

Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil

Socio-demographic differentials in the functional decline among the elderly in Brazil

Maria Isabel Parahyba¹
Renato Veras²

Abstract *There is a positive reversion in the expectations regarding the health condition of the elderly population, possibly due to the progresses in medical technology; behavioural changes; development of special programmes for the elderly; improvements in the socio-economic status; decrease of infectious diseases. This study aims analyzing differentials in the prevalence rates of mobility disability among elderly people in Brazil. The data used were from 'The 1998 and 2003 National Household Survey (PNAD)', conducted by the Brazilian Institute of Geographic and Statistics (IBGE). The two samples were nationally representative, including approximately 30 thousand individuals aged 60 years or more respectively. "Difficulty to walk more than 100 meters" was the variable selected as the indicator of disability. Socio-demographic status measures were sex, age group, region of residence and family income per capita. Comparison of the PNAD results of 1998 and 2003 showed that over that period in Brazil the elderly disability rates decreased among all socio-demographic groups considered. Public policies directed to the elderly must focus on reducing mobility disability.*

Key words *Ageing Elderly, Disability, Health indicator, Social inequality*

Resumo *Verifica-se uma positiva reversão de expectativa das condições gerais de saúde da população idosa, possivelmente devido ao progresso da tecnologia médica, mudanças comportamentais, desenvolvimento de programas específicos para idosos, elevação do status socioeconômico e modificações no padrão epidemiológico da população. Este estudo tem por objetivo analisar diferenciais sociodemográficos nas taxas de prevalência de incapacidade em mobilidade física entre os idosos no Brasil. Os dados utilizados foram os da PNAD, de 1998 e 2003, realizada pelo IBGE, envolvendo duas amostras, representativas nacionalmente, de 28.943 e de 35.042 pessoas de 60 anos ou mais. A escolha do indicador de incapacidade funcional recaiu sobre a variável "dificuldade para caminhar cerca de 100 metros". As medidas de status sociodemográfico incluíram sexo, grupos de idade, região de residência e renda familiar mensal per capita. Houve redução, estatisticamente significativa, das taxas de prevalência de incapacidade funcional, em mobilidade física, entre as pessoas idosas, no período considerado. As políticas públicas direcionadas para os idosos devem focalizar a ampliação da diminuição da carga da capacidade funcional.*

Palavras-chave *Envelhecimento, Idoso, Capacidade funcional, Indicador de saúde, Desigualdade social*

¹ Coordenação de População e Indicadores Sociais, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Av. República do Chile 500/ 8º andar, Centro. 20031-170 Rio de Janeiro RJ. isabel.parahyba@ibge.gov.br
² Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), UERJ.

Introdução

O envelhecimento populacional e os recentes aumentos na expectativa de vida, inclusive entre as pessoas de 60 anos ou mais, têm chamado atenção sobre as condições de saúde durante estes anos adicionais de vida e sobre a incidência futura de morbidade, morbidade múltipla e disfuncionalidade¹.

A transferência do enfoque da mortalidade e longevidade para o estado de saúde vem ocorrendo gradativamente, e tem gerado investigações visando compreender a distribuição, os determinantes e as conseqüências da perda da capacidade funcional nas populações idosas. Intensificaram-se, principalmente nos países desenvolvidos, trabalhos no estabelecimento dos conceitos de restrição de atividades, de incapacidade ou de dificuldade, entendidos como resultado geral do estado de saúde-doença, ampliando-se assim o estreito enfoque da presença ou ausência de doenças.

Guralnik² relata que as estruturas conceituais para o entendimento da trajetória que leva da doença à incapacidade funcional foram propostas pela Organização Mundial de Saúde³, por Nagi⁴ e pelo Institute of Medicine – IOM⁵. Durante muitos anos, estas estruturas permaneceram puramente teóricas, mas aos poucos novas pesquisas surgiram para avaliar empiricamente as construções propostas por estes modelos.

A incapacidade funcional passa a ser então definida como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade⁶. Aos poucos vai tornando-se um conceito particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, porque muitos destes têm várias doenças simultaneamente, que variam em severidade e causam diferentes impactos na vida cotidiana. A revisão da *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*, publicada, em 2001, pela Organização Mundial de Saúde, e traduzida para o Português (CIF) em 2003, tem como objetivo prover uma padronizada e unificada linguagem para descrição conceitual de estado de saúde. O modelo da CIF substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as atividades que um indivíduo que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social⁷.

Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, inde-

pendência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. A perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente, são eventos cotidianos que podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo. O bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões⁸.

O conceito de incapacidade funcional cobre um conjunto de estados de saúde relacionados ao processo de aumento de limitação funcional, existindo diversas formas de mensurá-lo. Frequentemente, é avaliada através de declaração indicativa de dificuldade, ou de necessidade de ajuda, em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas, necessárias para viver de forma independente na comunidade. As medidas de mobilidade fazem parte, também, da avaliação do declínio funcional, e têm provado serem valiosas no estudo da relação do *status* funcional com características demográficas, condições crônicas e comportamentos relacionados à saúde⁹.

A avaliação funcional dos idosos, nos países mais desenvolvidos, vem apontando uma melhoria nas condições de funcionalidade desta população¹⁰⁻¹⁵.

Associando este fato ao aumento do número de idosos, fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, enfraquece-se, nos dias atuais, a teoria catastrófica de Kramer¹⁶, que vislumbrava um quadro caótico para os serviços de saúde e estava bastante presente nos trabalhos voltados para este grupo etário.

Nos países mais desenvolvidos, as causas apontadas para explicar a redução na prevalência de declínio funcional, entre os idosos, são multifatoriais: i) melhoria da tecnologia médica; ii) mudanças comportamentais; iii) desenvolvimento de aparelhagem específica para pessoas com problemas de saúde; iv) melhoria da condição socioeconômica, principalmente em relação ao aumento do nível educacional dos idosos e da mudança na composição ocupacional; e v) mudanças no padrão epidemiológico da população, com diminuição substantiva das doenças infecciosas que muitas vezes ocorriam na infância e determinavam limitações e dificuldades funcionais na fase adulta da vida do indivíduo.

No Brasil, algumas destas condições ainda estão longe de ocorrer para a maioria da popu-

lação e o desenvolvimento da funcionalidade entre os idosos se dá dentro de um contexto de instituições frágeis, de pobreza, de desigualdade social e de processo de envelhecimento acelerado. Observadas estas condições, que caracterizam o Brasil como um corpo social dos mais desiguais do planeta, é importante verificar como este processo vem ocorrendo para os diversos segmentos sociodemográficos da população.

Objetivo

Analisar os diferenciais nas taxas de prevalência de incapacidade funcional em mobilidade física, entre os idosos no Brasil, segundo o sexo, os grupos de idade, a região de residência e a renda familiar *per capita*, nos anos de 1998 e 2003.

Metodologia

Os dados utilizados neste estudo foram os da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1998 e 2003, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O estudo envolveu duas amostras representativas da população residente no país em setembro de 1998 e 2003, excluindo a área rural da Região Norte, que passou a ser investigada a partir de 2004. Cada amostra cobriu um universo de cerca de 28.943 pessoas de 60 anos ou mais de idade, em 1998, e de 35.042, em 2003, e foram coletadas informações sobre demografia, emprego e ocupação, saúde, educação, rendimento, migração e condições do domicílio.

O questionário da PNAD incluiu questões sobre mobilidade física, propostas no seguinte formato: “Normalmente, por problema de saúde, você tem dificuldade para: 1. alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro?; 2. correr, levantar peso, fazer esportes ou realizar trabalhos pesados?; 3. empurrar uma mesa ou fazer trabalho doméstico?; 4. subir escada?; 5. abaixar-se ou ajoelhar-se?; 6. caminhar mais de um quilômetro?; 7. caminhar cerca de cem metros?”. As respostas incluíram as categorias “não consegue”, “tem grande dificuldade”, “tem pequena dificuldade” ou “não tem dificuldade”.

Neste estudo, a escolha do indicador de incapacidade funcional recaiu sobre a variável “dificuldade para caminhar cerca de cem metros”, que mensura um estágio de incapacidade funcional moderado, uma vez que os estudos apontam as medidas de mobilidade física, principalmente

àquelas relacionadas a médias distâncias, como uma boa marca prognóstica do processo de falência em pessoas idosas^{17,18}. A medida de atividade básica da vida diária, a “dificuldade para alimentar-se/tomar banho/ir ao banheiro”, que poderia ser utilizada como um indicador de incapacidade funcional grave, mensura um estágio muito avançado do processo de declínio funcional, pouco útil quando se pensa em prevenção e intervenção.

As medidas de *status* sociodemográfico incluíram sexo, grupos de idade, região de residência e renda familiar *per capita*. A escolha da variável renda familiar *per capita*, como indicador de *status* socioeconômico, justifica-se pela importância da renda para a reprodução social no Brasil. Razões para isso estão relacionadas à extrema desigualdade socioeconômica e à ausência, ou à insuficiência, de suporte institucional, situações presentes na sociedade brasileira. Na ausência desse suporte para a população, tais como educação de boa qualidade, oferta adequada de atendimento de saúde, de moradia e de transporte, a renda assume um papel primordial para a aquisição de bens e serviços necessários para a reprodução social, mesmo entre aqueles que ultrapassaram os limites da renda necessária para satisfação das necessidades básicas.

Os dados da PNAD de 1998 e 2003 foram processados e analisados através do Banco Multidimensional Estatístico¹⁹. As informações apresentadas estão expandidas e são representativas para o total da população idosa brasileira. Segundo a definição do IBGE, o BME é uma base de dados formada por microdados, originados nas pesquisas estatísticas efetuadas pelo IBGE, e pela metainformação associada à sua produção. Os microdados correspondem aos dados existentes nos questionários das pesquisas. Cada questionário vai constituir um ou mais registros de informações, sendo, portanto, a informação mais desagregada possível para a pesquisa estatística. Para facilitar o manuseio dos microdados, também são acrescentadas algumas outras variáveis derivadas. É um instrumento particularmente útil para elaboração de análises descritivas de informações estatísticas, como o presente estudo. Entretanto, embora esteja disponível na Internet para usuários cadastrados pelo IBGE, tem sido ainda pouco utilizado pelos pesquisadores.

Para avaliar a significância estatística das estimativas, foi realizado o teste estatístico *z* para comparação das diferenças na prevalência de incapacidade funcional entre 1998 e 2003. Os valores da renda familiar mensal *per capita* de 1998

foram inflacionados para 2003, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), para permitir a comparação dos valores reais da renda familiar *per capita*.

Resultados

Entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade, no Brasil, segundo as informações expandidas da PNAD 2003, 22,7% delas declararam ter algum grau de dificuldade para caminhar cerca de cem metros – entre os que não conseguem, têm grande dificuldade e têm pequena dificuldade.

A comparação destas informações com as da PNAD de 1998 mostrou que houve redução, entre os idosos no Brasil, na prevalência de dificuldade para caminhar cerca de cem metros, diminuindo a proporção de idosos que declararam algum grau de dificuldade, de 25,0% para 22,7% (redução estatisticamente significativa para $p < 0,01$). A Figura 1 mostra a prevalência de dificuldade para caminhar cem metros, segundo os três graus de dificuldade (não consegue, tem grande dificuldade e pequena dificuldade).

Esta redução, entretanto, ocorreu diferenciadamente para os segmentos sociodemográficos considerados no estudo. A Tabela 1 mostra a prevalência de dificuldade para caminhar cerca de cem metros em idosos, segundo o sexo e os grupos de idade, para os anos de 1998 e 2003.

Em 2003, no Brasil, as taxas de prevalência de dificuldade para caminhar cem metros foram de 17,6% para os homens idosos, e de 26,6% para as mulheres (Tabela 1). Observa-se, ainda, o ca-

ráter progressivo da incapacidade funcional entre os idosos em relação ao aumento da idade, mas os dados mostram que a incapacidade funcional, qualquer que seja o tipo, não é um resultado inevitável do envelhecimento *per se*, pois se verifica a existência de um grupo de idosos, mesmo entre aqueles de idade mais avançada, que não relatam dificuldade em realizar as tarefas.

A comparação entre 1998 e 2003 mostra que houve redução em ambos os sexos e em todos os grupos de idade, embora mais intensa para os homens e mulheres de 80 anos ou mais – de 42,7% em 1998, para 35,3% em 2003, entre os homens; de 57,9%, em 1998, para 48,4% em 2003, entre as mulheres (Tabela 1). O teste estatístico para comparação de duas proporções de grupos independentes (teste z) mostrou que as diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$), exceto para o grupo de homens de 70 a 79 anos.

A Tabela 2 mostra que há diferenças regionais que, embora estejam associadas às desigualdades sociodemográficas existentes no Brasil, precisam

Tabela 1. Proporção de idosos com algum grau de dificuldade para caminhar 100 metros, segundo o sexo e os grupos de idade. Brasil, 1998/2003 - IBGE/PNAD.

Grupos de idade	Homens		Mulheres	
	1998	2003	1998	2003
60 +	19,2	17,6	29,7	26,6
60-69	13,5	11,0	19,9	17,1
70-79	22,2	20,9	35,2	30,2
80 +	42,7	35,3	57,9	48,4

Tabela 2. Proporção de idosos (60+) com algum grau de dificuldade para caminhar 100 metros, segundo as regiões de residência. Brasil, 1998 e 2003 - IBGE/PNAD.

Regiões de residência	Total		Homens		Mulheres	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Norte*	28,3	23,3	23,5	18,9	32,5	27,0
Nordeste	27,0	24,2	19,4	18,7	33,1	28,6
Sudeste	24,4	22,0	19,2	17,2	28,5	25,7
Sul	22,7	21,2	17,2	16,5	26,7	24,9
Centro-Oeste	24,0	23,5	18,2	17,6	29,5	29,0

* Área urbana

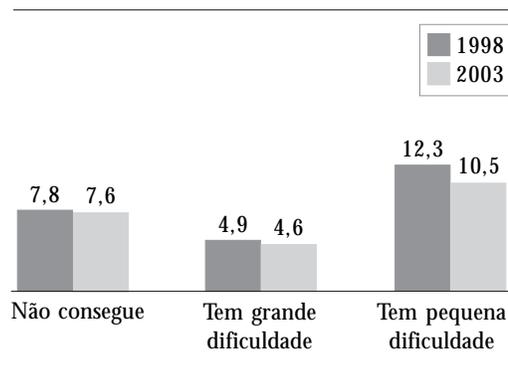


Figura 1. Prevalência de dificuldade para caminhar cem metros das pessoas de 60 anos ou mais. Brasil, 1998/2003 – PNAD/IBGE.

ser estudadas com mais profundidade. Houve redução nas taxas de prevalência de incapacidade funcional, estatisticamente significativa ($p < 0,05$), em todas as grandes regiões brasileiras.

Comparando-se as regiões, observa-se que as maiores prevalências estão associadas às áreas com condições socioeconômicas menos satisfatórias. O Sul e o Sudeste, mais desenvolvidos, em 2003 apresentaram as menores taxas de dificuldade em mobilidade física, 21,2% e 22%, respectivamente (Tabela 2).

As desigualdades de gênero permanecem, da mesma forma como ocorre no país como um todo, com as mulheres declarando sempre mais dificuldade do que os homens, embora tenha havido reduções, para ambos os sexos, nas taxas de prevalência, considerando-se o período de 1998 a 2003. Estas reduções, entretanto, não se mostraram significativas ($p < 0,05$) para: (i) os homens nas regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste; (ii) as mulheres na região Centro-Oeste.

O Brasil tem uma das piores distribuições de renda do mundo e a Figura 2 mostra esta grande desigualdade, evidenciando que a metade mais pobre da população idosa ganha cerca de vinte vezes menos do que o grupo idoso dos 5% mais ricos. Em relação à renda familiar *per capita*, não parece haver evidência de desigualdade de gênero entre os idosos.

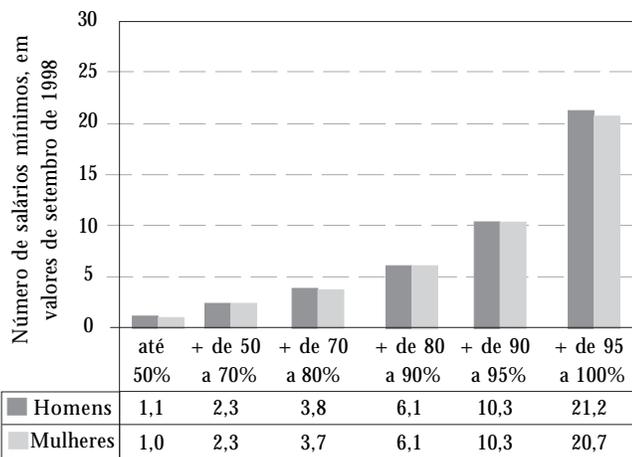


Figura 2. Mediana de renda familiar *per capita* dos idosos (60+), em salários-mínimos, segundo percentis de renda. Brasil, 1998 - PNAD.

A Figura 3 mostra a divisão da renda familiar *per capita* em quatro estratos de renda, que foi elaborada para permitir a avaliação do comportamento das taxas de prevalência de incapacidade funcional entre os idosos, segundo os grupos de renda. Estas categorias de renda foram selecionadas para garantir a representatividade das informações da PNAD, evitando-se frequências muito baixas, que comprometeriam a confiabilidade dos resultados.

A diminuição nas taxas de prevalência para dificuldade em mobilidade é expressiva entre os idosos nos grupos de renda mais alta, situação esta já relatada nos estudos sobre diferenças socioeconômicas na prevalência de incapacidade funcional entre os idosos. Desta forma, ao se comparar os idosos com rendimento de até um salário-mínimo *per capita* com aqueles situados no grupo de renda familiar mais elevada (+ de 5 SM pc), observa-se que, em 2003, a prevalência de incapacidade funcional foi de 27,9% e 12,4%, respectivamente.

Por outro lado, os dados da PNAD de 1998 e 2003 mostram que as reduções observadas nas taxas de prevalência de incapacidade funcional em mobilidade física foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para os grupos de renda mais baixos (até 1 SM *per capita* e + de 1 a 3 SM *per capita*). Para os dois demais grupos, de renda mais alta, não se pode afirmar, segundo as informações levantadas pela PNAD, que as diferenças observadas sejam significativas.

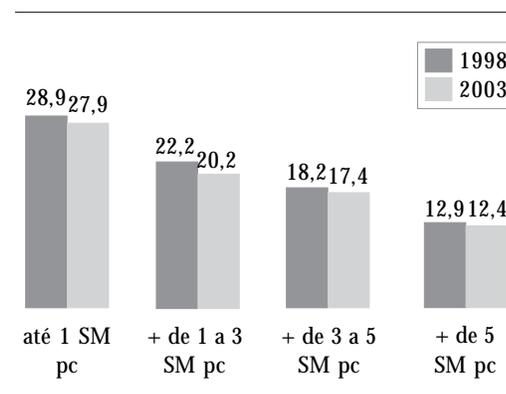


Figura 3. Prevalência de dificuldade para caminhar cem metros das pessoas de 60 anos ou mais, segundo os grupos de rendimento *per capita* - em salários-mínimos. Brasil, 1998/2003 - IBGE/PNAD.

Discussão e conclusão

O estudo aponta redução nas taxas de prevalência de incapacidade funcional em mobilidade física dos idosos, entre 1998 e 2003, embora diferenciada entre os grupos sociodemográficos considerados. Verificou-se diminuição mais acentuada entre os mais idosos e entre aqueles com renda até 3 salários-mínimos *per capita*, mas ocorreram reduções para ambos os sexos e em todas as grandes regiões geográficas de residência.

Diferenças de gênero na saúde dos idosos têm sido relatadas em diversos estudos²⁰⁻²³, evidenciando que as mulheres idosas suportam uma maior carga de declínio funcional. Em uma amostra representativa de idosos residentes no Município de São Paulo, foram utilizados testes de desempenho motor (TDM) com objetivo de verificar a proporção de indivíduos, de acordo com sexo e grupo etário, quanto à limitação funcional. Quando comparados às mulheres, os homens, em todos os grupos etários, apresentaram melhores resultados nos testes²⁴. Um outro estudo sobre idosos, transversal e integrante de estudo multicêntrico, também no município de São Paulo, traz evidência de que o sexo está fortemente associado à ocorrência de dependência, sendo mais de duas vezes maior a chance para mulheres em relação aos homens²⁵.

Entretanto, a redução observada no declínio funcional em mobilidade física, no período 1998 e 2003, ocorreu tanto para os homens quanto para as mulheres. A compreensão deste fato pode estar relacionada a diferentes fatores, que se associam ao sexo de forma distinta. Segundo Guralnik *et al.*⁹, principalmente devido a diferenças nas doenças associadas aos homens e às mulheres que relatam incapacidade. Conforme o relato de Barbosa *et al.*²⁴, entre os idosos de São Paulo avaliados no inquérito SABE, as mulheres reportam um número maior de doenças crônicas do que os homens. Por outro lado, há os aspectos comportamentais que mostram uma maior fidelização da mulher a programas preventivos e educacionais, participando mais intensamente de atividades de centro de convivência, além de demandarem mais os serviços ambulatoriais de saúde do que os homens²³.

Para avaliar esses resultados, deve-se considerar as limitações dos dados. A amostra não é completa, pois somente em 2004 a região rural Norte passou a ser incluída na amostra da PNAD. Além disso, as questões sobre incapacidade funcional cobriram, principalmente, funcionamento físico, e não houve a possibilidade de utilizar

nenhuma medida de incapacidade funcional instrumental, cognitiva ou de saúde mental.

Diferenças socioeconômicas na prevalência de incapacidade funcional têm sido relatadas nos Estados Unidos e na Europa, tanto em estudos transversais quanto longitudinais^{9, 26-28}. Entretanto, ao se estudar estas diferenças, em relação à incapacidade funcional, é importante que as questões levantadas tenham o mesmo significado entre os grupos sociais, e que sejam obtidas informações precisas. A questão sobre, por exemplo, “dificuldade para alimentar-se, ir ao banheiro ou tomar banho”, investigada pela PNAD, pode conter um viés de informação por conta das diferenças na acessibilidade das instalações sanitárias para os diferentes grupos, em um país tão heterogêneo como o Brasil. Além do mais, é apresentada como uma só pergunta para as três atividades, o que pode causar distorção. Por estas razões, esta medida deixou de ser incluída no estudo.

A renda familiar declarada mostrou ser uma medida adequada para segmentar a população idosa em grupos de renda, embora haja sugestão de um viés de informação no arredondamento dos valores de renda próximos ao valor do salário-mínimo. De mais a mais, a extrema concentração de renda no Brasil dificulta a mensuração entre os grupos que se situam abaixo do valor da mediana de renda. Esse fato ocorre porque os rendimentos familiares são baixos e homogêneos, o que torna difícil discriminar pessoas quanto a diferenças.

Embora os dados disponíveis apresentem certas limitações, possuem robustez, o que inclui o amplo tamanho das amostras e sua cobertura nacional. De fato, estes inquéritos populacionais fornecem um grande volume de informações sobre saúde no Brasil. Além disso, incluem um compreensivo conjunto de variáveis sociodemográficas, o que permite a realização de análises sobre a influência dessas variáveis sobre as condições de saúde da população idosa. Finalmente, os dados fornecem informação sobre indicadores amplamente usados, para os quais há extensa evidência de validade e de valor preditivo.

Para compreender estes resultados, é necessário, também, considerar o caráter preliminar deste estudo. Não existiam dados sobre incapacidade funcional em idosos, em âmbito nacional, que permitissem avaliar tendências. O inquérito de 2003 possibilitou a comparação das informações com o anterior, realizado em 1998. Embora seja possível, por meio deste exame, verificar a tendência de redução do declínio funcional em idosos, outros estudos serão necessários

para confirmá-la, com técnicas mais refinadas de análise.

O processo de envelhecimento no Brasil está ocorrendo de forma muito mais acelerada e diferenciada da que ocorreu nos países mais desenvolvidos, mas os resultados encontrados neste estudo são compatíveis com aqueles referidos naqueles países. Há padrões semelhantes no que diz respeito, por exemplo, aos diferenciais socio-demográficos na prevalência de incapacidade funcional - maior prevalência de incapacidade funcional entre as mulheres, entre os mais idosos, entre os de renda mais baixa e entre aqueles com menos educação.

Muitas das condições mencionadas nos países mais desenvolvidos, como fatores explicativos para a redução de declínio funcional entre idosos, estão ocorrendo também no Brasil, embora de forma muito mais desigual, tais como o aumento da escolaridade, ampliação do acesso aos serviços de saúde, desenvolvimento da tecnologia médica e melhoria das condições socioeconômicas. Apesar da extrema desigualdade social da sociedade brasileira, é possível que a redução no declínio funcional da população idosa esteja em curso, o que aponta na direção de uma população mais saudável.

Um fator importante para este declínio é a melhoria no tratamento médico no que diz respeito à tecnologia. Outros fatores, como o aumento dos níveis de escolaridade da população, que ocorre há décadas, e mudanças comportamentais em relação a hábitos alimentares também são importantes. Entretanto, esta redução poderia ser mais ampla, se incluísse segmentos que não têm acesso sequer a condições socioeconômicas satisfatórias, quanto mais aos equipamentos necessários para auxiliar os idosos com limitações funcionais por conta de problemas de saúde.

A ampliação, particularmente nos maiores centros urbanos, de programas específicos para os idosos, como os centros de convivência e o

monitoramento de doenças crônicas, já começa a mostrar resultados extremamente positivos²⁹. Aliado a este fato, a visibilidade do processo de envelhecimento é cada vez maior, além de uma intensa difusão de informações na grande mídia e de campanhas nacionais, como a realizada pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (Campanha da Fraternidade) e das propostas governamentais, como a Política Nacional da Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso.

Outro fato que pode explicar a mudança positiva dos indicadores de saúde entre os idosos se refere ao processo de melhoria das condições de vida das camadas mais pobres pela transferência de renda, como a ampliação do programa Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada, cujos idosos que comprovarem renda familiar *per capita* de até 1/4 do salário-mínimo recebem um salário-mínimo por mês, a aposentadoria rural e o aumento do valor do salário mínimo³⁰. A comparação das informações da PNAD mostrou que houve uma redução drástica na proporção de idosos nos grupos de renda mais baixa, que era de 21,5%, em 1993, entre os idosos com renda familiar de até 1/2 salário-mínimo *per capita*, para 12,5% em 2003.

O impacto destas reduções sobre o sistema de saúde ainda precisa ser dimensionado. Entretanto, a diminuição na prevalência de incapacidade funcional entre os idosos não resolverá a questão da sobrecarga para o setor público, já que os gastos com saúde aumentam muito rapidamente com o envelhecimento populacional, mas pode amenizar a magnitude do problema.

Diminuir, cada vez mais, a carga de incapacidade funcional dos idosos, beneficiando amplos segmentos desta população, requer, além de ações de saúde preventivas e focalizadas, redução nas desigualdades de renda, de educação e melhoria nas condições de suporte institucional. Esta deve ser a agenda prioritária da política pública no país, para este grupo etário.

Colaboradores

MI Parahyba foi responsável pela concepção, análise estatística e redação do artigo e R Veras participou da concepção e redação do artigo.

Referências

- Pinnelli A, Sabatello E. Determinants of the health and survival of the elderly: suggestions from two different experiences-Italy and Israel. Conference on Health and Mortality Trends Among Elderly Populations: Determinants and Implications. United Nations/IUSSP/WHO; 1993 Jun 21-25;. Sendai City, Japan.
- Guralnik JM. Assessment of physical performance and disability in older persons. *Muscle Nerve* 1997; 5(Suppl): S14-16.
- World Health Organization. *International classification of impairments, diseases and handicaps*. Geneva: WHO; 1981.
- Nagi SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Q* 1976; 54(4):439-468.
- Pope M, Taylor AR, editors. *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention*. Washington, D.C: Institute of Medicine/National Academy Press; 1991.
- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38:1-14.
- Farias N, Buchalla CM. A classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2):187-193.
- Ramos LR. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):793-798.
- Guralnik JM, LaCroix AZ, Abbott RD, Berkman LF, Satterfield S, Evans DA, Wallace RB. Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. *Am J Epidemiol* 1993; 137:845-857.
- Cutler DM. The reduction in disability among the elderly. *PNAS* 2001; 98(12):6566-6547.
- Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and non-black population above age 65 from 1982 to 1999. *PNAS* 2001; 98(11):6354-6359.
- Boult C, Altmann M, Gilbertson D, Yu C, Kane RL. Decreasing disability in the 21st century: the future effects of controlling six fatal and nonfatal conditions. *Am J Public Health* 1996; 86(10):1388-1393.
- Schoeni RF, Martin LG, Andreski PM, Freedman VA. Persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly: 1982-2002. *Am J Public Health* 2005; 95(11):2065-2070.
- Fries JF. Reducing disability in older age. *JAMA* 2002; 288(24):3164-3166.
- Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. *JAMA* 2002; 288:3137-3146.
- Kramer M. The Rising Pandemic of mental disorders and associated chronic diseases disorders. *Acta Psychiatri Scandnavica* 1980; 62(Suppl. 285):382-397.
- Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med* 1995; 2(332):556-561.
- Lan TY, Melzer D, Tom BD, Guralnik, JM. Performance tests and disability: developing an objective index of mobility-related limitation. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002; 57:M294-301.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco Multidimensional Estatístico/BME. Disponível em: <http://www.bme.ibge.gov.br>
- World Health Organization. *Women, aging and health. Achieving health across the life span*. Geneva: WHO; 1998.
- Barreto SM, Giatti L, Kalache A. Gender inequalities in health among Brazilian older adults. *Pan American J Pub Health*. 2004; 16(2):110-117.
- Melzer D, Parahyba MI. Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the first national survey. *Age Ageing* 2004; 33:1-7.
- Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(3):383-91.
- Barbosa AR, Souza JMP, Lebrao ML, Laurenti R, Marucci MFN. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2005 Aug; 21(4):[about 10 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>
- Rosa TE, Benicio MH, Latorre MR, Ramos LR. Determinant factors of functional status among the elderly. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2003 Feb; 37(1): [about 9 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>
- Guralnik JM, Kaplan GA. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study. *Am J Public Health* 1989; 79(6):703-708.
- Mendes de Leon CF, Fillenbaum GG, Williams CS, Brock DB, Beckett LA, Berkman LF. Functional disability among elderly blacks and whites in two diverse areas: the New Haven and North Carolina EPESE. Established Populations for the Epidemiologic Studies of the Elderly. *Am J Public Health* 1995; 85(7):994-998.
- Lynch J, Kaplan G. Socio-economic position. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1999. p. 13-35.
- Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Cienc Saude Colet* 2004; 9(2):423-432.
- Neri M, Soares WL. Políticas Sociais, renda e saúde na terceira idade. *Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 2006; Caxambu. Disponível em: <http://www.abep.org.br>

Artigo apresentado em 03/03/2008
Aprovado em 14/04/2008