

Transição Demográfica E Condição De Vida E Saúde Dos Idosos Mais Idosos No Brasil E Grandes Regiões¹.

Demographic Transition And Life Condition And Health Of Elderly People In Brazil And Geographical Regions.

Anaíza Garcia Pereira²
Luciana Correia Alves³

RESUMO

O envelhecimento populacional e o aumento da longevidade da população suscita uma preocupação crescente com a saúde, as condições e a qualidade de vida dos idosos. Diante disso, o objetivo desse estudo foi verificar se o processo de transição demográfica acontece de maneira diferenciada entre as Regiões Administrativas do Brasil no ano de 2010 e identificar as condições de vida e saúde dos idosos com 80 anos e mais no Brasil e grandes regiões para o ano de 2008. O estudo foi desenvolvido com base em dados oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 e do Censo Demográfico de 2010. O panorama exposto é de um Brasil desigual e que precisa avançar em recursos e investimentos para a melhoria da qualidade de vida de sua população idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional, desigualdades, longevidade.

ABSTRACT

The populational ageing and the increase of population longevity creates a growing concern about the health, living conditions and quality of life for seniors. Therefore, the aim of this study was to verify if the process of demographic transition happens differently between the administrative regions of Brazil in 2010 and identify the life conditions and health of the elderly aged 80 and over in Brazil and great regions in the year 2008. The study was developed based on data from the National Household Sample Survey 2008 and Census 2010. The exposed scenario is of an unequal Brazil which needs to advance in resources and investment aimed at improving the quality of life of its elderly population.

Key-words: Populational ageing, inequality, longevity.

¹ Trabalho apresentado no VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado em Lima- Peru, de 12 à 15 de agosto de 2014.

² Mestranda em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Bolsista FAEPEX/UNICAMP – anaiza@nepo.unicamp.com.br

³ Docente do Departamento de Demografia do IFCH e Pesquisadora do NEPO/UNICAMP - luciana@nepo.unicamp.br

INTRODUÇÃO

Os idosos são o grupo que mais cresce na população brasileira (Lima-Costa et al, 2003) como resultado da transição demográfica e transformações que a população vem sofrendo com a melhoria nos setores médico-sanitários. A transição demográfica se caracteriza pela mudança de altas para baixas das taxas de mortalidade e fecundidade (Choe e Chen, 2005), o que afeta profundamente a distribuição etária da população (Saad et al, 2009). 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).

Apesar de todos os países experimentarem o processo de transição demográfica, cada um deles se encontra em fases distintas. As regiões mais desenvolvidas do mundo possuem níveis de mortalidade e fecundidade bastante baixos. Por sua vez, para as regiões em desenvolvimento, as taxas de fecundidade se apresentam muito próximo ou abaixo do nível de reposição (Alves, 2008).

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

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: a homogeneidade entre indivíduos, no espaço e no tempo; a uma suposição de que as características biológicas existem de forma independente de características culturais; 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 ONU (1982), 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, ele atinge populações diferentes de maneiras diferentes. A população mundial de mais de sessenta anos passou de 8% em 1950 para 11% em 2010 e, segundo projeções da ONU (2011), será de 17% em 2030 e de 22% em 2050.

O envelhecimento populacional pode ocorrer pela base ou pelo topo (Moreira, 2001). 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, o aumento da proporção de idosos ocorre pelas quedas das taxas de mortalidade nas idades mais avançadas.

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, as vezes, flutuantes (caso do Japão e alguns países da Europa); a queda das variáveis se iniciam em momentos distintos, onde, geralmente, o nível da mortalidade começa a cair primeiro; a fecundidade tende a diminuir num ritmo mais lento; o tempo de ambas variáveis chegam à baixos níveis em momentos distintos entre as diferentes populações; e, o balanço entre os níveis de fecundidade e mortalidade, em ocasiões modificadas pela migração, determinam o ritmo do crescimento da respectiva população. Para esse processo se reconhece quatro etapas: incipiente, moderada, plena e avançada. Na incipiente e moderada há a lenta queda da mortalidade, mas a queda da fecundidade ainda é lenta; na etapa plena, ambas as variáveis estão em queda; na avançada, as taxas apresentam quedas significativas e há um equilíbrio nos níveis das variáveis (Miró, 1999).

Desde as últimas décadas do século passado, o Brasil depara com um declínio rápido e intenso da fecundidade. Como aconteceu na maioria dos países desenvolvidos, esse declínio, combinado com a queda da mortalidade, acarretou um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população.

Os dados do Censo Demográfico de 2010 mostram que a proporção de pessoas de 60 anos e mais no Brasil corresponde a 10,79% da população total, em comparação com 7,2% no ano de 1980, o que confirma o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira (Carvalho e Garcia, 2003). As projeções apontam que a população de idosos no Brasil chegará ao ano 2020 com mais de 28,3 milhões, representando quase 12,9% da população total (IBGE, 2008).

No Brasil, a redução nos níveis de mortalidade a partir de 1940 propiciou ganhos significativos da esperança de vida, como resultado das diminuições de mortes provocadas pelas doenças infecto-contagiosas, principalmente na infância. O nível de esperança de vida ao nascer aumentou em, relativamente, poucas décadas, numa velocidade muito maior que os países europeus, os quais levaram cerca de 140 anos para envelhecer (Minayo e Coimbra JR, 2002).

Essa nova situação de aumento do número de idosos associado à maior longevidade têm implicações para os diversos setores da sociedade, transformando-se em um grande desafio porque envelhecer, simplesmente, não é o suficiente. É também fundamental alcançar uma melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão envelhecendo (Kalache et al, 1987).

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, as doenças crônico-degenerativas tornam-se mais prevalentes. E o aumento no número de doenças crônicas está diretamente relacionado com maior dependência funcional, queda, hospitalização, institucionalização e morte (Chaimowicz, 1998; Alves et al, 2007).

Diante deste contexto de aumento da proporção de idosos e da longevidade da população, será que os idosos mais idosos no Brasil apresentam padrões semelhantes das

condições de vida e saúde comparativamente aos idosos mais jovens? Existem diferenças entre as regiões brasileiras?

Torna-se oportuno traçar um panorama demográfico do envelhecimento no Brasil e investigar as condições de vida e saúde dos idosos, uma vez que possibilita caracterizar e explicar os perfis de necessidade e problemas de saúde-doença da população, identificar necessidades e prioridades de políticas públicas.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi verificar se o processo de transição demográfica acontece de maneira diferenciada entre as Regiões Administrativas do Brasil no ano de 2010. Adicionalmente, pretendeu-se identificar e comparar as condições de vida e saúde dos idosos acima de 80 anos em relação aos mais jovens para o Brasil e grandes regiões para o ano de 2008.

MATERIAL E MÉTODOS

Os dados foram oriundos do Censo Demográfico de 2010 e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PNAD é um inquérito de abrangência nacional, baseada em amostras probabilísticas e que em 2008 incluiu um suplemento com questões sobre as condições de saúde e os aspectos a ela relacionados.

As variáveis selecionadas foram: nível de escolaridade, auto-percepção de saúde, doenças crônicas auto-referidas, capacidade funcional e internações hospitalares nos últimos 12 meses. O nível de escolaridade medido em anos de estudo foi dividido em quatro grupos: sem escolaridade, de 1 a 3, de 4 a 7 e oito anos e mais; a auto-percepção da saúde foi obtida por meio da pergunta “*De modo geral, considera seu próprio estado de saúde como...*”. Para o suplemento havia cinco possibilidades de resposta, variando entre excelente a muito ruim. Para o presente estudo os dados foram agrupados em: bom, regular e ruim. A incapacidade funcional foi avaliada pela dificuldade para subir ladeira ou escada e categorizada em: não consegue, tem grande dificuldade, tem pequena dificuldade e não tem dificuldade. As doenças crônicas foram mensuradas pela presença ou ausência das seguintes doenças: artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, bronquite ou asma, hipertensão, doenças do coração e depressão. Os indicadores do uso de serviços de saúde foram levantados com base na ocorrência de uma ou mais internações hospitalares nos últimos 12 meses.

Foram estimados para a população total e regiões brasileiras a proporção de idosos na população, o índice de envelhecimento, a esperança de vida ao nascer e aos 60 anos.

Foram construídos tabelas e gráficos para todas as variáveis pertencentes no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados mostram que as proporções de idosos variaram dentro do território brasileiro. Na Região Norte se encontra a menor porcentagem de idosos e também de idosos mais idosos, sendo 6,82% a população de 60 anos e mais e 0,87% a de 80 anos e mais. Seguida da Região Norte, a Centro-Oeste exibiu 8,81% de idosos com 60 anos e mais e 1,04% acima de oitenta anos em sua população. A Região Sul é a que apresenta a maior

proporção de idosos. Porém, a Região Sudeste apresenta a maior proporção de idosos acima de oitenta anos (Tabela 1).

Tabela 1: Proporção de Idosos, Brasil e Grandes Regiões - 2010.

PROPORÇÃO					
Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
60 anos e mais					
10,79%	6,82%	10,28%	11,86%	12,00%	8,81%
80 anos e mais					
1,54%	0,87%	1,64%	1,69%	1,56%	1,04%

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Censo Demográfico 2010.

Os dados da Tabela 2 mostram que o índice de envelhecimento para o território brasileiro chega a 44,83. 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 dos idosos. As regiões Sudeste e Sul, que se encontram mais adiantadas no processo de transição demográfica, apresentam os maiores valores. Em contrapartida, a Região Norte apresenta o menor índice (21,84). Os valores mais baixos na Região Norte reflete a influência das migrações, atraindo pessoas em idades jovens, muitas vezes acompanhadas de seus filhos.

Tabela 2: Índice de Envelhecimento, Brasil e Grandes Regiões - 2010.

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO					
Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
44,83	21,84	38,68	54,59	54,94	35,98

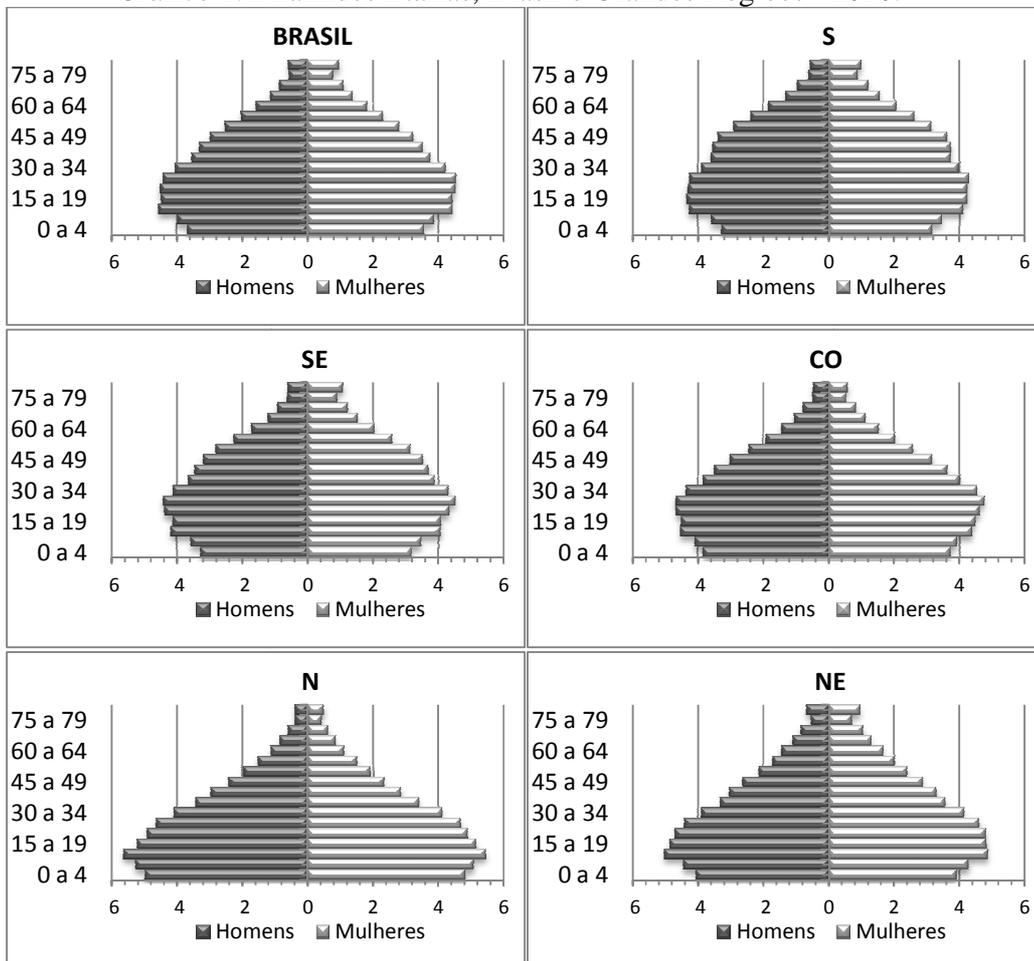
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Censo Demográfico 2010.

A partir das pirâmides etárias observa-se não somente o fenômeno do envelhecimento populacional, mas também que a transição demográfica no Brasil não acontece de maneira homogênea (Gráfico 1). A análise das Grandes Regiões mostra que as mesmas avançam no processo de mudança da sua estrutura etária, mas essas transformações não ocorrem de maneira uniforme pelas diversas regiões. As Regiões Sul e Sudeste apresentam uma pirâmide que indica um estágio mais avançado no processo de transição demográfica, a Região Centro-Oeste em um intermediário e as Regiões Norte e Nordeste ainda mantém uma forma bem piramidal, o que significa que essas regiões ainda estão em uma fase inicial do processo.

A persistente redução das taxas de fecundidade e o grande contingente populacional oriundo das coortes de alta fecundidade no Brasil que continua em 2010 progredindo por

meio da pirâmide e aumenta hoje a proporção de adultos, posteriormente, irá aumentar a de idosos.

Gráfico 1: Pirâmides Etárias, Brasil e Grandes Regiões - 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo Demográfico 2010.

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno universal, característico tanto de países desenvolvidos quanto 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 leva um menor ingresso de jovens em populações que passam a viver períodos mais longos fazendo com que a proporção de idosos aumente na população. Em todo o mundo o contingente com pessoas igual ou superior a 60 anos tem crescido rapidamente (Fernandes, 2009).

A queda da fecundidade configura queda nas taxas de crescimento geométrico mesmo ao analisar separadamente os países desenvolvidos dos países em desenvolvimento. O que varia entre os dois casos são os níveis e a intensidade com que o fenômeno ocorre, pois já na década de 1950 os países desenvolvidos possuíam baixos níveis de crescimento populacional, relacionados ao controle de natalidade que existia nesses países, e sua queda se apresenta de maneira suave. Para os países em desenvolvimento o controle da natalidade

começa a influenciar na diminuição do crescimento populacional a partir de 1960 e esse fenômeno ocorre de maneira rápida. Então, separando as variações das taxas geométricas de crescimento entre países desenvolvidos e de 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. Já os países em desenvolvimento, que iniciaram o período com altas taxas de crescimento, apresentam uma queda bem mais brusca (Brito, 2008). Isso ocorre porque os mecanismos que levaram ao envelhecimento populacional são distintos entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Nos Estados Unidos e na Europa, a mortalidade caiu muito de 1900 a 1980, mesmo antes dos avanços médicos, com o controle das mortes por tuberculose, 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 (Kalache, 1987).

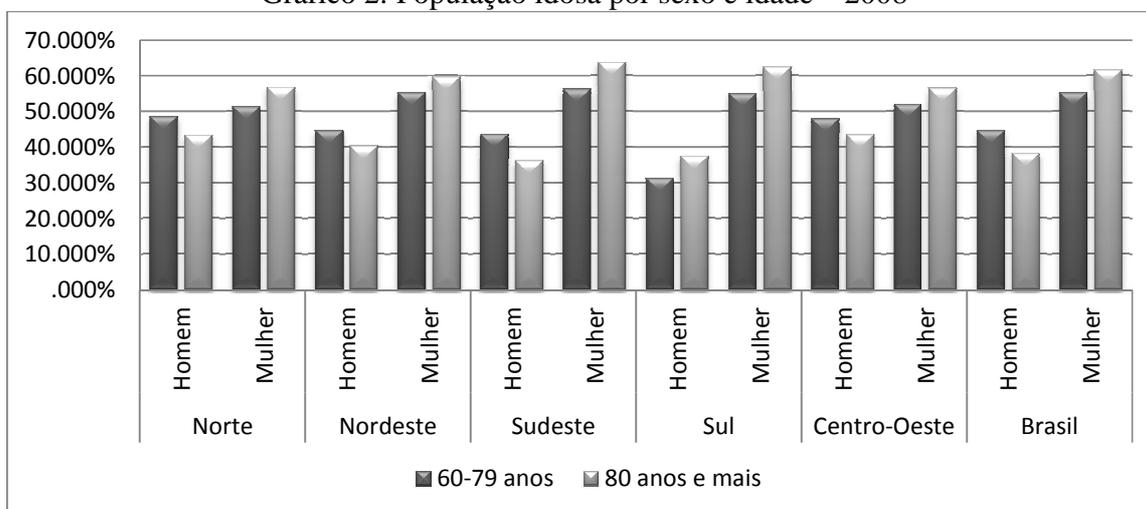
Pode-se afirmar que da década de 1940 até 1960 a população brasileira passou por uma fase quase estável, com distribuição etária praticamente constante (Carvalho e Garcia, 2003). O Brasil inicia o processo de envelhecimento populacional em meados dos anos 1960, quando a rápida e contínua diminuição da fecundidade fez com que houvesse profundas mudanças na distribuição etária da população (Wong e Carvalho, 2006). Porém, inicialmente, as mudanças ocorreram apenas em determinadas camadas da população pertencentes à região Sul e Sudeste, e, durante os trinta anos seguintes se disseminou por todas as regiões e classes do Brasil (Moreira, 2001; Berquó e Cavenaghi, 2005). A redução da fecundidade só se torna visível na composição da população, quando passa a ser o comportamento das grandes massas populacionais. Como consequência das quedas das taxas de fecundidade, inicialmente há a redução da taxa de crescimento populacional seguida por uma profunda mudança na distribuição etária. Assim, o envelhecimento populacional está intrinsecamente ligado ao processo de redução da fecundidade e, por ser resultado da transição demográfica, fenômeno que se inicia com as quedas nos níveis de mortalidade, o envelhecimento populacional tem estreita ligação com o aumento da longevidade da população (Camargos, 2008).

Segundo dados do IBGE, durante a década de 1970, cerca de 4,95% da população brasileira era de idosos, na década de 1990 foi para 8,47% e em 2010 chegou a 10,79%. Esse aumento vem acompanhado do aumento da longevidade (Siqueira et al, 2002).

Ao se caracterizar a população do estudo por idade e sexo, nota-se o predomínio das mulheres no processo de envelhecimento populacional brasileiro. Apesar de nos dois grupos de idade a frequência das mulheres se apresentarem maiores do que os homens para o Brasil e Grandes Regiões, entre os idosos mais idosos a diferença entre os sexos se torna mais expressiva, como observado no Gráfico 2. As Regiões Sudeste e Sul exibem as maiores proporções de mulheres.

Esse resultado era esperado devido às maiores taxas de mortalidade dos homens e à maior longevidade das mulheres; tais fatores tornam a diferença nas proporções de homens e mulheres mais acentuada entre os idosos de idades mais avançadas. De acordo com Verbrugge (1985), as mulheres têm maiores taxas de morbidade, ao passo que os homens se deparam com condições que são, frequentemente, mais severas, como as doenças crônicas fatais.

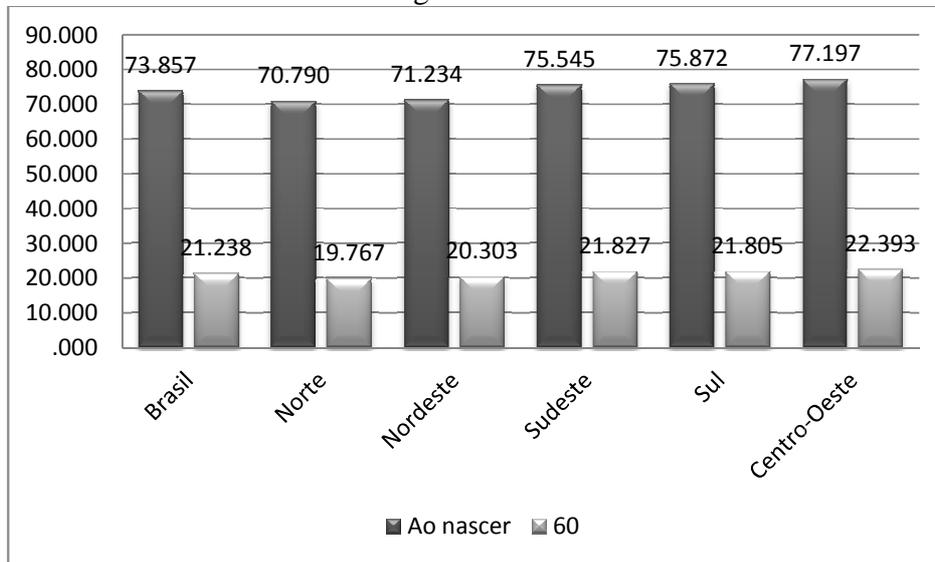
Gráfico 2: População idosa por sexo e idade – 2008



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008.

Para o Brasil, a esperança de vida ao nascer em 2010 foi de 73,86 anos e aos 60 anos foi de 21,24 anos. Para as regiões brasileiras aconteceram grandes diferenças na expectativa de vida ao nascer e diferenças sutis para a expectativa de vida aos 60 anos. A Região Norte e Nordeste foram as que apresentaram as menores expectativas de vida ao nascer e aos 60 anos (com 70,79 e 19,77, e 71,23 e 20,30 anos, respectivamente). A Região Centro-Oeste foi a que apresentou os maiores valores. Ao nascer foi de 77,2 e aos 60 de 22,81 anos. As regiões Sul e Sudeste mostraram valores intermediários (com 75,87 e 21,81, e 75,55 e 21,83, respectivamente) (Gráfico 3). A esperança de vida ao nascer vem aumentando em todas as regiões. Possivelmente, a Região Centro-Oeste obteve o maior número de anos de vida média ganhos entre as regiões no último período.

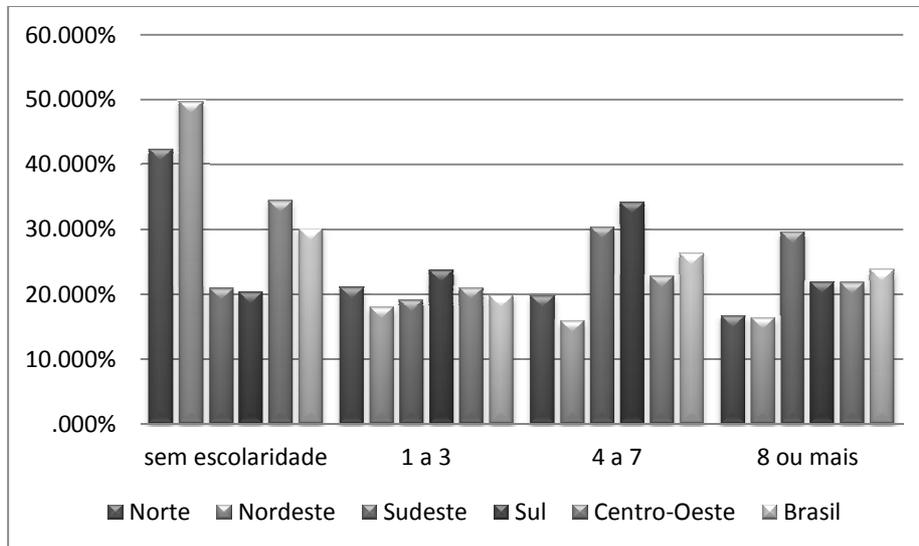
Gráfico 3: Expectativa de vida ao nascer e para maiores de 60 anos, Brasil e Grandes Regiões – 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Tábuas de Mortalidade -2010

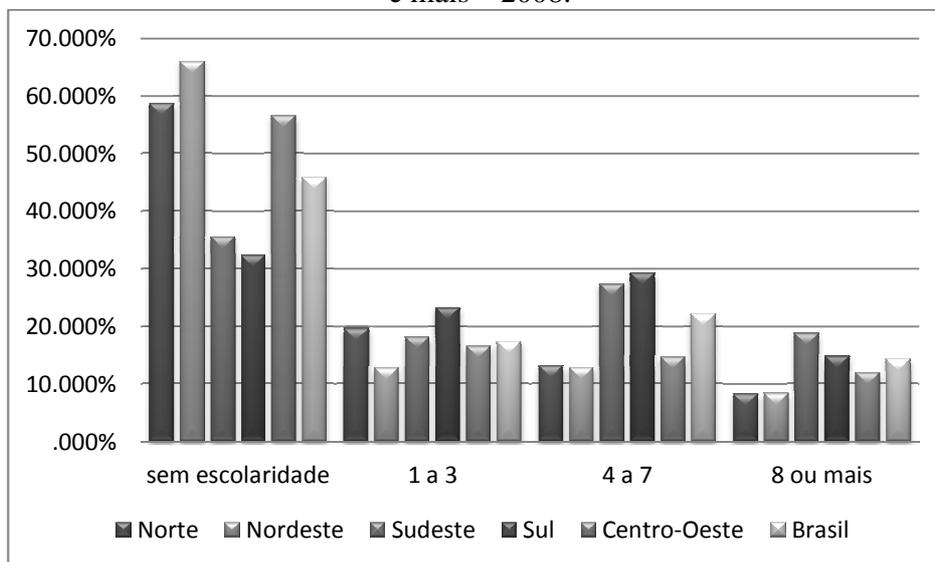
Os Gráficos 4 e 5 se referem aos anos de estudo da população dividida em dois grupos etários, 60-79 e 80 anos e mais. As regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste são as que apresentam as maiores porcentagens da população “*sem escolaridade*” para os dois grupos etários. As populações das regiões Sul e Sudeste tem maior percentual de 4 a 7 anos de estudo para a população idosa mais jovem (60-79 anos). Os resultados revelam que os idosos mais idosos possuem escolaridade mais baixa para todas as regiões. Portanto, a escolaridade da população idosa é bastante baixa no Brasil e declina ainda mais com o aumento da idade. A situação é mais favorável aos grupos etários mais jovens (60-79 anos), onde eles já apresentam níveis educacionais mais elevados, sugerindo uma modificação desse quadro para as coortes subsequentes. Esse diferencial reflete, possivelmente, as menores oportunidades de acesso à escola sofrida pelos idosos no passado.

Gráfico 4: Distribuição relativa (%) dos anos de estudo, Brasil e Grandes Regiões, 60 a 79 anos – 2008.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008.

Gráfico 5: Distribuição relativa (%) dos anos de estudo, Brasil e Grandes Regiões, 80 anos e mais – 2008.



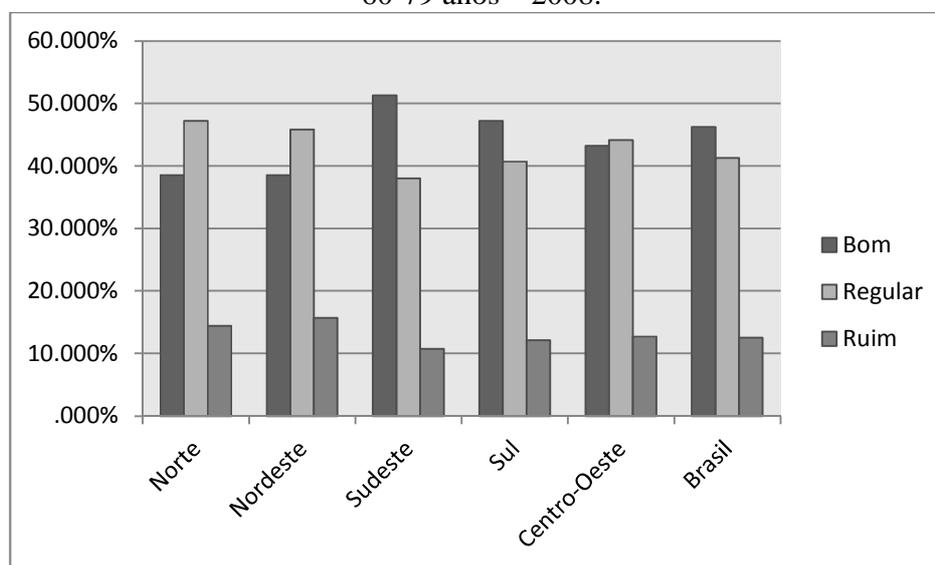
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008.

Com relação às condições de saúde nas idades de 60 a 79 anos, uma autopercepção de saúde como boa foi avaliada em sua maioria pelas regiões Sul e Sudeste (47,20% e 51,30%, respectivamente). Por sua vez, uma percepção de saúde ruim foi mais predominante nas regiões Norte e Nordeste (Gráfico 6). Já nas idades de 80 anos e mais,

uma boa autopercepção de saúde reduziu em proporção para todas as regiões, mas o padrão se manteve, com as regiões Sul e Sudeste exibindo as mais elevadas porcentagens (Gráfico 7).

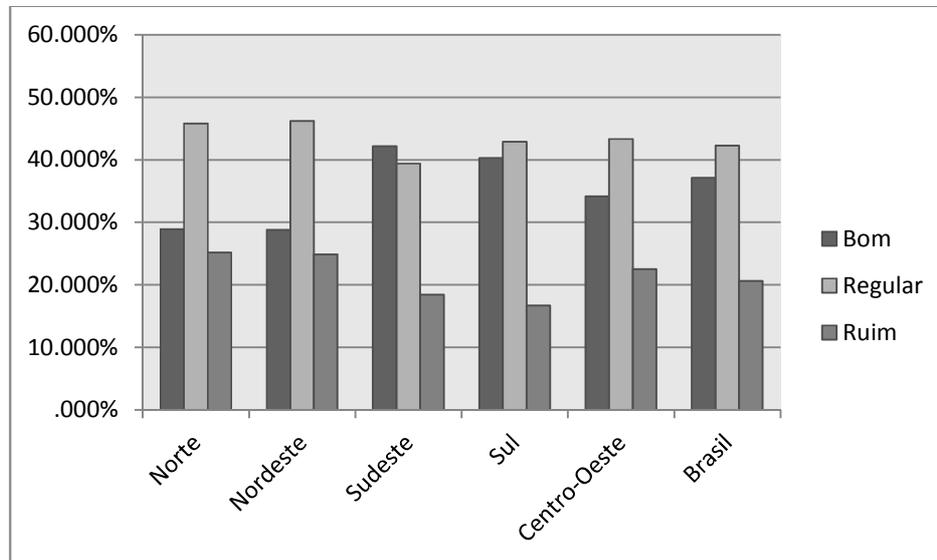
Cabe aqui destacar que a auto-avaliação da saúde é muito utilizada em estudos tanto pela sua importância quanto pela associação com condições clínicas e com o maior risco de morbidade e mortalidade subsequentes. Ela representa a percepção geral da saúde, incluindo o que engloba as dimensões biológica, 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 e Laurenti, 2005).

Gráfico 6: Distribuição relativa (%) da autopercepção de saúde, Brasil e Grandes Regiões, 60-79 anos – 2008.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008.

Gráfico 7: Distribuição relativa (%) da autopercepção de saúde, Brasil e Grandes Regiões, 80 anos e mais – 2008.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008.

As doenças crônicas mais prevalentes foram hipertensão e artrite/reumatismo. A hipertensão foi a doença crônica mais frequente nas regiões Sudeste e Sul para as idades de 60-79 anos. Já na faixa de 80 anos e mais, apesar daquelas duas regiões continuarem apresentando valores elevados, a região Centro-Oeste superou essas prevalências, alcançando uma frequência de 61,3%. No que se refere à artrite/reumatismo, a região Norte foi a que apresentou a maior ocorrência, com uma porcentagem de 31,6% para a população de 60-79 anos e de 40,9% para os de 80 anos e mais. A região Sudeste é a que tem menor porcentagem dos casos, com 21,7% para o grupo etário de 60-79 anos e 29,9% para o de 80 anos e mais. A frequência de câncer é baixa. Para a região sul, o grupo de 60-79 anos alcançou o valor de 3,5% e o de 80 anos e mais 5,7%. As regiões Norte e Nordeste apresentam as menores prevalências para ambos os grupos de idade. Bronquite e asma são mais predominantes na região Sul com 7,9% para os idosos de 60-79 anos e 8,8% para os de 80 e mais. As doenças do coração são mais frequentes na região Sul com 20,4% para o grupo de 60-79 anos e 35,2% para os de 80 anos e mais. No caso da depressão, a região Sul exibe as maiores porcentagens nos dois grupos (13,4%). A região Sudeste apresenta a maior ocorrência de diabetes com prevalência de 17,9% nos idosos de 60-79 anos e 16,9% nos de 80 anos e mais (Tabela3).

Esses resultados são compatíveis com o processo de transição demográfica no Brasil, que tem como característica o aumento de prevalência de doenças crônico-degenerativas nas regiões que se encontram em uma fase mais avançada desse processo.

Tabela 3: Distribuição relativa (%) da presença de doenças crônicas auto-referidas por grupos de idade, Brasil e Grandes Regiões – 2008.

DOENÇAS CRÔNICAS	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
ARTRITE OU REUMATISMO												
60-79 anos	76,9	23,1	68,4	31,6	76,9	23,1	78,3	21,7	75,4	24,6	77,3	22,7
80 anos e mais	68,5	31,5	59,1	40,9	68,4	31,6	70,1	29,9	68,2	31,8	64,1	35,9
CÂNCER												
60-79 anos	97,6	2,4	98,7	1,3	98,5	1,5	97,5	2,5	96,5	3,5	97,8	2,2
80 anos e mais	96,4	3,6	96,8	3,2	97,8	2,2	96,1	3,9	94,3	5,7	97,8	2,2
BRONQUITE OU ASMA												
60-79 anos	94,3	5,7	95,3	4,7	96,2	3,8	94,0	6,0	92,1	7,9	94,0	6,0
80 anos e mais	92,8	7,2	93,2	6,8	95,6	4,4	91,7	8,3	91,2	8,8	92,4	7,6
DOENÇA DO CORAÇÃO												
60-79 anos	83,9	16,1	87,2	12,8	88,4	11,6	83,0	17,0	79,6	20,4	80,5	19,5
80 anos e mais	74,6	25,4	81,8	18,2	82,1	17,9	73,0	27,0	64,8	35,2	70,5	29,5
DEPRESSÃO												
60-79 anos	90,8	9,2	95,4	4,6	94,3	5,7	89,9	10,1	86,3	13,7	91,0	9,0
80 anos e mais	90,5	9,5	97,0	3,0	94,3	5,7	88,5	11,5	86,6	13,4	92,9	7,1
DIABETES												
60-79 anos	83,9	16,1	86,2	13,8	86,6	13,4	82,1	17,9	83,9	16,1	83,8	16,2
80 anos e mais	84,4	15,6	85,1	14,9	85,2	14,8	83,1	16,9	86,1	13,9	87,1	12,9
HIPERTENSÃO												
60-79 anos	47,1	52,9	52,9	47,1	50,5	49,5	44,9	55,1	46,7	53,3	46,8	53,2
80 anos e mais	44,1	55,9	47,8	52,2	45,2	54,8	43,8	56,2	43,9	56,1	38,7	61,3

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008.

O número de doenças crônicas aumenta com o avançar da idade. Os idosos mais idosos possuem maior quantidade de doenças que os idosos mais jovens. Para o Brasil, cerca de 36% da população de 60 a 79 anos possuía duas ou mais doenças crônicas e esse número se elevava ainda mais para a população com 80 anos e mais (43,8%). A região Sul apresentava as maiores proporções da presença de duas ou mais doenças crônicas, e também a maior disparidade entre os dois grupos de idade (40,9% para 60-79 vs 49% para o de 80 anos e mais) (Tabela 4).

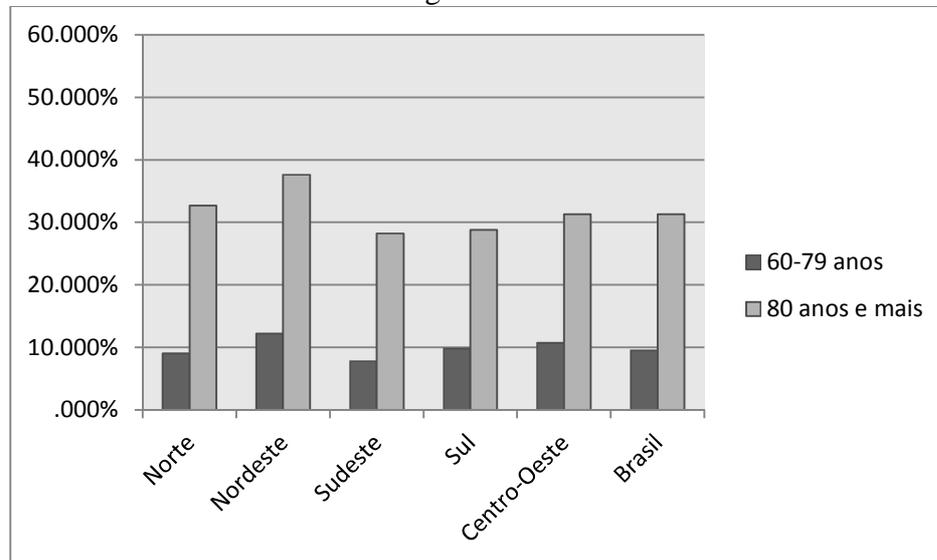
Tabela 4: Distribuição relativa (%) do número de doenças crônicas auto-referidas por grupos de idade, Brasil e Grandes Regiões – 2008.

DOENÇAS CRÔNICAS		0	1	2 ou mais
Brasil	60-79 anos	30,6	33,4	36,0
	80 anos e mais	23,3	33,0	43,8
Norte	60-79 anos	32,8	32,6	34,6
	80 anos e mais	24,8	35,3	39,9
Nordeste	60-79 anos	34,7	35,1	30,3
	80 anos e mais	26,6	35,4	38,0
Sudeste	60-79 anos	29,1	33,4	37,5
	80 anos e mais	22,7	31,9	45,4
Sul	60-79 anos	27,8	31,3	40,9
	80 anos e mais	19,5	31,5	49,0
Centro-Oeste	60-79 anos	30,1	32,7	37,2
	80 anos e mais	23,3	33,0	43,8

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008.

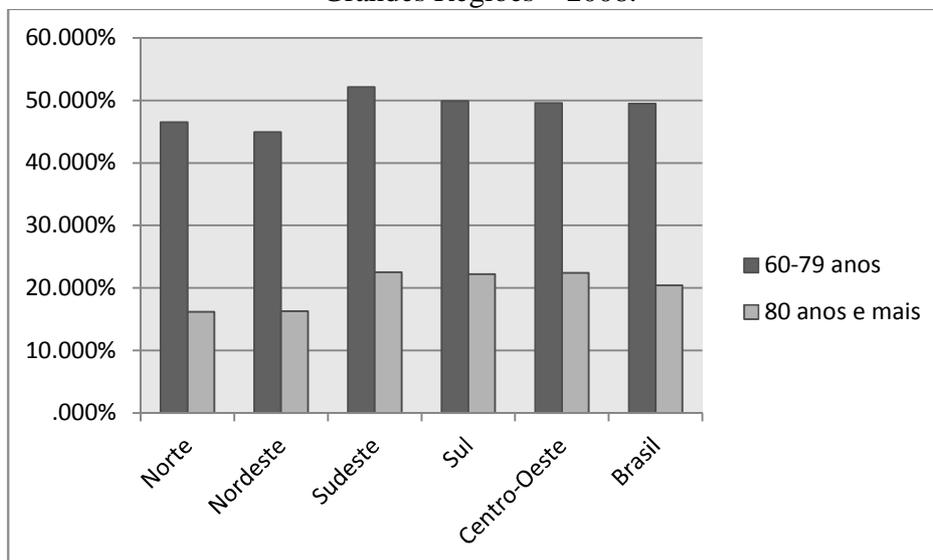
A capacidade funcional foi determinada pela dificuldade para subir ladeira ou escada. Esses resultados sugerem que os idosos mais idosos são mais passíveis de viverem parte da velhice com incapacidade funcional. Os achados encontraram que quanto mais idoso, maior a incapacidade para subir ladeira ou escada. A região Nordeste mostrou a maior proporção de idosos com incapacidade para os dois grupos de idade avaliados (Gráficos 8 e 9). Por outro lado, pode-se observar que a proporção de idosos independentes declinou com o aumento da idade e se apresenta em maior frequência nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste em ambos os grupos etários.

Gráfico 8: Distribuição relativa (%) da incapacidade para subir ladeira ou escada, Brasil e Grandes Regiões – 2008.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008.

Gráfico 9: Distribuição relativa (%) da independência para subir ladeira ou escada, Brasil e Grandes Regiões – 2008.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008.

As internações hospitalares nos últimos 12 meses foi outro fator considerado. Com base nos achados, observa-se um aumento na porcentagem de internações hospitalares entre os idosos com 80 anos e mais. A região Sul exhibe os maiores valores para os dois grupos de idade (Tabela 5).

Tabela 5: Internações, Brasil e Grandes Regiões – 2008.

INTERNAÇÕES		Não	Sim
Brasil	60-79	88,6	11,4
	80 +	81,9	18,1
Norte	60-79	87,5	12,5
	80+	80,8	19,2
Nordeste	60-79	89,4	10,6
	80+	83,8	16,2
Sudeste	60-79	89,1	10,9
	80+	82,3	17,7
Sul	60-79	87,2	12,8
	80+	80,3	19,7
Centro - Oeste	60-79	85,7	14,3
	80+	74,1	25,9

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios, 2008.

CONCLUSÃO

O aumento da longevidade suscita questões sobre as condições de vida e saúde da parcela da população que está envelhecendo. Esse estudo procurou caracterizar os idosos no Brasil e nas Grandes Regiões, comparando o grupo dos idosos mais idosos com os mais jovens para o ano de 2008. Adicionalmente, traçou um panorama da transição demográfica para o País em 2010. 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.

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.

REFERÊNCIAS

- Alves, J. E. D. (2008), A transição demográfica e a janela de oportunidade. *Braudel Papers*, v. 1, p. 1-13.
- Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Laurenti R. (2007), A influência das doenças crônicas na

capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 23:1924-1930

Berquó, E. S. ; Cavenaghi, S. M. (2005), A evolução da fecundidade no Brasil. *Ciência Hoje*, Rio de Janeiro, v. 37, p. 28-33.

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

Camarano, Ana A. (1999), *Muito Além dos 60, Os novos idosos brasileiros*. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro.

Camargos, M. C. S. (2004), “Estimativas de Expectativa de Vida Livre de e com Incapacidade Funcional: Uma Aplicação do Método de Sullivan para Idosos Paulistanos, 2000”. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte.

Camargos, M.C.S.; Rodrigues, R.N. (2008), Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. *XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambu- MG.

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

Carvalho, J. A. M.; Garcia, R. A. (2003), O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.3, p. 725-733.

Chaimowicz F. (1998), Os idosos brasileiros no século XXI. Belo Horizonte: Postgraduate

Choe, M. K, Chen, J. (2005), Health Transition in Asia: Implications for Research and Health Policy. In *Health and Mortality: Trends and Challenges*. Disponível em: <http://www.unescap.org/publications/detail.asp?id=1098>.

Giacomin K.C., Peixoto S.V., Uchoa E., Lima-Costa M.F. (2008), Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.6, p.1260-1270.

IBGE, 2010. Censo Demográfico de 2010. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Kalache, A.; Veras, R. P.; Ramos, L. R.. (1987), O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*. Vol.21, n.3, p. 200-210.

Lebrão ML, Laurenti R. (2005), Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. bras. Epidemiol.* 8(2):127-141

Lima-Costa, M. F. (2003), Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. Em: Rouquayrol, M. Z. e Almeida Filho, N.. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI.

Moreira, M. M. (2001), Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: Wong, I. R. org. *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade – subsídios para políticas orientadas ao bem estar do idoso*. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR: ABEP. p. 25-56.

Minayo, M. C. S.; Coimbra Jr, C. E. A. (2002), Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. Em: Minayo, Maria Cecília de Souza (org.) *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 11-24.

Miró, G., C. A. (2003), Transición demográfica y envejecimiento demográfico. Em: *Papeles de Población*. São José, Costa Rica, nº 35.

Organização das Nações Unidas. (1982), *Assembleia Mundial sobre envelhecimento*: resolução 39/125. Viena.

Saad, P. M.; Miller, T.; Martinez, C. (2009), Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 26, n. 2.

Siqueira, R. L.; Botelho, M. I. V.; Coelho, F. M. G. (2002), A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.7, n.4, p. 899-906.

United Nations. The Millennium Development Goals Report 2011. Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/11_MDG%20Report_EN.pdf

Verbrugge, L. M. (1985), Gender and health: an update of hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, v.26, n.3, p.156-182.

Wong, L. L. R.; Carvalho, J. A. (2006), O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev. bras. estud. popul.* vol.23, n.1, pp. 5-26.