

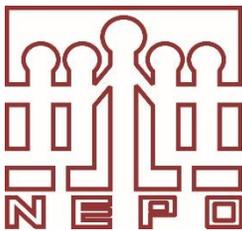
ISSN 1413-9243



T E X T O S  
N E P O

75

CAMPINAS, AGOSTO DE 2016



**CONDIÇÃO DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS: UMA  
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**ANAÍZA GARCIA PEREIRA  
LUCIANA CORREIA ALVES**

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

### Reitoria

Prof. Dr. José **Tadeu Jorge** – Reitor



### Pró-Reitorias

Prof. Dr. Luis Alberto Magna - Pró-Reitor de Graduação

Profa. Dra. Rachel Meneguello - Pró-Reitor de Pós-Graduação

Profa. Dra. Gláucia Maria Pastore - Pró-Reitor de Pesquisa

Profa. Dra. Teresa Dib Zambon Atvars- Pró-Reitor de Desenvolvimento  
Universitário

**Prof. Dr. João Frederico da Costa Azevedo Meyer** - Pró-Reitor de  
Extensão e Assuntos Comunitários

### Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa

Dr. Jurandir Zullo Junior



### Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”

Dr<sup>a</sup> **Marta Maria do Amaral Azevedo**- Coordenadora

Dr. **Alberto Augusto Eichman Jakob**- Coordenador Associado

### Produção Editorial: NEPO-PUBLICAÇÕES

#### Editora dos Textos NEPO

Dr<sup>a</sup> Gláucia dos Santos Marcondes

Dr<sup>a</sup> Roberta Guimarães Peres

Dr<sup>a</sup> Margareth Arilha

### Edição de Texto: Preparação/Diagramação

Adriana Cristina Fernandes – cendoc@nepo.unicamp.br

### Revisão Bibliográfica

Adriana Cristina Fernandes – cendoc@nepo.unicamp.br

**FICHA CATALOGRÁFICA:** Adriana Fernandes

Pereira, Anaíza Garcia; Alves, Luciana Correia.

Condição de vida e saúde dos idosos: uma revisão bibliográfica / Anaíza Garcia Pereira; Luciana Correia Alves – Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” / Unicamp, 2016.

27p.

(Condição de vida e saúde dos idosos: uma revisão bibliográfica, TEXTOS NEPO 75).

1. Envelhecimento Populacional. 2. Qualidade de Vida. 3. Expectativa de Vida. 4. Incapacidades Funcionais. 5. Título. 6. Série.

As afirmações e conclusões expressas nesta publicação são de responsabilidade exclusiva de seu(s) autor(es) e não refletem necessariamente a visão da instituição.

**T**

**EXTOS NEPO** - publicação seriada do Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” da UNICAMP - foi criado em 1985 com a finalidade de divulgar pesquisas no âmbito deste Núcleo de Estudos e Teses defendidas dentro do Programa de Pós-Graduação em Demografia do IFCH/UNICAMP. Apresentando uma vocação de cadernos de pesquisa, até o presente momento foram publicados **setenta e cinco números**, contando com este, relatando trabalhos situados nas áreas temáticas correspondentes às linhas de pesquisa do NEPO.

Os exemplares que compõem a série vêm sendo distribuídos para instituições especializadas na área de Demografia, ou mesmo dedicadas a áreas afins, no País e no exterior, além de ser objeto de constante consulta no próprio Centro de Documentação do NEPO. Essa distribuição é ampla, abrangendo organismos governamentais ou não governamentais – acadêmicos, técnicos e/ou prestadores de serviços.

A Coleção **Textos NEPO** também está acessível na homepage do NEPO, em publicações, cujo acesso se dá através do endereço eletrônico: <http://www.nepo.unicamp.br>.

Dr<sup>a</sup> **Marta Maria do Amaral Azevedo**  
Coordenadora

Dr. **Alberto Augusto Eichman Jakob**  
Coordenador Associado

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>1. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS.....</b>	<b>08</b>
1.1 Condição de vida dos idosos.....	08
1.2 Condição de saúde dos idosos.....	18
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

---

## RESUMO

O envelhecimento já não é mais privilégio, para muitos países, de uma pequena parcela da população. Em diferentes regiões do mundo a proporção de idosos vem aumentando ano a ano, o que faz surgir importantes questões sobre a qualidade de vida deste grupo etário que está em consoante crescimento. Para entender esse processo, o presente artigo faz um levantamento das condições as quais os idosos são expostos em diferentes pesquisas e trabalhos. Onde foi possível constatar uma maioria composta por idosos de cor branca, principalmente nas idades mais avançadas, grande desigualdade de renda, maior proporção de mulheres viúvas e homens casados, a presença de pelo menos uma doença crônica, mas que favorecia uma situação de fragilidade para o aparecimento de outras doenças e dependência e incapacidade de grande parte dos idosos estudados. Portanto, muitos autores demonstram que o aumento da expectativa de vida não está associado a uma sobrevivência acompanhada de qualidade de vida elevada. Tal levantamento abre espaço para questões de superação deste quadro, a procura por melhorias no atendimento ao idoso que garanta maior qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Envelhecimento Populacional. Qualidade de Vida. Expectativa de Vida. Incapacidades Funcionais.

---

## ABSTRACT

Ageing is no longer a privilege, in many countries, for a small portion of the population. In different regions of the world, the proportion of elders is increasing year by year, which raises important questions about the quality of life in this age group, in which the growth is in constantly increasing. To understand this process, this paper makes a survey of the conditions that the seniors are exposed in different researches and works. Where it was possible to verify a majority composed of white elderly, especially in older age, high-income inequality, higher proportion of widows and married men, the presence of at least one chronic disease, but favored a fragile situation for the appearance of other diseases and dependence and much of inability of the elderly. Therefore, many authors demonstrate that the increase in life expectancy is not associated with a survival accompanied by high quality of life. Such survey makes room for overcoming issues of this context, the demand for improvements in care for the elderly to ensure better quality of life.

**Keywords:** Population Aging. Quality of Life. Life Expectancy. Functional Disabilities.

# CONDIÇÃO DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Anaíza Garcia Pereira<sup>1</sup>  
Luciana Correia Alves<sup>2</sup>

## 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).

O processo de transição demográfica, pelo qual todos os países tendem a passar, estando cada um em uma diferente fase, tem como consequência o aumento proporcional da quantidade de idosos da população. Tal configuração faz emergir questões polêmicas e atuais como: i) quais são as condições de vida dos idosos? ii) os países que passam por essas mudanças conseguem garantir atendimento a essa parcela da população de maneira que os idosos se insiram como seres atuantes nas sociedades?? iii) os serviços médicos oferecidos são suficientes para garantir o acesso de maneira homogênea a qualquer cidadão idoso? Para entender as consequências do processo de envelhecimento no mundo, fizemos um levantamento sobre os aspectos da vida dos idosos em diferentes pesquisas e trabalhos.

---

<sup>1</sup> Mestre em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). E-mail: anaiza.gp@gmail.com

<sup>2</sup> Professora do Departamento de Demografia e pesquisadora do Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Email: luciana@nepo.unicamp.br.

## **1. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS**

### **1.1 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-sanduiche, 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 1 – 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	3,7	3,3	1,4	1,0
Domicílios com idosos	5,8	4,9	2,4	1,6
Domicílios sem idosos	4,8	3,9	2,6	1,8

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).

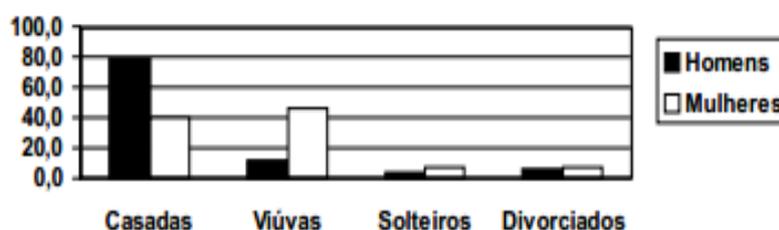
Os dados do censo de 2000 indicaram que os idosos que vivem com o cônjuge são os mais jovens, mais saudáveis e independentes do que os que vivem com a família de um filho. Idosos que viviam sozinhos geralmente apresentavam melhores condições de saúde, e eram mais independentes do que os que residiam 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 1 – 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 2 – Pessoas de 60 anos ou mais por grupos de idade e sexo segundo a situação conjugal**

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.

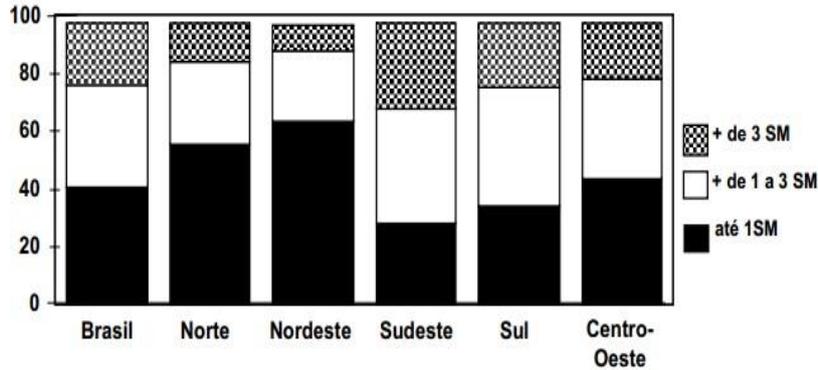
Segundo os dados do Boletim PAD-MG, a maioria dos idosos era casada (52,3%), seguida dos viúvos (30,3%). A proporção dos idosos solteiros era de 10,0%. Segundo as distinções por sexo, 42,6% das mulheres eram viúvas, seguida pelas casadas que representavam 39,3% da população. Entre os homens, 68,5% eram 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 2 –** Proporção dos idosos por classes de rendimento médio familiar *per capita* - Grandes Regiões - 1997

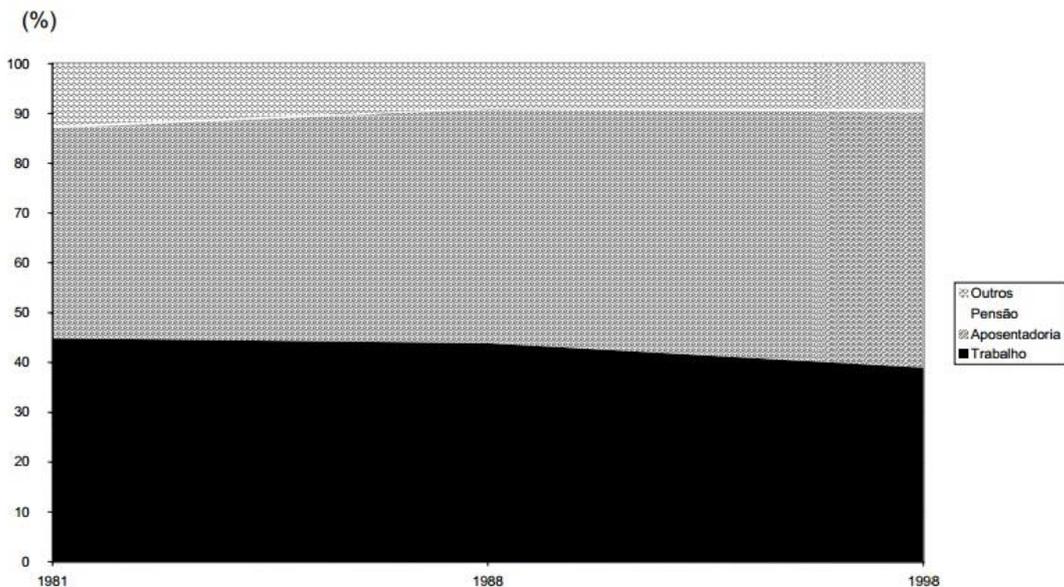


Fonte: Araújo e Alves (2000).

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).

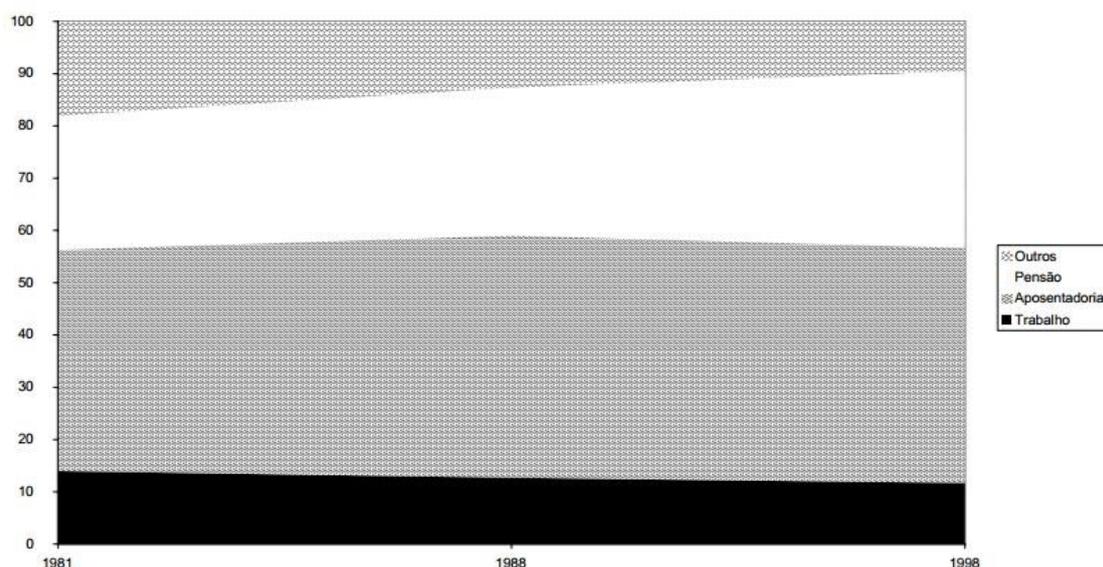
Os Gráficos 28 e 29 mostram, respectivamente, a composição percentual da renda dos homens e das mulheres, onde podemos ver com clareza que muitos idosos do sexo masculino tem sua maior renda provinda do trabalho, fato que diminui com o tempo dando espaço para a aposentadoria. Já as mulheres idosas têm,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

**GRÁFICO 3 –** Composição percentual da renda dos homens idosos - Brasil, 1981, 1988, 1998



Fonte: Camarano (2002).

**GRÁFICO 4** – 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).

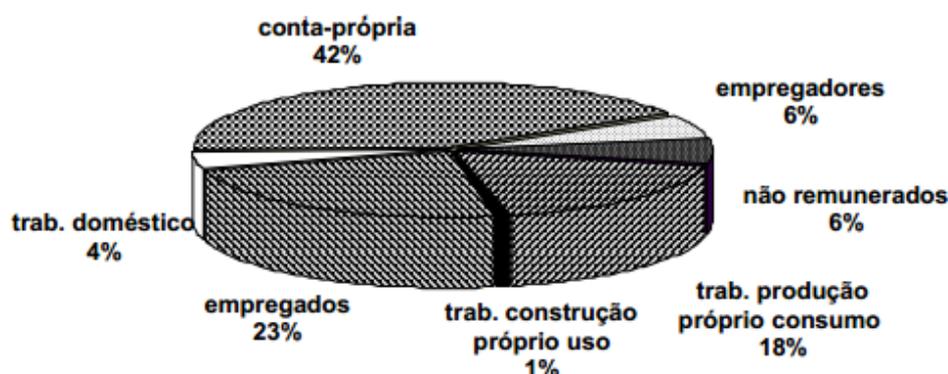
Segundo Pilger et al. (2011), para o município de Guarapuava, a renda familiar, 71,3% recebiam até 1 (um) salário mínimo. O grau de escolaridade era maior nos grupos mais jovens, mas a grande maioria possuía apenas o ensino primário (54%).

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 5** – 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 (2009), 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.

## **1.2 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.

## REFERÊNCIAS

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.

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.

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.

BOLETIM PAD-MG. Fundação João Pinheiro; Centro de Estatística e Informações. Belo Horizonte, MG, Ano 1, n. 1, maio 2011.

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.

\_\_\_\_\_. 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.

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

\_\_\_\_\_. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. 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.

\_\_\_\_\_. **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) – CEDEPLAR, 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.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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: PAPAEO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo, SP: Atheneu, 1996.

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.

\_\_\_\_\_; 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.

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.

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.

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.

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.

PEDRAZZI, E. C. et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 18, n. 1, 2010.

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.

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.

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.

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.

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.

\_\_\_\_\_. 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.

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.

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.

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.

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.