújo e Alves (2000) construíram um gráfico (Gráfico 27) que mostra a proporção de idosos pelas classes de rendimento médio familiar *per capita*. Percebe-se com clareza as diferenciações, não apenas para o Brasil, mas também por grandes regiões. Para 1997, as diferenças mais significativas se encontravam nas regiões norte e nordeste que apresentavam a maior proporção de idosos com renda de até um salário mínimo. Por outro lado, nas regiões sul e sudeste se encontravam os idosos com maior poder aquisitivo.

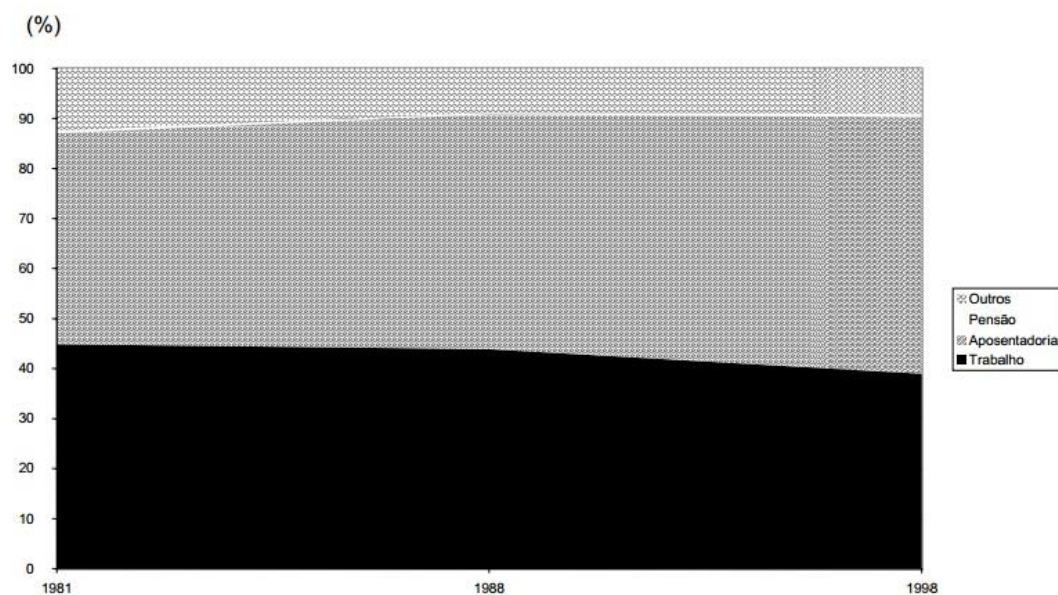
Gráfico 27 - Proporção dos idosos por classes de rendimento médio familiar *per capita* - Grandes Regiões - 1997



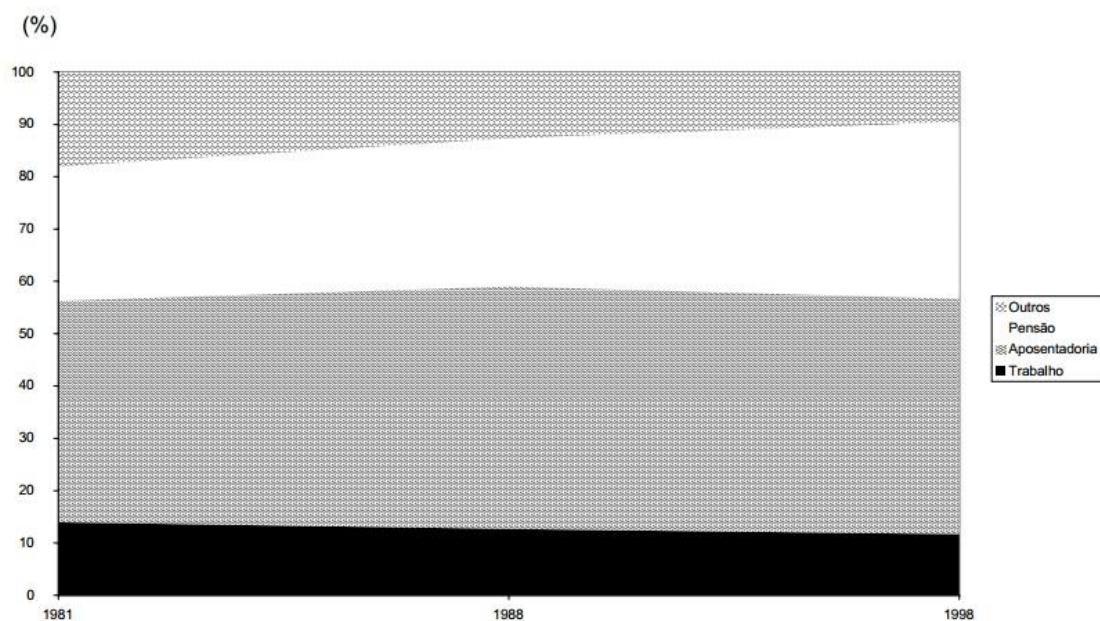
Fonte: Araújo e Alves (2000).

No final da década de 1990 já havia idosos, principalmente os mais jovens, com uma capacidade maior de oferecer suporte financeiro à família. A melhoria dos rendimentos dos idosos aparece como resultado, não apenas da universalização da seguridade social, mas também da ampliação da cobertura da previdência rural e da legislação da assistência social, ambas estabelecidas pela Constituição de 1988 (CAMARANO, 2008).

Os Gráficos 28 e 29 mostram, respectivamente, a composição percentual da renda dos homens e das mulheres, onde podemos ver com clareza que muitos idosos do sexo masculino tem sua maior renda provinda do trabalho, fato que diminui com o tempo dando espaço para a aposentadoria. Já as mulheres idosas têm, em sua maioria, renda oriundas de aposentadorias ou pensões.

Gráfico 28 - Composição percentual da renda dos homens idosos - Brasil, 1981, 1988, 1998

Fonte: Camarano (2002).

Gráfico 29 - Composição percentual da renda das mulheres idosas - Brasil, 1981, 1988, 1998

Fonte: Camarano (2002).

Os resultados obtidos por Lima-Costa et al. (2003) pela análise da PNAD de 1998 mostrou que a renda domiciliar *per capita* dos idosos variou de R\$0,00 à R\$20.000,00, onde as mulheres apresentavam a menor renda entre os idosos mais idosos, entre aqueles que tinham maior escolaridade e moravam sós.

Segundo o estudo FIBRA (Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros), realizado no município de Campinas no ano de 2008 a 2009, a maioria dos idosos tinha renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos, e cerca de 8% tinha renda superior a 10 salários mínimos. Em contrapartida, 7% dos idosos da amostra tinham renda familiar inferior a 1 salário mínimo e cerca de 57% dos idosos tem a chefia familiar (NERI et al., 2011).

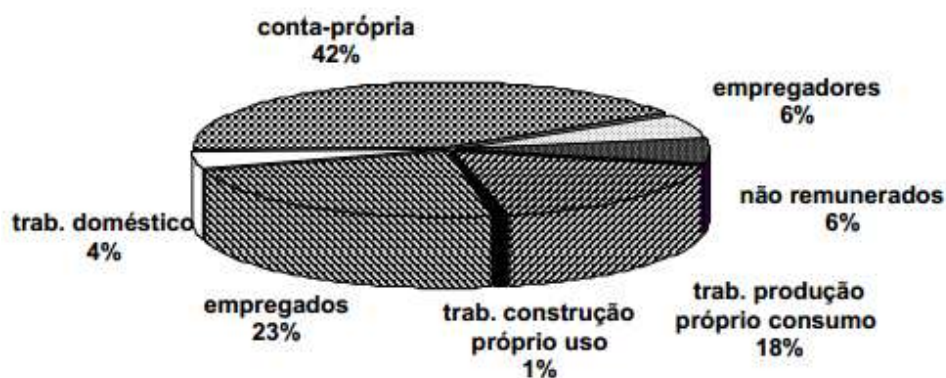
Segundo Pilger et al. (2011), para o município de Guarapuava, a renda familiar, 71,3% recebiam até 1 (um) salário mínimo. O grau de escolaridade era maior nos grupos mais jovens, mas a grande maioria possuía apenas o ensino primário (54%).

O levantamento feito pelo inquérito “Idosos no Brasil” constatou que a renda familiar mensal era de até 2 salários mínimos para 43% dos idosos, 32% possuíam de 2 a 3 salários mínimos e 11% mais de 5 salários mínimos.

O Boletim PAD-MGC traz diferencial por sexo do rendimento médio mensal, a renda média total masculina foi de R\$1188,72 enquanto a feminina foi de R\$873,65. Na semana anterior a pesquisa, 16,6% da população mineira com idade superior a 60 anos exercia alguma atividade de trabalho, destes, 97,7% afirmou possuir vinculação de trabalho, padrão semelhante ao encontrado na população não idosa.

Dentre os idosos que estavam empregados em 1996 (23%), a maioria (42%) trabalhava por conta própria, 47,5% possuíam carteira de trabalho assinada, dos quais 49,3% eram homens e 37,6% mulheres. Vale ressaltar que mulheres idosas trabalham menos também por conta do cuidado com os netos ou de outros parentes que estão sob sua responsabilidade (Gráfico 30).

Gráfico 30 - Proporção de idosos ocupados segundo a posição na ocupação – Brasil, 1996



Fonte: PNAD (1996) apud Araújo e Alves (2000).

No município de Guarapuava, no estado do Paraná, 56,9% dos idosos de 70 a 79 anos eram ativos no mercado de trabalho e que mesmo aposentados realizavam algum trabalho remunerado (PILGER et al., 2011).

O inquérito “Idosos no Brasil” trouxe dados sobre ocupação que revelaram que 77% não trabalhavam, 53% recebiam aposentadoria, 12% eram dona-de-casa, 1% estava desempregado, 10% era pensionista e 1% não possuía atividade fixa ou remuneração e ainda, dos 22% que trabalhavam, 11% não recebiam aposentadoria e 11% além de receber a aposentadoria, também trabalhavam.

Um fenômeno que acompanha o envelhecimento no Brasil é a predominância de mulheres comparativamente aos homens. O Estudo SABE mostrou que para o ano de 2005, para idades de 65 anos e mais, para cada 82 homens existiam 100 mulheres. Esse acontecimento pode ser explicado por fatores biológicos (o fator de proteção conferido por hormônios femininos à isquemia coronariana), ou por exposição às causas de risco no trabalho, ou por diferença no consumo de álcool e tabaco, que são os maiores responsáveis pelas causas de mortes com maior frequência nas idades acima de 45 anos (LEBRÃO, 2007).

O estudo de Neri et al. (2011) mostrou que no Brasil, em 2007, para cada 79 homens idosos haviam 100 mulheres idosas, na região sudeste a razão de sexo para o grupo de 70 anos e mais era de 79 homens para cada 100 mulheres.

Guccione et al. (1994) investigou um grupo de 1.826 idosos que participaram de um estudo entre os anos de 1983 e 1985. Os dados foram oriundos do “*Framingham Heart Study*”, um estudo longitudinal, onde a população estudada era composta por residentes da vila *Framingham* em *Middlesex County, Massachusetts*, Estados Unidos da América. A proposta do trabalho foi verificar os altos níveis de estado físico funcional, incluindo atividades instrumentais da vida diária em idosos não institucionalizados, o que correspondia a 1.769 idosos. Na diferenciação por sexo, o total de mulheres era maior que o de homens (1060 vs 709, respectivamente). Decompondo a população por grupos etários, encontrou-se que no grupo dos homens 36,7% pertenciam as idades de 60-69 anos, 46,3% tinham 70-79 anos e 17,1% estavam com 80 anos ou mais. A média de idade foi de 73,4 anos. Para as mulheres, a distribuição foi bem parecida, sendo que 33,4% tinham entre 60-79 anos, 48,9% entre

70-79 anos e 17,7% estavam com 80 anos ou mais. A idade média entre as mulheres foi de 73,9 anos.

O Boletim PAD-MG traz dados que demonstram o processo de feminização do envelhecimento em Minas Gerais, pois a proporção de mulheres da população de 60-79 anos era de 55,0%, e para 80 anos e mais era de 58,5%. A razão de sexo diminui com o avançar da idade, tal valor era de 82,8 para o grupo de 60-64anos, de 71,2 para o grupo de 80-84 anos e chega a 70,9 no grupo de 85 anos e mais. Ao compararmos a composição do sexo pela situação de domicílio, nota-se a maior proporção de homens em áreas rurais até 79 anos. A proporção de mulheres foi maior em áreas urbanas para todos os grupos, mas a mais expressiva foi no grupo de 80 anos e mais (59,7%). Para cada 76,8 homens de 60-79 anos, residentes em área urbana, haviam 100 mulheres na mesma condição. Na população mais idosa, a relação encontrada foi de 67,4 homens para cada 100 mulheres. Na área rural a razão de sexo da população idosa total foi de 105,2, a população entre 60-79 anos foi de 115,0, e a de mais de 80 anos foi de 94,8, mostrando que a população masculina foi maior que a feminina, em proporção, na área rural para as idades abaixo de 79 anos. Ou seja, quanto mais envelhecida a população, menor será sua razão de sexo, portanto, maior a proporção de mulheres. Isso ocorre por causa dos diferenciais na expectativa de vida entre homens e mulheres (BOLETIM PAD-MG, 2011).

Conduzido nos municípios de Caracol, Estado do Piauí, e Garrafão do Norte, Estado do Pará, de maio a setembro de 2005, constatou-se que para a região do estudo, a maioria dos idosos residiam em área urbana (54,6%) e apenas 45,4% em meio rural. A cor de pele predominante era parda, representando 73,7% da população, seguida por branco (16,3%). Os pretos correspondiam a 10% (CESAR et al., 2008). O inquérito “Idosos no Brasil”, também faz o levantamento da cor de pele dos idosos, cerca de 51% dos entrevistados da amostra se autodenominaram como brancos, 31% pardo, 12% negro, 2% indígena e 1% amarelo (LOPES; DEUS, 2007).

Segundo os dados do projeto Epidoso a maioria se autodeclarou como branco (18,4%), 6,7% pardo ou negro e 14,3% como amarelos (D’ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Um estudo realizado por Del Duca; Silva e Hallal (2009) no município de Pelotas. Dos indivíduos entrevistados, 53,2% estavam no grupo de idosos mais jovens e

16,2% eram indivíduos com mais de 80 anos e em sua maioria do sexo feminino (20%). Grande parte da população se autodeclarou como tendo cor de pele branca (80,1%) e somente 19,9% preta, parda ou outras.

O Boletim PAD-MG também traz informações sobre a situação de domicílio, para os idosos mais jovens, 15,4% dessa população moravam em área rural, enquanto 15,1% dos idosos acima de 80 anos possuíam a mesma situação. No inquérito “Idosos no Brasil”, a maioria (51%) passou a maior parte da vida na cidade, 38% no campo e 10% nos dois (LOPES; DEUS, 2007).

Segundo o grau de escolaridade, o nível mais elevado de 75% dos idosos foi até estudar até a 4ª série. Aproximadamente 14% estudaram de 5ª a 8ª série, 7% cursaram o segundo grau e 4% possuía nível superior.

Segundo o estudo de Del Duca; Silva e Hallal (2011), a maioria dos idosos selecionados era analfabeta ou sabiam ler e escrever (22%). Apenas 17,3% possuíam como escolaridade máxima o Ensino Médio ou Superior.

Estudo realizado no município de São Carlos conduzido por Feliciano; Moraes e Freitas (2004), por meio de entrevistas domiciliares estruturadas, mostrou que 61,4% dos idosos pertenciam ao grupo etário de 60 a 69 anos. No município, a proporção de analfabetos chegou a 50% nessa população e a baixa escolaridade se fez mais presente entre as mulheres (62,0%).

No município de Pelotas, com relação a escolaridade, a maioria possuía no máximo 4 anos completos de estudo (50,6%), 27,6% tinham entre cinco e oito anos de estudo, 9,1% entre nove e onze anos de estudo e 12,7% mais de 12 anos de estudo (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

O Boletim PAD-MG (2011) fez o levantamento da taxa de analfabetismo, que, para os idosos, apesar de alta (29,9%) se diferenciava por sexo, sendo maiores entre as mulheres (30,3% para o grupo 60-79 anos e 42,6% para 80 anos ou mais) que entre os homens (25,4% para 60-79 anos e 37,0% para 80 anos ou mais), quadro decorrente da falta de oportunidade educacional para as mulheres mais acentuada que existia no passado. A média dos anos de estudo da população mineira acima de 60 anos foi de 3,6 anos, reflexo do precário acesso da população idosa ao sistema de ensino, o que resultou num baixo nível educacional para essa população.

Ao analisar os estudos observamos o predomínio dos domicílios unipessoais, como consequência do declínio da fecundidade; a presença da família nuclear (composta pelo casal e filhos, podendo incluir os netos), seguido da formada por apenas um dos cônjuges compõe o núcleo; o estado civil teve alterações significativas por sexo, as mulheres idosas passam mais tempo da sua vida como viúvas, com maiores chances de viverem sozinhas, isso porque apresentam maior expectativa de vida por todo ciclo vital, fenômeno associado ao processo de feminização do envelhecimento, também identificado nos estudos. A desigualdade de renda observada para o Brasil se reflete entre os grupos de idades mais avançadas. A ocupação também mostrou alterações significativas por sexo, muitos idosos do sexo masculino tinham sua maior renda provinda do trabalho, fato que diminui com o tempo dando espaço para a aposentadoria. Já as mulheres idosas tinham, em sua maioria, renda oriundas de aposentadorias ou pensões. Os idosos mais jovens possuíam maior nível de escolaridade que os mais idosos, indicando o acesso cada vez mais facilitado aos estudos. A grande maioria da população idosa morava em área urbana, o que garante maior facilidade no acesso aos sistemas médicos. E com relação a cor de pele, para todos os estudos, a maioria se auto declarou branca.

2.2. Condição de Saúde dos Idosos

Com o processo de envelhecimento populacional, o setor da saúde é muito exigido, uma vez que precisa readaptar a sua estrutura e organização para, ao mesmo tempo, atender doenças infecto-parasitárias típicas da infância e as doenças crônico-degenerativas que incidem nas idades mais avançadas (SOUZA, 2010).

A população idosa apresenta alterações fisiológicas e patológicas que podem causar dependência (MOTTA; AGUIAR, 2007). Algumas doenças crônicas, antes de representar um risco a vida, constituem uma ameaça a autonomia e independência do indivíduo impactando diretamente o setor da saúde. Com as mudanças nos padrões de morbidade, há cada vez mais a necessidade de atendimento em todos os níveis de atenção à saúde específico para essa parcela da população que mais cresce no país (CAMARANO, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é o estado de completo bem-estar físico, social e psíquico, não se restringindo meramente a ausência

de doença ou enfermidade. Este conceito mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças (RAMOS, 2003). A obtenção do estado de completo bem-estar físico, mental e social depende de fatores que não estão somente ao alcance da medicina, mas sim da sociedade em geral. Deste modo, o estado de saúde do indivíduo depende da educação, da renda, do saneamento básico, do bem-estar social, do lazer, do meio ambiente etc.

Envelhecer não traz como consequência inevitável a enfermidade. Envelhecer também está associado a um bom nível de saúde. Para que se alcance uma velhice com melhores condições de saúde é necessário o desenvolvimento de estratégias de prevenção ao longo de todo o curso de vida (KALACHE, 2008).

Diversos estudos baseados nos suplementos de saúde das PNADs e outros estudos de base populacional interrogam as peculiaridades do sistema de saúde brasileiro frente a essa nova demanda que se impõe com o processo de envelhecimento e longevidade da população.

Apesar do envelhecimento não significar necessariamente presença de morbidades, é fato que a maior parte dos idosos possui pelo menos uma doença crônica (RAMOS et al., 1993).

Sendo assim, com o aumento da longevidade, questões atuais emergem referentes ao acréscimo dos anos vividos com ou sem saúde. Muitas vezes, a presença de morbidade pode levar à incapacidade funcional, fragilidade, institucionalização e óbito. A incapacidade funcional é por ora considerada um novo paradigma de saúde e de grande relevância para o idoso (RAMOS, 2003).

Uma pesquisa realizada com idosos na região urbana de São Paulo destaca o avanço da dependência entre os idosos acima de 80 anos em até 36 vezes (ROSA et al., 2003). Segundo o estudo de Lima-Costa et al. (2003), cerca de 14% dos idosos teve alguma atividade cotidiana interrompida por problemas de saúde, 7,1% do grupo dos idosos mais idosos não consegue se alimentar, tomar banho ou ir ao banheiro, 7,9% das mulheres deste mesmo grupo relataram ter a mesma dificuldade e 6,0% dos homens também. Esses números são menores entre os grupos de idosos mais jovens. Os grupos de 60-69 e 70-79 anos têm a mesma distribuição percentual de pessoas com tal

incapacidade (respectivamente, 0,8% e 2,3%). As projeções do IBGE indicam que em 2020, 25 milhões de pessoas irão apresentar algum tipo de incapacidade funcional, dentre estes, aproximadamente 15 milhões serão mulheres (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005).

Algumas questões importantes sobre a saúde foram levantadas por Camarano (2002) em sua pesquisa ao analisar os dados das PNADs de 1981 e 1998, como as diferenças nas enfermidades ao se separar os dados por grupos etários (60-79 e mais de 80 anos). Entre os idosos mais jovens foram constatados maior número de doenças de coluna, seguidos de hipertensão e artrite. Já o segmento mais idoso reportou mais tipos de problemas de saúde e os maiores acréscimos foram observados nos que declararam sofrer com artrite ou reumatismo, depressão e diabetes.

Dos idosos analisados no *Framingham Heart Study*, 6,3% apresentavam diabetes, sendo que desses com diabetes 69,1% tinham pelo menos outra condição crônica analisada. Cerca de 18,3% dos idosos apresentavam doença do coração, dos quais 66,4% possuíam pelo menos mais uma condição crônica. Aproximadamente 6,6% portavam doença pulmonar obstrutiva crônica e 9,1% sofria com depressão. Os dados sobre prevalência de dependência mostraram que 8,4% precisavam de ajuda para subir um lance de escada, 17,8% tinham dificuldade em caminhar 1,6 Km e 4,4% apresentavam dificuldade em cozinhar.

Utilizando os dados do *Jerusalem Longitudinal Cohort Study* (1990–2010), que foi um estudo realizado com a população nascida entre 1920-1921 residente no oeste de Jerusalém, Stessman e Jacobs (2014) analisaram as diferenças entre as idades da prevalência de doenças crônicas entre indivíduos com e sem diabetes mellitus de acordo com o nível de atividade física. O estudo indicou que a depressão aumentou com a idade e foi ainda maior na presença de diabetes (nos indivíduos inativos com 85 anos, a depressão chega a atingir 57,4% da população). Em contrapartida, a prevalência foi menor entre os indivíduos que praticavam exercício, com menor porcentagem (9,1%) entre os que possuem diabetes mellitus, que tinham 70 anos e eram ativos. A hipertensão se fez mais presente nos indivíduos com 85 anos, inativos e com diabetes mellitus (83,2%); e a menor prevalência foi entre o grupo ativo, sem diabetes mellitus, com 70 anos (29,1%). As neoplasias apareceram mais entre os homens diabéticos, com 78 anos e inativos (11,1%).

O Estudo SABE evidenciou que a incapacidade funcional aumentava com o avanço das idades. Em números relativos, o grupo etário mais idoso apresentava um maior percentual, sendo que 6,8% possuíam 3 ou mais incapacidades. Cerca de 7% das mulheres também possuíam mais de três incapacidades comparativamente aos homens (6,4%). No grupo etário de 60-75 anos, 95,5 % das mulheres e 93,9% dos homens não apresentou algum tipo de incapacidade funcional (LEBRÃO, 2007).

Manton (2008) apontou um crescimento da população idosa norte americana de 34,6% de 1982 a 2004, mas com uma diminuição das incapacidades de 7,1 milhões para 6,9 milhões no mesmo período. Os que conseguiam realizar apenas atividades instrumentais da vida diária correspondiam a 5,7% no início do período e no final chegou a 2,4%. Dos indivíduos entrevistados, 6,8% conseguiam realizar de 1 a 2 atividades da vida diária em 1982, valor que foi para 5,6% em 2004.

A auto-avaliação da saúde é um outro importante indicador de saúde entre os idosos. Engloba as dimensões biológica, psicossocial e social (GIACOMIN et al., 2008). Estudos têm mostrado que os indivíduos que relatam condições precárias de saúde têm riscos de mortalidade mais altos que aqueles que reportam melhor estado de saúde (LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Um estudo realizado no município de Bambuí, Minas Gerais, que se localiza a 240 quilômetros de Belo Horizonte, mostrou que de um total de 1.516 participantes, 24,7% apresentavam a auto-avaliação da saúde como boa ou muito boa, 49,2% como razoável e 26,1% declararam que possuíam saúde ruim ou muito ruim (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA, 2004). Lima-Costa; Firmo e Uchoa (2011), analisando as variáveis do suplemento de saúde das PNADs de 1998 e de 2003 identificou um aumento da auto-avaliação da saúde como boa ou muito boa (passou de 39,3% em 1998 para 45% em 2003).

Por meio dos levantamentos dos dados do Projeto SABE, Camargos; Machado e Rodrigues (2007) fez o levantamento do perfil dos idosos moradores do município de São Paulo no ano de 2000 com relação ao arranjo domiciliar, onde se constatou que dos idosos que moravam sozinhos 52,0% tinham autopercepção boa de saúde e 48,0% tinham uma autopercepção ruim. Já dos que moravam acompanhados, 44,4% tinham uma autopercepção boa e 55,5% ruim.

Segundo os dados do *Perfil do Idoso* realizado no município de Florianópolis em 2002, 71,1% dos idosos classificaram sua saúde como boa ou muito boa, 25,7%

como regular ou ruim e 2,6% como muito ruim. Já o *EpiFloripa*, realizado para o mesmo município nos anos de 2009 encontrou que 53,3% dos idosos classificaram a saúde como boa ou muito boa, 44,5% como regular e ruim e 2,2% como muito ruim (ANTES et al., 2014).

Os dados da PNAD de 2003 publicado no *Informe de situação e tendências* (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2009) mostra a porcentagem da prevalência da morbidade auto-referida para hipertensão, artrite, diabetes e depressão entre os idosos e segundo o sexo. Apesar dos altos níveis para todas as condições crônicas do estudo, a que mais atinge os idosos é a hipertensão (48,8%), seguida da artrite (27,3%), diabetes (13%) e por último a depressão (9,7%). Em todos os casos, a presença das doenças crônicas foi maior entre as mulheres comparativamente aos homens. Cerca de 55,3% da população idosa feminina apresentou hipertensão em relação à 40,4% da população idosa masculina. A artrite atingiu 33% das mulheres e 20,1% dos homens. As mulheres também foram a maioria nos casos de diabetes (14,8% vs 10,7% dos homens) e também depressão (12,8 vs 5,9% dos homens).

A OMS realizou o levantamento das cinco causas mais frequentes de internações hospitalares entre as pessoas de 65 anos e mais em Udine, uma cidade italiana, no ano de 2006. Os resultados apontaram que cerca de 30,0% dos idosos deram entrada em hospitais com doenças do coração, 25,0% com neoplasias malignas, 17,0% com fraturas no fêmur, 15,0% com doença pulmonar e 14,0% com doença cerebrovascular.

Por meio dos dados oriundos do Estudo SABE, Alves et al. (2007) levantaram a ocorrência de doenças crônicas na população idosa do município de São Paulo. A hipertensão arterial foi a doença crônica mais frequente (53,4%), seguida da artropatia (33,8%), doença cardíaca (20,6%), diabetes mellitus (17,5%), doença pulmonar (12,5%) e câncer (3,6%).

Zaitune et al. (2006) realizaram um levantamento do perfil dos idosos hipertensos para o município de Campinas entre os anos de 2001 a 2002 e os resultados apontaram uma maior proporção de idosos hipertensos entre as mulheres (55,9%). O grupo etário na qual a doença foi mais prevalente foi o de 70 a 79 anos (54,1%). Cerca de 52% dos idosos com 80 anos ou mais eram hipertensos.

Com base nos dados da PNAD 1998, suplemento de saúde, Lima-Costa et al. (2003) caracterizou o perfil de saúde da população idosa por sexo e grupos etários. Os achados indicaram que a percepção da saúde relatada como muito boa e boa pouco se diferenciou entre os sexos (24,6% para os homens e 24,5% para as mulheres). Já entre os grupos etários as diferenças foram grandes. Enquanto 27,4% dos idosos mais jovens (60-69 anos) afirmaram ter uma saúde muito boa ou boa, apenas 16,1% dos idosos mais idosos fizeram a mesma declaração. Os indivíduos que declaram ter saúde ruim ou muito ruim representavam 10,5% da população, sendo que as mulheres se autodeclaravam como tendo uma pior saúde (9,0% dos homens e 11,8% das mulheres). Segundo os grupos etários, a porcentagem de pior percepção de saúde foi de 9,4% entre os idosos mais jovens, 12,2% entre os de 70-79 anos e 11,6% nos mais idosos.

A maioria dos idosos não deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de doença (86,1%), mas 13,9% apresentou alguma doença. A frequência dos que não realizaram suas atividades chegou a 19,9% entre os mais idosos. Houve uma diferença expressiva entre os sexos ao analisar se o idoso esteve acamado nas últimas duas semanas, sendo que 8,3% dos homens responderem que sim, enquanto 10,4% das mulheres deram a mesma resposta. Dos entrevistados, 15,5% da população mais idosa esteve acamada no período referenciado (LIMA-COSTA et al., 2003).

O mesmo estudo fez o levantamento das doenças crônicas em idosos. A doença crônica que teve maior frequência entre os idosos foi a hipertensão (43,9%), seguida de artrite/reumatismo (37,5%), doença do coração (19,0%), diabetes (10,3%), asma/bronquite (7,8%), doença renal crônica (6,8%), câncer (1,1%) e cirrose (0,3%). Para o grupo mais idoso, a única diferença encontrada foi que a frequência de artrite/reumatismo (44,9%) foi maior que a hipertensão (43,9%) (LIMA-COSTA et al., 2003).

Os indicadores de capacidade funcional foram divididos em: i) dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; ii) dificuldade em abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; iii) dificuldade para caminhar cerca de 1 quilometro. Sobre a dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro, 2,0% da população idosa relatou não conseguir, 4,5% disse ter grande dificuldade, 8,9% respondeu ter pequena dificuldade e 84,6 % não apresentavam dificuldade alguma. De acordo com o segundo indicador de capacidade funcional, a proporção de idosos que não consegue abaixar-se, ajoelhar-se

ou curvar-se foi de 4,4%, 18,4% tinham grande dificuldade, 25,5% pequena dificuldade e 45,2% não apresentavam dificuldade. A dificuldade para caminhar cerca de um quilômetro atingiu 41,6% dos idosos, sendo que 6,2% não conseguiam, 15,4% tinham grande dificuldade e 20,0% pequena dificuldade. Dos participantes, 51,9% não apresentavam dificuldades para caminhar cerca de um quilômetro (LIMA-COSTA et al., 2003).

Em relação a utilização dos serviços de saúde, a maioria dos idosos tiveram mais de três consultas médicas nos últimos doze meses. Para o grupo de idosos mais idosos, esse valor era ainda maior e chegava a 47,2%. Dos idosos, 9,3% foram internados pelo menos uma vez nos últimos doze meses e 4,3% duas ou mais vezes (LIMA-COSTA et al., 2003).

O Boletim PAD-MG em 2011 mapeou as doenças crônicas que acometiam a população mineira e, a partir disso, constatou que a prevalência de doenças crônicas variava entre os idosos. Cerca de 80% dos indivíduos acima de 80 anos relataram possuir pelo menos uma dessas enfermidades, enquanto no grupo de 60-79 anos a prevalência foi de 76,8%. Das doenças levantadas, a hipertensão arterial foi a que mais apareceu entre os idosos (58,3%), e chegou a 61,3% para o grupo de 80 anos ou mais e 57,7% para o grupo de 60-79 anos. Problemas na coluna (30%) foi a segunda causa de maior proporção na população, atingindo 30,7% dos idosos com 80 anos e mais e 29,9% entre os que tinham entre 60-79 anos. As doenças cardíacas atingiram 20% dos idosos, 26,3% dos idosos com mais de 80 anos e 18,9% do grupo 60-79 anos. Os idosos com diabetes correspondiam a 18,3%. A diabetes acometia 18,9% dos indivíduos com mais de 80 anos e 18,2% do grupo de 60-79 anos. Dos indivíduos entrevistados, 10% dos idosos sofriam com depressão. A depressão estava presente em 8,6% dos idosos com 80 anos e mais e em 10,2% dos com 60-79 anos. Os idosos com asma correspondiam a 5,9%, sendo que a mesma atingia 6,6% daqueles com 80 anos e mais e 5,8% com 60-79 anos. A prevalência de neoplasias foi de 2,1% na população idosa total, 3,0% entre os idosos mais idosos e 2,0% entre os idosos mais jovens. Segundo os diferenciais de sexo, a prevalência de doenças crônicas é maior entre as mulheres. Aproximadamente 81,4% das mulheres idosas apresentaram pelo menos uma doença crônica, contra 72,0% dos homens.

A autopercepção da saúde também foi um dado levantado pelo Boletim PAD – MG (2011), onde 49,6% dos idosos avaliaram sua saúde de maneira positiva, 40,8% como regular e 9,6% como ruim ou muito ruim. O estudo ainda relacionou a auto percepção da saúde com a presença de doenças crônicas e constatou que entre os indivíduos que possuíam pelo menos uma doença crônica, 39,5% avaliaram a saúde como muito boa ou boa. Entre os portadores de câncer, 36,5% avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim, enquanto os que eram livres de doenças, 84,1% mencionaram ter saúde boa ou muito boa.

Portanto, os estudos levantados sugeriram uma situação de dependência e incapacidade dos idosos. Entre os idosos mais jovens, a maior parte deles relataram sofrer com dores na coluna, hipertensão e artrite. Para os mais idosos, além do aumento dos casos na presença de uma ou mais doença crônica, os maiores acréscimos foram entre os que conviviam com artrite ou reumatismo, depressão e diabetes. Na análise temporal, os estudos mostraram que houve um aumento de idosos que auto avaliaram a saúde como boa ou muito boa. Em relação a utilização dos serviços de saúde, a maioria dos idosos tiveram mais de três consultas médicas nos últimos doze meses, o que indica um aumento ao acesso aos serviços de saúde.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Fonte de Dados

Os dados foram oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e de 2008 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Suplemento de Saúde. Desde 1987, a PNAD é realizada anualmente nos períodos intercensitários e é um inquérito de abrangência nacional, baseada em amostras probabilísticas e que em 1998, 2003 e 2008 incluiu um suplemento com questões sobre as condições de saúde e os aspectos a ela relacionados.

A realização da PNAD ocorre porque no Brasil não há um registro contínuo e os Censos são realizados apenas de dez em dez anos. O inquérito, inicialmente foi aplicado a cada três meses, com o objetivo de levantar dados socioeconômicos básicos para todo o país, com exceção do Distrito Federal, onde os dados eram coletados anualmente, e das regiões norte e centro-oeste. Após o Censo de 1970, o inquérito começou a ser aplicado anualmente e a partir de 1973 as regiões norte e centro-oeste foram incorporadas. Em 1976, após a realização do Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF), o questionário básico da PNAD foi uniformizado, com quesitos sobre os indivíduos que compunham o domicílio, ocupação, renda, escolaridade e fecundidade das mulheres com 15 anos e mais (este último quesito foi tirado do inquérito para o ano de 1979). Além do questionário básico, a PNAD conta com um suplemento cujo conteúdo varia anualmente, permitindo a análise de assuntos específicos (HAKKERT, 1996). Por conta de dificuldades operacionais, o extrato rural da região norte só foi incorporado em 2004, quando o inquérito passou a cobrir todo território nacional.

A amostra é selecionada em três estágios que se sucedem, i) Municípios, ii) Setores e iii) Unidades domiciliares, atualmente a PNAD investiga cerca de 110.000 municípios (TRAVASSOS; VIACAVA; LAGUARDIA, 2008). Os dados da PNAD são usados para análises descritivas que envolvem cálculos, comparações e interpretações de estimativas para quantidades absolutas, médias, taxas, proporções e razões populacionais (SILVA; PESSOA; LILA, 2002).

O primeiro suplemento de saúde da PNAD foi a campo em 1981 e englobava questões envolvendo temas para investigação de morbidade, uso de serviços de saúde, cobertura de vacinas, hospitalização, portadores de deficiência e incapacidade física,

além de dados sobre gastos privados em saúde e fontes de financiamento do consumo de serviços de saúde (TRAVASSOS; VIACAVA; LAGUARDIA, 2008).

Nos anos de 1998, 2003 e 2008 a PNAD incluiu questões sobre as condições da saúde da população e aspectos relacionados a ela. Entre os três períodos, respectivamente, 344.975, 384.834 e 391.868 pessoas participaram da PNAD. O suplemento de 1998 contava com seis blocos compostos por questões que com o intuito de identificar morbidade, cobertura por plano de saúde, acesso a serviços, utilização de serviços, limitações de atividades físicas para maiores de 13 anos e gastos privados com saúde. Sobre a prevalência de doenças crônicas, 15 doenças foram selecionadas, entre elas, hipertensão, depressão, câncer, entre outras. Em 1998 perguntava-se “Sr/Sra. tem...?”, devido uma possível superestimativa da prevalência de condições crônicas a questão foi modificada por “algum médico ou profissional da saúde disse que o Sr/Sra. tem...?”.

O suplemento de 2003 incorporou quesitos sobre o uso de procedimentos preventivos de câncer de mama e do útero em mulheres com idade igual ou superior a 25 anos, iguais aos quesitos do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, realizada pelo Instituto nacional do Câncer (INCA) em 2003.

Os gastos privados com saúde foram outra alteração no questionário de 2003. Esse bloco de questões apareceu somente em 1998, em 2003 ele foi extraído do inquérito.

O questionário de 2008 manteve a estrutura dos Suplementos anteriores, porém com a inclusão de temas referentes aspectos comportamentais relacionados à saúde, como tabagismo e sedentarismo. Outros temas incluídos também nesse suplemento foram: violência, uso de cinto de segurança, acidente de trânsito, atendimento de emergência no domicílio e cadastramento no programa Saúde da Família.

Para o estudo lançaremos mão das PNADs de 1998 e 2008 com a finalidade de se obter um padrão em exatos 10 anos.

Selecionou-se todos os indivíduos idosos (60 anos e mais), de ambos os sexos que apresentam as informações das variáveis pertencentes ao estudo. Sendo assim, a amostra considerada para o ano de 1998 foi de 13.927.095 idosos para o Brasil, dentre eles, 473.020 na região norte, 3.887.754 na região nordeste, 6.669.816 na região

sudeste, 2.176.231 na região sul e 720.274 na região centro-oeste e em 2008 de 21.030.606 idosos no Brasil, dos quais, 1.111.806 na região norte, 5.377.027 na região nordeste, 9.961.405 na região sudeste, 3.301.590 na região sul e 1.278.778 na região centro-oeste.

3.2. Variáveis

As variáveis foram selecionadas em três grupos: o demográfico, o socioeconômico e o de condições de saúde.

O demográfico foi dividido em: idade (60 a 79 anos, 80 anos e mais), sexo, cor da pele (branca, preta, amarela, parda ou indígena), arranjos domiciliares (mora sozinho, mora acompanhado), tipo de família (casal com filhos, mãe com filhos e outros tipos de família), condição na família (pessoa de referência, cônjuge, outro parente e não parente) e situação de domicílio (urbano, rural).

O socioeconômico foi classificado em: escolaridade (sem escolaridade, 1 a 4, 5 ou mais anos de estudo), renda (rendimento mensal familiar *per capita*: menor de 1 salário mínimo (SM), 1 a 3 SM, 4 a 5 SM, maior que 5 SM), fonte de renda (aposentado, pensionista: sim, não) e ocupação/exerce trabalho remunerado (sim, não). O valor do salário mínimo em 1998 era de R\$130,00 e em 2008 de R\$415,00.

As condições de saúde foram avaliadas por meio da: autoavaliação da saúde (boa, regular e ruim), capacidade funcional (se tem dificuldade em subir ladeira ou escada: não tem dificuldade, tem pequena dificuldade, tem grande dificuldade, não consegue), presença de doenças crônicas (artrite ou reumatismo, câncer, bronquite ou asma, doenças do coração, depressão, diabetes e hipertensão) e indicadores de serviços de saúde: internações hospitalares nos últimos 12 meses (sim, não), consulta médica nos últimos 12 meses (sim, não).

3.3 Análise estatística

Realizou-se estatísticas descritivas com cada variável pertencente ao estudo e medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas foram calculadas.

Construíu-se tabelas de contingência com as variáveis demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde segundo a população total e por grandes

regiões, grupos etários (60-79, 80 anos ou mais) e sexo. Para verificar se as proporções das características demográficas, socioeconômicas e de saúde são diferentes segundo as regiões, grupos etários e sexo realizamos teste de qui-quadrado com correção de Rao-Scott, considerando um nível de significância de 5%.

Para garantir a representatividade da população total foram incorporados aos dados os pesos para a expansão da amostra. Dados oriundos de pesquisas amostrais complexas são usados, frequentemente, para estimar médias, taxas e proporções. A utilização dos pesos amostrais permite que se obtenham estimativas não viciadas para os parâmetros populacionais.

As análises dos dados foram realizadas usando os procedimentos de pesquisa do *software* R versão 3.1.1 e Microsoft Excel.

4. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA E MAIS IDOSA BRASILEIRA NO PERÍODO ENTRE 1998 E 2008

Esse capítulo se propõe a apresentar a descrição das características demográficas, socioeconômicas e de saúde da população idosa no Brasil e segundo Grandes Regiões, no período de 1998 a 2008. Adicionalmente, comparou-se os resultados do presente estudo com outros estudos realizados no Brasil.

4.1 Análise das características demográficas e socioeconômicas da população idosa e mais idosa brasileira e por Grandes Regiões em 1998 e 2008

A cor da pele é um importante fator de análise das características da população idosa, afinal, para muitos autores, a relação complexa entre cor/raça com os marcadores sociais reflete a distribuição desigual de fatores de risco, proteção e de agravo à saúde (KRIEGER, 2011; CLARKE; SMITH, 2011). Foram encontradas diferenças significativas na cor de pele entre os idosos de 60-79 anos por região (Tabela 5). A maior parte da população idosa nas regiões sudeste, sul e centro-oeste se autodenominaram como brancos. Já as regiões nordeste e norte, a maioria da população desse grupo etário é parda. Idosos pardos e pretos, pelo decorrer de seu ciclo de vida, permanecem na ausência de equidade com uma pior situação econômica em comparação aos brancos (VICTORA et al., 2011; VERAS, 2007).

Para entender as características socioeconômicas da população tornou-se necessário fazer um levantamento dos anos de estudo. Na população de 1998 que tinha entre 60-79 anos, apenas os que viviam nas regiões sul e sudeste tinham em maior frequência com cinco anos ou mais de estudo (45,0% sul e 47,6% sudeste). Para as regiões norte, nordeste e centro-oeste, a maioria dos idosos não tinha escolaridade (46,9%, 58,8% e 42,7%, respectivamente) (Tabela 5). Os resultados do presente estudo apontam para uma maior escolaridade dos idosos mais jovens que residem nas regiões mais desenvolvidas do Brasil em 1998. Segundo Peres (2011), o nível da escolaridade do idoso é resultado do sistema de educação dos anos 30 e 40, quando o acesso à escola era restrito a um pequeno seguimento da população. Ainda, quando falamos em educação, os maiores investimentos são em crianças e adolescentes no contexto do mundo capitalista. Não há uma prioridade em desenvolver um projeto educacional mais elaborado destinado especificamente aos mais velhos numa sociedade que adotou

métodos pedagógicos destinados à formação nas primeiras fases da vida (PERES, 2011). Outro importante fator para se compreender a condição socioeconômica do idoso é o rendimento familiar, que, no presente estudo, categorizamos em salários mínimos. Para as regiões sul e sudeste, os idosos de 60-79 anos em 1998 tinham em maior frequência seus rendimentos familiares superiores a cinco salários mínimos (40,3% e 49,1%, respectivamente). Para as demais regiões, a maioria tinha entre 1-3 salários mínimos (44,1% norte, 58,5% nordeste e 42,3% centro-oeste) (Tabela 5). Assim como observado na escolaridade, a maior renda foi encontrada para as regiões mais desenvolvidas do Brasil. A renda é um importante determinante de vários aspectos da vida dos indivíduos idosos. Segundo os estudos de Lima-Costa et al. (2003), para o Brasil, mesmo quando as diferenças na renda mensal familiar são poucas, estas são suficientes para indicar uma piora nas condições de saúde, na mobilidade física e mais difícil acesso aos serviços de saúde. Camarano (2002) ressalta que, apesar de existirem tais diferenças, são os idosos mais jovens que, em diferentes momentos, sua renda que propicia um maior suporte familiar por conta da universalização dos programas de suporte familiar inseridos a partir da década de 1990.

Apesar de alguns se manterem no mercado de trabalho, a principal fonte de rendimento dos idosos de 60-79 anos em 1998 foi a aposentadoria, sendo mais frequente na região nordeste (72,2%), seguida pela região sul (68,6%), centro-oeste (57,7%), norte (57,6%) e sudeste (57%) (Tabela 5). Com relação aos arranjos domiciliares, as maiores porcentagens de idosos que moravam sozinhos foram observadas nas regiões sul (12,2%), centro-oeste (11,2%) e sudeste (11,2%) e as menores nas regiões nordeste (9,6%) e norte (7,5%). O idoso morar sozinho implica na não necessidade de ter uma pessoa responsável por ajudá-lo em suas atividades diárias, ou seja, indica que esse indivíduo é independente e consegue realizar suas atividades sem necessitar de um maior suporte. A análise dos tipos de família nos permite concluir que entre o grupo de 60-79 anos, a porcentagem de idosos que moravam sozinhos só não é mais elevada porque a maior parcela da população morava com seus cônjuges e filhos (67,4% norte, 66,8% nordeste, 66% sudeste, 69,2%, sul, 65,8% centro-oeste). Medeiros e Osório (2000) apontam a diminuição dos arranjos familiares tendo como base dois determinantes, a estrutura demográfica da população, que define o estoque, e seus padrões de formação de arranjo, que podem sofrer variações independentes das

variações do estoque, como, por exemplo, união ou separação (Tabela 5). A grande maioria dos idosos de 60-79 anos, em 1998, moravam na zona urbana. A análise da distribuição espacial é de extrema importância visto que uma população urbana tem um acesso mais facilitado aos diversos serviços, como os de saúde (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição relativa (%) das características demográficas e socioeconômicas dos idosos de 60-79 anos, segundo grandes regiões, 1998

Faixa etária		60-79 anos				
Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p-valor
Cor da Pele						
Branca	28,4	34,7	70,3	86,7	53,0	0,000
Amarela/Indígena	0,6	0,2	1,8	0,9	2,0	
Parda	65,8	57,6	20,0	9,5	39,6	
Preta	5,1	7,6	7,9	2,9	5,4	
Anos de Estudo						
Sem Escolaridade	46,9	58,8	29,9	28,2	42,7	0,000
1-4 anos	24,4	19,7	22,5	26,8	22,5	
5 anos e mais	28,7	21,6	47,6	45,0	34,8	
Renda Familiar						
Menor de 1 SM	5,0	3,2	1,7	2,0	3,1	0,000
1-3 SM	44,1	58,5	31,0	39,1	42,3	
4-5 SM	19,7	16,0	18,2	18,6	19,2	
Maior que 5 SM	31,1	22,3	49,1	40,3	35,4	
Exerce Trabalho Remunerado						
Sim	30,9	34,1	24,1	30,9	33,0	0,000
Aposentados						
Sim	57,6	72,2	57,0	68,6	57,7	0,000
Pensionista						
Sim	11,1	10,7	18,4	19,5	12,4	0,000

Situação de Domicílio						
Rural	5,2	38,6	11,4	25,6	20,1	0,000
Urbana	94,8	61,4	88,6	74,4	79,9	
Arranjos Domiciliares						
Mora sozinho	7,5	9,6	11,2	12,2	11,2	0,000
Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p-valor
Tipos de Família						
Casal com filhos	67,4	66,8	66,0	69,2	65,8	0,011
Mãe com filhos	14,9	12,9	13,2	10,5	13,8	
Outros tipos de família	17,6	20,3	20,7	20,3	20,4	

Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998). SM=salário mínimo.

Assim como no grupo de idosos mais jovens, para os idosos maiores de 80 anos, nas regiões sudeste, sul e centro-oeste a maioria era composta por brancos (74,5%, 87,4% e 50,5%, respectivamente). Já nas regiões norte e nordeste a maioria era parda (60,4% e 54,5%, respectivamente). Com relação aos anos de estudo há uma diferença significativa com relação aos idosos mais jovens. Entre os idosos mais idosos, para todas as regiões, a maioria não possuía escolaridade. Isso é esperado, pois, a população de idosos mais idosos teve, no passado, ainda menos acesso à educação. A renda familiar, com exceção da região sudeste, onde a maioria dos idosos tem renda superior a cinco salários mínimos (44,9%), nas demais regiões, a maior proporção dos idosos mais idosos possuem uma renda entre 1-3 salários (51% no norte, 67,6% no nordeste, 47,4% no sul, 46,8% no centro-oeste). A fonte de renda da maioria dos idosos era oriunda da aposentadoria. No grupo dos idosos mais idosos existem menos indivíduos exercendo alguma atividade remunerada. Sobre a situação de domicílio, os idosos com idade superior a 80 anos moravam na zona urbana, assim como observado entre os idosos mais jovens. A porcentagem de idosos que moravam sozinhos também aumentou, apesar de ter uma grande proporção de idosos mais idosos casados em todas as regiões (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição relativa (%) das características demográficas e socioeconômicas dos idosos de 80 anos e mais, segundo grandes regiões, 1998

Faixa etária	80 anos e mais					
Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p-valor
Cor da Pele						
Branca	35,6	37,6	74,5	87,4	50,5	0,000
Amarela/Indígena	0,0	0,1	2,6	1,9	3,0	
Parda	60,4	54,5	15,8	8,1	39,7	
Preta	3,9	7,8	7,2	2,5	6,8	
Anos de Estudo						
Sem Escolaridade	60,1	74,7	43,9	41,6	67,1	0,000
1-4 anos	17,6	13,1	19,5	24,3	15,7	
5 anos e mais	22,3	12,2	36,6	34,0	17,2	
Renda Familiar						
Menor de 1 SM	1,8	0,6	1,0	1,5	0,5	0,000
1-3 SM	51,0	67,6	39,3	47,4	46,8	
4-5 SM	16,3	13,6	14,7	17,2	16,5	
Maior que 5 SM	30,8	18,3	44,9	34,0	36,1	
Exerce Trabalho Remunerado						
Sim	5,0	10,2	4,7	7,4	6,7	0,000
Aposentados						
Sim	79,5	88,8	64,4	72,9	84,6	0,000
Pensionista						
Sim	13,2	10,0	30,1	29,7	11,4	0,000
Situação de Domicílio						
Rural	5,6	38,8	10,8	19,2	15,5	0,000
Urbana	94,4	61,2	89,2	80,8	84,5	
Arranjos Domiciliares						
Mora sozinho	6,4	16,1	18,9	18,7	15,3	0,006

Continuação

Faixa etária		80 anos e mais				
Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p-valor
Tipos de Família						
Casal com filhos	55,9	52,0	47,1	53,4	45,7	0,026
Mãe com filhos	18,6	15,4	14,9	12,2	16,0	
Outros tipos de família	25,5	32,6	37,9	34,4	38,3	

Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998). SM=salário mínimo.

Para entender melhor a condição do idoso na família relacionamos o tipo de família com a condição na família, e foi observado que na maioria dos casos, os idosos, em ambos grupos etários, são vistos como pessoa de referência (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família por condição na família, segundo idade, 1998

Faixa etária		60-79 anos				80 anos e mais				
Tipo\Condição	Pessoa de	Não		Outro	p-valor	Pessoa de	Não		Outro	p-valor
na família	Referência	Cônjuge	Parente	Parente		Referência	Cônjuge	Parente	Parente	
Casal com filhos	54,8	36,8	0,3	8,1	0,000	44,8	16,4	1,0	37,8	0,000
Mãe com filhos	87,2	0,0	0,6	12,2		71,1	0,0	2,0	26,9	
Outros tipos de família	84,3	0,0	0,8	14,9		74,5	0,0	0,9	24,6	

Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

A Tabela 8 mostra as características demográficas e socioeconômicas dos idosos, segundo grupos etários e sexo, 1998. A relação entre sexo e cor de pele mostra uma pequena diferença entre os sexos para ambos grupos etários, onde a maioria é composto por idosos que se autodeclararam de cor branca, tanto para o grupo mais jovem quanto para o mais idoso. Os diferenciais por sexo dos anos de estudo diminuíram com o passar da idade em 1998. Para o grupo de 60-79 anos, a maioria das mulheres não possuíam escolaridade, enquanto que a maior parte dos homens tinham cinco ou mais anos de estudo. Na faixa etária de 80 anos e mais, em ambos os casos, a maioria não possui escolaridade. O mesmo acontece com a relação entre renda e sexo. As mulheres com idade entre 60-79 anos possuíam renda entre 1-3 salários mínimos com maior frequência, enquanto a renda da maior parte dos homens era superior a cinco salários. Entre os idosos mais idosos, para ambos os sexos, a renda familiar entre 1-3 salários mínimos era a mais predominante.

Sobre a fonte de renda, a maioria dos homens de 60-79 anos exercia alguma atividade remunerada. A maior parte dos idosos recebiam aposentaria, mas a porcentagem era maior entre os homens. Por sua vez, a proporção de indivíduos que recebiam pensão era maior entre as mulheres. Camarano et al. (1999) descreve que a importância dos programas de seguridade aumenta com a idade, principalmente entre as mulheres. Wong e Carvalho (2006) levantam a discussão sobre a tendência de idosos retornarem ao mercado de trabalho após ter se aposentado, como forma de complementar sua renda.

Os idosos para ambos grupos etários moravam e em maior proporção na área urbana. A porcentagem de idosos que moravam sozinhos aumentou com a idade, mas era maior entre as mulheres do que entre os homens. Uma possível explicação se deve ao fato de que as mulheres uma vez viúvas escolhem não se casar novamente. Lebrão e Laurenti (2005) apontam que esse fenômeno ocorre porque os homens recasam em uma proporção muito maior que as mulheres. O aumento da quantidade de idosos morando sozinhos com o avançar da idade evidencia uma situação cada vez maior de independência do idoso em relação a um período passado (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007). Entretanto, a necessidade de auxílio faz com que os idosos busquem viver com alguém (PEDRAZZI et al., 2010), fato muitas vezes relacionado

Sim	14,9	45,2	0,000	3,1	13,2	0,000
Aposentados						
Sim	52,1	76,2	0,000	61,9	95,9	0,000
Pensionista						
Sim	27,9	1,4	0,000	35,0	1,4	0,000
Situação de Domicílio						
Rural	19,3	23,8	0,000	17,9	26,4	0,000
Urbana	80,7	76,2		82,1	73,6	
Arranjos Domiciliares						
Mora sozinho	13,7	7,3	0,000	20,8	11,8	0,000
Tipos de Família						
Casal com filhos	52,5	84,1	0,000	36,7	70,8	0,000
Mãe com filhos	22,7	0,8		22,8	2,2	
Outros tipos de família	24,8	15,1		40,5	26,9	

Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998). SM=salário mínimo.

A Tabela 9 apresenta as características demográficas e socioeconômicas dos idosos, segundo grandes regiões e idade de 60 a 79 anos no ano de 2008. Os dados observados para cor de pele entre os idosos mais jovens em 1998 se repetem para o mesmo grupo em 2008. Ainda, as regiões com maior proporção de idosos entre 60-79 anos que se autodeclararam brancos foram a sudeste (68,7%), seguido da sul (81,1%) e centro-oeste (47,3%). Nas regiões norte e nordeste, as maiores porcentagens são de pardos (67,5% e 58,3%, respectivamente). Quanto à escolaridade, as regiões norte e nordeste concentram a maior parte da população idosa de 60-79 anos sem escolaridade (43,1%, 49,8%, respectivamente), apesar dessa porcentagem ser menor em relação a 1998. No decorrer do tempo, o aumento da escolaridade é um fenômeno de coorte, ou seja, reflete o aumento da escolaridade do passado (CAMARANO, 2001). O acesso à escola por meio de programas sociais de inserção e universalização do ensino básico, garante que haja um aumento proporcional de idosos com maior escolaridade.

Sobre a questão da renda familiar, a maior parte dos idosos recebe entre 1 e 3 salários mínimos, com exceção da região sudeste, na qual a maior parte dos idosos recebem mais de cinco salários, sendo que a maior parte da fonte de renda proveniente da aposentaria. Nota-se um aumento da quantidade de pensionistas e para as regiões norte e sudeste, também aumentou a porcentagem de idosos que exerciam atividade remuneradas. A maioria da população de 60-79 anos em 2008 residia na zona urbana. Observa-se um aumento da proporção dos idosos que vivem sozinhos em comparação com 1998 para todas as regiões. É possível que a diminuição no tamanho da família, como consequência do declínio nas taxas de fecundidade, associado às mudanças no estilo de vida das pessoas (individualismo, independência, ausência de filhos, descasamentos, estabilidade financeira etc), também tenha contribuído para aumentar a proporção de idosos morando sozinhos (ALVES, 2004). Com relação aos tipos de família, a maioria ainda é constituída por casais com filhos, assim como observado em 1998.

Tabela 9 - Distribuição relativa (%) das características demográficas e socioeconômicas dos idosos, segundo grandes regiões, 60-79 anos, 2008

Faixa etária		60-79 anos				
Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p-valor
Cor da Pele						
Branca	23,8	32,2	63,7	81,1	47,3	0,000
Amarela\Indígena	1,9	0,6	1,8	1,2	1,7	
Parda	67,5	58,3	26,5	14,3	44,0	
Preta	6,8	8,9	8,0	3,5	7,0	
Anos de Estudo						
Sem Escolaridade	43,1	49,8	20,8	20,3	34,4	0,000
1-4 anos	21,4	18,0	19,1	23,7	21,0	
5 anos e mais	35,5	32,2	60,1	56,1	44,6	
Renda Familiar						
Menor de 1 SM	3,1	2,9	1,9	1,4	2,9	0,000

1-3 SM	51,0	60,0	36,6	41,8	46,0	
4-5 SM	23,9	21,0	24,3	24,8	21,4	
Maior que 5 SM	22,1	16,2	37,2	32,1	29,8	
Exerce Atividade Remunerada						
Sim	35,1	32,3	26,2	29,5	31,7	0,000
Aposentados						
Sim	58,8	71,1	61,5	71,7	54,9	0,000
Pensionista						
Sim	12,6	15,1	18,4	19,3	13,9	0,000
Situação de Domicílio						
Rural	29,6	31,1	8,2	20,4	16,1	0,000
Urbana	70,4	68,9	91,8	79,6	83,9	
Arranjos Domiciliares						
Mora sozinho	9,7	11,4	13,6	14,3	13,9	0,000
Tipos de família						
Casal com filhos	66,6	63,1	63,3	67,9	65,6	0,000
Mãe com filhos	13,7	15,2	13,5	9,8	12,2	
Outros tipos de família	19,7	21,7	23,2	22,3	22,2	

Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008). SM=salário mínimo.

A Tabela 10 mostra os resultados da distribuição relativa das características demográficas e socioeconômicas para os idosos de 80 anos e mais. Entre os idosos mais idosos em 2008, a maioria se autodeclarou com cor da pele branca nas regiões sudeste (70,6%), sul (85,6%) e centro-oeste (49,5%) e parda nas regiões norte e nordeste (61,5% e 52,7%, respectivamente). Indivíduos desse grupo etário com maior nível de escolaridade em número relativos foram encontrados nas regiões sudeste (46,2%) e sul (44,3%). Nas demais regiões, a maior parte da população não possuía escolaridade (59,4% no norte, 66% no nordeste e 55,6% no centro-oeste). Para o ano da pesquisa, todos os idosos com 80 anos e mais tinham renda familiar de 1-3 salários mínimos *per*

capita em todas as regiões (51,6% norte, 65,9% nordeste, 39,4% sudeste, 43,8% sul e 51,5% centro-oeste). Com isso, observamos o aumento da disparidade social no território brasileiro, pois esse grupo apresenta renda inferior ao grupo mais jovem e aos idosos de 80 anos e mais da pesquisa anterior. Para os idosos mais idosos, em 2008, a porcentagem dos que trabalham era menor ao compararmos com os idosos mais jovens. Camarano (2001) faz uma análise dos dados do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) na qual relata uma relação da escolaridade e o mercado de trabalho, grupos com escolaridades mais elevadas tendiam a permanecer no mercado de trabalho por mais tempo, porém os aposentados trabalhavam menos que os não-aposentados. Observa-se uma alta proporção dos idosos que vivem em área urbana e um aumento dos idosos que moram sozinhos em 2008 comparado à 1998. Porém, a grande maioria dos idosos com 80 anos e mais, vivem com cônjuges e filhos para o mesmo grupo com relação à pesquisa anterior. Da Silva et al (2004), em seu estudo já apontava o crescente número de famílias nucleares formadas por idosos, seguido pelos casos de famílias formadas por apenas um dos cônjuges. O mesmo foi observado para ambos os períodos e grupos analisados.

Tabela 10 - Distribuição relativa (%) das características demográficas e socioeconômicas dos idosos, segundo grandes regiões, 80 anos e mais, 2008

Faixa etária		80 anos e mais				
Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p-valor
Cor da Pele						
Branca	29,1	38,1	70,6	85,6	49,5	0,000
Amarela\Indígena	1,6	0,4	2,2	1,4	1,7	
Parda	61,5	52,7	19,9	9,7	38,4	
Preta	7,8	8,8	7,2	3,2	10,4	
Anos de Estudo						
Sem Escolaridade	59,4	66,0	35,6	32,4	56,6	0,000
1-4 anos	19,5	12,8	18,2	23,3	16,7	
5 anos e mais	21,0	21,2	46,2	44,3	26,7	
Renda Familiar						
Menor de 1 SM	0.9	0.5	0.8	0.4	0.9	0.000

1-3 SM	51,6	65,9	39,4	43,8	51,5	
4-5 SM	22,2	19,4	22,7	22,9	19,8	
Maior que 5 SM	25,3	14,1	37,2	33,0	27,8	
Exerce Atividade Remunerada						
Sim	7,2	8,0	4,7	5,4	9,5	0,000
Aposentados						
Sim	74,7	79,8	67,3	73,8	65,2	0,000
Pensionista						
Sim	19,4	21,8	34,2	38,1	28,1	0,000
Situação de Domicílio						
Rural	19,4	29,3	6,5	16,3	14,0	0,000
Urbana	80,6	70,7	93,5	83,7	86,0	
Arranjos Domiciliares						
Mora sozinho	13,5	16,5	19,9	22,7	15,5	0,000
Tipos de Família						
Casal com filhos	47,6	48,3	46,5	46,7	49,8	0,033
Mãe com filhos	16,7	17,7	15,8	12,9	16,3	
Outros tipos de família	35,8	34,0	37,6	40,4	33,9	

Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008). SM=salário mínimo.

Na maioria dos tipos de família o idoso é a pessoa de referência, mostrando a importância do seu papel na composição familiar. Com o avançar da idade, há um aumento da proporção do idosos na condição de outro parente, mas a porcentagem ainda é inferior à pessoa de referência (Tabela 11). Segundo Camarano; Kanso e Mello (2004) a família é vista como a fonte de apoio informal mais direta para a população idosa. Reconhecer a pessoa de maior idade como pessoa de referência mostra a importância econômica dessa parcela na população. Nesse ponto se vê uma inversão, o idoso como aquele que dá suporte financeiro para a família, quando o mais provável seria que a família oferecesse suporte ao idoso.

Tabela 11 - Distribuição relativa (%) dos tipos por condição na família por faixas etárias, 2008

Faixa etária		60-79 anos				80 anos e mais				
Tipo\Condição na família	Pessoa de Referência	Cônjuge	Não Parente	Outro Parente	p-valor	Pessoa de Referência	Cônjuge	Não Parente	Outro Parente	p-valor
Casal com filhos	53,6	40,4	0,3	5,8		44,7	23,0	1,2	31,1	
Mãe com filhos	86,7	0,0	0,5	12,7	0,000	70,3	0,0	1,1	28,5	0,000
Outros tipos de família	85,2	0,0	0,9	13,9		72,2	0,0	0,7	27,2	

Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

A Tabela 12 apresenta as características demográficas e socioeconômicas dos idosos, segundo grupos de idade e sexo em 2008. Como observado para 1998, a maior parte da população idosa de 2008 se autodenominou de cor da pele branca, independente do sexo e grupos de idade. Com relação à escolaridade, para ambos os sexos, os idosos mais jovens eram os que tinham maior escolaridade. Em contrapartida, os idosos mais idosos eram os que possuíam em sua maioria ausência de escolaridade. A maior proporção de idosos tinham renda familiar de 1-3 salários mínimos nos dois grupos etários e em ambos os sexos. Com relação a fonte de renda, para o grupo de 60-79 uma boa parte dos homens exerciam atividade remunerada (42,6%), mas muitos também recebiam aposentadoria (75,6%). Já para os grupos dos idosos mais idosos há uma diminuição da proporção dos idosos que exercem atividade remunerada e aumento dos que recebem aposentadoria. Entretanto, esse era um resultado esperado uma vez que idosos mais idosos possuem menos condições de saúde favoráveis a execução de atividades laborais por longos períodos. Porém, o que mais chama a atenção é o caso das mulheres pelo fato de muitas viverem com a renda da previdência, dentre as quais 58,1% do total das mulheres de 80 anos e mais recebem aposentadoria, 46% do total de mulheres recebem pensão. Em ambos os sexos, a maioria dos idosos moravam em área urbana, apesar da proporção ser menor que em 1998, com exceção para as mulheres entre 60-79 anos com uma porcentagem maior que a da pesquisa anterior. A proporção dos que moravam sozinhos era maior entre as mulheres do que entre os homens e as diferenças nas proporções se mostraram estatisticamente significativas. A maioria daqueles que residiam com o cônjuge e filhos são os idosos mais jovens de ambos os sexos e os homens do grupo dos idosos mais idosos. As mulheres com 80 anos e mais, em sua maioria, moram com outros parentes. Tal processo se associa ao fenômeno da feminização do envelhecimento populacional, também abordado no Boletim PAD-MG (2011). Os idosos mais jovens vivem em sua maioria com seus cônjuges, o mesmo não ocorre entre os mais idosos por conta da maior mortalidade entre homens do que entre as mulheres para esse grupo. Portanto, o número de mulheres, principalmente as mais idosas, que vivem com outro parente, pode ser associado a processo de fragilidade desse grupo específico.

Tabela 12 - Distribuição relativa (%) das características demográficas e socioeconômicas dos idosos, segundo faixas etárias, 2008

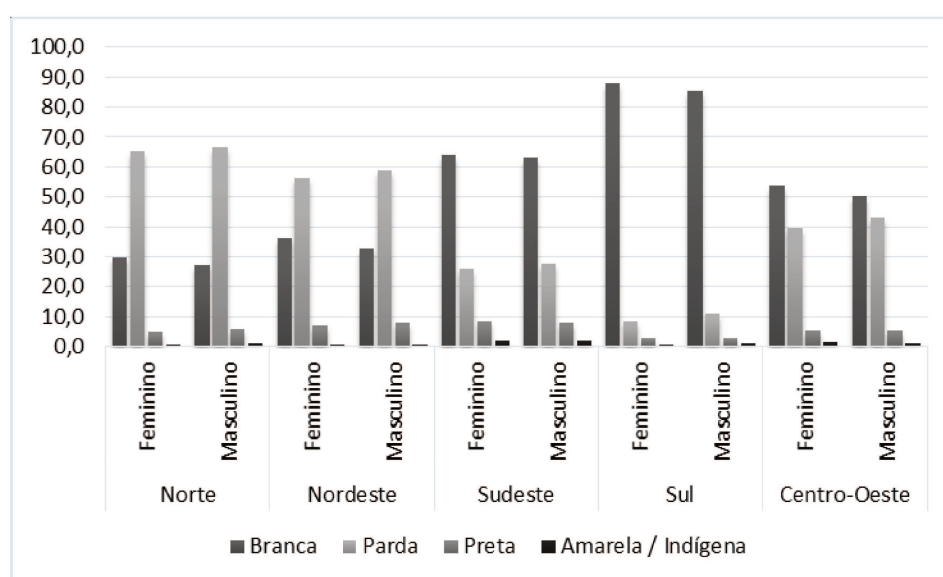
Faixa etária	60-79 anos			80 anos e mais		
Região	Feminino	Masculino	p-valor	Feminino	Masculino	p-valor
Cor da Pele						
Branca	56,7	53,8	0,000	62,6	57,4	0,000
Amarela\Indígena	1,4	1,4		1,6	1,5	
Parda	34,4	37,6		28,3	34,3	
Preta	7,4	7,3		7,5	6,9	
Anos de Estudo						
Sem Escolaridade	30,8	29,1	0,002	46,8	44,5	0,268
1-4 anos	19,7	19,9		17,1	17,9	
5 anos e mais	49,4	51,0		36,1	37,7	
Renda Familiar						
Menor de 1 SM	2,0	2,4	0,000	0,7	0,5	0,008
1-3 SM	46,1	42,9		47,4	50,7	
4-5 SM	23,8	22,7		21,2	22,3	
Maior que 5 SM	28,1	32,0		30,6	26,5	
Exerce Atividade Remunerada						
Sim	18,1	42,6	0,000	2,9	11,2	0,000
Aposentados						
Sim	56,4	75,6	0,000	58,1	94,4	0,000
Pensionista						
Sim	28,1	3,6	0,000	46,0	4,8	0,000
Situação de Domicílio						
Rural	15,1	20,5	0,000	13,9	17,7	0,000
Urbana	84,9	79,5		86,1	82,3	
Arranjos Domiciliares						
Mora sozinho	15,8	9,5	0,000	22,0	13,7	0,000

Tipo de família						
Casal com filhos	50,4	81,5		33,3	69,8	
Mãe com filhos	23,1	1,1	0,000	24,5	2,2	0,000
Outros tipos de família	26,5	17,4		42,2	27,9	

Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008). SM=salário mínimo.

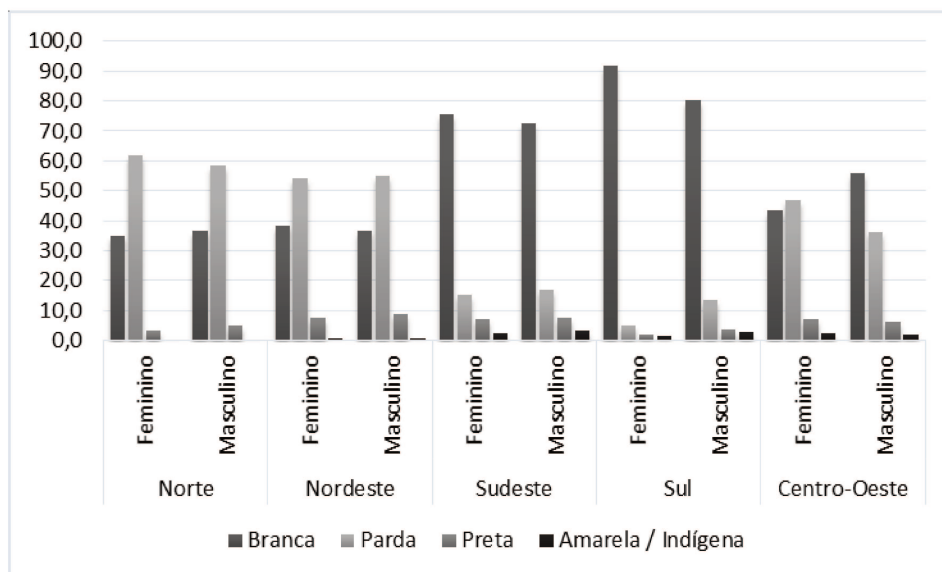
Os resultados das análises das diferenças da cor de pele por sexo e grandes regiões mostram que o grupo etário de 60-79 anos no ano de 1998 apresentou uma diferença significativa na região sul, com uma proporção de brancos superior e distinta das demais regiões e que diminuiu no ano de 2008. Para o grupo de 80 anos e mais, em 1998, a região sudeste acompanha a região sul no que diz respeito à elevada porcentagem de brancos, tendência essa semelhante para o ano de 2008 (Gráficos 31 a 34). Oliveira (et al, 2014) faz uma análise relacionando a cor ao acesso a saúde, na qual ele infere que as mudanças políticas e econômicas as quais o país vem enfrentando, com a redução proporcional da população na faixa da miséria e maior acesso a bens de consumo da população de menor poder aquisitivo, não eliminaram as desigualdades nas condições de vida e saúde entre os diferentes grupos étnicos que compõe a população brasileira, portanto, a cor de pele também é um fator de acesso.

Gráfico 31 - Distribuição relativa (%) da cor de pele, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998



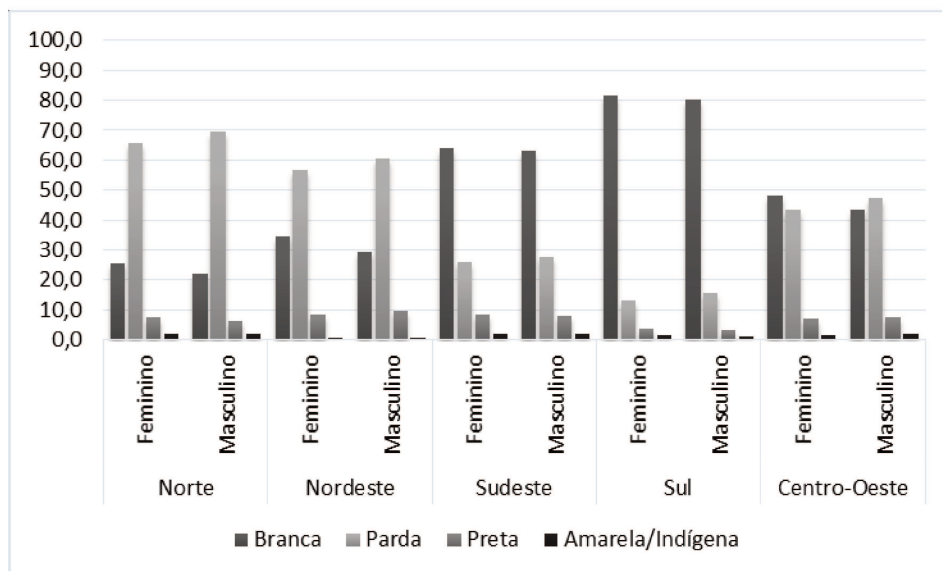
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 32 - Distribuição relativa (%) da cor de pele, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998



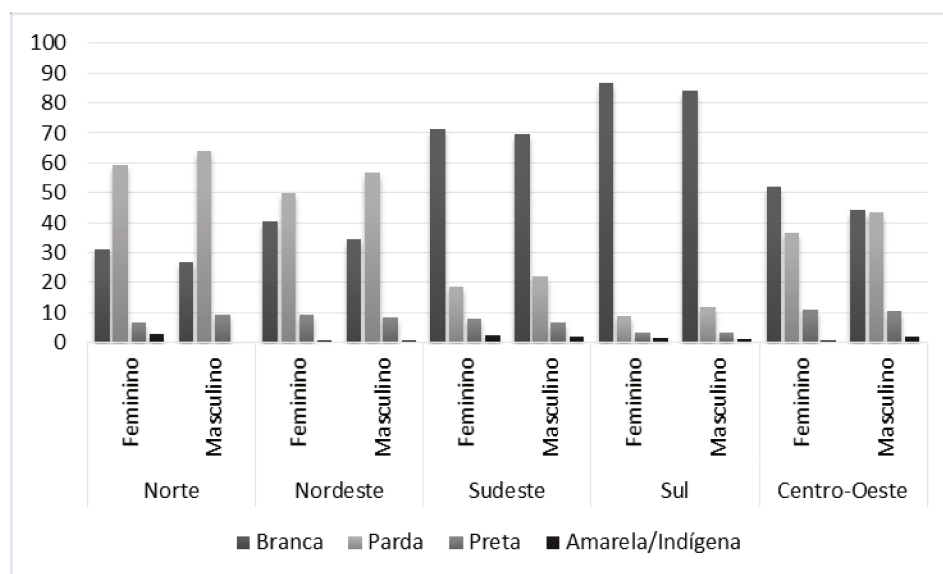
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 33 - Distribuição relativa (%) da cor de pele, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

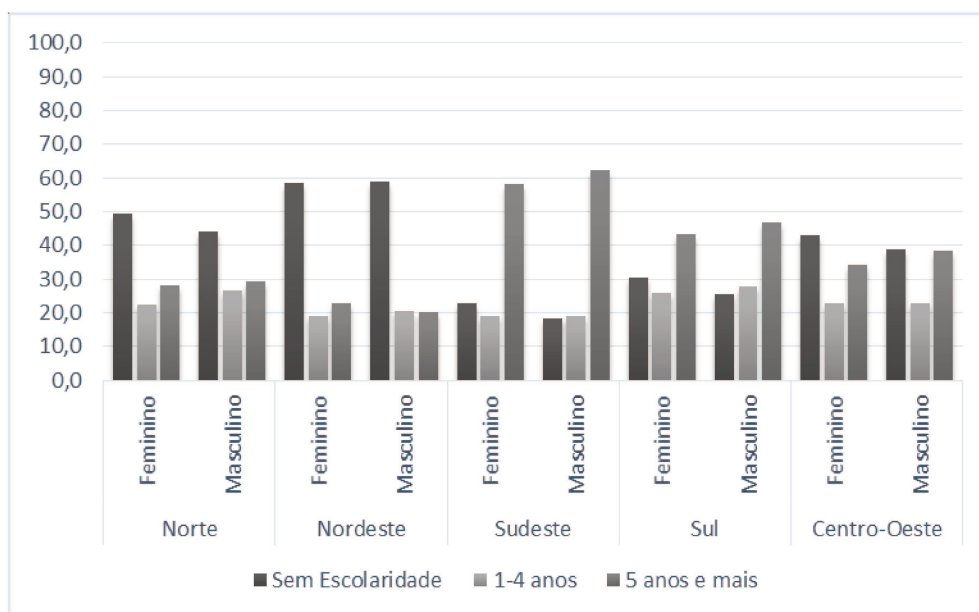
Gráfico 34 - Distribuição relativa (%) da cor de pele, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

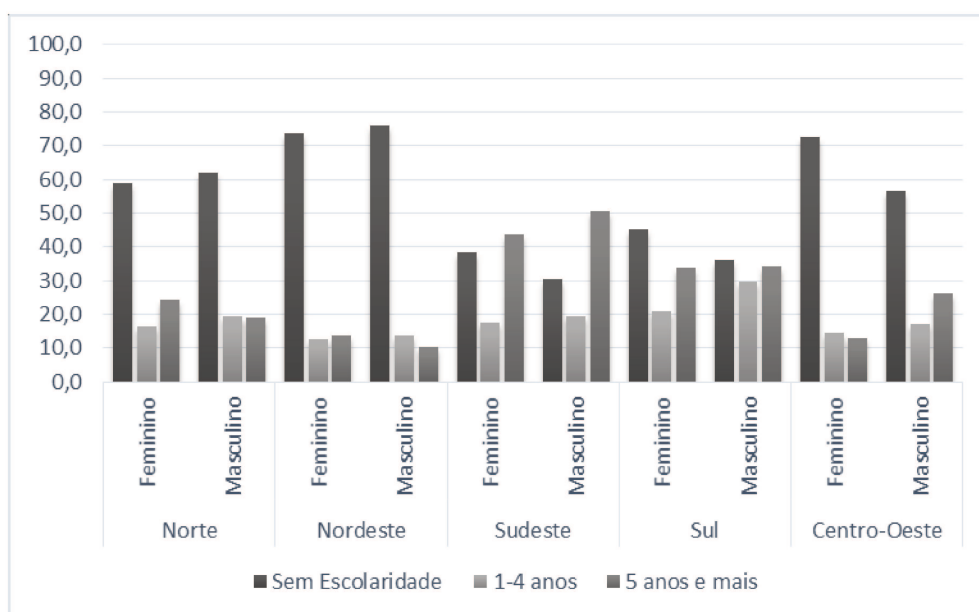
Os Gráficos 35 e 37 mostram que as diferenças de anos de estudo por sexo eram pouco expressivas em 1998 e 2008 para o grupo de 60-79 anos. Entre os idosos mais idosos, em 1998, algumas diferenças de sexo por região foram significativas (Gráfico 36). Na região sudeste, a população masculina apresentou um nível de escolaridade superior, com uma maior proporção de homens com 5 anos de estudo ou mais e maior do as mulheres. Na região centro-oeste, a porcentagem de mulheres sem escolaridade foi superior aos homens. Esse achado reforça o fato de que no passado, as mulheres tinham menos acesso às escolas do que os homens, mas a universalização da educação básica tende a aumentar esses valores. Em 2008, para o grupo de idosos com idade entre 80 anos e mais, as diferenças no sudeste se assemelham, mas as diferenças da região centro-oeste se atenuam (Gráfico 38). De 1998 para 2008, entre os idosos mais jovens, nota-se uma pequena alteração com diminuição da porcentagem dos idosos com os menores níveis de escolaridade, com um aumento significativo da porcentagem que reflete as maiores escolaridades, com exceção da região sudeste, que já exibia altas porcentagens em 1998 (Gráfico 37). Entre os mais idosos, a proporção das menores escolaridades também diminui com o tempo, porém o aumento das escolaridades maiores não é tão evidente (Gráfico 38).

Gráfico 35 - Distribuição relativa (%) da escolaridade, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998



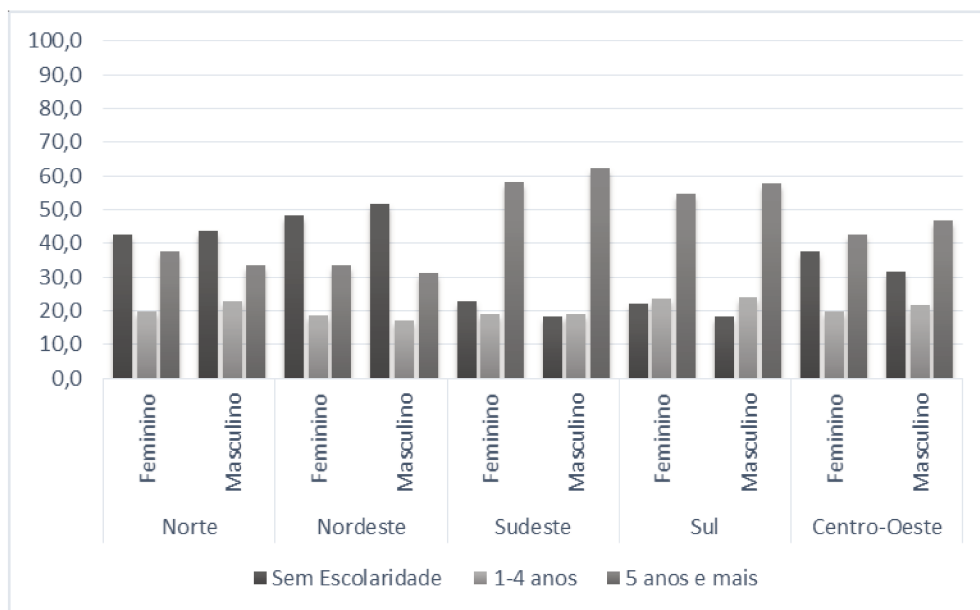
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 36 - Distribuição relativa (%) da escolaridade, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998



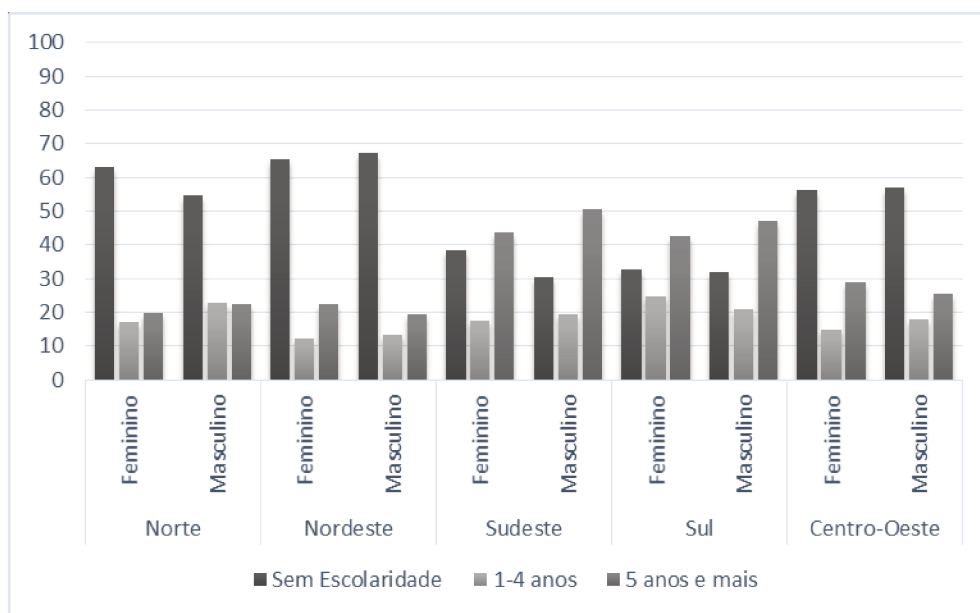
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 37 - Distribuição relativa (%) da escolaridade, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

Gráfico 38 - Distribuição relativa (%) da escolaridade, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

Para o ano de 1998, para todas as regiões e entre os diferentes sexos, as proporções de idosos com menos de 1 (um) salário mínimo, apesar de menores, eram

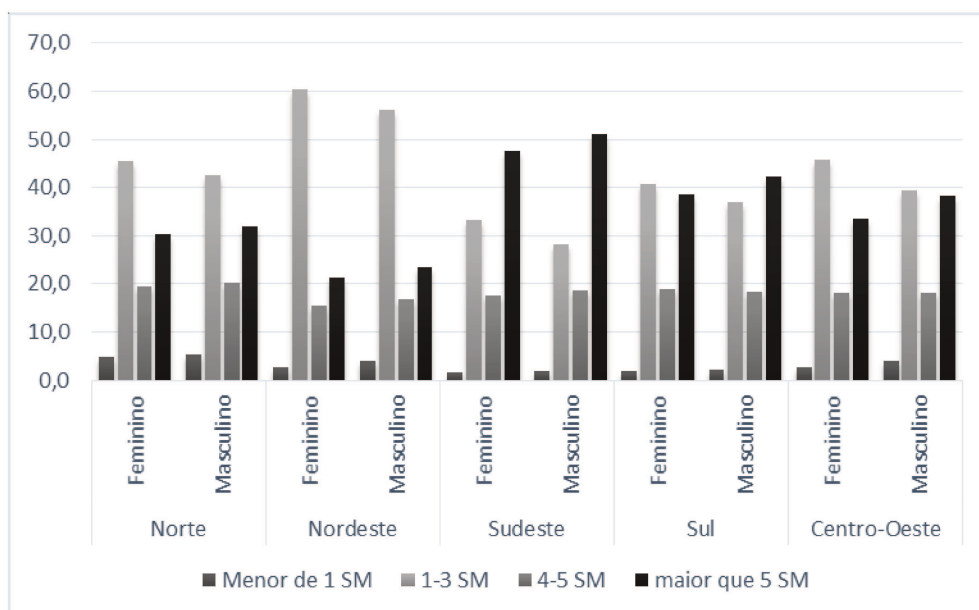
maiores entre o grupo dos idosos mais jovens do que dos mais idosos. Podemos inferir que esse fenômeno é um resultado dos programas de seguridade social, pois idosos que recebem aposentadoria ou pensão, recebem, no mínimo 1 salário e nem todos os idosos de 60-79 anos recebiam esse benefício, principalmente os que faziam parte das primeiras idades do grupo. A proporção dos idosos que recebiam de um a três salários aumenta com o avançar da idade, e é maior entre as mulheres para os grupos mais jovens, mas, entre os idosos de 80 anos e mais, os homens eram a maioria que recebe essa faixa salarial.

Entre os idosos de 60-79 anos, em 1998, a maior porcentagem salarial de idosos que recebiam mais de cinco salários mínimos era encontrada na região sudeste para ambos os sexos e para os homens da região sul. Para os idosos mais idosos, somente os que residiam no sudeste que possuíam mais de cinco salários, com uma proporção maior das mulheres.

As diferenças de 2008 com relação a 1998 eram pequenas. Entre os idosos mais jovens, a maior porcentagem com salários superiores a cinco salários mínimos foi observada apenas os homens que residiam na região sudeste. Nas demais regiões, a maior proporção eram de idosos que recebiam entre 1 e 3 salários, com uma diferença mais expressiva das regiões norte e nordeste. Para os idosos mais idosos, em todas as regiões a maior porcentagem é de idosos que recebem de 1 a 3 salários, mas observou-se as menores diferenças entre as regiões sul e sudeste.

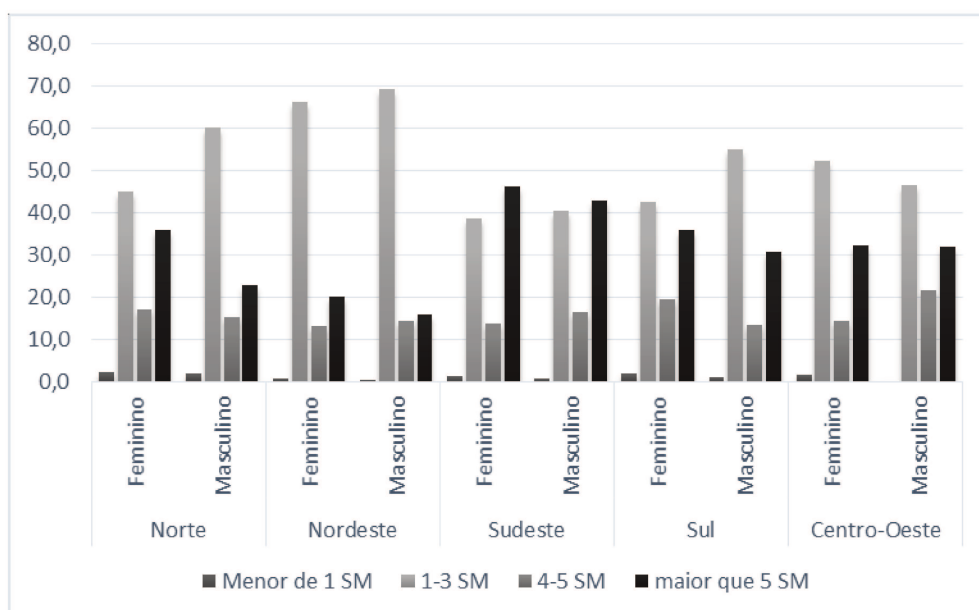
A disparidade de renda é um fenômeno que se dissipa pelo território brasileiro e reflete as condições encontradas entre os idosos. Em seus estudos, Neri et al. (2011) já apontava esse processo ao fazer o levantamento dos dados do estudo FIBRA, onde verificou que a maioria dos idosos possuía renda entre 1 a 5 salários. Entender a espacialização desse fenômeno ajuda a identificar áreas com maior carência e necessidade para, a partir de então conferir aos idosos programas relacionados a suas dificuldades financeiras.

Gráfico 39 - Distribuição relativa (%) da renda familiar, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998



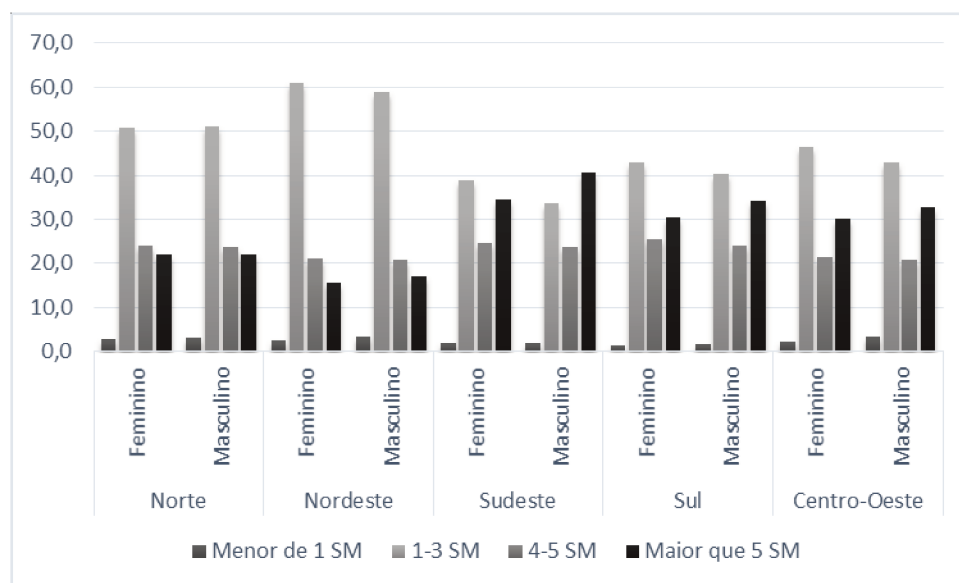
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998). SM=salário mínimo.

Gráfico 40 - Distribuição relativa (%) da renda familiar, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998



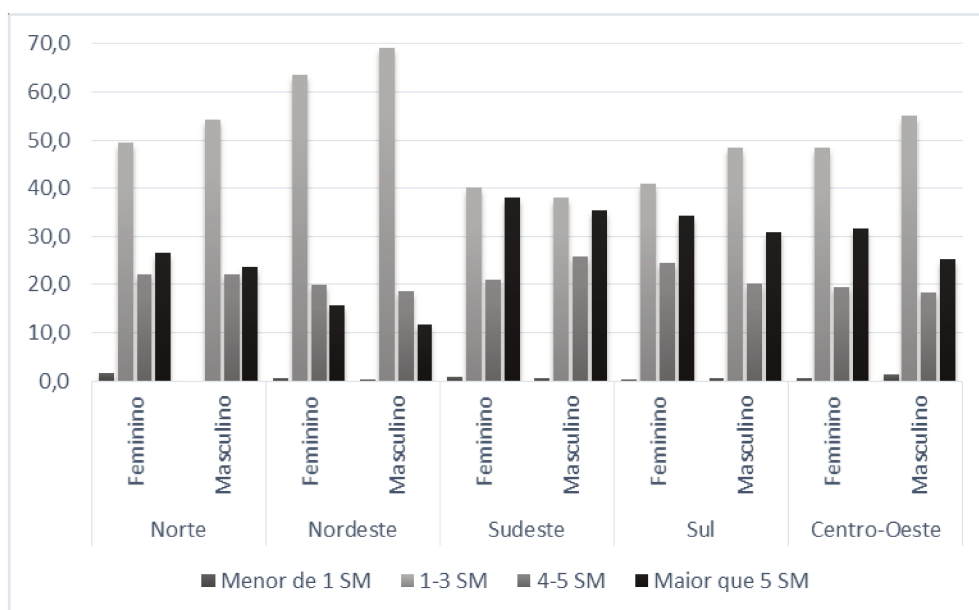
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998). SM=salário mínimo.

Gráfico 41 - Distribuição relativa (%) da renda familiar, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008). SM=salário mínimo.

Gráfico 42 - Distribuição relativa (%) da renda familiar, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008



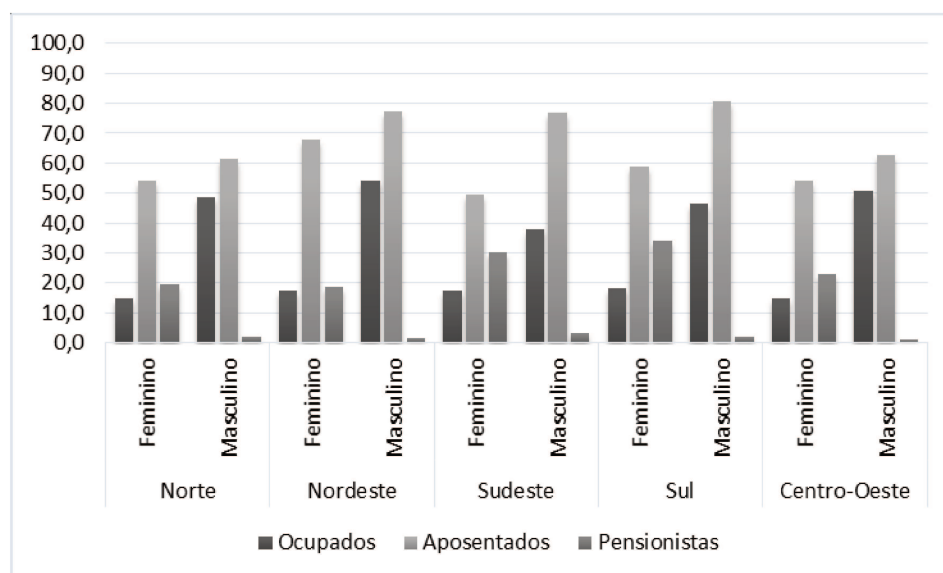
Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008). SM=salário mínimo.

A fonte de renda traz grandes diferenças entre os sexos. A previdência constituía parte importante da renda do idoso, em ambos os sexos, fato que aumenta com a idade. No grupo mais jovem, tanto para 1998 e 2008, apesar de algumas regiões, como norte (54,1% de mulheres aposentadas em 1998 e 61,5% de homens, e em 2008, 57,1% das mulheres e 60,6% dos homens) e nordeste (67,9% mulheres com aposentaria e 77,3%

dos homens em 1998, e 66,5% das mulheres em 2008 e 76,8% dos homens), apresentarem diferenças pequenas, existe uma proporção muito maior de homens que recebem aposentadoria em relação às mulheres (Gráficos 43 e 45). Para esse grupo, a grande diferença por sexo está nos que ainda estão empregados. Para todas as regiões, a porcentagem de homens que trabalham é maior do que a de mulheres. Em contrapartida, as mulheres são as que mais recebem pensão no período analisado.

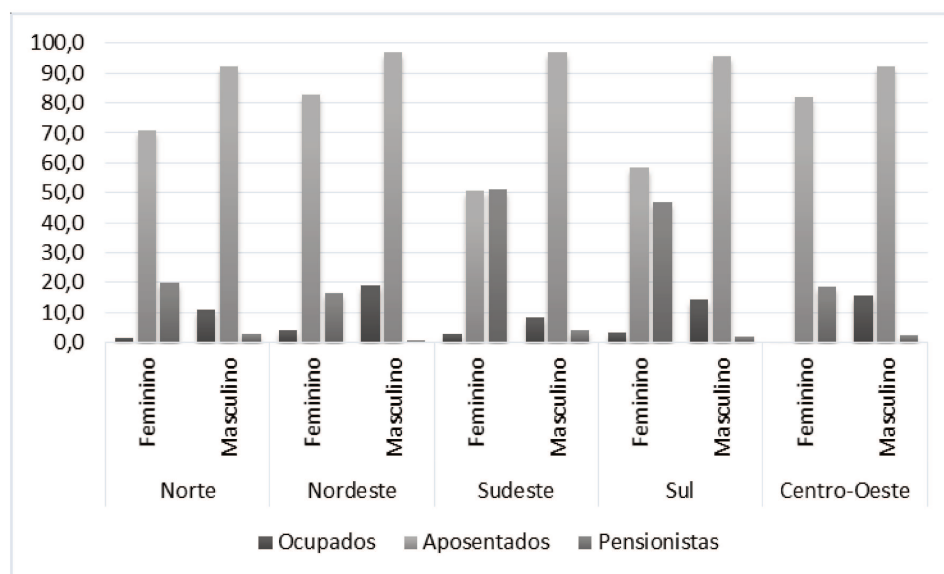
Para o grupo de idosos mais idosos, os Gráficos 44 e 46 mostram que a quantidade de idosos que recebem aposentadoria aumenta bastante, chegando a 96,8 % para os homens no sudeste em 2008 e 95,3% no sul. Por sua vez, a porcentagem de mulheres com aposentadoria ainda é menor.

Gráfico 43 - Distribuição relativa (%) da fonte de renda, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998



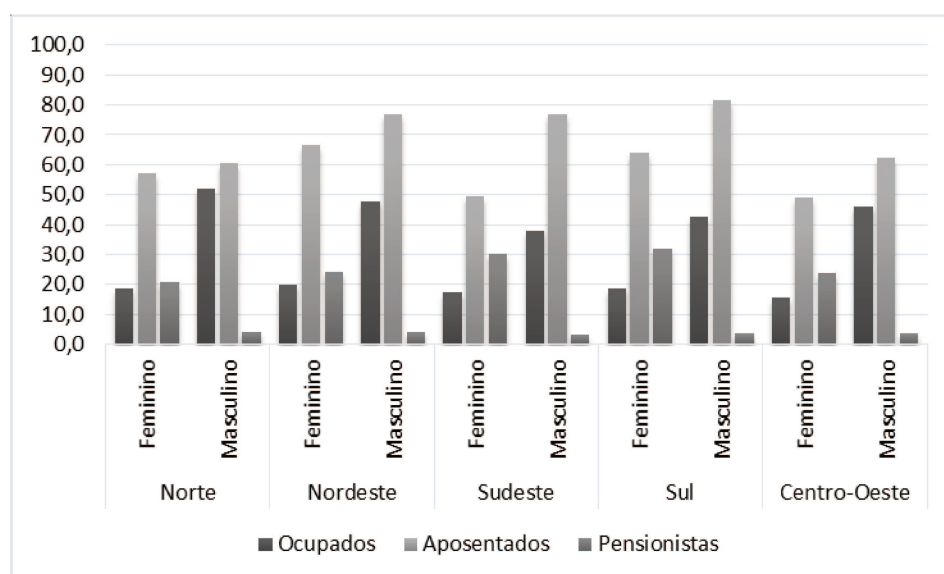
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 44 - Distribuição relativa (%) da fonte de renda, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998



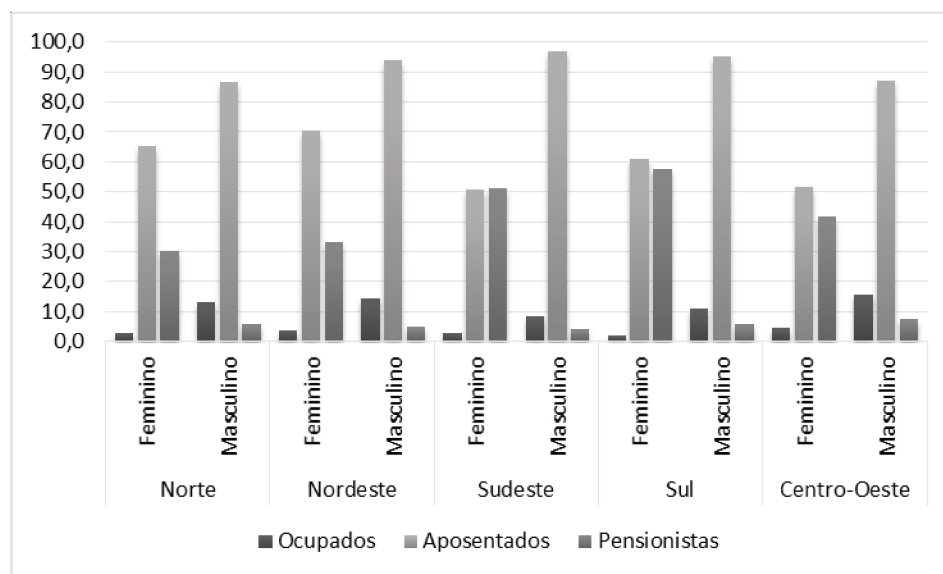
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 45 - Distribuição relativa (%) da fonte de renda, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

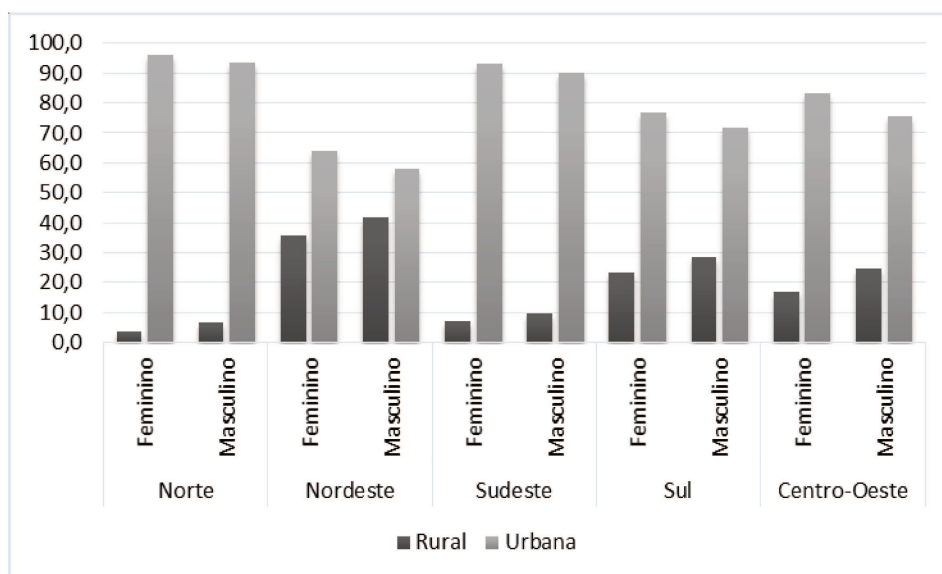
Gráfico 46 - Distribuição relativa (%) da fonte de renda, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

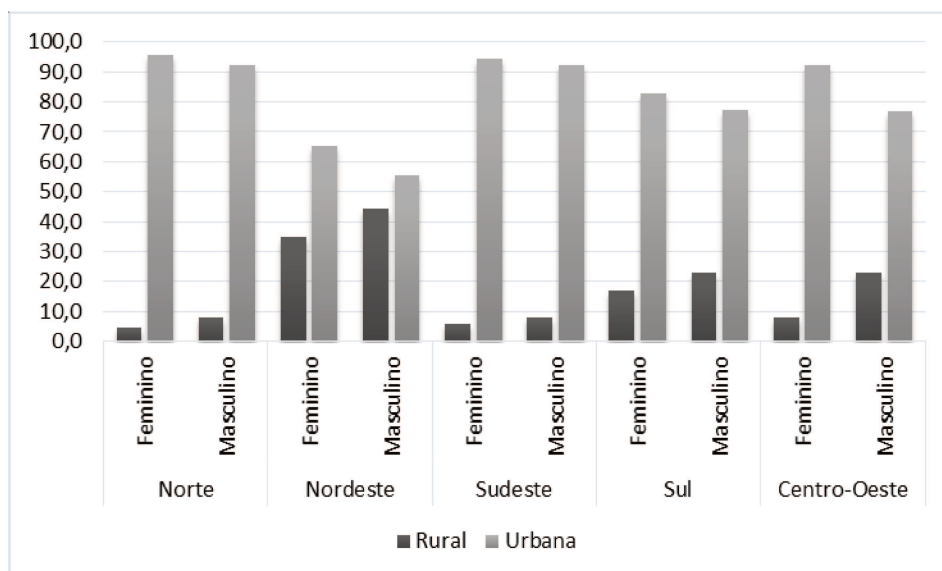
Sobre a situação de domicílio, os diferenciais por sexo são pequenos, mas o número de mulheres é superior ao de homens morando em área urbana (Gráfico 47 a 50). As regiões norte e sudeste são as que apresentaram a maior diferença entre indivíduos que moram em área rural e urbana, mas para o grupo mais idoso, as diferenças entre a situação de domicílio na região norte se atenuou. Enquanto a região nordeste é a que menos apresenta diferenças proporcionais entre indivíduos que moram na zona rural e urbana.

Gráfico 47 - Distribuição relativa (%) da situação de domicílio, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998



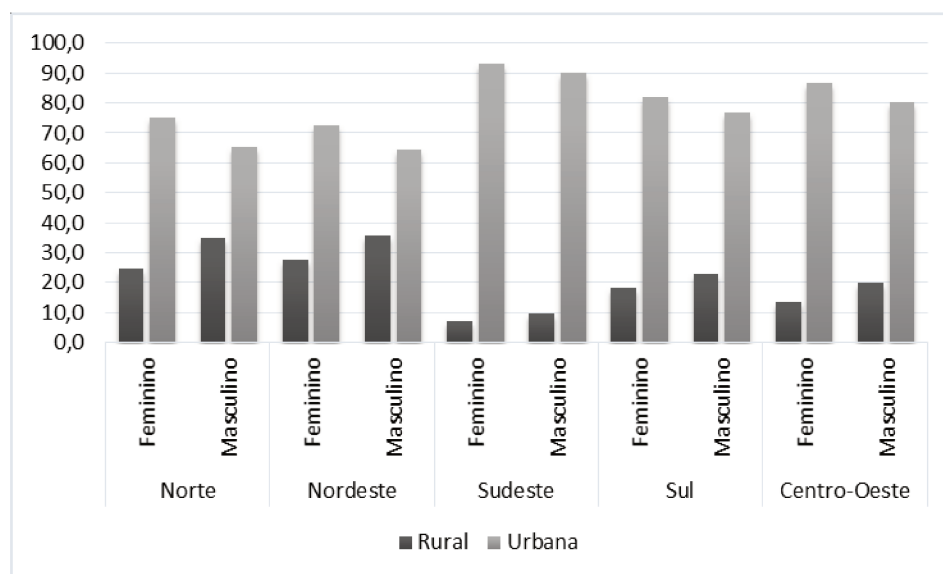
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 48 - Distribuição relativa (%) da situação de domicílio, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998



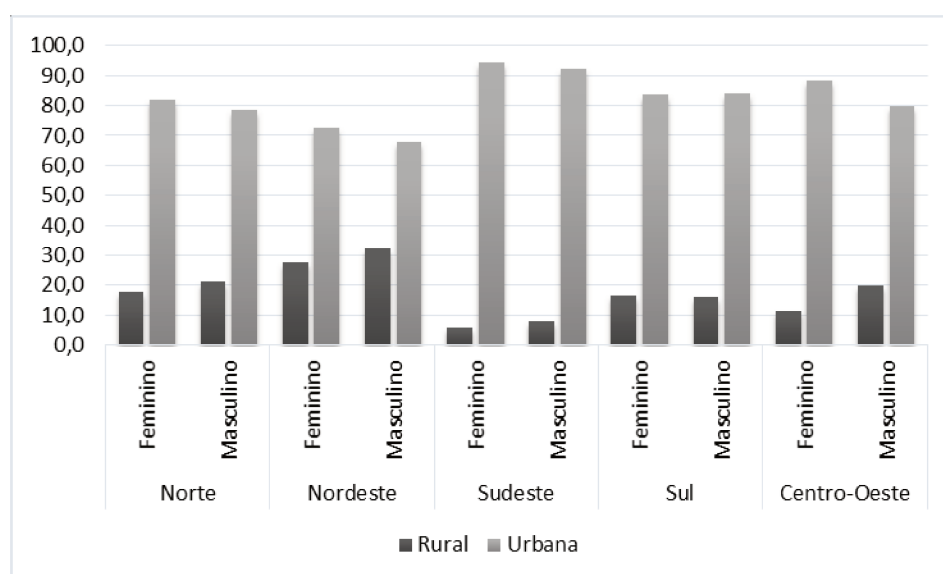
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 49 - Distribuição relativa (%) da situação de domicílio, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

Gráfico 50 - Distribuição relativa (%) da situação de domicílio, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008

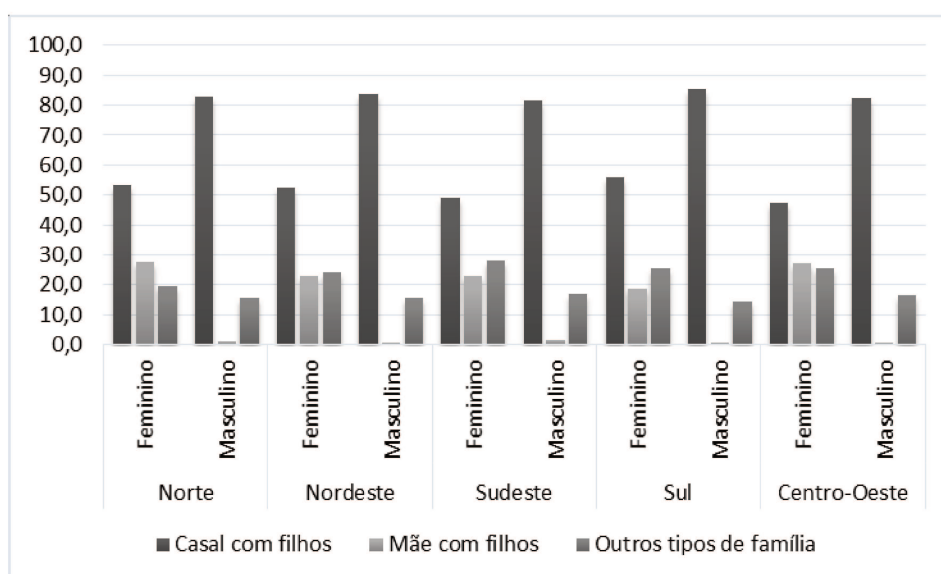


Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

A família é o círculo íntimo constituído por laços consanguíneos ou por afetividade, fonte primária de suporte social, a formação de uma atmosfera comum, que relaciona a interação entre seus membros (PELZER; FERNANDES, 1997). Com isso, os dados da PNAD indicaram que os tipos de família que predominavam entre os idosos mais jovens eram as compostas por casal e filhos nos dois (Gráficos 51 e 53), com uma

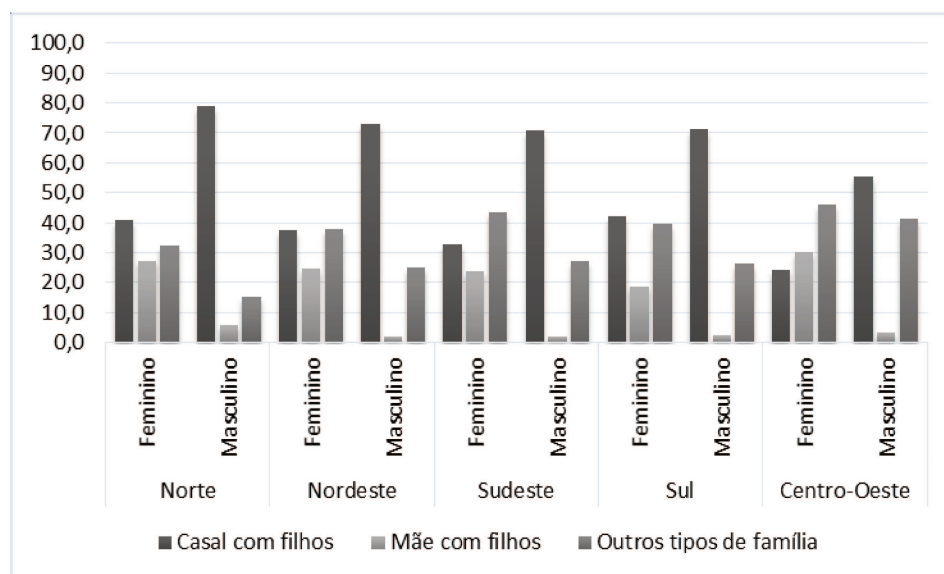
superioridade dos homens sobre as mulheres em todas as regiões. Aquino e Cabral (2002) afirmaram que os homens se beneficiam mais do suporte decorrente do casamento, pois, mulheres idosas, mesmo fragilizadas, prestam assistência ao cônjuge e demais familiares. A presença de filhos nos arranjos domiciliares caracteriza um maior auxílio aos idosos, constituindo um importante fator de proteção (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005), mas essa relação tem se tornado de benefício mútuo, onde um confere proteção e cuidado ao outro. Entre os idosos mais idosos (Gráficos 52 e 54), as diferenças entre os sexos se acentuam para a maioria das regiões nos dois anos, com um aumento proporcional de mães que moravam com seus filhos e, no caso masculino, outros tipos de família, grupo que engloba idosos como agregados ou morando com outras gerações de sua família. Para Camarano et al. (2004), a família, em alguns países, é a única alternativa de apoio ao idoso, seus membros atuam na busca de um bem-estar coletivo formando um espaço de “conflito corporativo” pelas diferenças de gênero e intergeracionais, constituindo uma gama variada de arranjos familiares.

Gráfico 51 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 1998



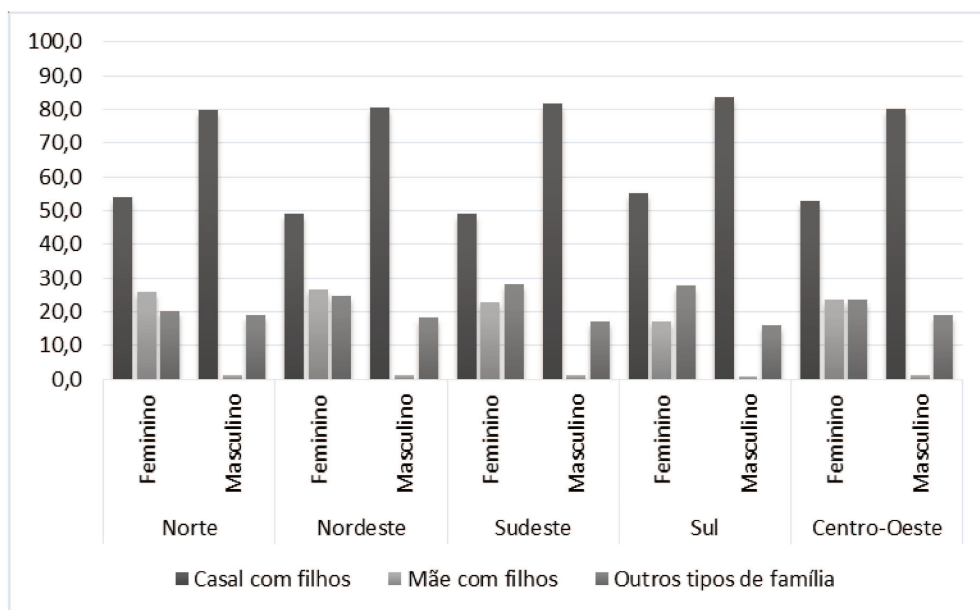
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 52 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família, por Grandes Regiões e sexo, 80 anos e mais, 1998



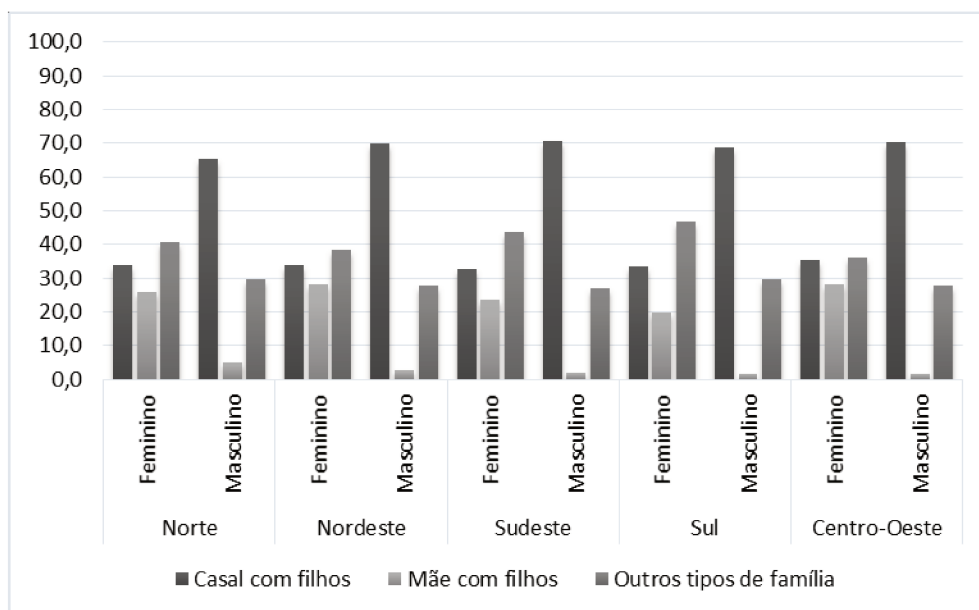
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 53 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família, por Grandes Regiões e sexo, 60-79 anos, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

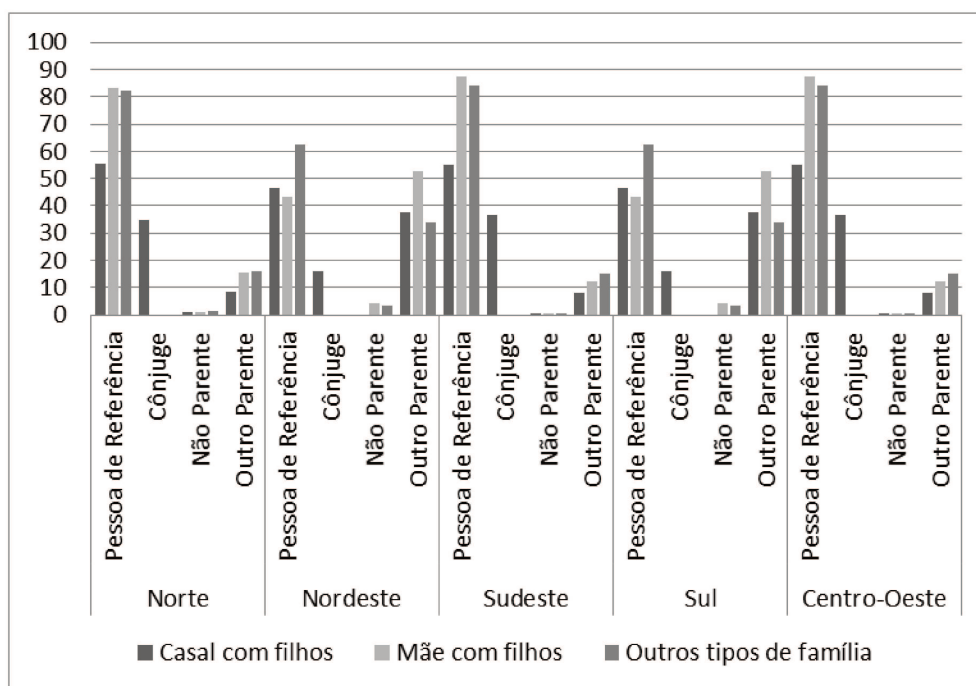
Gráfico 54 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família, por grandes regiões e sexo, 80 anos e mais, 2008



Fonte: PNAD (2008).

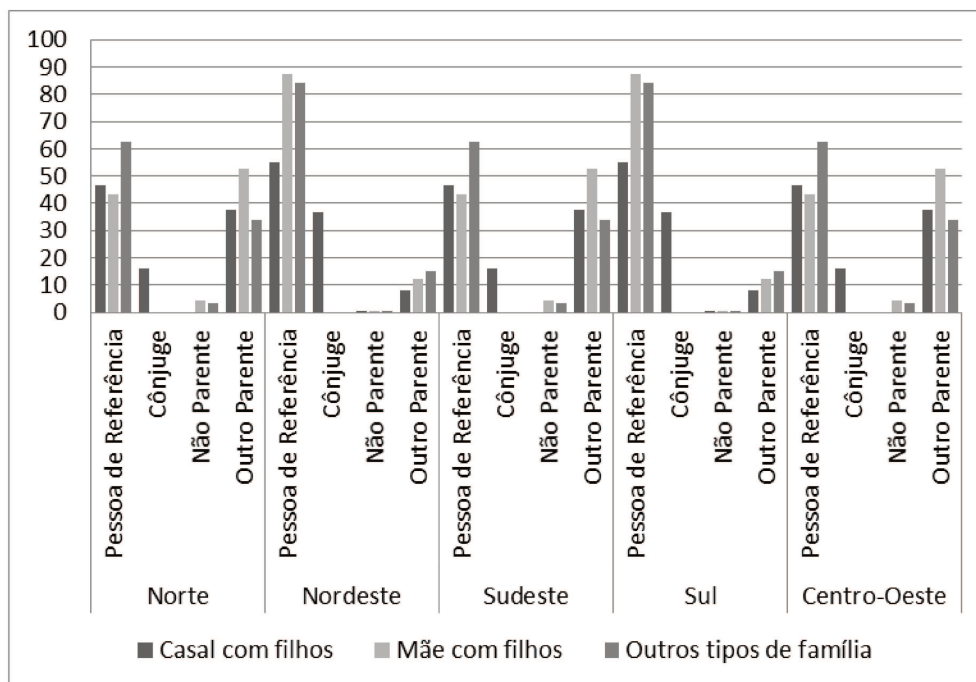
Outro fator importante relacionado ao tipo de família é a condição na família, pois muitos idosos vivem com seus filhos, mas são a pessoa de referência. Em muitos casos, os idosos do sexo masculino quando vivem com seus filhos e não são chefes de domicílio não são os responsáveis financeiros pelos seus lares. Neste caso, o filho (a) é visto como protetor. Já para as mulheres, quando não são chefes de domicílio, o protetor pode ser o esposo. E quando este não se faz presente, o filho é o responsável (ROMERO, 2002). O que podemos perceber nos Gráficos 55 a 58 é que grande parte dos idosos são vistos como a pessoa de referência nas famílias, mas, com o avançar da idade a proporção de idosos vivendo com outro parente aumenta principalmente na região norte. Para De Vaus e Qu (1997 *apud* CAMARANO et al., 2004), a necessidade de um idoso em co-residir com os filhos só se inicia após os 75 anos, antes disso é o idoso que presta assistência aos filhos. Camarano (2002) ainda faz a distinção de famílias *de idosos*, com o idoso como chefe ou cônjuge, e famílias *com idosos*, quando o idoso é parente do chefe ou do cônjuge. Nessa situação, nas famílias *de idosos*, os idosos são menos dependentes financeiramente, pois quando o idoso é o chefe, geralmente é o que compõe a maior parte da renda familiar, mas quando é o cônjuge, não tem autonomia financeira, mas é responsável por cuidar do chefe. O mesmo estudo faz o levantamento temporal das famílias *de idosos* de 1980 à 2000, que capta seu aumento dentro do período analisado.

Gráfico 55 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família e condição na família, por Grandes Regiões, 60-79 anos, 1998



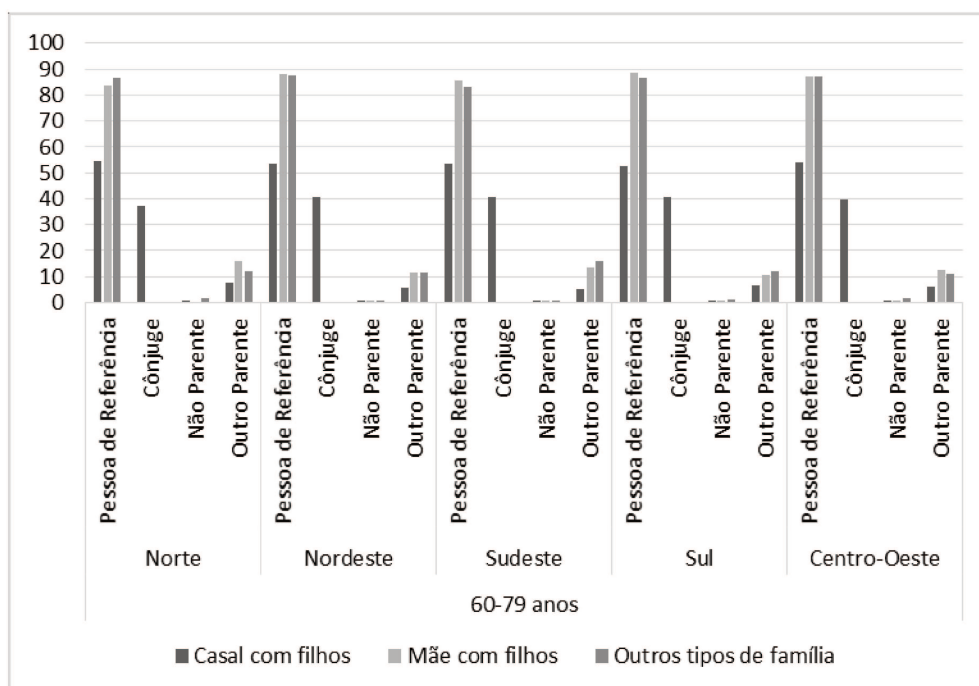
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 56 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família e condição na família por região, 80 anos e mais, 1998



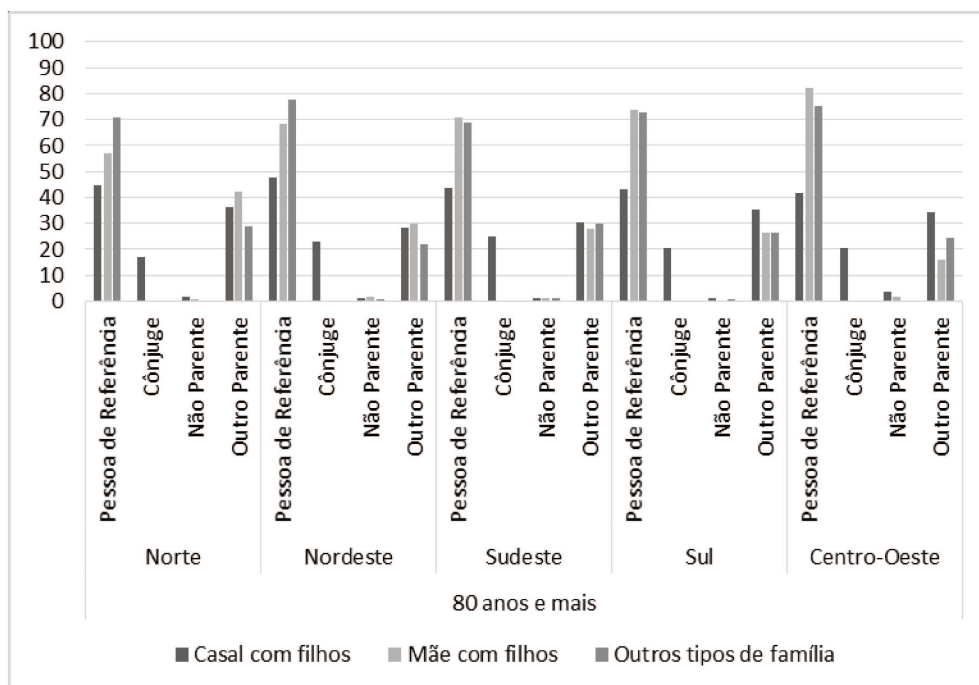
Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 57 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família e condição na família, por Grandes Regiões, 60-79 anos, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

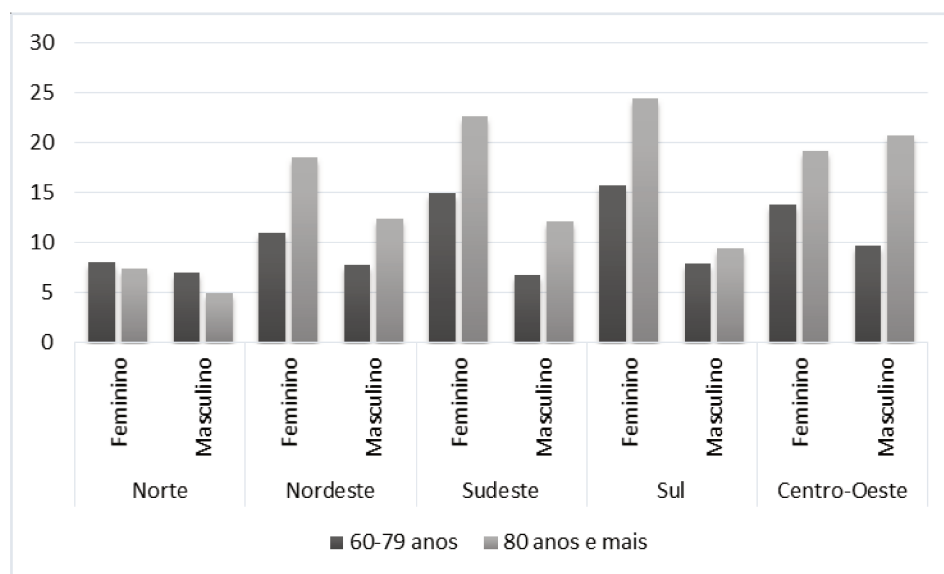
Gráfico 58 - Distribuição relativa (%) dos tipos de família e condição na família, por Grandes Regiões, 80 anos e mais, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

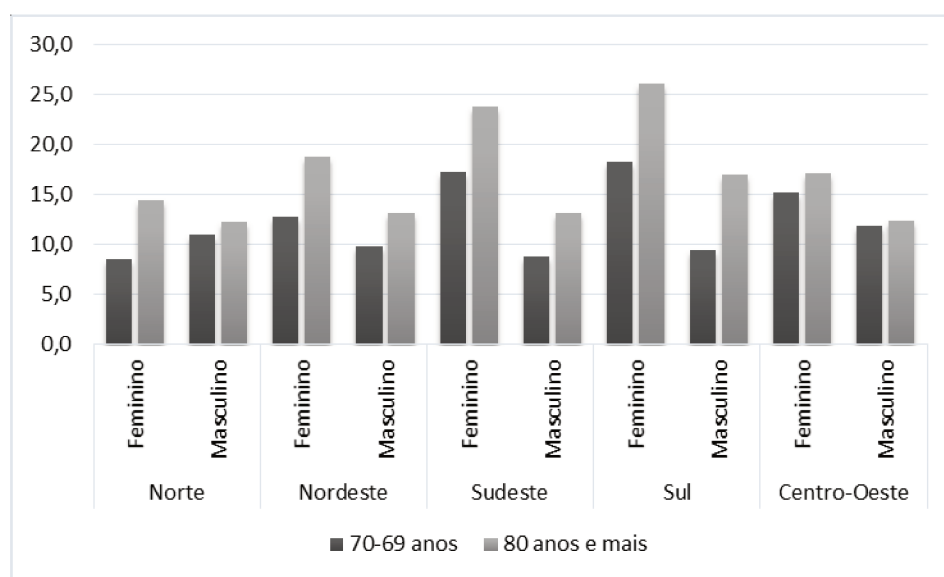
A condição de residir sozinho (Gráficos 59 e 60) ocorre em maior porcentagem entre as mulheres, que acabam ficando mais expostas ao fato de morar sozinhas. Isso se dá pela facilidade maior do homem em contrair segundo matrimônio quando se tornam viúvos e a maior expectativa de vida entre as mulheres que se cuidam mais. Bongaarts e Zimmer (2002) ao levantarem dados de 43 países, constaram a mesma diferença de gênero, mulheres idosas possuíam maiores chances de viver sozinhas. A proporção de idosos morando sozinho aumenta de 1998 para 2008. Esse resultado pode refletir uma maior autonomia e independência financeira dos idosos. Segundo Rosa et al. (2003), idosos morando sozinhos, em sua maioria, possuem uma maior aptidão financeira que os demais que corresidem com algum parente. Para Camargos; Rodrigues e Machado (2011), o aumento da renda real, a falta de uma rede de parentesco, preferência por privacidade são fatores que levam a uma maior formação de domicílios unipessoais entre os idosos. Com base nisso, a presença de domicílios unipessoais é um importante fator de análise da condição de vida dessa parcela da população. A maior proporção de idosos morando sozinhos se concentra nas regiões sudeste, sul e centro-oeste, regiões identificadas como as que tem maior circulação de dinheiro, melhores infraestruturas e melhores condições de acesso a serviços médicos, o que explica os maiores valores. O aumento temporal, maior número de domicílios unipessoais de 2008 em relação a 1998, pode identificar uma melhoria nas condições financeiras, o que possibilita a manutenção dos lares pelos idosos, ou apenas ser um fator associado a redução da fecundidade, e esses idosos acabam sendo institucionalizados. Ainda, para Camargos (2008), conclui em seu estudo com idosos no município de Belo Horizonte, que não existem idosos isolados, mesmo os que moravam sozinhos afirmaram ser amparados por parentes ou vizinhos.

Gráfico 59 - Distribuição relativa (%) dos idosos que moram sozinhos, por Grandes Regiões, sexo e idade, 1998



Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Gráfico 60 - Distribuição relativa (%) dos idosos que moram sozinhos, por grandes regiões, sexo e idade, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

Os resultados obtidos para as características demográficas, sociais e econômicas segundo os dados analisados das PNADs em 1998 e 2008, muito se assemelham aos encontrados nos estudos levantados anteriormente. Os mesmos apontam para uma alta proporção daqueles idosos que se auto denominaram serem de cor da pele branca, com exceção das regiões norte e nordeste, que são predominantemente pardos. As desigualdades socioeconômicas, composta pela diferença dos anos de estudo, renda

familiar e condição na família por regiões e sexo, apresentaram, entre as regiões, nos períodos analisados, diferenças significativas, onde as regiões sul e sudeste e os homens se destacam com os mais elevados valores; a fonte de renda, nos mostrou que os idosos mais jovens, em sua maioria do sexo masculino se matém no mercado de trabalho, enquanto mulheres, em sua maioria, são beneficiárias da previdência com pensões ou aposentadorias.

Observa-se como as melhorias nos programas de assistência e distribuição de renda pelas quais o País vem passando, os avanços na previdência e a urbanização, facilitam para que o idoso seja mais autônomo e independente. Porém alguns setores da sociedade ainda precisam de melhorias. Rosa et al. (2003), infere que avaliações subjetivas de apoio, maiores conhecimentos sobre as redes sociais dos idosos, auxiliariam a identificar necessidades mais pontuais e garantir melhorias na assistência à condição de vida dos idosos.

4.2 Análise das características de saúde da população idosa e mais idosa brasileira e por grandes regiões em 1998 e 2008

A Tabela 13 e 14 apresenta as condições de saúde dos idosos de 60 a 79 anos e 80 anos e mais em 1998. A presença de doenças crônicas pode levar a uma maior vulnerabilidade e dependência do indivíduo que envelhece (MENEZES; MARUCCI, 2007), pois a tendência atual é de um aumento da longevidade associado a um maior número de condição crônica (ALVES et al., 2007). Segundo os dados da PNAD 1998, para os grupos de 60-79 anos e 80 anos e mais há uma maior prevalência de hipertensão para as regiões sul (43,4% e 42,2%, respectivamente), sudeste (45,4% e 44,8%, respectivamente) e centro-oeste (45,5% e 51,4%, respectivamente). Já para as regiões norte e nordeste a doença que mais atingiu os idosos em 1998 foi o reumatismo (60-79 anos, 52,1% e 44,9%, respectivamente, e 80 anos e mais, 55,5% e 55%, respectivamente).

No contexto do envelhecimento, a vulnerabilidade implica um novo paradigma para o idoso, onde envelhecimento saudável, dentro dessa ótica é resultante da interação entre saúde física e mental. Diante disso, torna-se necessário avaliar a prevalência de idosos com depressão, que no presente estudou mostrou um nível relativamente elevado, variando entre 14,3% na região sul até 10,7% região nordeste e uma variação pequena entre as diferentes regiões, essa grande variação é mensurada pelo p-valor que

foi de 0,008, para o grupo de 60-79 anos, indicando que tal doença é mais significativa, dentro desse grupo, entre os indivíduos que moram nas regiões com menores taxas de fecundidade, o que pode significar menor suporte familiar e afetivo, fatores que desencadeariam a alta prevalência da depressão. Para o grupo de 80 anos e mais, a variação entre as regiões ainda é menor, com um intervalo de 13,1% para a região sudeste (maior) até 10,1% para a região centro-oeste (menor), com um p-valor de 0,217, valor que indica a inexistência de diferenças estatisticamente significativas. Os dados do p-valor para 2008 em ambos os grupos são de 0,000, o que indica, que nessa pesquisa, entre as regiões, a diferença da prevalência da depressão foi significativa. A depressão é uma doença crônica que apresenta uma prevalência alta e atinge de forma expressiva todos os idosos no Brasil, sendo que a região sudeste e sul são as que possuem o maior número de casos. A prevalência reduziu entre os idosos com 80 anos e mais em todas as regiões, fator que pode estar subnumerado, pois nesse caso a questão da PNAD 2008 investiga se algum médico ou profissional de saúde em algum momento anterior à pesquisa diagnosticou o idoso com depressão. Ou seja, o idoso pode apresentar a doença e desconhecer o seu estado por não ter procurado um serviço de saúde ou por entender que muitas vezes sentir-se triste, sozinho, insatisfeito com sua vida, abandonado, vazio, irritado são características normais para a sua idade.

Em 1998, doenças do coração foi uma doença que atingiu grande parte da população idosa, variando entre 13,2% na região nordeste (menor) e 22,5% na região sul (maior) entre os idosos mais jovens. Para os mais idosos, essa variação foi de 18,6% na região nordeste (menor) e 29,8% na região sul (maior). Portanto, a prevalência foi maior nas maiores idades (Tabelas 13 e 14). O padrão em 2008 foi semelhante ao encontrado em 1998. Entre os idosos mais jovens e os mais idosos a menor prevalência de doenças do coração foi na região nordeste (11,6% e 17,9%, respectivamente) e a maior na região sul (20,4% e 35,2, respectivamente) (Tabelas 16 e 17). Observa-se que, para todas as regiões as diferenças são significativas ($p < 0,05$), portanto, a prevalência de tal doença possui importância semelhante por todo território brasileiro, sendo uma doença que deve ser investigada e analisada a nível nacional (Tabelas 13, 14, 16 e 17),

A bronquite é mais prevalente entre os idosos mais idosos da região centro-oeste (14,1%) e norte (13,3%) e menos entre os idosos mais jovens da região nordeste (5,5%) e sudeste (6,8%). As neoplasias também são doenças que aumentam a prevalência com

a idade chegando a 2,5% na região sul (maior) e com menor valor entre os idosos mais jovens das regiões norte e nordeste (0,5%). A diabetes teve maior prevalência entre os idosos mais idosos da região sudeste (12,6%) e menor entre os idosos de 60-79 anos das regiões nordeste e centro-oeste (8,1% para ambas). A presença ou não de uma doença crônica para 1998 foi inferida pelo próprio indivíduo, pois nesse ano a pergunta de pesquisa foi se o entrevistado possuía ou não a doença questionada, não sendo necessário um diagnóstico médico, portanto pode-se ter havido erros de subnumeração, caso o indivíduo não tivesse conhecimento da doença. Entre os idosos mais idosos, a grande prevalência das doenças crônicas nos mostra que o aumento da expectativa de vida está sendo acompanhado da presença de doenças crônicas, por tanto pode-se inferir que nesses casos, o envelhecimento está condicionado a presença de uma ou mais doenças o que faz com que o idoso não tenha uma completa autonomia e necessite de alguns cuidados e, no caso de algumas doenças, um acompanhamento médico mais próximo. Entender a capacidade do idoso em realizar as atividades da vida diária básicas e instrumentais e a sua mobilidade é importante para entender seu estado de saúde físico e mental (TAMAI, 2003). Para o ano de 1998, os idosos mais jovens, em sua maioria, não apresentavam comprometimento da sua capacidade funcional, mensurada pela habilidade em subir e descer ladeira e escadas (46,1% região norte, 39,7% região nordeste, 49,5% região sudeste, 49,1% região sul e 43,6% região centro-oeste). Porém, no grupo de idosos mais idosos, a maior parte, para todas as regiões, possuía grande dificuldade (37,4% na região norte, 37,8% região nordeste, 36,2% região sudeste, 37,3% região sul e 30,4% região centro-oeste). A incapacidade funcional pode ser mensurada pela capacidade de realizar atividades diárias relacionadas à mobilidade. A habilidade de subir ou descer escada foi escolhida para análise por ser um indicador de declínio funcional. A habilidade de subir ou descer escada é considerada uma atividade funcional mais complexa e na hierarquia de perdas funcionais dos idosos se torna uma das primeiras atividades a serem perdidas. Ou seja, se o indivíduo não consegue realizar tal atividade, também terá dificuldade em realizar tarefas mais simples. Segundo Alves; Leite e Machado (2010), os níveis de saúde e capacidade funcional do idoso pode sofrer variações pelas desigualdades regionais e, pelo fato do Brasil possuir grandes desigualdades em seu território a capacidade funcional sofre a mesma variação. Portanto, indivíduos que moram em áreas com melhores condições

socioeconômicas apresentam maior acesso aos bens e serviços da saúde, por isso possuem melhor capacidade funcional e boa saúde no decorrer do tempo (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010). Lima-Costa; Matos e Camarano (2006) fez o mesmo levantamento com resultados das PNADS de 1998 e 2003, observando a relação de renda e capacidade funcional, onde as piores condições de saúde e função física se associava a indivíduos de baixa renda.

Outro importante indicador da saúde de um idoso é a autopercepção de saúde, ou seja, como o idoso avalia seu estado de saúde. Benyamini e Idler (1999) e Idler e Benyamini (1995; 1997) realizaram estudos onde concluíram que idosos que auto referiam a sua saúde como ruim tiveram maior incidência de óbitos do que aqueles com saúde boa. Os achados do presente estudo mostram que para o ano de 1998 a maioria dos idosos se autodeclarou como tendo saúde regular, com exceção da região sudeste, onde a maioria dos idosos entre o grupo de 60-79 anos declarou ter uma boa saúde (45,9%). Esse resultado aponta para o fato de que possivelmente os idosos de regiões mais desenvolvidas possuem comportamentos e estilos de vida mais saudáveis e mais acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, favorecendo a uma melhor avaliação de sua saúde. Existe um programa público de universalização da saúde, mas o acesso não é garantido de maneira equitativa no território nacional, sendo mais difundidos nas regiões mais desenvolvidas onde, além da concentração econômica, também existe uma concentração espacial da população.

O aumento proporcional dos idosos associado a uma maior prevalência de doenças crônicas acarreta em despesas com tratamentos médicos e hospitalares (VERAS, 2003). De acordo com os dados analisados, grande parte dos idosos de ambos os grupos etários frequentaram consultórios médicos pelo menos uma vez nos últimos doze meses anteriores a realização do inquérito de 1998. Com relação as internações hospitalares, a proporção de idosos foi maior no grupo de 80 anos e mais, principalmente nas regiões sul e centro-oeste, onde as porcentagens chegaram a 24,6% e 22,4%, respectivamente. As diferenças territoriais foram capturadas pela análise do p-valor, que foram inferiores a 5% para ambos os grupos, sendo a região sudeste a que apresentou maior porcentagem de consultas médicas entre as duas faixas etárias de análise (75,9% para o grupo de 60-79 anos e 80,5% para o de 80 anos e mais) e a menor porcentagem entre os idosos mais jovens foi observada na região nordeste (64,9%), e

Sim	13,9	12,1	11,8	16,1	16,8	0,000
------------	------	------	------	------	------	-------

Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998). * Habilidade para subir ladeira ou escada.

Tabela 14 - Distribuição relativa (%) das condições de saúde, por Grandes Regiões, 80 anos e mais, 1998

Faixa etária	80 anos e mais					
Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p-valor
Presença de Doenças Crônicas Auto-referidas						
Bronquite	13,3	9,5	9,4	12,9	14,1	0,075
Câncer	2,1	0,9	1,8	2,5	1,3	0,090
Doenças do coração	28,9	18,6	25,6	29,8	25,9	0,000
Depressão	12,0	10,4	13,1	12,6	10,1	0,217
Diabetes	11,9	8,4	12,6	9,3	9,4	0,046
Hipertensão	42,5	42,5	44,8	42,2	51,4	0,349
Reumatismo	55,5	55,0	36,5	44,6	50,0	0,000
Autoavaliação da Saúde						
Boa	24,2	20,8	36,4	33,9	31,3	
Regular	38,7	45,7	43,9	46,8	38,2	0,000
Ruim	37,0	33,5	19,8	19,3	30,5	
Capacidade Funcional*						
Não tem dificuldade	22,7	17,0	24,1	18,9	30,0	
Tem pequena dificuldade	25,1	21,6	27,5	33,5	24,0	0,000
Tem grande dificuldade	37,4	37,8	36,2	37,3	30,4	
Não consegue	14,8	23,6	12,3	10,4	15,6	
Consulta Médica nos Últimos 12 Meses						
Sim	65,9	66,3	80,5	78,4	74,6	0,000
Internação Hospitalar nos Últimos 12 Meses						
Sim	19,4	16,0	18,7	24,6	22,4	0,003

Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998). * Habilidade para subir ladeira ou escada.

Os achados encontrados por Alves et al. (2007), com base no Estudo SABE, apontaram que a presença de uma doença crônica possui relação direta com a capacidade funcional do idoso, principalmente a hipertensão e as doenças do coração e pulmão. No grupo dos idosos mais jovens, em 1998, existia uma maior proporção daqueles com hipertensão tanto para os homens (36,7%), quanto para as mulheres (49,9%). Entre os idosos mais idosos, apesar de ter uma grande proporção de indivíduos com hipertensão, a maior porcentagem foi vista entre os que apresentavam reumatismo (49,2% entre as mulheres e 38,2% entre os homens) (Tabela 15).

Para o grupo de 60-79 anos em 1998, a maior porcentagem das mulheres idosas avaliou a sua saúde como regular (46,7%), enquanto os homens como boa (44,6%). Para os idosos mais idosos, no mesmo período, observou-se uma maior porcentagem dos que relataram ter uma saúde ruim em comparação ao grupo de idosos mais jovens (25,7%, 80 anos e mais; 14,3%, 60-79 anos) (Tabela 15). Diferente dos homens, a maior parte da população feminina, para ambos os grupos etários, declarou ter uma saúde regular (46,7%, 60-79 anos; 45,0% 80 anos e mais). Com relação a autoavaliação da saúde, Hartmann (2008) discute que, como as mulheres vivem mais do que os homens, experimentam mais anos com doenças e incapacidades, portanto tendem a avaliar mais negativamente. Ou seja, a autopercepção da saúde entre as mulheres pode estar associada com a qualidade de vida, enquanto os homens, quando há uma avaliação negativa, eles apresentam um risco maior de vir a óbito (IDLER, 2003), deixando a coorte mais cedo.

A independência de um idoso em realizar suas atividades de mobilidade, que é a sua capacidade funcional, segundo sexo mostra uma maior dificuldade para os grupos de idade mais avançados. Para ambos os sexos nas idades de 60-79 anos, a maior parte da população não tem dificuldade em subir e descer um lance de escada, sendo a porcentagem de homens maior que a de mulheres (55,5% vs. 38,7%, respectivamente). Dentro do grupo de idosos mais idosos, as maiores porcentagens foram observadas entre os que tem grande dificuldade, mas para este caso, a proporção é maior entre as mulheres (40,5% para as mulheres e 30,8% para os homens) (Tabela 15). As mulheres idosas apresentam maiores prejuízos funcionais do que os homens. Para Giacomini et al. (2008), essa diferença pode ser devido à maior sobrevivência das mulheres e ao fato de

que as mulheres reportam mais os problemas de saúde comparativamente aos homens da mesma idade.

O diferencial de consulta médica por sexo mostra uma presença maior das mulheres nos consultórios médicos para ambos os grupos etários (77,5% mulheres e 70,3% homens – 60-79 anos; 77,7% mulheres e 64,8% homens – 80 anos e mais) (Tabela 15). O resultado apresentado evidencia a discussão de estudos anteriores que revelam uma maior preocupação e cuidado das mulheres com a saúde. Tal fator auxilia a afirmação de que o aumento da longevidade e o fenômeno da feminização do processo do envelhecimento estão associados ao fato das mulheres se cuidarem mais e procurarem ajuda a tempo de evitar uma piora em seu quadro clínico. Com as internações hospitalares, nota-se um diferencial por sexo que se altera entre os grupos etários. No grupo mais jovem há mais homens do que mulheres que passaram por internação hospitalar nos últimos doze meses anteriores a pesquisa (13,5% vs 12,4%, respectivamente) (Tabela 15). Entre os idosos mais idosos o quadro se altera, com mais mulheres (19,3%) sendo internadas do que os homens (17,8%). Os serviços hospitalares no Brasil são compostos por um sistema de saúde misto, constituído pelo SUS, com financiamento público, e pela denominada Medicina Suplementar, sistema privado formado por convênios e seguros. Sendo a internação hospitalar um uso de serviços de saúde de alto custo, ele se raciona as desigualdades sociais. Em seu estudo, De Castro; Travassos e Carvalho (2002) observou uma desigualdade pequena, porém desfavorável aos usos de sistema de saúde por indivíduos em piores condições sociais. Ter plano de saúde, ou um serviço de uso regular, aumentavam as chances de uso dessa população, ou seja, os indivíduos mais pobres, nessas condições, conseguiam superar as restrições para internação hospitalar impostas pela sua condição social. Loyola Filho et al. (2004), fez uma análise dos fatores associados a internações, onde se observou que as principais causas de internação entre os idosos estavam relacionadas a presença de doença crônica, principalmente doenças cardíacas e relacionadas ao aparelho respiratório.

Tabela 15 - Distribuição relativa (%) das condições de saúde, por sexo e grupos etários, 1998

Faixa Etária	60-79 anos			80 anos e mais		
Sexo	Feminino	Masculino	p-valor	Feminino	Masculino	p-valor
Presença de Doenças Crônicas Auto-referidas						
Bronquite	7,5	7,3	0,550	9,1	12,0	0,034
Câncer	0,8	1,4	0,000	1,4	1,9	0,267
Doenças do coração	20,1	16,2	0,000	26,5	20,1	0,000
Depressão	15,4	8,0	0,000	14,1	8,7	0,000
Diabetes	12,0	8,1	0,000	12,7	7,2	0,000
Hipertensão	49,9	36,7	0,000	48,8	36,0	0,000
Reumatismo	42,7	29,0	0,000	49,2	38,2	0,000
Autoavaliação da Saúde						
Boa	37,1	44,6		30,0	30,7	
Regular	46,7	41,1	0,000	45,0	43,6	0,770
Ruim	16,2	14,3		25,0	25,7	
Capacidade Funcional*						
Não tem dificuldade	38,7	55,5		16,5	28,6	
Tem pequena dificuldade	29,3	24,8	0,000	24,9	28,2	0,000
Tem grande dificuldade	25,3	16,1		40,5	30,8	
Não consegue	6,6	3,6		18,2	12,4	
Consulta Médica nos Últimos 12 Meses						
Sim	77,5	70,3	0,000	77,7	64,8	0,000
Internação Hospitalar nos Últimos 12 Meses						
Sim	12,4	13,5	0,032	19,3	17,8	0,333

Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998). * Habilidade para subir ladeira ou escada.

A Tabela 16 e 17 apresenta as condições de saúde por regiões dos idosos de 60-79 anos e 80 anos e mais em 2008. O padrão da distribuição das doenças crônicas auto-referidas por regiões brasileiras se difere em 2008 do observado na pesquisa de 1998, pois, para todas as regiões, a prevalência é maior de hipertensão, mas com porcentagem

muito maior entre os mais idosos (46,7% região norte, 49,5% nordeste, 55,1% sudeste, 53,3% sul e 53,2% centro-oeste para as idades de 60-79 anos; 51,8% norte, 54,7% nordeste, 56,2% sudeste, 56,1% sul, 61,3% centro-oeste entre os idosos mais idosos). Miranda et al. (2002) faz uma associação da prevalência de hipertensão com a piora na qualidade de vida. A hipertensão é uma condição bastante frequente em idoso, porém o uso de anti-hipertensivo reduz o risco de complicações e o acesso ao atendimento de saúde para controle dessa doença é fundamental para o controle da mesma.

A prevalência alta de determinadas doenças crônicas não necessariamente é um fator diretamente associado a uma má avaliação de saúde. Enquanto na maioria das regiões os idosos entre 60-79 se autodeclararam com uma saúde regular, na região sudeste, uma das que tem melhor maior número de casos, a maior parte dos idosos declara a sua saúde como sendo boa. Uma maior prevalência de hipertensão nas regiões mais desenvolvidas do país pode estar associada ao fato de que nesses locais o acesso é maior e com ele a possibilidade de diagnóstico da doença aumenta.

Quanto à capacidade funcional, apesar do número elevado de casos de idosos com doenças crônicas, a maioria dos idosos de 60-79 anos não tiveram problemas em subir ladeira ou escada. Os que afirmaram não ter dificuldades eram 46,1% da região norte, 39,7% do nordeste, 49,5% do sudeste, 49,1% do sul e 43,6% do centro-oeste. Entre os idosos mais idosos, a maioria afirma ter grande dificuldade em subir ladeira ou escada (37,4% no norte, 37,8% no nordeste, 36,2% no sudeste, 37,3% no sul e 30,4% no centro-oeste). O padrão é muito parecido com o analisado em 1998, mostrando que no que tange o perfil da capacidade funcional dos idosos pouco se alterou no período analisado, mesmo com a implantação da Política Nacional do Idoso, programa iniciado em 1999, que tinha como objetivo principal promover uma melhora da funcionalidade do idoso.

A proporção de idosos que realizaram consulta médica e internações hospitalares nos doze meses anteriores ao inquérito em 2008 foi maior do que o observado em 1998. Isso pode ser indicativo de uma melhoria de renda dessa população ou de melhoria no acesso aos serviços de saúde (DESTRO; BOING; D'OSRI, 2014). A proporção de internações hospitalares é maior entre os idosos mais idosos. O processo fisiológico do envelhecimento por si só acarreta mudanças nos diversos sistemas corpóreos resultando em perdas da sua capacidade. Com isso, quanto mais velha for a idade do indivíduo

mais susceptível ele se torna e, conseqüentemente, mais frágil. E a fragilidade é um indicador de internação.

Tabela 16 - Distribuição relativa (%) das condições de saúde, por Grandes Regiões, 60-79 anos, 2008

Faixa etária	60-79 anos					
Regiões	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p-valor
Presença de Doenças Crônicas Auto-referidas						
Bronquite	7,3	5,5	6,8	12,2	8,4	0,000
Câncer	1,4	1,5	2,5	3,5	2,2	0,000
Doenças do coração	12,5	11,6	17,0	20,4	19,6	0,000
Depressão	4,6	5,7	10,0	13,7	9,0	0,000
Diabetes	13,6	13,4	17,9	16,1	16,2	0,000
Hipertensão	46,7	49,5	55,1	53,3	53,2	0,000
Reumatismo	31,8	23,1	21,7	24,6	22,7	0,000
Autoavaliação da Saúde						
Boa	29,6	33,5	45,9	40,6	34,1	0,000
Regular	48,7	46,3	42,3	43,1	49,5	
Ruim	21,7	20,1	11,8	16,3	16,4	
Capacidade Funcional*						
Não tem dificuldade	46,1	39,7	49,5	49,1	43,6	0,000
Tem pequena dificuldade	27,9	28,8	27,0	26,0	25,9	
Tem grande dificuldade	20,3	23,8	19,8	19,7	24,0	
Não consegue	5,8	7,6	3,8	5,3	6,5	
Consulta Médica nos Últimos 12 Meses						
Sim	73,8	76,1	83,8	81,6	80,5	0,000
Internação Hospitalar nos Últimos 12 Meses						
Sim	12,3	10,7	10,9	12,8	14,3	0,000

Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008). * Habilidade para subir ladeira ou escada.

Tabela 17 - Distribuição relativa (%) das condições de saúde, por Grandes Regiões, 80 anos e mais, 2008

Faixa etária	80 anos e mais					
Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	p-valor
Presença de Doenças Crônicas Auto-referidas						
Bronquite	13,3	9,5	9,4	12,9	14,1	0,000
Câncer	3,4	2,2	3,9	5,7	2,2	0,000
Doenças do coração	18,1	17,9	27,0	35,2	29,5	0,000
Depressão	3,0	5,7	11,5	13,4	7,2	0,000
Diabetes	14,9	14,8	16,9	13,9	12,9	0,097
Hipertensão	51,8	54,7	56,2	56,1	61,3	0,181
Reumatismo	41,0	31,6	29,9	31,8	35,9	0,002
Autoavaliação da Saúde						
Boa	24,2	20,8	36,4	33,9	31,3	0,000
Regular	38,7	45,7	43,9	46,8	38,2	
Ruim	37,0	33,5	19,8	19,3	30,5	
Capacidade Funcional*						
Não tem dificuldade	22,7	17,0	24,1	18,9	30,0	0,000
Tem pequena dificuldade	25,1	21,6	27,5	33,5	24,0	
Tem grande dificuldade	37,4	37,8	36,2	37,3	30,4	
Não consegue	14,8	23,6	12,3	10,4	15,6	
Consulta Médica nos Últimos 12 Meses						
Sim	81,8	80,0	87,5	85,8	85,8	0,000
Internação Hospitalar nos Últimos 12 Meses						
Sim	18,9	16,2	17,7	19,7	25,9	0,002

Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).* Habilidade para subir ladeira ou escada.

Na análise da presença de doenças crônicas auto-referidas por sexo, a maior proporção também é encontrada entre os que foram diagnosticados com hipertensão, sendo essa população composta pelas mulheres nos dois grupos etários (58,4% mulheres de 60-79 anos e 60,4% mulheres de 80 anos e mais) (Tabela 18).

Com relação a autoavaliação da saúde, o padrão de diferencial por sexo em 2008 foi semelhante ao de 1998. Entre os idosos mais jovens, a maioria das mulheres indicaram ter uma saúde regular e os homens uma boa saúde. Já entre os mais idosos, a maior proporção, para ambos os sexos, afirmou ter uma saúde regular (Tabela 18).

Entre o grupo etário de 60-79 anos, em 2008, para ambos os sexos, a maioria afirmou não possuir dificuldades para subir ladeira ou escada, mas com uma porcentagem maior entre os homens (55,5%). Entre os idosos de 80 anos e mais, a maior parte tem grande dificuldade, com uma proporção mais elevada entre as mulheres (40,5%). A diferença entre homens e mulheres se mostrou estatisticamente significativa (Tabela 18).

As proporções de consultas médicas por sexo em 2008 apresentaram um aumento em comparação a 1998. E esse aumento foi ainda maior para as mulheres (86% para as mulheres e 74,2% para os homens de 60-79 anos e 86,2% para as mulheres e 82,5% para os homens de 80 anos e mais) (Tabela 18).

A porcentagem de internações hospitalares diminuiu de 1998 para 2008 no grupo mais jovem (de 12,4% em 1998 para 10,9% em 2008 entre as mulheres e de 13,3% em 1998 para 12,0% em 2008 entre os homens), mas entre o grupo mais idoso, a proporção de internações diminuiu entre as mulheres, mas dentro do tempo analisado, aumentou entre os homens (de 19,3% em 1998 para 16,8% em 2008 para o sexo feminino e de 17,8% em 1998 para 20% em 2008 para o sexo masculino).

Tabela 18 - Distribuição relativa (%) das condições de saúde, por sexo e grupos etários, 2008

Faixa etária	60-79 anos			80 anos e mais		
Sexo	Feminino	Masculino	p-valor	Feminino	Masculino	p-valor
Presença de Doenças Crônicas Auto-referidas						
Bronquite	7,5	7,3	0,001	9,1	12,0	0,117
Câncer	1,9	2,9	0,000	2,8	4,8	0,000
Doenças do coração	16,6	15,4	0,006	25,6	25,0	0,626
Depressão	12,1	5,5	0,000	11,5	6,3	0,000
Diabetes	17,7	14,2	0,000	17,2	12,9	0,000
Hipertensão	58,4	46,0	0,000	60,4	48,4	0,000
Reumatismo	29,4	15,3	0,000	36,2	24,1	0,000
Autoavaliação da Saúde						
Boa	37,1	44,6		30,0	30,7	
Regular	46,7	41,1	0,024	45,0	43,6	0,000
Ruim	16,2	14,3		25,0	25,7	
Capacidade Funcional*						
Não tem dificuldade	38,7	55,5		16,5	28,6	
Tem pequena dificuldade	29,3	24,8	0,000	24,9	28,2	0,000
Tem grande dificuldade	25,3	16,1		40,5	30,8	
Não consegue	6,6	3,6		18,2	12,4	
Consulta Médica nos Últimos 12 Meses						
Sim	86,0	74,2	0,000	86,2	82,5	0,001
Internação Hospitalar nos Últimos 12 Meses						
Sim	10,9	12,0	0,006	16,8	20,0	0,010

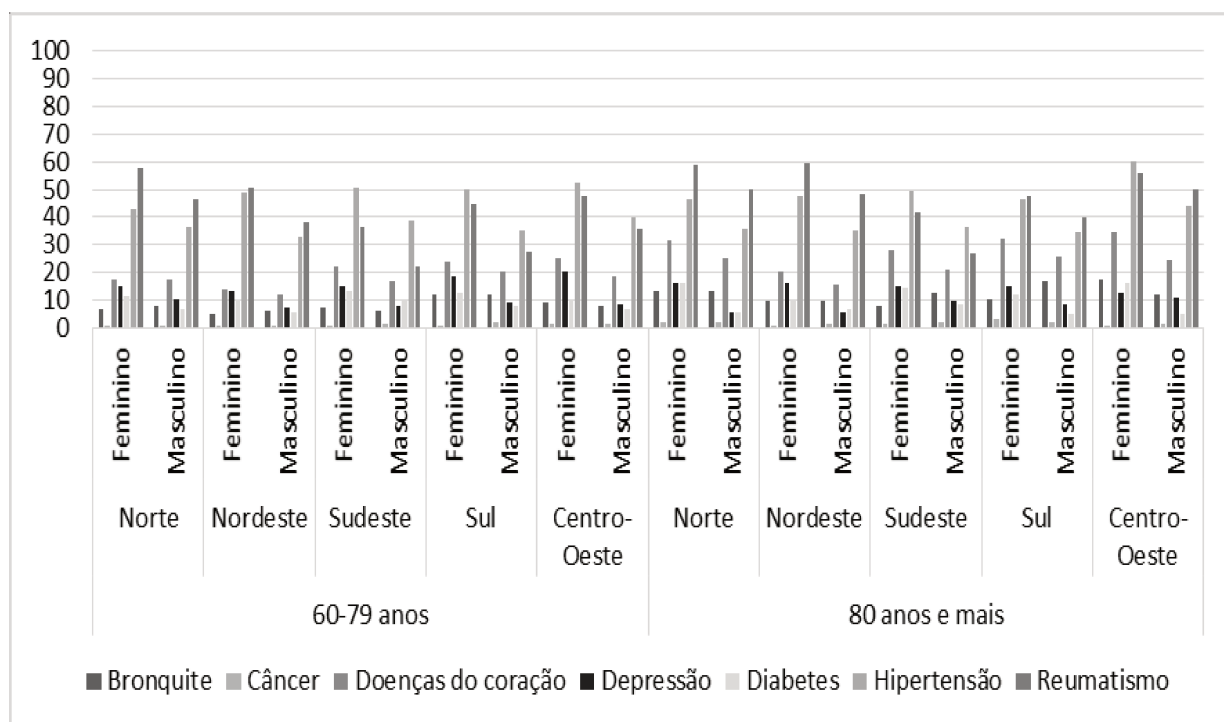
Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).* Habilidade para subir ladeira ou escada.

Os resultados revelam que, dentro do período de análise, pode-se destacar alguns pontos de melhoria, como no caso das internações, pois a queda nas proporções pode indicar uma melhoria no atendimento ou acesso aos serviços. Mas a ausência de melhorias na autoavaliação de saúde é um indicador de que ainda há muito a ser feito

em relação à saúde do idoso, uma vez que a autopercepção de saúde é um indicador válido e confiável de saúde (IDLER; BENYAMINI, 1997).

De acordo com os achados por sexo e regiões, verifica-se que a maioria das doenças crônicas atingiram mais as mulheres do que os homens para todas as regiões, nos dois grupos etários estudados. Isso ocorre, muitas vezes, pelo fato das mulheres, em sua maioria, realizarem mais acompanhamento médico, terem consciência do significado de ser portadora de uma ou mais doenças crônicas e por relatarem mais problemas de saúde do que os homens. Como observado anteriormente, as regiões norte e nordeste, entre o grupo mais jovem, apresentaram as maiores proporções de reumatismo (57,5% mulheres e 46,2% homens na região norte; 50,7% mulheres e 37,9% homens na região nordeste). Nas demais regiões, a maioria dos idosos tem hipertensão (50,7% mulheres e 38,9% homens – sudeste; 49,9% mulheres e 35,5% homens – sul; 52,2% mulheres e 40,2% homens – centro-oeste). Entre os mais idosos há uma mudança na região sul, onde a proporção de idosos com reumatismo supera aqueles com hipertensão (47,4% nas mulheres e 40,2% nos homens). Outra diferença importante é na região centro-oeste, com a maioria das mulheres acometidas pela hipertensão (60,1%). Já para a população masculina, grande parte afirmou ter reumatismo (49,9%) (Gráfico 61). A hipertensão, desde que se tenha acesso a medicamentos e saúde, é uma doença controlada, mas a presença do reumatismo ou artrite, em muitos casos, representa a principal causa de incapacidades entre os idosos (GIACOMIN et al., 2008).

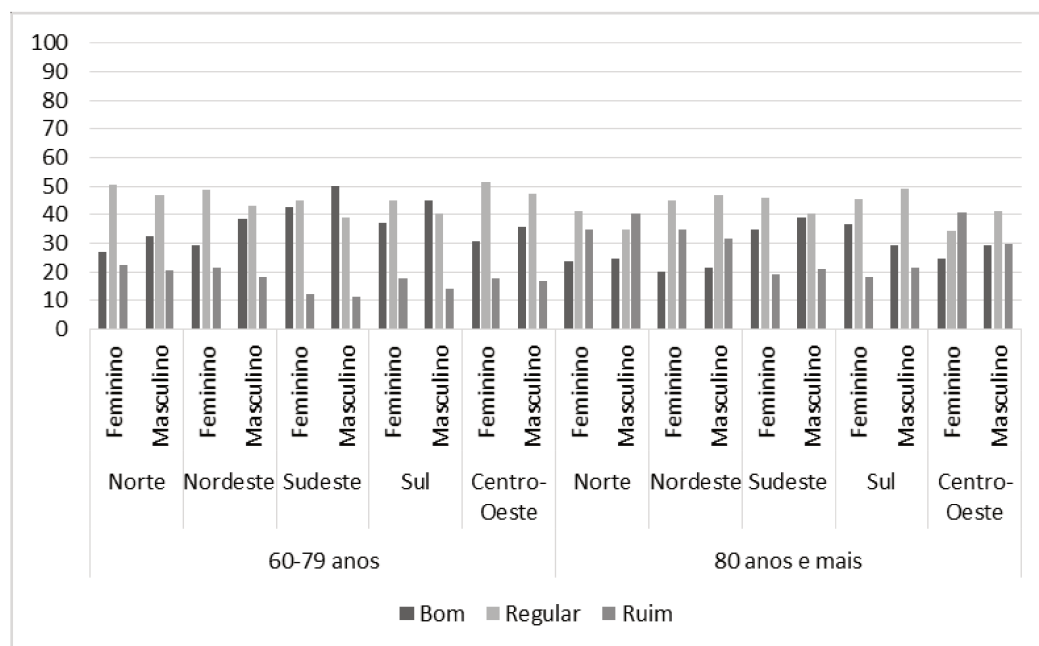
Gráfico 61 - Distribuição relativa (%) da presença de doenças crônicas auto-referidas, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 1998



Com relação a autoavaliação de saúde, para idosos entre 60-79 anos, evidencia-se que os homens nas regiões sudeste e sul se autodeclararam como tendo uma boa saúde com maior frequência (49,9% vs 45,1%, respectivamente). Para as demais regiões e para as mulheres das regiões citadas acima, a maior parte do grupo entrevistado declarou possuir uma saúde regular (Gráfico 62).

Entre os idosos mais idosos, a maior proporção da população masculina da região norte (40,4%) e feminina da região centro-oeste (40,9%) disseram ter uma saúde ruim, diferente do restante da população do grupo, onde a maioria relataram ter uma saúde regular (Gráfico 62). Segundo Lebrão e Laurenti (2005), idosos que relatam ter uma condição de saúde ruim estão mais expostos ao risco de óbito. Portanto, a autopercepção de saúde é um indicador importante para monitorar as condições de saúde dos idosos, uma vez que está relacionado a diversos desfechos negativos.

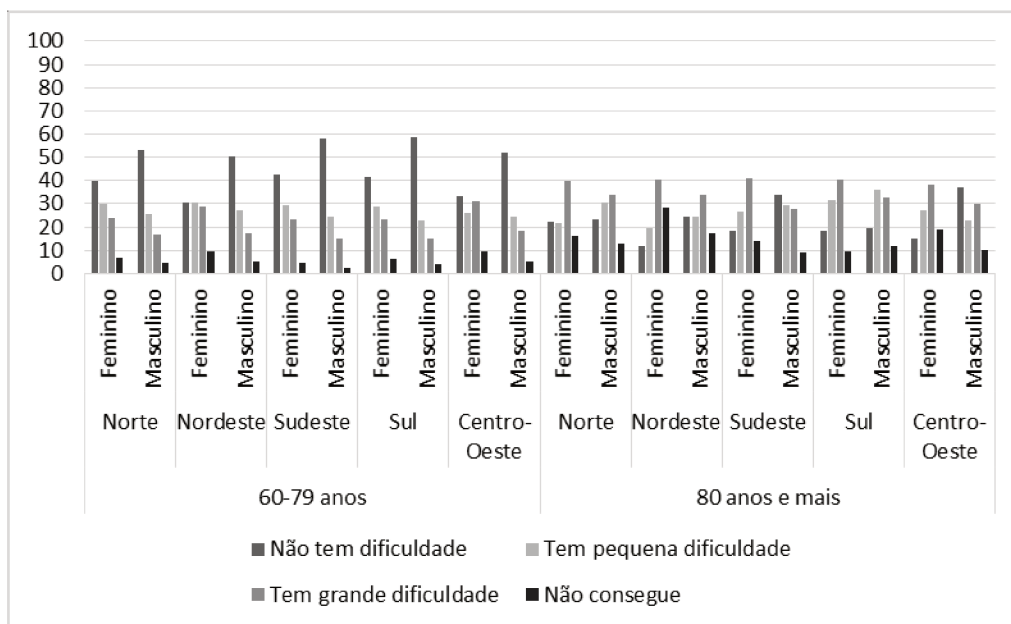
Gráfico 62 - Distribuição relativa (%) da autoavaliação da saúde, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 1998



Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

A análise da capacidade funcional (Gráfico 63) ajuda a entender até que ponto o idoso consegue realizar suas atividades de forma independente, sem necessidade de ajuda externa. Entre os idosos mais jovens, a maioria, independente do sexo e região, afirmou não ter problemas com a mobilidade física (habilidade para subir ladeira e escada). Entre as mulheres da região nordeste houve pouca variação das que afirmavam “não ter dificuldade” (30,7%), “ter pequena dificuldade” (30,3%) e “ter grande dificuldade” (29,1%). No grupo mais idoso, os homens da região sudeste, em sua maioria, afirmaram ter condições de realização de suas atividades sem dificuldades (33,8%); o mesmo ocorreu entre os homens da região centro-oeste (37,1%). Mas o restante da população presente no inquérito, afirmaram ter grandes dificuldades em realizar suas atividades. Com o passar dos anos, atividades simples tendem a se complicar. Um estado de dependência, principalmente no caso de mulheres com idade mais avançada, pode ter associação com a viuvez. Maior incapacidade funcional entre as mulheres é um resultado esperado uma vez que as mulheres vivem mais do que os homens e em piores condições de saúde.

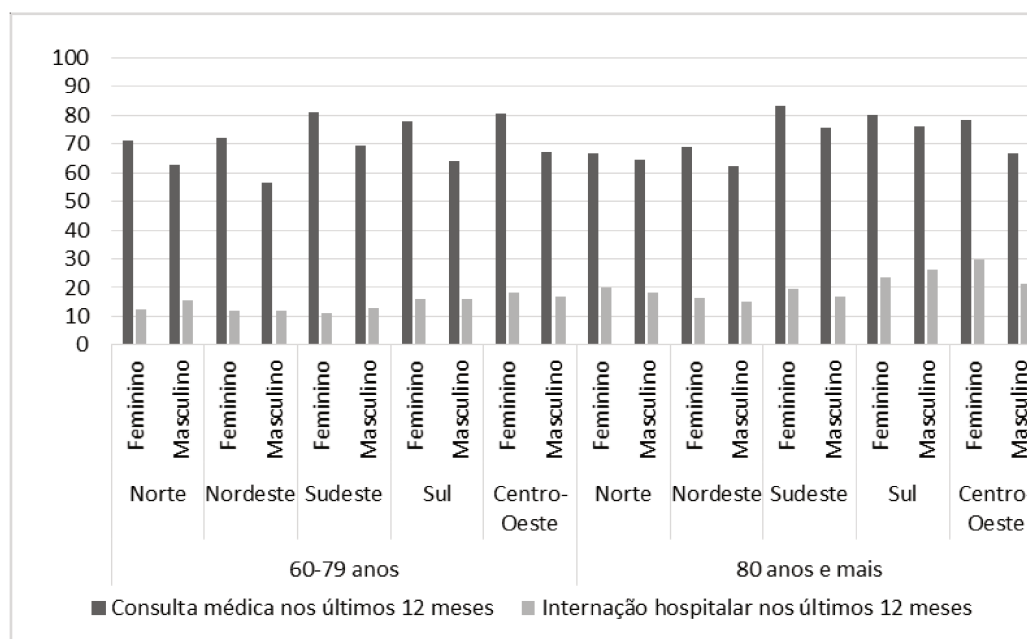
Gráfico 63 - Distribuição relativa (%) da capacidade funcional*, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 1998



Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998). * Habilidade para subir ladeira ou escada.

Os achados sobre consulta médica revelam mais uma vez a maior preocupação das mulheres na busca de atendimento e de sua preocupação com a saúde uma vez que para todas as regiões, nos dois grupos etários analisados, as mulheres são as que mais procuraram os serviços médicos. A proporção das internações hospitalares é maior em idades mais avançadas, principalmente na região sul (23,6% para as mulheres e 26,2% para os homens) e centro-oeste (29,6% para as mulheres, 21,3% para os homens) (Gráfico 64). Segundo Gawryszesky; Jorge e Koizumi (2004), a principal causa de internações hospitalares são as quedas, que, com o passar da idade, acabam sendo mais frequentes e com maiores riscos de fraturas graves.

Gráfico 64- Distribuição relativa (%) da utilização de serviços de saúde, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 1998

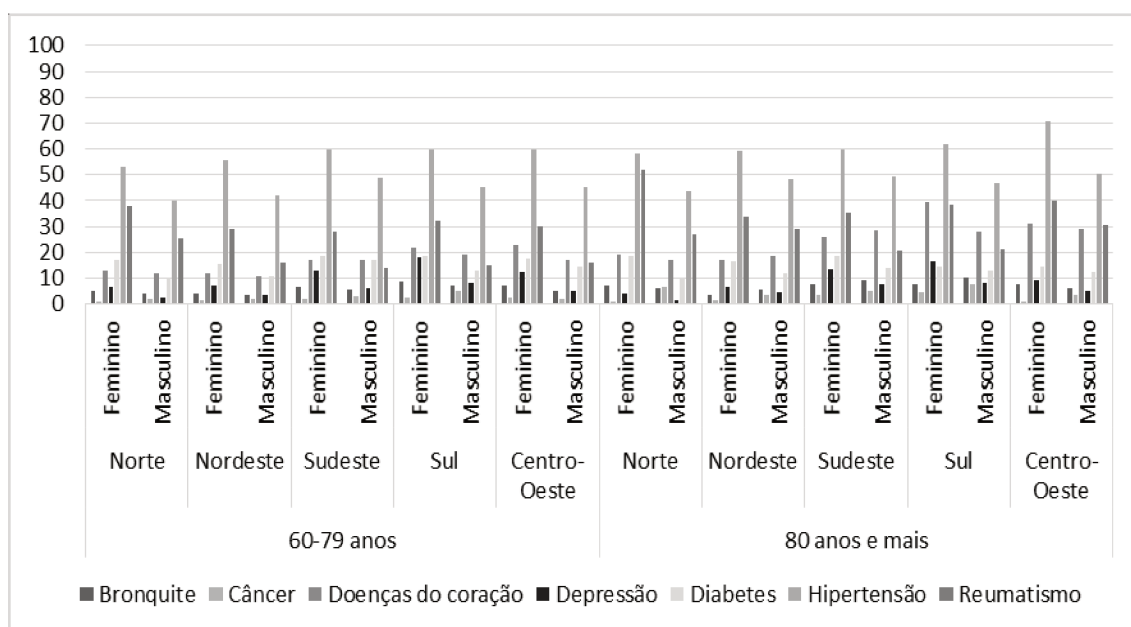


Fonte: IBGE (2007a). PNAD (Suplemento de Saúde, 1998).

Em 2008, a proporção de idosos com reumatismos não era tão relevante como no inquérito de 1998, nas duas faixas etárias, em todas as regiões e para ambos os sexos. A doença que atingiu a maior proporção da população idosa foi a hipertensão (53% nas mulheres e 40,1% nos homens na região norte; 55,5% nas mulheres e 42,1% nos homens na região nordeste; 59,8% nas mulheres e 49,1% nos homens na região sudeste; 59,7% nas mulheres e 45,4% nos homens na região sul; 59,6% nas mulheres e 45,4% nos homens na região centro-oeste entre os idosos mais jovens). Entre os idosos mais idosos a prevalência foi: 58,1% nas mulheres e 43,7% nos homens na região norte, 59,2% nas mulheres e 48,1% nos homens na região nordeste; 60% nas mulheres e 49,5% nos homens na região sudeste, 61,8% nas mulheres e 46,7% nos homens na região sul, 70,7% nas mulheres e 50,3% nos homens na região centro-oeste. O reumatismo segue em segundo lugar dentre as doenças auto-referidas que mais atingem a população idosa. Um quadro que chama a atenção é com relação a depressão nas mulheres das regiões sudeste e sul. Cerca de 13,1% no sudeste e 18,3% no sul entre as idades 60-79 anos e 13,6% e 16,5%, respectivamente, nas idades 80 anos e mais apresentavam depressão (Gráfico 65). Tais valores podem estar associados a viuvez, alta taxa de urbanização nos grandes centros e o sentimento de solidão que estes aspectos

trazem. Intrinsecamente, a formação de núcleos urbanos vem acompanhada da ideia do ser humano se unir em busca de maior proteção, mas as realidades nas cidades, principalmente nas grandes capitais é que a interação entre vizinhos é cada vez menor, o que faz com que os idosos, principalmente os que moram em domicílios unipessoais, longe de familiares, fiquem isolados e se sintam sós. Portanto, casos de depressão apresentam valores altos, mas que ainda podem ser maiores, pensando que, para o ano de 2008 são levantados só os casos que algum médico diagnosticou, pois, a pergunta para esta questão no ano em análise é “Algum médico o diagnosticou com depressão?”. Portanto, alguns casos podem não ter sido registrados nesse período.

Gráfico 65 - Distribuição relativa (%) da presença de doenças crônicas auto-referidas, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 2008

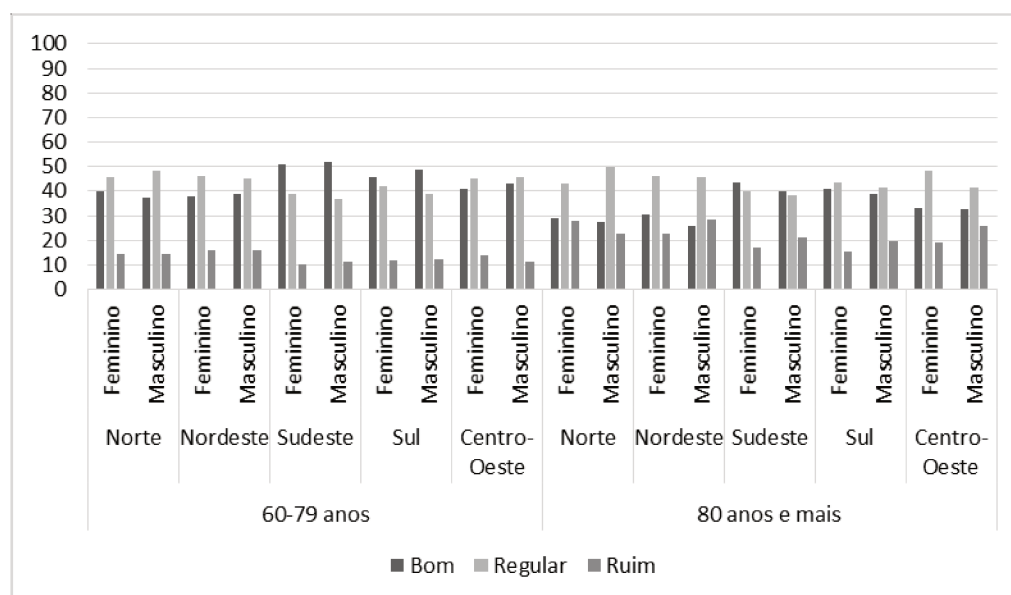


Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

O resultado para a autoavaliação da saúde para 2008 é relativamente melhor do que foi observado em 1998. Para as regiões sudeste e sul, entre os idosos com idade entre 60-79 anos, não apenas os homens, mas também as mulheres declararam possuir uma boa saúde (50,7% das mulheres e 52,1% dos homens na região sudeste; 45,9% das mulheres e 48,6% dos homens na região sul). Uma melhora significativa também foi observada entre os mais idosos, enquanto em 1998 a maior parte dessa população declarava ter uma saúde ruim, para 2008, em quase todas as regiões os idosos, em sua maioria, declararam ter uma saúde regular, com exceção para a região sudeste, onde a

maior parte dos idosos mais idosos disseram ter uma saúde boa (43,4%, 40%, mulheres e homens, respectivamente). Esses aspectos podem ser um indicativo de melhoras no acesso à saúde durante o tempo observado (Gráfico 66). Ou seja, podemos inferir que, com o passar do tempo, a universalização da saúde tem chegado às diferentes camadas sociais brasileiras, por todo território. Portanto, para 2008 as melhorias na saúde são evidentes e chega à população, acompanhando o processo de diminuição da disparidade social ao qual foi observado pelos dados levantados no capítulo anterior. Ter acesso aos serviços de saúde é um fator que é acompanhado da urbanização, as populações vivendo em grandes aglomeração podem ser melhor assistidas por serviços públicos, o que faz com que as melhorias atinjam grande parte da população e garanta melhor qualidade de vida para diferentes grupos sociais. Logo, com o tempo, a tendência é que a saúde possa ser integrada como parte vigente da vida de uma grande parcela da população idosa, mesmo os mais idosos ou grupos sociais com as menores rendas.

Gráfico 66 - Distribuição relativa (%) da autoavaliação da saúde, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 2008

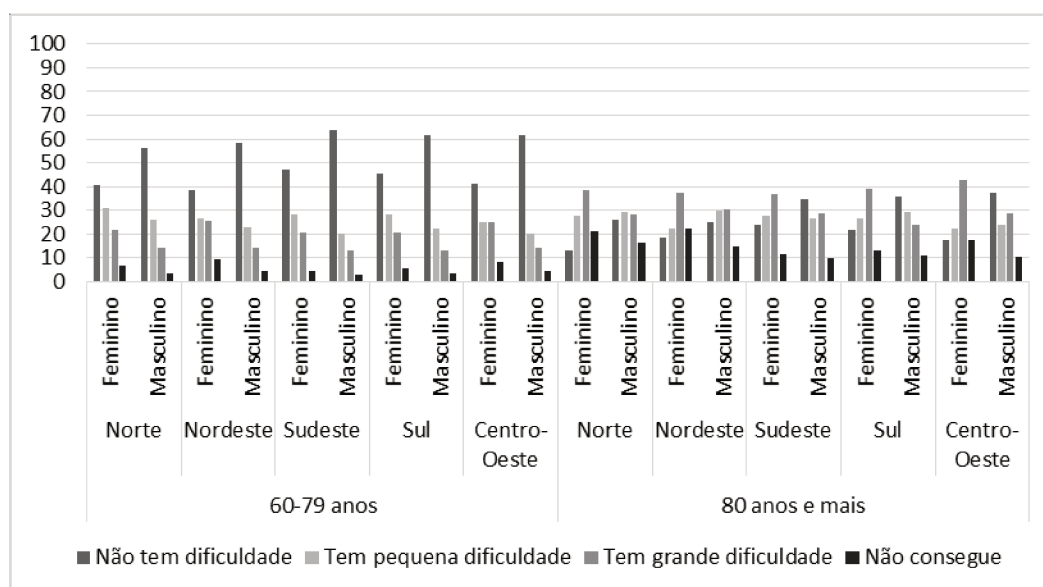


Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

Entre os idosos de 60-79 anos, segundo sexo e regiões, nota-se uma maior proporção de indivíduos que declararam não ter dificuldades para realizar a atividade (40,8% de mulheres e 56,4% de homens na região norte; 38,7% de mulheres e 58,3% de homens na região nordeste; 47,1% de mulheres e 63,9% de homens na região sudeste; 45,5% de mulheres e 61,6% de homens na região sul; 41,4% de mulheres e 61,8% de

homens na região centro-oeste). Porém, entre os mais idosos não há grandes mudanças no período de análise (Gráfico 67). A diminuição do reumatismo, casos mas presentes de doenças como hipertensão, que podem ser administradas, desde que se tenha o acompanhamento necessário, deveriam vir acompanhados de uma melhora na capacidade funcional dos indivíduos estudados, mas, a pouca alteração nos casos de AVD, indicam que não se teve melhorias significativas no acesso a saúde voltada para essa população. Para tanto, devemos enfatizar outros processos que atuam como determinantes das atividades diárias, como o engajamento em atividades físicas. A ausência de atividade física está associada com diversos problemas músculo-esqueléticos que podem ser controlados com a prática de, pelo menos, quinze minutos de atividades físicas moderadas (LIMA-COSTA et al., 2003). Além do que, o controle de doenças crônicas, que mesmo presentes, não são, necessariamente um entrave as atividade básicas da vida do indivíduo.

Gráfico 67 - Distribuição relativa (%) da capacidade funcional*, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 2008

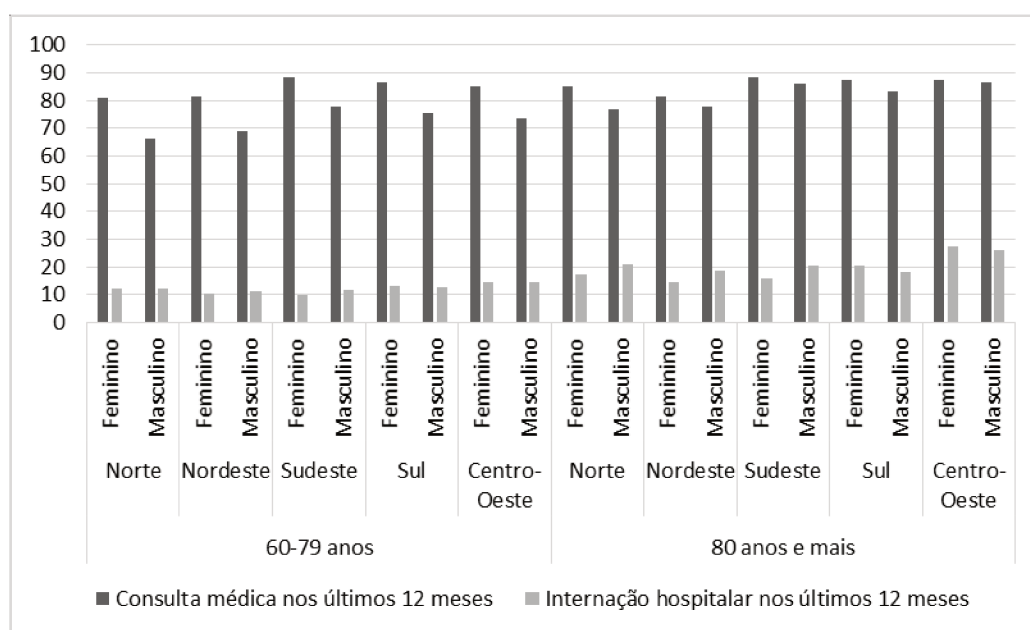


Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008). * Habilidade para subir ladeira ou escada.

O Gráfico 68 mostra que, em 2008, teve um aumento da proporção de idosos que buscaram se consultar com médicos em relação ao observado em 1998 (81,2% de mulheres e 66,2% de homens na região norte; 81,7% de mulheres e 69,1% de homens na região nordeste; 88,5% de mulheres e 77,6% de homens na região sudeste; 86,6% de mulheres e 75,4% de homens na região sul; 85,4% de mulheres e 73,7% de homens na

região centro-oeste entre os idosos com a 60-79 anos; e, 85,4% de mulheres e 77,1% de homens na região norte; 81,4% de mulheres e 77,9% de homens na região nordeste; 88,3% de mulheres e 86% de homens na região sudeste; 87,4% de mulheres e 83,3% de homens na região sul; 87,4% de mulheres e 86,7% de homens na região centro-oeste entre aqueles com 80 anos e mais). Pode-se concluir que os idosos estão procurando mais formas de garantir a melhoria em sua saúde. Porém, em algum aspecto, a essa população não está sendo atendida de maneira integral, uma vez que alguns indicadores do presente estudo mostraram resultados mais negativos. A universalização do SUS é um programa em acensão, mas que ainda não atinge o território brasileiro de maira integral, além do que, filas de espera por atendimento colocam muitos idosos em uma subcondição de saude, sem ter de fato o acesso garantido a todos os setores aos quais ele tem direito.

Gráfico 68 - Distribuição relativa (%) da utilização de serviços de saúde, por Grandes Regiões, sexo e grupos etários, 2008



Fonte: IBGE (2007b). PNAD (Suplemento de Saúde, 2008).

Os dados extraídos das pesquisas analisadas, nos auxiliaram a indicar uma melhoria temporal nas condições de vida do idoso, mesmo do grupo com as idades mais avançadas, mas algumas situações ainda precisam ser detalhadas, programas de assistências sociais precisam ser pautados nas principais deficiências, a presença de uma doença crônica, principalmente as que são controláveis não pode ser um fator de

limitação do idoso. Garantias assim, só se terá quando o governo se mobilizar para atender as reais necessidades dessa parcela da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecer, muitas vezes, é acompanhado por elevado grau de dependência do idoso associado às condições precárias de saúde. Para piorar esse quadro, o aumento da longevidade garante uma heterogeneidade no grupo de idosos, o que faz necessário uma análise mais detalhada das diferenças para que se consiga atender as necessidades de maneira geral. Logo, o desafio para o futuro é o de elaborar cenários onde os avanços da ciência e da tecnologia permita aos idosos uma longevidade com aspectos de vida saudável e não fragilizado, livre de doenças (VERAS, 2003).

O aumento na expectativa de vida da população brasileira já representa avanços no desenvolvimento social e da saúde pública, mas problemas atuais e das futuras coortes de idosos, que tendem a ser cada vez maiores em proporção, devem ser alvos de pesquisas com objetivo de determinar políticas públicas que se pautem nas necessidades reais. Veras (2002), ressalta que, através dos avanços capitalistas, o idoso passa a ocupar uma posição de marginalidade na medida que já alcançou seu grau evolutivo e, portanto, perde seu valor social. Os dados analisados nos permitiram conferir muitos dos resgates feitos em estudos anteriores, como o caso das disparidades sociais que foi visível tanto entre os grupos etários quanto dentro do território brasileiro, uma grande parcela da população idosa vive com baixa renda, enquanto poucos sobrevivem com renda mais elevadas. Portanto, a adoção de políticas públicas voltadas para a equidade de renda do idoso visaria auxiliar a inserção social desse grupo.

Com isso, o presente estudo traz informações necessárias para se caracterizar a forma como a população brasileira vem envelhecendo e levanta aspectos específicos sobre as diferenças entre regiões, sexo e grupos etários. Entendendo tais características, podemos fazer um levantamento de ações necessárias para permitir que os idosos desfrutem de melhor qualidade de vida no seu cotidiano, nas suas relações sociais e familiares.

Encontrar dados que indiquem o avançar da região sudeste e sul na transição demográfica, com uma grande proporção de idosos, convivendo com condições de doenças crônicas, já era esperado por serem questões discutidas entre outros autores anteriormente. Um fato que nos chamou a atenção foi ver as demais regiões também

com o processo tão avançado, principalmente a região centro-oeste, que, em muitos casos, a prevalência de algumas doenças, como o caso da hipertensão entre as mulheres de 80 anos e mais, em 2008, chega a superar os casos das outras regiões, até as mais desenvolvidas. Um fator importante de discussão é que as regiões mais desenvolvidas ainda estão se preparando por um momento que já é real. Logo, regiões com menor desenvolvimento, avança rapidamente no seu processo de envelhecimento populacional e, conseqüentemente, convivem com situações problemas para serem solucionadas.

Com relação à autoavaliação da saúde, é importante ressaltarmos as reduções nas diferenças entre aqueles que relataram ter uma saúde como regular e boa para os idosos mais jovens da região norte e nordeste dentro do período analisado. Entre os mais idosos, as mulheres que moram na região centro-oeste foram as que apresentaram as maiores diferenças entre o período de análise. Em 1998, 40,9% afirmaram ter saúde ruim, em 2008 somente 18,9% fizeram a mesma avaliação, enquanto 48,1% relataram ter saúde regular. As distinções apresentadas entre os anos nos fazem deduzir que as populações idosas dessas regiões estão passando por melhorias nos atendimentos que acarreta diretamente em uma melhor condição de saúde segundo sua percepção.

O fato do número de consultas médicas apresentarem um grande aumento de 1998 para 2008 nos mostra que os idosos vêm buscando ajuda para sua condição. Podemos destacar o caso dos idosos mais idosos que buscaram auxílio médico em maior quantidade em 2008 e suas proporções para as regiões chegaram a ser tão elevadas quanto o grupo mais jovem, ainda, a porcentagem de homens de 80 anos e mais que buscaram auxílio médico na região sudeste foi tão grande em 2008 que se aproximou muito das mulheres (86,0% e 88,3%, respectivamente). Um maior acesso aos serviços de saúde pode ser uma saída para que as futuras coortes de idosos alcancem, mais facilmente, uma vida mais plena e com maior autonomia.

Embora essa caracterização sirva para identificar um perfil da população idosa brasileira, não se podem fazer análises conclusivas acerca das interfaces entre as variáveis, uma vez que o tratamento estatístico adotado não é apropriado.

O aumento no número e no tempo de vida dos idosos destaca a necessidade de países como o Brasil produzirem, regular ou periodicamente, informações que permitam avaliar e aprofundar as discussões sobre idosos, em nível nacional.

Os dados levantados mostram que, apesar de melhorias significativas no acesso a saúde promovidas pela universalização do SUS (Sistema Único de Saúde), o Brasil ainda precisa avançar em vários pontos, buscando melhorias em diversos setores e até mesmo estruturais, para garantir pleno acesso dessa parcela da população, independente do perfil socioeconômico.

O presente estudo se tornou importante ao levantar as variações temporais das condições de vida e saúde dos idosos e ainda traçar um panorama das diferenças entre dois grupos distintos, idosos mais jovens que possuíam de 60-79 anos, e idosos mais idosos, com 80 anos e mais. Esses dois grupos se apresentaram com características diferenciadas, cada um com uma condição de saúde e de necessidades diferentes, o que faz com que seja imprescindível entender, identificar e pontuar cada ação que deve ser tomada nesse grupo tão particular. As melhorias apontadas no período nos mostram que há um caminho que deve ser seguido, mas ainda existem pontos fragilizados de atenção que destacamos e precisam ser amenizados para progressos na vida e saúde das futuras coortes.

Algumas limitações em nossa pesquisa podem ser apontadas, a mudança nas questões entre as PNADs analisadas com relação às doenças crônicas, na qual, em 1998 se perguntava se o indivíduo possuía alguma doença, o que podia acarretar em erro de subnumeração, caso ele tivesse uma doença, mas não soubesse por não ter visitado um médico, ou sobrenumeração, se, mesmo sem ter certeza, sem ter visitado um médico, o indivíduo declara possuir uma doença que, na verdade, não tinha. Para tentar ajustar esse tipo de falha, em 2008 a questão foi alterada para se o indivíduo tinha sido diagnosticado por algum médico com uma das doenças do questionário, o que deixou a pesquisa mais robusta, mas pode um ao erro quando faz uma análise temporal entre os dois inquéritos. Alguns outros problemas de enumeração também podem ser encontrados na declaração das idades mais avançadas, onde, os mais idosos podem não lembrar sua idade, ou o entrevistado pode não ter tido certeza da idade do mais idoso com quem residia. Tal erro pode ser minimizado ao agruparmos nossa população de estudo em dois grandes grupos (60-79 e 80 anos e mais). Vale destacar que a informação da cor da pele também pode apresentar problemas, uma vez que a mesma é auto-referida e o indivíduo responde como ele identifica a sua cor, não podendo a resposta ser alterada pelo entrevistador. Entretanto, apesar das limitações, essa pesquisa

se propôs a fazer esse delineamento e entende como importante traçar esse panorama inicial, considerando as respectivas variáveis. Paniz et al. (2008) avaliou o acesso da população a medicamentos e ressaltou que as diferenças socioeconômicas associadas a utilização dos serviços de saúde podem justificar determinantes diferentes presentes no acesso aos medicamento. Portanto, quando a população não tem acesso ao medicamento, doenças que necessitam seu uso contínuo, acabam sendo um entrave na independência do idoso.

O estudo aponta para o fato de que as políticas públicas devem englobar os aspectos relacionados às condições de vida e saúde dos idosos e de forma específica para cada grupo de idade, considerando as suas particularidades.

Uma aparente melhoria na saúde dos idosos no período de análise pode ser observada como descrevemos anteriormente, porém, muitos aspectos ainda carecem de preocupação. Administrar e ampliar políticas públicas que garantam acesso de maneira integral dos diferentes grupos de idosos é essencial para os governos planejarem, a longo prazo, uma gestão onde o aumento da longevidade venha acompanhado de uma vida mais independente, com menos doenças e incapacidades e maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. E. D. A transição demográfica e a janela de oportunidade. **Braudel Papers**, São Paulo, SP, v. 1, p. 1-13, 2008.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 44, n. 3, p. 1-11, 2010.
- _____.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 3, p. 535-546, 2008.
- _____. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.
- _____. **Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do Município de São Paulo, 1999/2000**. 2004. 89f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2004.
- ANTES, D. L. et al. Perfil socioeconômico dos idosos de Florianópolis: análise comparativa dos estudos Perfil do Idoso 2002 e EpiFloripa Idoso 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, SP, v. 17, n. 1, p. 189-202, 2014.
- AQUINO, F. T. M.; CABRAL, B. E. S. O idoso e a família. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, p. 1.056-1.060, 2002.
- ARAÚJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, RJ, UNATI, v. 3, n. 3, 2000.
- ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, MG, v. 8, n. 1, p. 15-24, 2005.
- _____. et al. Perfil socioeconômico dos idosos do projeto de promoção da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 14., 2004, Salvador, BA. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ: SBGG, 2004.
- BALDESSIM, A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: PAPALÉO NETTTO, M. (Org.). **Gerontologia**. São Paulo, SP: Atheneu, 1996.
- BELL, C. L. et al. Late-life factors associated with healthy aging in older men. **Journal of the American Geriatrics Society**, US, v. 62, n. 5, p. 880-888, 2004.
- BENYAMINI, Y.; IDLER, E. Community studies reporting association between self-rated health and mortality: additional studies, 1995 to 1998. **Journal of Aging Research**, Cairo, v. 21, p. 392-401, 1999.
- BERQUÓ, E. S.; CAVENAGHI, S. M. A evolução da fecundidade no Brasil. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, RJ, v. 37, p. 28-33, 2005.
- BOLETIM PAD-MG. Fundação João Pinheiro, Centro de Estatística e Informações, Belo Horizonte, MG, Ano 1, n. 1, maio 2011.

BONE, M. R. International efforts to measure health expectancy. **Journal Epidemiol Community Health**, US, v. 46, n. 6, p. 555-558, 1992.

BONGAARTS, J.; ZIMMER, Z. Living arrangements of older adults in the developing world: an analysis of demographic and health survey household surveys. **Journal of Gerontology**, Washington, DC, v. 57B, n. 3, p. S145-S157, 2002.

BRITO, F. et. al. A transição demográfica e as políticas sociais no Brasil. In: BRITO, F.; BAENINGER, R. (Coord.). **Populações e políticas sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais**. Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2008. p. 19-62.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, C.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

CACHIONI, M.; PALMA, L. S. Educação permanente: perspectiva para o trabalho educacional com o adulto maduro e idoso. In: FREITAS, E. L. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006. p. 1456-1465.

CAMARANO, A. A. Cuidados de longa duração para a população idosa: família ou instituição de longa permanência? **Sinais Sociais**, Rio de Janeiro, RJ, v. 3, n. 7, p. 10-39, 2008.

_____; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2004. p. 25-76.

_____ et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: _____ (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**. Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2004. p. 137-168.

_____. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. **Texto para Discussão 858**, Rio de Janeiro, RJ, IPEA, 2002.

_____. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. **Texto para Discussão 830**, Rio de Janeiro, RJ, IPEA, 2001.

_____. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 1999.

_____ et al. Como vive o idoso brasileiro? **Texto para Discussão 681**, Rio de Janeiro, RJ, IPEA, 1999.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, RJ, v. 28, n. 1, p. 217-230, 2011.

_____ et al. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n. 5, p. 1903-1909, 2009.

_____. **Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG)**, 2007. 2008. 138f. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2008.

_____.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos: 2000. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, SP, v. 24, n. 1, p. 37-51, 2007.

_____.; PERPETUO, I. H. O.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 17, n. 5-6, p. 379-386, 2005.

_____. **Estimativas de expectativa de vida livre de e com incapacidade funcional: uma aplicação do Método de Sullivan para idosos paulistanos**, 2000. 2004. 110f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2004.

CARNEIRO, L. A. F. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. São Paulo, SP: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, 2013.

CARVALHO, J. A. M., WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

_____.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

_____.; SAWYER, D. O.; RODRIGUES, R. N. **Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia**. 2.ed. Belo Horizonte, MG: ABEP, 1998.

CASTILHO, A. R. F. **Envelhecimento activo/envelhecimento saudável: opinião dos idosos do Conselho de Viana do Castelo**. 2010. 106f. Monografia (Licenciatura em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto de Lima, 2010.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 4, p. 795-811, 2002.

CEPAL. Mortalidad. **Observatório Demográfico n. 4**, Santiago de Chile, 2007.

CESAR, J. A. et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das Regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 8, p. 1835-1845, 2008.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte, MG: Nescon/UFGM; Coopmed, 2009.

_____. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHOE, M. K, CHEN, J. Health transition in Asia: implications for research and health policy. In: _____. **Health and mortality: trends and challenges**. 2005.

CLARKE, P.; SMITH, J. Aging in a cultural context: cross-national differences in disability and the moderating role of personal control among older adults in the United

States and England. **The Journals of Gerontology. Series B - Psychological Sciences and Social Sciences**, USA, v. 66, n. 4, p. 457-67, 2011.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.

CORRÊA, R. L. **A rede urbana**. São Paulo, SP: Ática, 1989.

CUPERTINO, A. P. F. B.; ROSA, F. H. M.; RIBEIRO, P. C. C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Revista Teoria e Pesquisa**, Porto Alegre, RS, v. 19, n.3, 2006.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

DESTRO, J. R.; BOING, A. F. D'OSRI, E. Fatores associados à realização de consultas médicas por idosos no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, SP, p. 692-704, 2014.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 45, n. 4, p. 685-92, 2011.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 17, n. 5/6, p. 370-378, 2005.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 21, n. 1, p. 167-176, 2012.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, 2004.

FERNANDES, H. M. et al. A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. **Motricidade**, Santa Maria da Feira, Portugal, v. 5, n. 1, p. 33-50, 2009.

FONTE, I. B. Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas consequências no conceito de velhice. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12., 2002, Ouro Preto, MG. **Anais...** Belo Horizonte, MG: ABEP, 2002.

FONTES, A. P. et al. Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. (Org.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA** Campinas. Campinas, SP: Alínea, 2011. p. 55-74.

GAWRYSZESKY, V. P.; JORGE, M. H. P. M.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar saúde coletiva e atenção individual. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, SP, v. 50, n. 1, p. 97-103, 2004.

GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 6, p. 1260-70, 2008.

GUCCIONE, A. A et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study. **American Journal of Public Health**, Boston, v. 84, n. 3, p. 351-358, 1994.

GUZMÁN, J. M. et al. The demography of Latin America and the Caribbean since 1950. **Populations**, Paris, v. 61, n. 5-6, p. 519-620, 2006.

HARTMANN, A. C. V. C. **Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre**. 2008. 75f. Tese (Doutorado) - Instituto de Geriatria e Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2008.

HAKKERT, R. **Fontes de dados demográficos**. Belo Horizonte, MG: ABEP, 1996.

HERÉDIA, O. C. Características demográficas da terceira idade na América Latina e no Brasil. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, RS, v. 2, p. 7-21, 1999.

IBGE. **Brasil em números**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2013.

_____. **Censo Demográfico de 2010: resultados provisórios**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2011.

_____. **Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2010.

_____. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios - PNAD**. Rio de Janeiro, RJ, 2007a. (Suplemento de Saúde, 1998)

_____. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios - PNAD**. Rio de Janeiro, RJ, 2007b. (Suplemento de Saúde, 2008).

_____. **Censo Demográfico de 2000**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2000.

_____. **Censo Demográfico de 1991**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 1991.

_____. **Censo Demográfico de 1980**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 1980.

IDLER, E. L. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. **Gerontologist**, Washington, DC, v. 43, n. 3, p. 372-375, 2003.

_____; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Journal of Health and Social Behavior**, Albany, NY, v. 38, p. 21-37, 1997.

_____; KASL S. V. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? **The Journals of Gerontology: Series B - Psychological Sciences and Social Sciences**, USA, v. 50, n. 6, p.344-353, 1995.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

_____. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 3, n. 3, p. 217-220, 1987.

_____; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KARSH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 55, n. 10, p. 693-700, 2011.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, SP, v. 4, n. 17, p. 135-40, 2007.

_____; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, SP, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LEME, L. E.; SILVA, P. S. C. P. O idoso e a família. In: PAPALEO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo, SP: Atheneu, 1996.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E. Cohort profile: The Bambui (Brazil) cohort study of ageing. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 40, n. 4, p. 862-867, 2011.

_____. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

_____; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 4, p. 941-950, 2006.

_____; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004.

_____. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 745-757, 2003.

LOPES, D.; DEUS, S. A. Negritude e envelhecimento. In: NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo, SP: Secssp; Fundação Perseu Abramo, 2007. p. 81-90.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2004.

MANTON, K. G. Recent declines in chronic disability in the elderly U.S. Population: risk factors and future dynamics. **Annual Review of Public Health**, US, v.29, p.91-113, 2008.

MARTINE, G.; CAMARGO, L. Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, SP, v. 1, n. 2, p. 99-143, 1984.

MAZO, G. Z. et al. Do diagnóstico à ação: grupo de estudos da terceira idade: alternativa para a promoção do envelhecimento ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, PR, v. 14, n. 1, p. 65-70, 2009.

_____. **Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento**. Porto Alegre, RS: Editora Sulina, 2008.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. G. Mudanças na composição dos arranjos domiciliares no Brasil – 1978 a 1998. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, SP, v. 17, n. 1/2, p. 67-85, 2000.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Perfil dos indicadores de gordura e massa muscular corporal dos idosos de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 12, p. 2887-2895, 2007.

MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, SP, v. 9, n. 3, p. 293-300, 2002.

MIRÓ G., C. A. Transición demográfica y envejecimiento demográfico. **Papeles de Población**, São José, Costa Rica, n. 35, 2003.

MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, L. L. R. (Org.). **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso**. Belo Horizonte, MG: Editora da Universidade Federal de Minas Gerais, 2001. p. 25-56.

_____. Região Norte: evolução populacional recente. In: SANTOS, T. F. (Org.). **Dinâmica populacional das Regiões Norte e Nordeste: questões atuais e emergentes**. Recife, PE: Massangana, 2000. p. 45-81.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

NEGREIROS, T. C. G. M. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **Revista Alceu**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 9, p. 77-86, 2004.

NERI, A. L. et al. Fibra Campinas: fundamentos e metodologia de um estudo sobre fragilidade em idosos da comunidade. In: NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. (Org.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo Fibra Campinas**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011. p. 27-54.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, NY, v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembleia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125**. Viena, 1982.

- PALLONI, A.; PELÁEZ, M. **Estudo SABE: relatório de trabalho**. Washington, DC, 2000.
- PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de USO contínuo em adultos e idosos nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008.
- PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. In: _____ (Ed.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Atheneu, 2002.
- _____; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. (Ed.). **Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Atheneu, 1996. p. 3-12.
- PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 39, n. 3, p. 383-91, 2005.
- PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. (Ed.). **Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Atheneu, 1996. p. 313-323.
- PEDRAZZI, E. C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 18, n. 1, 2010.
- PELZER, M. T.; FERNANDES, M. R. Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 6, n. 2, p. 339-44, 1997.
- PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, RS, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.
- PERES, M. A. C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da Região Nordeste. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 26, n. 3, p. 631-662, 2011.
- PILGER, C. et al. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um Município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 1, n. 3, p. 394-402, 2011.
- POOL, I. Age-structural transitions and policy: towards frameworks. In: SEMINAR IUSSP - ASIAN META-CENTRE, AGE-STRUCTURAL TRANSITIONS AND POLICY, 2000, Phuket. **Anais...** Liège: IUSSP, 2000.
- PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 2, p. 168-175, 1992.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.
- _____. et al. Perfil do idoso em áreas metropolitanas na Região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.
- _____.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 21, n. 3, p. 211-224, 1987.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **Informe de situação e tendências:** demografia e saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde. Série Informe de Situação e Tendências).

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 4, p. 777-94, 2002.

ROOS, N. P.; HAVENS, B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. **American Journal of Public Health**, Boston, v. 81, n. 1, p. 63-68, 1991.

ROOTMAN, I. et al. A framework for health promotion evaluation. In: _____ et al. (Ed.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Genebra: WHO, 2001. p. 7-38.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1979.

SAAD, P. M.; MILLER, T.; MARTINEZ, C. Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, SP, v. 26, n. 2, p. 237-261, 2009.

SAAD, P. M. Transferências de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2004. p. 169-209.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA, M. J.; PEIXOTO BESSA, M. E.; CARDOSO DE OLIVEIRA, A. M. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. **Ciência e Enfermagem, Concepción**, Chile, v. 10, n. 1, p. 31-39, 2004.

SILVA, P. L. N.; PESSOA, D. G. C.; LILA, M. F. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 4, p. 659-670, 2002.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 37, n. 3, p. 364-71, 2003.

SOUZA, E. R. Políticas jovens para uma população idosa: desafios para o Setor Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 6, p. 2656-2658, 2010.

STAUDINGER, U.; MARSISKE, M.; BALTES, P. Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectiva da teoria de curso da vida. In: NERI, A. L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas, SP: Papirus, 1995. p. 195-228.

STESSMAN, J.; JACOBS, J. M. Diabetes Mellitus, physical activity, and longevity between the ages of 70 and 90. **The American Geriatrics Society**, US, v. 62, n. 7, p. 1329-1334, 2014.

TAMAI, S. A. B. Atividade de terapia ocupacional. In: JACOB-FILHO, W. **Prática a caminho da senecultura**. São Paulo, SP: Atheneu, 2003. (Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial – GAMIA).

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os suplementos saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, SP, v. 11, supl. 1, p. 98-112, 2008.

UCHOA, E. et al. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 91-105, 2002.

UNFPA. **Relatório sobre a situação da população mundial**. Brasília, DF, 2011.

UNITED NATIONS. **World population prospects: the 2012 revision**. New York, NY, 2012.

_____. **United Nations demographic yearbook 2009-2010**. New York, NY, 2011.

_____. **Observatorio demográfico América Latina y el Caribe**. Santiago de Chile, 2006.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VERAS, R. Fórum - Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n.3, p.705-715, 2003.

_____. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: UNATI; Relume Dumará, 2002.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **The Lancet**, London, v. 377, p. 2042-2053, 2011.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, SP, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de: Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____/INPEA. **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Genebra: WHO, 2002.

ZAVALA de COSÍO, M. E. Dos modelos de transición demográfica en América Latina. **Perfiles Latinoamericanos:** Revista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México, n. 6, p. 29-47, 1995.

ZAITUNE, M. P. A.et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.