



TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 416

DIFERENÇA ENTRE PERFIS DE BRASILEIROS IDOSOS NO INÍCIO DOS ANOS 2.000

**Mônica Rebouças
Marília Miranda Forte Gomes
Marina Guimarães Paes de Barros
Fabiane Vaz
Maurício Gomes Pereira
Luiz Roberto Ramos**

Abril de 2011

Ficha catalográfica

362.6042981 Rebouças, Mônica.
R292d Diferença entre perfis de brasileiros idosos no início dos
2011 anos 2000 / Mônica Rebouças et al. - Belo Horizonte:
 UFMG/Cedeplar, 2011.

 20 p. (Texto para discussão ; 416)

 1. Idosos - Brasil. 2. Indicadores de saúde - Brasil. 3.
 Idosos - Brasil - Cuidado e higiene. I. Universidade Federal de
 Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento
 Regional. II. Título. III. Série.

CDD

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL**

DIFERENÇA ENTRE PERFIS DE BRASILEIROS IDOSOS NO INÍCIO DOS ANOS 2.000*

Mônica Rebouças

Pesquisadora e Doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva – Unifesp (Bolsista CNPq)
monicareboucas@terra.com.br

Marília Miranda Forte Gomes

Doutoranda em Demografia – Cedeplar/FACE/UFMG (Bolsista FAPEMIG)
mariliamfg@gmail.com

Marina Guimarães Paes de Barros

Socióloga e Mestre em Demografia pela UFMG
marigpb@gmail.com

Fabiane Vaz

Fisioterapeuta cursando especialização - Universidade de Brasília (UnB)
fabricavaz@gmail.com

Maurício Gomes Pereira

Professor e Pesquisador da Universidade de Brasília (UnB)
pereiram@unb.br

Luiz Roberto Ramos

Professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)
lrramos@unifesp.br

**CEDEPLAR/FACE/UFMG
BELO HORIZONTE
2011**

* O trabalho apresenta desdobramentos de resultados da Dissertação de Mestrado defendida em 2007 (REBOUCAS, 2006) e publicada em 2008 (REBOUÇAS E PEREIRA, 2008).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA	6
3. RESULTADOS	7
3.1. Apresentação dos dados.....	7
3.2. Informações regionais.....	8
4. DISCUSSÃO.....	13
4.1. Diferenças entre idosos brasileiros, no século XXI.....	13
4.2. Conceito de saúde no envelhecimento.....	14
4.3. Comparação do envelhecimento.....	15
4.4. Capacidade funcional.....	15
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

RESUMO

Considerando a importância do envelhecimento brasileiro, este trabalho teve como objetivo comparar, na entrada do segundo milênio, os dados secundários de idosos de quatro estados brasileiros, sedes de pesquisas sobre o tema, sendo eles, São Paulo; Rio de Janeiro; Minas Gerais e Ceará. Para tanto, utilizou-se informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Ministério da Saúde. Os resultados sugerem ser possível traçar o panorama do envelhecimento no território nacional e favorece o conhecimento sobre idosos, por estado brasileiro, após o ano 2.000, propondo itens a serem aprimorados em locais menos favorecidos, como o nordeste do País, assim como na aferição das informações sobre as atividades de vida diária, que são obtidas por meio de questões que agrupam dificuldades desiguais em realizar diferentes atividades.

ABSTRACT

Considering the importance of the Brazilian aging, this work had aimed to compare the input of the second millennium the secondary data on the elderly in four Brazilian states, where it had been done research on the subject, which are, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais and Ceará. The information was at the Brazilian Institute of Geography and Statistics and the Ministry of Health. Survey results suggest it be possible outline the aging in the country by Brazilian state, after the year 2000, offering items be enhanced in places less fortunate, like the northeast, as well as on the benchmarking of information on activities of daily living that are obtained through questions that combine dissimilar difficulties in performing various activities by creating uncertainty in the interpretation of responses.

Palavras-chave: idoso; indicadores de saúde; capacidade funcional; atividades de vida diária.

Keywords: elderly, health indicators, functional ability, activities of daily living.

JEL CLASSIFICATION: Y80

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, associado à ocorrência de agravos não transmissíveis e as incapacidades, constitui fenômeno que vem sendo observado no continente americano, inclusive no Brasil (PAHO, 2009).

Desta forma, o aumento absoluto e relativo do número de brasileiros mais velhos agregado ao acréscimo de doenças crônicas e suas consequências apontam para importância de periodicamente conhecer as características dessas pessoas (PHRC, 2009).

Considerando a diversidade étnica do povo brasileiro, ao lado da extensão continental do País, justifica-se que a mencionada apreciação seja particularizada por diferentes regiões levando em conta detalhes econômicos; políticos; da dificuldade de acesso além da quantidade de habitantes por subgrupos da população (BRASIL, 2010).

Sendo assim, as peculiaridades relacionadas a lugares onde vivem indivíduos de múltiplos segmentos servem também para esclarecer sobre os idosos, termo atribuído no Brasil àqueles com sessenta anos e mais de idade (IBGE, 2009a).

Mas, muitas agências fornecem elucidação sobre aspectos do envelhecimento populacional, por vezes tornando-se difícil formar um quadro da situação (RIPSA, 2008).

A solução recai em estimular pesquisas que confirmam dados oriundos dessas agências além de compor agrupamento de informações regionais sobre os que vivem para mais de seis décadas o que contribui para o conhecimento, base de políticas voltadas à promoção da saúde desses indivíduos (IBGE, 2009b).

Diante do exposto, surge o interesse de ratificar diferenças regionais entre idosos brasileiros, no século XXI.

Foi então realizado um estudo com objetivo de conhecer características dos que envelhecem em diferentes estados brasileiros quando se instala o novo milênio.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, seccional com base em dados secundários sobre idosos moradores de diferentes regiões do Brasil, no início dos anos 2.000.

Aqui se comparam indicadores de saúde com vistas a evidenciar detalhes recentes sobre pessoas mais velhas, em lugares menos e mais favorecidos.

Pesquisaram-se informações sobre habitantes com sessenta anos e mais de idade. A fim de caracterizar a introdução no novo milênio, investigaram-se dados do ano 2.005 assim como da primeira pesquisa nacional sobre saúde depois dos anos 2.000. Quando não encontradas informações sobre a faixa etária ou época de interesse foram utilizados dados sobre pessoas adultas em data próxima.

Foram avaliados, por conveniência, os estados onde existem sedes de pesquisas de base populacional sobre idosos, com extensa publicação sobre o tema, sendo eles: São Paulo; Rio de Janeiro; Minas Gerais e Ceará (Epidoso-UNIFESP; UnATI-UERJ; Bambuí-FIOCRUZ e Centro de Atenção ao Idoso-UFC) (RAMOS, 2003; VERAS et al., 1999; LIMA COSTA et al., 2000; COELHO FILHO E RAMOS, 1999).

Buscou-se 28 itens estratégicos para avaliar a população idosa no Brasil (REBOUÇAS, 2006). A investigação concentrou-se nos dados das instituições brasileiras que produzem informações nacionais de interesse e as disponibilizam por meio eletrônico. As citadas instituições foram o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e o Ministério da Saúde (IBGE, 2010; DATASUS, 2010).

3. RESULTADOS

3.1. Apresentação dos dados

Indicadores de pessoas com 60 anos e mais de idade (ou com idade próxima) relativos ao período e locais de interesse do estudo são dispostos em cinco tabelas com dados demográficos; econômicos; de condição de saúde; fatores de risco, hábitos de vida e assistência à saúde (Tabelas 1 a 5). Em cada tabela, uma primeira coluna revela o nome dos indicadores, seguida de quatro colunas contendo dados de idosos de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Ceará.

E, apesar de não ser objetivo principal do estudo, os autores identificaram a origem de um indicador em especial, que se comportava de forma distinta dos demais. As perguntas que deram origem a esse indicador, capacidade funcional, se constituem então em resultados secundários e são apresentadas no QUADRO 1.

QUADRO 1

Questões utilizadas para avaliar características de mobilidade física dos moradores de 14 anos ou mais de idade em Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pnad, realizadas em 1998; 2003 e 2008. Suplemento Saúde* 1998; 2003 e 2008**

Origem da informação sobre funcionalidade dos brasileiros
Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro?
Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados?
Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para empurrar mesa ou realizar consertos domésticos?
Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para subir ladeira ou escada?
Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se?
Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para andar mais do que um quilômetro?
Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para andar cerca de 100 metros?
Normalmente, por problema de saúde, tem dificuldade para fazer compras de alimentos, roupas e medicamentos, sem ajuda? **

Fonte: adaptado de Costa, 2006.

* IBGE, Pnad 1998; 2003

** IBGE, Pnad 2008.

3.2. Informações regionais

Pode-se observar (Tabela 1) que o estado de São Paulo possui maior quantidade absoluta de idosos, no entanto, existe maior proporção de pessoas com sessenta anos e mais de idade na população do Rio de Janeiro.

Sobre a composição racial e étnica, idosos indígenas distribuem-se mais no Ceará e em São Paulo (Tabela 1). Em São Paulo residem mais pessoas idosas de etnias branca e amarela e apenas 16% da população se intitula parda. Os dados indicam que o estado do Ceará apresenta a menor frequência de idosos negros e brancos e a maior da cor parda, representando mais que 50% da população com sessenta e mais anos desse estado (Tabela 1).

Em relação ao estado civil o Ceará, com menor proporção da população idosa, na sua maior parte casada (55,8%) contrasta-se com o Rio de Janeiro que conta com uma maior proporção de idosos sendo esses mais separados, divorciados e viúvos (51,6%) (Tabela 1).

Região mais desenvolvida revela grau de escolaridade maior (Tabela 1). No Rio de Janeiro, por exemplo, a frequência de idosos com nível superior mostra-se elevado. Em locais mais carentes, como no Ceará, a escolaridade dos idosos é menor. Mais da metade deles se declara com menos de um ano de instrução formal. Entretanto cabe destaque a posição dos idosos onde reside. A maior parte deles, nos quatro estados analisados, refere-se como pessoa de referência na família (Tabela 1).

TABELA 1
Indicadores demográficos da população idosa de quatro regiões do Brasil

Ordem	Indicador	CE	MG	RJ	SP
1	Número de idosos*				
	Quantidade (em milhões)	790814	2027608	2086174	4299769
	Proporção na população (%)	9,8	10,5	13,5	10,6
2	Composição racial e étnica (%)*				
	Índigena	0,2	0,1	0,1	0,2
	Branca	40,3	52,2	62,9	75,8
	Preta	3,5	8,5	11,1	5,2
	Amarela	0,1	0,1	0,1	2,4
	Parda	55,9	39,1	25,7	16,3
3	Estado civil (%)**				
	Casados	55,8	53,1	48,4	55,6
	Separados e divorciados	2,8	4,0	6,1	5,0
	Viúvos	22,5	30,0	31,9	30,6
	Solteiros	18,8	12,9	13,6	8,7
4	Grau de escolaridade (%)*				
	Superior	7,0	9,6	22,9	15,3
	Médio	3,3	3,5	10,2	7,5
	Básico	35,0	50,1	50,3	51,4
	Sem instrução e menos de 1 ano	54,7	36,7	16,4	25,7
	Não determinados e sem declaração	0,0	0,1	0,1	0,1
5	Condição na família (%)*				
	Pessoa de referência	64,3	68,0	65,4	63,4
	Cônjuge	24,4	21,0	22,2	23,2
	Filho	1,0	0,8	0,5	0,5
	Outro parente	9,9	9,7	11,3	12,7
	Agregado	0,4	0,4	0,4	0,2
	Pensionista	0,0	0,0	0,0	0,0
	Empregado doméstico	0,0	0,1	0,1	0,0

Fonte: * IBGE, Pnad 2005. ** IBGE, Censo Demográfico 2000 – Microdados da amostra. (...) Dado numérico não disponível.

Notas: 1 - Idosa é a pessoa com 60 anos e mais de idade.

2 - Condição na família corresponde à resposta fornecida pela pessoa à questão "Qual a relação com a pessoa responsável pela família?". A informação fornecida caracteriza a relação do respondente com o responsável pela família e fornece as possibilidades de ser o próprio responsável quem responde; ou quem responde será cônjuge, filho, parente, agregado, pensionista ou empregado desse responsável.

No Ceará, quase a metade das famílias com idosos estão distribuídas entre rendas per capita de até dois Salários Mínimos (SM) (Tabela 2). Diferente de São Paulo onde só a minoria (23,1%) encontra-se nessa condição de renda. Nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Ceará, em torno de 50% da fonte de renda dos idosos está ligada à aposentadoria e o trabalho ocupa a segunda posição. Idosos no Rio de Janeiro tem maior renda líquida e em São Paulo concentram-se as rendas médias (Tabela 2).

Os maiores índices de atividade de labor entre idosos na faixa de 60 a 80 anos encontram-se no Ceará e os menores no Rio de Janeiro (Tabela 2). Sendo que, a maioria das famílias cearenses compromete pouco de sua renda familiar com seus idosos e nesse estado essa parcela da população apresenta o maior índice de pobreza, confrontando com os demais (Tabela 2).

TABELA 2
Indicadores econômicos da população idosa de quatro regiões do Brasil

Ordem	Indicadores	CE	MG	RJ	SP
6	Pobreza (%)	24,2	11,2	7,1	6,2
	Distribuição de acordo com a renda per capita das famílias com idosos (%)				
7	Até ¼ SM	0,8	0,3	0,8	0,3
	De ¼ de S.M a menos de ½ SM	0,8	0,2	0,2	0,3
	De ½ S.M a menos de 1 S.M	12,1	11,8	8,8	8,2
	De 1SM a menos de 2 SM	31,2	22,3	15,5	14,2
	2 SM ou mais	55,1	65,4	74,7	76,9
	Fontes de renda (%)				
8	Aposentadoria	63,2	53,8	54,2	48,7
	Pensão	12,4	15,4	16,4	14,4
	Trabalho	17,1	23,0	19,7	25,6
	Aluguéis	1,4	2,8	2,3	5,6
	Outros	5,9	5,0	7,3	5,7
	Valor da renda líquida (%)				
9	Menos que 2 SM	86,6	76,6	60,3	62,9
	De 2 a 5 SM	9,0	14,7	23,4	24,5
	Acima de 5 SM	4,4	8,7	16,3	12,6
	Taxa de atividade (% por idade)				
10	60 – 64	56,1	49,5	37,8	38,9
	65 – 69	45,8	36,4	19,4	22,8
	70 – 74	35,9	29,5	10,9	15,0
	75 – 79	28,3	19,0	6,9	8,9
	80 e mais	18,2	13,9	6,5	6,8
	Proporção de gastos com habitação sobre os gastos totais de famílias com idosos por quintos de renda (%)				
11	1º quintil	34.25	37.62	44.41	46.01
	2º quintil	28.56	33.93	40.77	39.18
	3º quintil	33.24	34.33	39.30	39.73
	4º quintil	33.30	31.49	36.74	37.13
	5º quintil	25.71	26.12	31.01	26.73

Fonte: IBGE, Pnad 2005.

(...) Dado numérico não disponível.

Notas:

1 - Idosa é a pessoa com 60 anos e mais de idade.

2 - Pobreza é a proporção de idosos com renda per capita domiciliar de até ½ salário mínimo. Em 2005, o salário mínimo era de R\$ 300,00.

3 - A renda líquida corresponde ao rendimento mensal de todas as fontes.

4 - Foi considerado como outros rendimentos: aposentadoria e pensão de outra fonte que não o de fonte pública; abono de permanência; doação recebida; juros de caderneta de poupança de outras aplicações, dividendos e outros rendimentos recebidos normalmente no mês de referência da Pnad 2005.

Nas diferentes regiões estudadas a expectativa de sobreviver depois de completadas seis décadas de vida revela-se semelhante e gira em torno de 20 anos (Tabela 3). As doenças mais responsáveis pela mortalidade nesse grupo são as do aparelho circulatório. Em São Paulo as neoplasias em idosos são registradas o dobro de vezes que no Ceará. A morbidade é equivalente entre as doenças que mais acometem os idosos, sendo que a hipertensão apresenta o maior percentual e o câncer o menor (Tabela 3).

Dados referentes aos indicadores de saúde do Ceará mostram menor presença de depressão auto-referida (Tabela 3). Mas, foram os idosos deste estado que declararam ter pior percepção da sua saúde: apenas 5,5% a relataram como muito boa e mais que 60% a relataram como entre muito ruim e regular. Já no estado do Rio de Janeiro a maior parte dos idosos declarou ter percepção de saúde entre boa e muito boa (Tabela 3).

Neste estudo, (Tabela 3) as proporções de idosos com ao menos uma incapacidade de realizar tarefas do dia a dia estão em torno de 70%. Sendo que Minas Gerais e Ceará apresentaram maior dimensão de incapacidades que Rio de Janeiro e São Paulo (Tabela 3).

TABELA 3
Indicadores de condição de saúde da população idosa de quatro regiões do Brasil

Ordem	Indicadores	CE	MG	RJ	SP
12	Esperança de vida aos 60 anos (em anos)*	19,5	22,2	21,2	21,3
	Mortalidade (por 100.000 hab)**				
	Doenças do aparelho circulatório	987,5	1265,9	1476,2	1495,1
13	Doença cerebrovascular	501,2	575,4	671,6	603,3
	Diabetes	131,8	141,2	243,4	170,2
	Neoplasias	398,1	486,2	634,7	670,1
	Pneumonia	97,5	190,9	214,4	291,4
	DPOC	72,4	221,1	199,0	239,8
	Morbidade auto-referida (%)***				
14	Hipertensão	40,4	53,7	52,7	48,3
	Doenças do coração	10,8	19,7	18,7	17,8
	Diabetes	10,1	11,8	14,5	15,1
	Câncer	1,1	1,9	1,8	2,6
	Artrite ou reumatismo	29,1	24,3	32,2	20,7
15	Depressão auto-referida (%)***	5,7	12,7	9,7	10,3
	Percepção da saúde (%)***				
16	Muito bom	5,5	9,3	11,1	9,5
	Bom	33,1	34,0	41,4	40,9
	Regular	45,8	42,2	37,8	39,7
	Ruim	12,8	11,9	7,9	8,2
	Muito ruim	2,9	2,6	1,8	1,8
17	Incapacidades (%)***				
	Não tem incapacidade	26,84	26,37	32,42	34,81
	Tem pelo menos uma incapacidade	73,16	73,63	67,58	65,19

Fontes: * IBGE, Projeções demográficas preliminares, 2005.

** Ministério da Saúde / SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2004 e IBGE.

*** Pnad 2003.

(...) Dado numérico não disponível.

Notas:

1 - Idosa é a pessoa com 60 anos e mais de idade.

2 - As incapacidades consideradas foram: dificuldade de alimentar, tomar banho ou ir ao banheiro; dificuldade para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; dificuldade para empurrar mesa ou realizar pequenos consertos; dificuldade para subir ladeira ou escada; dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; dificuldade para andar mais de 1 km; e dificuldade para andar cerca de 100 m.

No item incapacidade, o instrumento de coleta das informações nacionais sobre características de saúde da população nos anos de 1998 e 2003 contém questões sobre dificuldade de: alimentar, tomar banho ou ir ao banheiro; correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados; empurrar mesa ou realizar pequenos consertos; subir ladeira ou escada; abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; andar mais de 1 km; andar cerca de 100 m (Quadro 1). Acrescido em 2008 da questão sobre dificuldade de fazer compras de alimentos, roupas e medicamentos, sem ajuda (Quadro 1).

Em relação aos hábitos de vida, os dados mostram que 50% idosos avaliados no Ceará se consideram insuficientemente ativos fisicamente; cerca de 80% das mulheres nunca fez uma mamografia e a qualidade da dieta, também no Ceará, apresenta menores índices comparados com os demais estados (Tabela 4). Dado relevante é que o Ceará apresenta maior cobertura vacinal por influenza (77,1%) entre os idosos dos estados citados (Tabela 4).

TABELA 4
Indicadores dos hábitos de vida e fatores de risco da população idosa de quatro regiões do Brasil

Ordem	Indicadores	CE	MG	RJ	SP
18	Insuficientemente ativos (%)***	50,0	44,6	45,0	37,3
19	Cobertura vacinal por influenza (%)*	77,1	76,8	70,5	69,4
20	Mamografia (%)**				
	Menos de 1 ano	11,3	21,7	23,8	33,3
	De 1 a 3 anos	4,8	12,2	13,4	14,4
	4 anos ou mais	5,9	9,0	16,9	12,4
	Nunca fez mamografia	78,0	57,1	45,9	39,9
21	Qualidade da dieta (%)***	65,9	76,8	72,9	70,5

Fontes: * Programa Nacional de Imunizações – DATASUS/MS – 2006.

** IBGE, Pnad 2003.

*** Inquérito sobre fatores de risco de 2002-2003 – INCA fornece dados sobre as pessoas com 50 anos e mais de idade moradoras das capitais: Fortaleza; Belo Horizonte; Rio de Janeiro e São Paulo.

(...) Dado numérico não disponível.

Nota: idosa é a pessoa com 60 anos e mais de idade.

Mais de 80% dos idosos do Ceará e Minas Gerais gastam até 2 salários mínimos (SM) com despesas de assistência à saúde e apenas 6% mais de 5 SM (Tabela 5). Já nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, 12% dos idosos investem mais de 5 SM em saúde (Tabela 5).

No Ceará se utiliza mais dos produtos farmacêuticos que dos serviços de assistência à saúde (65,9% e 34,1%, respectivamente) (Tabela 5). Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo mantêm praticamente a mesma proporção (média de 50%) entre os componentes das despesas mensais com saúde (Tabela 5).

Em Minas Gerais encontram-se famílias com idosos que gastam diretamente com saúde de 1 a 4 quintos de renda e no Ceará residem aqueles que menos gastam (Tabela 5).

Idosos do Ceará seguidos dos de Minas Gerais são os que mais procuram o serviço de saúde e não são atendidos na primeira vez (Tabela 5). No Rio de Janeiro cerca de 50% não recebem atendimento apenas na última vez que buscam esse tipo de serviços (Tabela 5).

TABELA 5
Indicadores de assistência à saúde da população idosa de quatro regiões do Brasil

Ordem	Indicadores	CE	MG	RJ	SP
22	Despesas com assistência à saúde (%)*				
	Até 2 SM	84,2	80,4	74,3	71,8
	2 a 5 SM	9,5	13,5	13,7	16,7
	Mais de 5 SM	6,3	6,1	12,0	11,4
23	Componentes das despesas mensais com saúde (%)*				
	Produtos farmacêuticos	65,9	54,6	52,9	54,0
	Serviços de assistência à saúde	34,1	45,4	47,1	46,0
24	Gastos diretos com saúde em famílias com idosos, por quintos de renda (%)***				
	1º quintil	3,5	9,3	8,1	5,4
	2º quintil	5,9	12,6	6,9	9,8
	3º quintil	5,5	10,8	7,1	10,3
	4º quintil	6,5	11,6	10,2	10,1
	5º quintil	7,9	8,4	10,2	13,1
25	Acesso ao serviço de saúde (%)*				
	<i>Proporção dos que procuraram o serviço de saúde e não foram atendidos na primeira vez</i>	4,9	3,5	2,5	1,0
	<i>na última vez</i>	17,7	27,0	46,8	22,0
	<i>Proporção dos que não procuraram o serviço de saúde porque não tinham dinheiro</i>	2,1	2,6	0,8	0,8
26	Utilização dos serviços de saúde na rede SUS*				
	Internação (por 1000 hab./ano)	109,7	165,0	80,0	85,6
	Duração média do internamento hospitalar (dias)	8,6	8,7	10,2	8,9
	Duração mediana do internamento hospitalar (dias)	4,0	5,0	6,0	5,0
	Consulta médica (por 100 hab./ano)	264,8	377,4	452,1	446,0
	Proporção de idosos que consultaram o médico nos últimos 12 meses	64,7	75,1	77,5	76,5
	Número médio de consultas	2,6	3,8	4,5	4,5
	Número mediano de consultas	1,0	2,0	3,0	3,0
27	Utilização de domicílios coletivos (número de habitantes)**	1604	17347	15190	35839
28	Assistência domiciliar (%)*	2,3	1,6	0,9	0,9

Fonte: * IBGE, Pnad 1998. ** IBGE, Censo Demográfico 2000– microdados da amostra. *** IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF – 2002/2003.

(...) Dado numérico não disponível.

Notas:

1 - Idosa é a pessoa com 60 anos e mais de idade.

2 - Em 1998 o salário mínimo é igual a R\$ 130,00.

3 - Para cálculo da taxa de internação e duração média do internamento hospitalar pelo SUS, referem-se apenas à última internação, no período dos últimos 12 meses em relação à pesquisa (Pnad 1998).

4 - As informações sobre consulta médica não são exclusivas do SUS.

5 - Para o cálculo do número de idosos em domicílios coletivos utilizou-se o quesito 'Individual em domicílio coletivo' disponível no Censo Demográfico 2000.

Com relação à utilização da rede SUS (Tabela 5), verificou-se que o estado de Minas Gerais apresentou maior ocorrência de internação por 1000 hab./ano, mas foi no Rio de Janeiro que o período de permanência dos idosos no hospital foi maior (10,2 dias no RJ e 8,7 dias em MG). Além disso, a procura por consulta médica e o número médio de consultas foram maiores no Rio de Janeiro e em São Paulo e menores no Ceará e Minas Gerais (Tabela 5).

Apesar de no Ceará ser menor a proporção de idosos que consultaram médico nos últimos 12 meses, verifica-se maior ocorrência de assistência domiciliar do que a observada nos demais estados (Tabela 5). E, o maior número de idosos em domicílios coletivos foi encontrado em SP (36.000) seguido, pela ordem de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Ceará (1.604) (Tabela 5).

4. DISCUSSÃO

4.1. Diferenças entre idosos brasileiros, no século XXI

A primeira contribuição desse trabalho está na produção de informações por estado brasileiro já que é neles que vivem as pessoas (PEREIRA E REBOUÇAS, 2006). O interesse por dados locais é reforçado no Brasil, onde problemas e soluções têm gestão por pequenas áreas, considerando a municipalização das ações da saúde pública no país (BRASIL, 2010).

O subsídio do estudo encontra-se na exposição da existência da diversidade de dados brasileiros, permitindo a divulgação da informação e favorecendo o conhecimento das condições de saúde do povo. A apresentação do quadro da parcela idosa reforça a disponibilidade e o nível de detalhes encontrados.

Também se evidencia a distinção entre indicadores das regiões brasileiras. De acordo com os indicadores de saúde dos idosos em diferentes regiões do Brasil revelam-se as condições dos que envelhecem no nordeste mais agravadas em relação à melhor situação do sudeste. Esse quadro expõe a necessidade de implantação de medidas que venham a beneficiar aqueles que vivem nas piores circunstâncias.

De posse dos elementos apresentados pode-se discutir desempenho e soluções para o sistema de saúde. Exemplo observa-se em relação ao estado do nordeste brasileiro, em condições desfavoráveis em relação aos demais estudados, necessitando minorar falhas na assistência à saúde evidenciada, por exemplo, nas menores proporções de exames de prevenção de doenças mamárias, nas idosas da região.

No entanto, o atendimento domiciliar e a vacinação nos que envelhecem no Nordeste aparecem com melhores taxas servindo de estímulo, sugerindo investigações que evidenciem o que vem sendo efetivo na atenção básica à saúde dos idosos dessa região para que seja usado em todo País.

Outro subsídio do artigo refere-se à homogeneidade das informações dos distintos indicadores, oriundos de diferentes fontes e versando sobre diferentes temas. Nota-se que os indicadores de saúde dos idosos moradores nos três estados do Sudeste brasileiro, a saber, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais apresentam valores semelhantes, sendo possível distinguir esse grupo de outro, sempre o mais diferente, composto pelo único estado nordestino, o Ceará. Na totalidade das tabelas apresentadas repete-se o padrão três estados semelhantes, do Sudeste, e um com diferença expressiva, do Nordeste.

As nítidas diferenças entre os indicadores das regiões revelam áreas com melhores e piores situações. A pesquisa aqui apresentada sugere que podem ser realizados estudos de diferentes estados da federação favorecendo a construção do panorama nacional.

A tendência assinalada em parágrafos anteriores justifica o título do texto já que aponta diferenças entre perfis de idosos moradores de diferentes regiões do Brasil, no início dos anos 2.000.

4.2. Conceito de saúde no envelhecimento

O trabalho aqui apresentado insere os achados de diferenças regionais na discussão que leva em conta o conceito atual de “saúde” proposto em meados do século XX, mais precisamente na segunda metade dos anos 1940, quando se constitui a Organização Mundial de Saúde (OMS) (PEREIRA, 1995).

A partir daí, a concepção negativa de saúde, como ausência de doença, passa a ser questionada. A definição formulada em termos de bem-estar físico, mental e social contempla as dimensões coletivas e fornece substrato à idéia da saúde individual. Pelos termos positivos, o significado prioriza a prevenção e promoção da saúde, relativamente aos cuidados, associando o corpo e a psique à dimensão social da pessoa. A saúde então representa o bem-estar em sentido amplo e a recíproca verdadeira, pois bem-estar é saúde, em todos os aspectos, e de maneira ativa, havendo intercâmbio da saúde com bem-estar. Agrega-se à noção uma idéia de continuum e não de um momento estático, significando que se espera uma melhora ininterrupta e aperfeiçoável para que esteja estabelecido o bem-estar, tanto individual como coletivo.

O aspecto multifatorial da saúde, mencionado, também torna evidente a interferência de características demográficas, inclusive as sociais e ecológicas, na vida das pessoas e das comunidades.

Nesse contexto, a agregação do termo saúde às questões ambientais fica cada vez mais nítida. O que reforça a propriedade do debate aqui proposto.

Sendo assim, quando se trata de estudar o bem-estar dos indivíduos, a distinção regional merece ser avaliada em detalhes para que diferenças geográficas não exerçam desvantagens ou vantagens repercutindo de forma sistemática nos resultados de pesquisas sobre saúde da população. Isso significa que o acesso ao pronunciamento em relação ao conceito de saúde deva ser calculado considerando todas as influências que podem ser exercidas por diferentes aspectos, incluindo o local onde vivem as pessoas (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2010).

A dimensão multifatorial da saúde, com nítidas diferenças regionais, se encontra presente na totalidade da população brasileira, inclusive em parcela importante e crescente, os idosos.

Deste modo já sugerido, o trabalho aqui apresentado compara indicadores de saúde da população idosa, em diferentes regiões do Brasil e por isso avança no conhecimento das condições apontando formas de identificar itens a serem melhorados em locais menos favorecidos.

Quanto à comparação de indicadores de diferentes regiões, o conceito de desenvolvimento sustentável oferece subsídios, norteadores nesse caso. Os critérios para sustentabilidade constituem-se em crítica ao aspecto reducionista do indicador e propõem que sejam considerados diferentes aspectos, ao mesmo tempo, em um só índice, para que uma região seja cotejada com outra no referencial teórico da sustentabilidade. A integração entre fatores econômicos, ecológicos e de bem-estar, agregados criam o conceito de desenvolvimento, resultado da interação entre eles. Esta avaliação multifatorial das condições de diferentes locais é o que deve ser confrontado nas distintas áreas, com objetivo de conhecer as condições de vida das pessoas e melhorar a situação dos menos favorecidos (VAN BELLEN, 2005). Destaca-se que quanto maior a distinção entre as regiões há melhor compreensão da diferença entre indicadores (PEREIRA, 1995; VALENZUELA, 2005).

E a exemplo da sustentabilidade, também a saúde das pessoas se presta a comparação dos dados de diferentes regiões. Trata-se inclusive de procedimento recomendado pela OMS (VALENZUELA, 2005) como revela o estudo sobre a pesquisa nacional dos EUA (NHIS) de 1996 e os dados brasileiros da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pnad de 1998 (BELTRÃO E SUGAHARA, 2002).

4.3. Comparação do envelhecimento

Também podem ser encontradas comparações entre diferentes agregados humanos mais velhos visando entender o envelhecimento populacional. Exemplo pode ser encontrado em publicação da Johns Hopkins University, de 1999, que, por meio de indicadores, compara variadas áreas, com culturas distintas (ANDERSON E HUSSEY, 1999).

Estudos realizados no Canadá, ao mesmo tempo, servem como parâmetro para o paralelo entre indicadores relacionados aos idosos (FANG, et al, 2009). Os canadenses comparam pesquisas para implantar medidas que homogeneizem o bem-estar no envelhecimento, em toda extensão nacional (THE CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING WORKING GROUP, 2001).

Dados do censo demográfico de 1980 do Brasil também já foram analisados quanto à esperança de vida, em idades mais avançadas, revelando semelhanças entre nações com desigual desenvolvimento, como o Brasil, a Índia e a Suécia. Outros autores, analisando indicadores demográficos de países como a Bélgica e a Finlândia encontram valores próximos aos do Brasil. No Brasil os indicadores de taxas de sobrevivência das pessoas com sessenta e cinco anos e mais de idade, das regiões Nordeste e Sul, do mesmo modo, foram comparados mostrando semelhanças (CAMARANO et al., 1991).

Traçar paralelo entre indicadores de diferentes regiões do país trata-se então de prática reconhecida, inclusive por brasileiros, que contam com diversas publicações do gênero (IBGE, 2010). Exemplos recentes, completos e detalhados sobre idosos podem ser encontrados na “Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2009” assim como na apresentação da “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 - Um Panorama da Saúde no Brasil”, entre outras publicações do IBGE (IBGE, 2009 a, b; IBGE, 2010). As considerações realizadas por institutos oficiais servem de estímulo para que pesquisadores usem a profusão de dados disponíveis no Brasil, resultado de investimentos governamentais vultosos. O trabalho aqui apresentado então se debruça sobre detalhes do que já vem sendo amplamente divulgado por esses órgãos públicos.

4.4. Capacidade funcional

No que tange ao aumento do número de pessoas com seis e mais décadas de vida, no Brasil assim como em outros países, outro fenômeno também marca o conceito de saúde. Com o envelhecimento o padrão de saúde, já mencionado, modifica-se e adquire diferentes dimensões de

bem-estar. Neste caso, o desafio agora se encontra em reconhecer as novas condições demográficas, socioeconômicas e de saúde das populações mais velhas (BARBOTTE et al., 2001).

Estudos em países da Europa e da América Latina, inclusive no Brasil, mostram que o bem-estar pode ser referido pela maioria dos idosos, inclusive por pessoas com oitenta anos e mais anos de idade. Estes estudos são baseados em questionários que medem a qualidade de vida, com base na subjetividade dos indivíduos. Aqueles que referem pior qualidade de vida e se sentem mal apresentam maiores índices de incapacidade e queixas relacionadas à saúde física. O significado destes achados confirma que se sentir mal consisti em sentir-se doente, descompensado. A doença crônica compensada não é vista como mal-estar pelos mais velhos (LIMA E COSTA et al., 2003; XAVIER et al., 2003).

Então, novo destaque especial para mudança de paradigma vem sendo dado diante do aumento da prevalência de incapacidades marcadamente nas coortes de pessoas depois da sexta década de vida (BARBOTTE et al., 2001). Os recursos sanitários ainda não estão adequados para oferecer o suporte a estas características das populações mais envelhecidas. Este fenômeno interfere diretamente no conceito de saúde que pode ser referido.

Mas, para surpresa positiva, pesquisas realizadas no Canadá, Estados Unidos e Reino Unido revelam números cada vez menores de pessoas com incapacidades atingindo aos sessenta anos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000). Isto indica que não necessariamente o passar do tempo, de forma absoluta, torna-se risco para produção de incapacidades nas coortes de pessoas. As incapacidades podem diminuir com medidas preventivas e sua incidência pode ser reduzida progressivamente nos mais longevos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000).

O controle das doenças crônicas contribui na manutenção da saúde no envelhecimento, por mais contraditória que pareça esta afirmação.

Mas o conceito de saúde, já citado anteriormente e estabelecido pela OMS, não prevê a condição própria dos mais idosos, na qual a ausência de doenças ocorre em poucos, mas o bem-estar pode ser referido por muitos, mesmo pelos portadores de múltiplas doenças.

Sendo assim, no caso das pessoas com seis ou mais décadas de vida, ter saúde refere-se a ser independente e autônomo. O novo padrão então aponta para o fato de que saúde e bem-estar dizem respeito à ausência de incapacidades e não de doenças.

Os citados, aspecto multifatorial e distinções regionais das pessoas que envelhecem, se relacionam então de forma imbricada com diferentes níveis e conceitos das incapacidades físicas e tantas outras que ocorrem nessas idades. Já que aspectos econômicos, sociais também se tornam paradigmas em populações envelhecidas, alvo de debates como o aqui apresentado.

Este fenômeno reafirma a ênfase no conhecimento das informações por regiões para que a partir disso se possa investir em reabilitação contínua. O foco constante nas particularidades de cada local desencadeia programas de atividades físicas; sociais; de lazer e cultura que então se tornam instrumentos potentes de promoção da saúde. Assim, o reforço no tratamento bem-sucedido, mantendo autonomia, integração social, depende das características de cada comunidade, principalmente no

envelhecimento, ou seja, no bem-estar referido por pessoas com sessenta anos e mais de idade (RAMOS, 2003).

Considerando a importância da independência cotidiana das pessoas idosas, no trabalho aqui revelado, um indicador em especial revela taxas elevadas indistintamente nos quatro estados, a capacidade funcional dos idosos.

Os valores relacionados à capacidade funcional de idosos brasileiros causam estranheza, considerando que pesquisas assinalam, de forma pessimista, que até trinta por cento desses idosos podem ser portadores de limitações nas atividades de vida diária (BARBOTTE et al., 2001). No entanto, os dados brasileiros ultrapassam em muito essas cifras. As taxas encontradas no Brasil por autores (COSTA, 2006), e aqui repetidas, relacionam mais da metade (em torno de 70%) dos idosos brasileiros respondendo positivamente ao instrumento que detecta incapacidades no dia-a-dia. Outro aspecto a ser destacado encontra-se no fato de que diferentes regiões, distintas por demais indicadores, não se distinguem tanto neste, sobre funcionalidade. Reforço para suspeita de provável problema na origem do dado.

Os achados mencionados anteriormente têm procedência na forma de aferição, o que se constitui em desafio aos interessados no tema. Surge a dúvida se os instrumentos estão apreendendo adequadamente à realidade (PARAHYBA E SIMÕES, 2006).

Diante da importância das informações sobre atividades de vida diária realizada por idosos, fica evidente que a coleta de informações adquire destaque. A partir dessas informações cruciais, atitudes individuais e populacionais poderão ser estabelecidas, considerando as condições reveladas pelos idosos.

Justificando-se no que foi explanado, aqui foram evidenciadas questões sobre atividades diárias executadas por pessoas da população existentes em instrumentos nacionais. Essas perguntas originam dados em pesquisas brasileiras descritas no quadro 1 (IBGE, 2010). Neste quadro se observa que os enunciados referem-se a desiguais dificuldades em realizar diferentes atividades o que pode criar indefinição na interpretação das respostas. Lembrando que, indicadores também podem advir de informações não confiáveis o que se constitui em problema para sua interpretação (PEREIRA, 1995).

Em conclusão, foi possível conhecer características e estabelecer diferenças dos que envelhecem no Brasil, quando se inaugura o século XXI. Para isso este trabalho comparou indicadores de saúde sobre a população idosa, por estado brasileiro, propondo itens a serem apurados não só em locais menos favorecidos como na aferição e aproveitamento dos dados. E, apesar de não ser objeto do estudo, foram encontradas informações sobre a totalidade das unidades da federação, originadas de únicos instrumentos e idioma, obtidas em repetidos inquéritos realizados no país, aceitando paralelos entre diferentes locais e períodos. Sendo assim, a pesquisa sugere a realização de futuros estudos longitudinais visando traçar o panorama do envelhecimento no território nacional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, G.F.; HUSSEY, P.S. Health and Population Aging: a Multinational Comparison. Baltimore, Maryland: USA: Johns Hopkins University. *The Commonwealth Fund*, 1999. Disponível em: <http://www.cmwf.org/usr_doc/Chartbook.ppt#9>. Acesso em: 10/12/2006.
- BARBOTTE E.; GUILLEMIN F.; CHAU N.; LORHANDICAP GROUP. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin World Health Organization*, v.79, n.11, p. 1047–1055, 2001.
- BELTRÃO, K.I.; SUGAHARA, S. Comparação de informações sobre saúde das populações brasileira e norte-americana baseada em dados da PNAD/98 E NHIS/96. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n. 4, p. 841-867, 2002.
- BRASIL. [Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acessado em março 2010.](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>>. Acesso em: 07/02/2006.
- CAMARANO A.A.; MEDICE A.C.; OLIVEIRA F.; BELTRÃO K.I. Aposentadoria e esperança de vida. *Conjuntura Econômica Aplicada*, v. 45, p. 41-44, 1991.
- COELHO FILHO, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista Saúde Pública*, v. 33, p. 445-453, 1999.
- COSTA, A.J.L. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.4, p.927-940, 2006.
- DATASUS, 2007. <<http://www.datasus.gov.br>>.
- FANG, R.; KMETIC, A.; MILLAR, J.; DRASIC, L. Disparities in chronic disease among Canada's low-income populations. *Preventive Chronic Disease*, 2009; v.6, n.4. Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/oct/08_0254.htm. Acesso em: 23/03/2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010 <<http://www.ibge.gov.br>>.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censos Demográficos. <<http://www.ibge.gov.br>>.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Coordenação de Índices de Preços. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões/IBGE. <<http://www.ibge.gov.br>>.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2009. <<http://www.ibge.gov.br>>.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Acesso e utilização de serviços de saúde: 2003. <<http://www.ibge.gov.br>>.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Departamento de Emprego e Rendimento. Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998. <<http://www.ibge.gov.br>>.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. <<http://www.ibge.gov.br>>.
- LIMA - COSTA, M.F.F.; BARRETO S.M.; GIATTI L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.
- LIMA-COSTA, M.F.F.; UCHOA, E.; GUERRA, H.L.; FIRMO, J.O.A.; VIDIGAL, P.G.; BARRETO S.M. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): Methodological approach and preliminary results of a population based cohort study of the elderly in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v.34, p.126-135, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Imunizações, 2006. <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pn/cnv/cpniuf.def>>.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Health Information and Analysis Project. *Health Situation in the Americas: Basic Indicators*, 2009.
- PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.4, p.967-974, 2006.
- PEREIRA, M.G. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596p.
- PEREIRA, M.G.; REBOUÇAS, M. Indicadores de Saúde para Idosos. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.131-138.
- PUBLIC HEALTH RESEARCH CONSORTIUM. University of Liverpool (Margaret Whitehead PI). Helping chronically ill or disabled people into work: what can we learn from international comparative analyses? *Final report to the Public Health Research Programme, Department of Health*. Revised 28 April version, 2009.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Division de Promoción y Protección de la Salud. Salud de las pesrsonas de edad. Envejecimiento y salud: um cambio de paradigma. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v.7, n.1, p. 60-67, 2000.
- RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Caderno de Saúde Publica*, v.19, n.3, p. 793–798, 2003.

- REBOUÇAS, M. Indicadores de saúde dos idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2006.<Disponível em: http://www.bdt.d.uec.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=484>. Acesso em: 06/03/2010.
- REBOUÇAS, M.; PEREIRA, M.G. Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. *Rev Panam Salud Publica*, v.23, n. 4, p. 237–246, 2008.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE – RIPS. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Organização Pan-Americana da Saúde- OPAS, 2008.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
- THE CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING WORKING GROUP. Disability and frailty among elderly Canadians: a comparison of six surveys. *International Psychogeriatrics*, v. 13 Supp. 1, p. 159-167, 2001.
- VALENZUELA, B.M.T. Indicadores de salud: características, usos y ejemplos. *Ciencia & Trabajo*, v. 17. Disponível em: < <http://www.cienciaytrabajo.cl/>>. Acesso em: 10/11/2006.
- VAN BELLEN, H.M. *Indicadores de sustentabilidade: uma análise comparativa*. Rio de Janeiro: FGV, 2005, 253 p.
- VERAS, R.P.; COUTINHO, E.; JUNIOR G.N. Populações idosas no Rio de Janeiro: estudo piloto de confiabilidade e validade do segmento de saúde mental do questionário BOAS. *Revista de Saúde Pública*, v.24, n.2, p. 156-163, 1990.
- XAVIER, F.M.F et al. Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 25, n.1, p. 31-39, 2003.