

MÔNICA REBOUÇAS

INDICADORES DE SAÚDE DOS IDOSOS:
COMPARAÇÃO ENTRE O BRASIL E OS ESTADOS UNIDOS

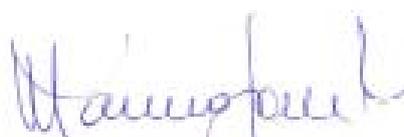
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Gerontologia.

Orientador: Professor Doutor Maurício Gomes Pereira

Brasília
2006

TERMO DE APROVAÇÃO

Dissertação de autoria de **Mônica Rebouças Nery**, intitulada – “Indicadores de saúde dos idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos.” – requisito parcial para obtenção do grau de Mestre do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia, defendida e aprovada, em 18 de janeiro de 2007, pela banca examinadora constituída por:



Prof. Dr. Mauricio Gomes Pereira
Orientador



Prof. Dr. José Luiz Telles
Examinador



Prof. Dr. Ana Maria Nogueira Vasconcelos
Examinador

Prof. Dr. Lucy Gomes Vianna
Suplente

Brasília
2007

A Virginia Maria Reis Tude Mendes
in memoriam,
as palavras do poeta:

“Que tristes os caminhos, se não for a mágica presença das estrelas”.

Mário Quintana

Este trabalho é fruto de muitas impossibilidades:
impossibilidade de sonhar,
de realizar um desejo,
resgatar o tempo perdido,
reconstruir o passado, viver o presente e criar um futuro,
acreditar também no mais distante, no mais difícil, no mais inacessível.
Mas, conta com muitos sinais para ir em frente:
duas lindas meninas. Meninas que acreditam na mãe.
Além de uma matriarca, uma irmã, uma prima, um primo, duas sobrinhas e um tio.
A Estrela também está lá, sempre brilhando, iluminando os caminhos.
Por que não tentar?
O pai das duas lindas meninas, além de
outras lindas crianças, oferece tranquilidade *a aprendiz* dizendo:
vá, siga os caminhos!
Por que não tentar?
Os amigos também estão lá:
uma “não existe”, uma outra “existe sim”, além de
outros, escutando os caminhos.
Por que não tentar?
Surgem então:
novas cidades, novos mestres, novos conhecidos além de
velhos projetos para velhos caminhos.
Por que não tentar?
Os que já passam dos seus sessenta anos de idade
também estão lá, sempre brilhando, iluminando os caminhos.
Por que não tentar?

Os envolvidos neste trabalho destacam a confiança
e disponibilidade em investir de

Aloysio Adolfo Borges Nery

esperando continuar
contando com seu apoio.

RESUMO

O movimento de produção e disseminação de indicadores para avaliar a saúde dos idosos está em andamento no Brasil, justificando ampla discussão sobre o tema. Os objetivos deste estudo foram: identificar um grupo de indicadores para idosos; confirmar a disponibilidade dessas informações em fontes brasileiras e avaliar o bem-estar dos idosos brasileiros, comparando-os com os que envelhecem nos Estados Unidos (EUA). Com base no Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, foram buscados 31 indicadores nas fontes brasileiras: IDB, IBGE, Ipea, publicações e periódicos científicos. Os dados secundários dos EUA e brasileiros próximos ao ano 2000 foram descritos. Os EUA têm 3,5 mais idosos do que o Brasil, predominando brancos e casados em ambos. A escolaridade média e superior é maior nos EUA (67%) que no Brasil (10%). A participação na força de trabalho é semelhante nos dois países (27% no Brasil e 23% nos EUA); a esperança de vida aos 65 anos também (17 anos no Brasil e 18 nos EUA). A mortalidade por doença cerebrovascular e diabetes é maior no Brasil; nos EUA, por neoplasias malignas. Entre brasileiros, 84% referem saúde entre regular e muito boa, nos EUA 72%. Incapacidades atingem 21% dos idosos nos EUA. Cerca de 20% dos brasileiros não realizam atividades da vida diária por motivo de saúde. A vacinação brasileira contra influenza é 67%, nos EUA 50%. Gastos com saúde dos que ganham mais é menor em ambos. Os idosos dos EUA gastam menos com medicamento e utilizam mais serviços de saúde. Indicadores brasileiros não encontrados: comprometimento de memória, atividade social e crimes violentos. Os resultados revelam um grupo de indicadores para acompanhar idosos, proposto pelos EUA. A maioria desse grupo (90%) foi encontrada no Brasil, onde idosos têm menor escolaridade e trabalham igualmente que os idosos dos EUA. Os coeficientes das etnias, gênero, arranjos familiares, proporção de doenças e assistência à saúde são similares nos dois países. Essa pesquisa sugere um grupo de indicadores de saúde para o acompanhamento da coorte de pessoas que envelhece no País.

Palavras-chave: Envelhecimento, Indicadores de Saúde, Idoso.

ABSTRACT

The production and dissemination movement of indicators to evaluate older people's health has been in process in Brazil, justifying a broad discussion on the issue.

The goals of this study were: identifying an indicators group for older people; confirming the availability of that information in Brazilian sources and evaluating the older Brazilian well-being, by comparing them with the ones in the United States (USA). Based on the *Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics* 31 indicators were searched in Brazilian sources: IDB, IBGE, Ipea, scientific publications and journals. Secondary data from the USA and Brazilian ones close to year 2000 were described. The USA have 3.5 older people than Brazil, prevailing white and married ones in both countries. High school and college education are higher in the USA (67%) than in Brazil (10%). Participation in the work force is similar in both countries (27% in Brazil and 23% in the USA); also life expectancy at 65 (17 years in Brazil and 18 in the USA). Death rate by vascular-brain disease and diabetes is higher in Brazil; in the USA by malignant neoplasm. Among Brazilians, 84% refer to health between regular and very good; in the USA 72%. Disabilities reach 21% of older North Americans. Around 20% of Brazilians do not make any daily life activities for health reasons. Brazilian vaccination against influenza is 67%, in the USA 50%. Health expenses for those who earn more are lower in both countries. Older Americans spend less with medication and use more health care. Brazilian indicators not found: memory impairment, social activity and violent crimes. The results reveal an indicators group to follow older people proposed by the USA. Most of that group (90%) was found in Brazil, where older people have less education and work equally than older Americans. Ethnic groups, genders, family arrays, disease and health care ratio are similar in both countries. That research suggests a health indicators group for the follow-up of the people's cohort who ages in the country.

Key-words: Aging, Health Indicators, Older Person.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HMO – *Health Maintenance Organization*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDB – Indicadores e Dados Básicos para Saúde

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NHIS – *National Health Interview Survey*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SCIELO – Biblioteca Eletrônica Científica Online

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SM – Salário Mínimo

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UCB – Universidade Católica de Brasília

UnB – Universidade de Brasília

WHO – *World Health Organization*

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Características de algumas fontes contínuas de dados utilizadas em diagnósticos populacionais de saúde no Brasil.....	164
QUADRO 2 – Características de algumas fontes periódicas ou esporádicas de dados utilizadas em diagnósticos populacionais de saúde no Brasil.....	165
QUADRO 3 – Reprodução da folha de rosto do folheto IDB 2002 Brasil sobre a proporção (%) de idosos na população total, por microrregiões: Brasil, 2000.....	166
QUADRO 4 – Reprodução de gráfico existente no folheto IDB 2002 Brasil.....	167
QUADRO 5 – Reprodução de gráfico existente no folheto IDB 2002 Brasil.....	168
QUADRO 6 – Reprodução de gráfico existente no folheto IDB 2002 Brasil.....	169
QUADRO 7 – Indicadores de saúde de idosos selecionados, disponíveis na Rede Interagencial de Informações para a Saúde, Brasil 2002-2003.....	170
QUADRO 8 – Morbidade auto-referida em amostra de 28.943 idosos representativos da população brasileira com 60 anos ou mais de idade: dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 1998.....	172
QUADRO 9 – Indicadores da capacidade funcional, segundo faixa etária, em amostra de 28.943 idosos representativos da população brasileira com 60 anos ou mais de idade: dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 1998.....	173
QUADRO 10 – Indicadores de saúde de idosos utilizados no Canadá e sua disponibilidade em duas fontes de dados brasileiras, IBGE e Ministério da Saúde.....	174
QUADRO 11 – Questões relacionadas ao bem-estar dos idosos nos Estados Unidos, ano 2000.....	25
QUADRO 12 – Indicadores estratégicos para acompanhamento da população idosa no Brasil.....	57

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Indicadores demográficos da população com 65 e mais anos de idade. Brasil e Estados Unidos, 2000.....	41
TABELA 2 – Indicadores econômicos da população com 65 e mais anos de idade. Brasil e Estados Unidos, 2000.....	43
TABELA 3 – Indicadores de condições de saúde da população com 65 e mais anos de idade. Brasil e Estados Unidos, 2000.....	44
TABELA 4 – Indicadores dos hábitos de vida e fatores de risco da população com 65 e mais anos de idade. Brasil e Estados Unidos, 2000.....	44
TABELA 5 – Indicadores de assistência à saúde para população com 65 e mais anos de idade. Brasil e Estados Unidos, 2000.....	45

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Indicador 1 - Número de idosos.....	73
FIGURA 2 - Indicador 2 - Composição racial e étnica.....	76
FIGURA 3 - Indicador 3 - Estado civil.....	78
FIGURA 4 - Indicador 4 - Grau de escolaridade.....	80
FIGURA 5 - Indicador 5 - Arranjo familiar.....	82
FIGURA 6 - Indicador 6 - Pobreza.....	86
FIGURA 7 - Indicador 7 - Distribuição de acordo com renda.....	90
FIGURA 8 - Indicador 8 - Fontes de renda.....	93
FIGURA 9 - Indicador 9 - Valor da renda líquida.....	96
FIGURA 10 - Indicador 10 - Taxa de atividade.....	99
FIGURA 11 - Indicador 11 - Despesas com outros imóveis.....	102
FIGURA 12 - Indicador 12 - Esperança de vida aos 65 anos.....	106
FIGURA 13 - Indicador 13 - Mortalidade.....	109
FIGURA 14 - Indicador 14 - Morbidade auto-referida.....	113
FIGURA 15 - Indicador 15 - Comprometimento de memória.....	116
FIGURA 16 - Indicador 16 - Depressão auto-referida.....	118
FIGURA 17 - Indicador 17 - Percepção da saúde.....	120
FIGURA 18 - Indicador 18 - Incapacidades.....	122
FIGURA 19 - Indicador 19 - Atividade social.....	125
FIGURA 20 - Indicador 20 - Insuficientemente ativa.....	128
FIGURA 21 - Indicador 21 - Cobertura vacinal por influenza.....	130
FIGURA 22 - Indicador 22 - Mamografia nos últimos dois anos.....	133
FIGURA 23 - Indicador 23 - Qualidade da dieta.....	136
FIGURA 24 - Indicador 24 - Crimes violentos.....	139
FIGURA 25 - Indicador 25 - Despesas com assistência à saúde.....	141
FIGURA 26 - Indicador 26 - Componentes das despesas mensais com saúde.....	145
FIGURA 27 - Indicador 27 - Gastos diretos com saúde.....	148
FIGURA 28 - Indicador 28 - Acesso ao serviço de saúde.....	150
FIGURA 29 - Indicador 29 - Utilização dos serviços de saúde.....	153
FIGURA 30 - Indicador 30 - Utilização de domicílios coletivos.....	157
FIGURA 31 - Indicador 31 - Assistência domiciliar.....	160

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	8
LISTA DE QUADROS.....	9
LISTA DE TABELAS.....	10
LISTA DE FIGURAS.....	11
SUMÁRIO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Marco conceitual do estudo.....	13
1.2 Conjunto de indicadores para avaliar a saúde a população idosa.....	17
1.3 Referencial teórico da pesquisa.....	22
2 OBJETIVOS.....	36
3 MÉTODO.....	37
4 RESULTADOS.....	41
5 DISCUSSÃO.....	47
5.1 Conclusão.....	55
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICE.....	70
APÊNDICE A – Figuras de 1 a 31.....	71
ANEXOS.....	163
ANEXO A – QUADRO 1.....	164
ANEXO B – QUADRO 2.....	165
ANEXO C – QUADRO 3.....	166
ANEXO D – QUADRO 4.....	167
ANEXO E – QUADRO 5.....	168
ANEXO F – QUADRO 6.....	169
ANEXO G – QUADRO 7.....	170
ANEXO H – QUADRO 8.....	172
ANEXO I – QUADRO 9.....	173
ANEXO J – QUADRO 10.....	174
ANEXO K – TEXTO TRADUZIDO.....	175
ANEXO L – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	213

1 INTRODUÇÃO

1.1 Marco conceitual do estudo ¹

Indicadores de saúde para idosos

Para conhecer as condições de saúde de uma população precisamos de informações que nos permitam traçar um quadro da situação. Se queremos saber se os serviços assistenciais têm bom desempenho e alcançam os objetivos para os quais foram criados, necessitamos de informações que traduzam a qualidade dos serviços, seus aspectos positivos e limitações. De posse de informações adequadas, podemos planejar melhor as ações e a aplicação dos recursos. Na ausência de informações, iremos formular um diagnóstico da saúde da população ou ter noção da qualidade dos serviços na base de impressões pessoais, notícias veiculadas pela mídia e suposições. Cada técnico formaria um diagnóstico próprio, provavelmente diferente de outros que tentassem a mesma tarefa. O planejamento, em consequência, seria errático, personalizado, com grande probabilidade de pouco influenciar a situação.

Nem sempre existem as informações necessárias para o conhecimento da situação. Um esforço organizado da sociedade está sendo feito para que a informação útil e de qualidade cada vez melhor esteja disponível. O presente texto trata desse assunto, pela abordagem de aspectos conceituais e práticos dos indicadores de saúde, e pela descrição da história recente de integração dos dados no País, provenientes de diversas fontes, de modo a fornecer um diagnóstico dinâmico da saúde no Brasil.

O que é indicador de saúde?

Segundo o dicionário Aurélio (HOLANDA, 2004) indicador é um sinalizador de como está a situação. No citado dicionário, ilustra-se o seu significado com o exemplo de “indicador econômico” um dado estatístico relativo à situação da economia como, por exemplo, o crescimento do produto, o nível de preços e a taxa cambial. Um indicador de saúde tem esse mesmo sentido, de informar sinteticamente a situação, de modo que sirva para vigiar a saúde da população.

¹ Textos (1.1 e 1.2) publicados no Tratado de Geriatria e Gerontologia 2 ed, 2006 (PEREIRA, REBOUÇAS, 2006).

Aspectos metodológicos

A escolha e o uso de um indicador dependem de numerosos aspectos.

Dimensões da saúde

Tradicionalmente, temos trabalhado com indicadores negativos, que informam mortalidade e morbidade, em lugar dos positivos, do tipo bem-estar, qualidade de vida, normalidade e envelhecimento saudável (PEREIRA, 1995). Alguns indicadores negativos são apresentados, a seguir, nos mostrando um retrato da situação ou a tendência do evento.

A mortalidade por homicídios, em 2002, foi doze vezes mais alta nos homens. A taxa no sexo masculino foi 52,9 óbitos por 100 mil habitantes e, no sexo feminino, 4,3 óbitos por 100 mil habitantes (RIPSA, 2002a).

O número de casos confirmados de tétano incidentes em todas as faixas etárias, excluídos os neonatais, mostra evolução descendente: em 1991 (1.441 casos), em 1995 (978 casos) e em 1999 (660 casos) (RIPSA, 2002a).

A incidência de tuberculose, também em todas as idades e expressa em número de casos por 100 mil habitantes, indica que a situação está estacionária: em 1991 (58 casos), em 1995 (55 casos) e em 1999 (55 casos) (RIPSA, 2002a).

A taxa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) na faixa de 80 anos ou mais de idade é quatro vezes maior que a da faixa etária de 45 a 54 anos (NUNES, 2004).

O coeficiente de prevalência de diabetes mellitus, em adultos de 30 a 69 anos de idade, foi estimado em 7,6% para o País, em 1988, aproximadamente igual em homens e mulheres; 46,5% dos diabéticos desconheciam a sua situação e 22,3% das pessoas sabidamente diabéticas não faziam nenhum tratamento (COMISSÃO COORDENADORA CENTRAL DO ESTUDO MULTICÊNTRICO DA PREVALÊNCIA DO DIABETES MELITUS NO BRASIL, 1992). As taxas aumentam com a idade: 30 a 39 anos (2,7%), 40 a 49 anos (5,5%), 50 a 59 anos (12,7%) e 60 a 69 anos (17,4%).

Os exemplos são de indicadores tradicionalmente usados em saúde pública e se referem a dados de mortalidade (homicídios) e de morbidade (tétano, tuberculose, diabetes e internações hospitalares). Embora necessários, os indicadores tradicionais não são suficientes para compor um quadro diversificado da saúde da população. É desejável que outras dimensões façam parte de um conjunto coerente de indicadores, tais como, os dados populacionais e as condições de vida. Também aspectos relacionados ao desempenho do sistema de saúde são incluídos habitualmente como indicadores de saúde, entre os quais,

recursos físicos, humanos e financeiros, cobertura, equidade, eficácia, efetividade e eficiência. Há outros aspectos que poderiam ser contemplados e serão mostrados neste capítulo.

Fontes de dados para a preparação dos indicadores

São numerosas as fontes passíveis de serem utilizadas para a produção de indicadores (PEREIRA, 1995; VIACAVA, 2002). Algumas informações são utilizadas porque são coletadas rotineiramente e estão facilmente disponíveis. Outras são relatos de pesquisas ou produto de estimativas e estudos especiais. Cada qual tem seu nível de qualidade e de custo que deve ser devidamente ponderado quando da decisão de sua utilização.

Registros contínuos

Algumas informações de saúde encontram-se, há algum tempo, em registros que são usualmente mantidos pelo poder público. Entre os registros contínuos de dados, passíveis de serem usados para compor indicadores de saúde, estão o sistema de informações sobre mortalidade (SIM), o sistema de informações de agravos de notificação (Sinan) e o sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS). Os exemplos apresentados no início do capítulo foram produzidos com base nessas fontes contínuas de dados: a mortalidade por homicídios provém do SIM, a incidência de tétano e de tuberculose, do Sinan, e a taxa de internação, pelo SIH/SUS.

Alguns registros contínuos de informação estão contemplados no Quadro 1 (ANEXO A). Nenhum dos sistemas atualmente existentes é perfeito. Têm problemas de cobertura e de qualidade de dados. No entanto, conhecendo-se as potencialidades e levando-se em conta as suas limitações, podem ser muito úteis para fornecer informações sobre a saúde da população.

Registros periódicos ou ocasionais

São exemplos de registros periódicos de informação, os recenseamentos decenais e as pesquisas amostrais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV) (IBGE, 2000; IBGE, 2001; IBGE, 2004; IBGE, 2005). O Quadro 2 contém algumas informações sobre fontes de dados que são periodicamente coletados e utilizados para compor indicadores de saúde (ANEXO B).

Existem também investigações realizadas esporadicamente, como o inquérito sobre *diabetes mellitus*, na década de 1980. A síntese dos resultados do inquérito foi mostrada no

início do capítulo. Algumas pesquisas desse tipo servem de base para comparação e estímulo à realização de novos inquéritos sobre o mesmo tema para determinar tendências.

Forma de expressão do indicador

O indicador, em geral, é um dado estatístico. Há diversas formas de expressá-lo. Nos exemplos mostrados, têm-se números absolutos (os casos novos de tétano) e as taxas de prevalência de diabetes, em percentuais, a de incidência de tuberculose, em casos por mil habitantes, e a de mortalidade por homicídio, em óbitos por 100 mil habitantes. Existem outras maneiras de expressão, entre as quais, as razões. Dois exemplos ilustram o significado de razão, que se caracteriza pelo evento colocado no numerador não constar do denominador.

Razão de sexos: número de homens para cada grupo de 100 mulheres. Os valores de algumas faixas etárias para o Brasil, em 2002, são os seguintes: 1 a 4 anos (103), 20 a 24 anos (99), 60 a 64 anos (88) e 80 anos ou mais (66) (RIPSA, 2004). A diminuição progressiva reflete a mortalidade masculina precoce.

Razão de dependência: resultado da divisão, expressa em percentual, da população da faixa etária economicamente dependente (menores de 15 anos e de 60 ou mais anos de idade) sobre a população da faixa etária economicamente ativa (entre 15 e 59 anos de idade). Essa razão foi estipulada em 58% para o Brasil, no ano 2003 (RIPSA, 2004); ou seja, para cada 58 pessoas teoricamente dependentes 100 encontram-se em idade economicamente ativa.

Qualidade da informação

A validade de um indicador depende da qualidade dos componentes utilizados na sua preparação, entre os quais, a definição de caso e a delimitação da população sob risco. O indicador será válido se medir o que se pretende medir, ou seja, se tem alto poder discriminatório para identificar corretamente as situações em que é empregado (PEREIRA, 1995). Será confiável, se reproduzir os mesmos resultados quando repetida uma contagem ou uma mensuração. O indicador deverá também ter outras características, entre as quais, disponibilidade a custo compatível e simplicidade técnica. A comparabilidade no espaço e no tempo exige uniformidade nas definições e na coleta da informação.

A qualidade de um indicador está relacionada à qualidade da base de dados que lhe dá origem. Os dois critérios usualmente empregados para avaliar uma base de dados são a cobertura populacional que alcança e a confiabilidade dos seus dados.

Os registros contínuos de informações, utilizados em diagnósticos populacionais, são principalmente os de mortalidade e os de morbidade hospitalar e ambulatorial, alguns dos

quais complementados por dados de investigação. Estima-se que o SIM tenha cobertura média no País, em todas as idades, de 80%, mas de apenas 60% nas regiões Norte e Nordeste (RIPSA, 2002a). Os sistemas de morbidade hospitalar, em sua maioria, estão baseados em dados institucionais, de modo que a cobertura restringe-se aos que têm acesso aos serviços. Em qualquer desses sistemas, há sub-registros que variam no espaço e no tempo. A tendência é a melhoria da cobertura com o passar do tempo.

Além do viés de abrangência das informações, há outros, relacionados à qualidade dos dados. Como há muitos notificadores, pode haver campos da declaração não preenchidos ou o serem de forma inadequada. Não há uniformidade de tecnologia para realização de diagnósticos de doenças no País, o que significa problemas de confiabilidade. Em alguns sistemas, os diagnósticos são registrados para oferecer informações financeiras o que deve ser considerado na interpretação das estatísticas para fins de diagnósticos da saúde da população. Em síntese, a qualidade da informação é variável de registro para registro e de ano para ano, mas tende também a melhorar com o tempo.

O conhecimento das limitações das bases de dados que alimentam os sistemas indica quais as informações que podem ser usadas com segurança e aquelas que exigem cautela no emprego.

1.2 Conjunto de indicadores para avaliar a saúde da população idosa ²

Indicadores tradicionais

Diversos conjuntos de indicadores já foram propostos para refletir a situação de saúde mundial, por parte da Organização Mundial da Saúde, e das Américas, pela Organização Pan-Americana da Saúde. No Brasil, os técnicos do Ministério da Saúde têm experiência no assunto. O Datasus, órgão do Ministério da Saúde, tem a missão de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde (DATASUS, 2006). No seu endereço eletrônico, encontram-se notícias, produtos e dados sobre a saúde no Brasil. Entidades atuantes na produção e disseminação de informações no País, como o Datasus e o IBGE, possibilitaram a criação de um sistema que permite diagnósticos dinâmicos da saúde da população. Um desses sistemas é denominado Rede Interagencial de Informações para a Saúde.

² Textos (1.1 e 1.2) publicados no Tratado de Geriatria e Gerontologia 2 ed, 2006 (PEREIRA, REBOUÇAS, 2006).

Características da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)

Em 1996, a Ripsa foi instituída sob a égide do Ministério da Saúde em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde. O objetivo é estimular a interação entre técnicos de entidades brasileiras envolvidas na produção e na análise de dados de interesse para a área da saúde. Essa rede tem grande possibilidade de ter sucesso, visto ser experiência compartilhada amplamente entre profissionais de saúde e de outras áreas. Cerca de 40 instituições nacionais de prestígio técnico-científico estão representadas na rede, entre as quais, o IBGE, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), diversas universidades, além do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde.

O compromisso das instituições participantes é o de disponibilizar os dados para a rede, periodicamente, em datas apazadas, dados esses que são submetidos a escrutínio pelos técnicos das mencionadas instituições. A cada ano, as informações mais recentes relacionadas aos indicadores selecionados são trabalhadas para que novos dados, periodicamente, sejam conhecidos sobre a saúde da população. Esse movimento tende ao aperfeiçoamento constante das estatísticas.

Divulgação das informações da Ripsa

A divulgação das informações tem sido feita pela Internet e em forma impressa. Anualmente, desde 1999, é produzido um folheto desdobrável (folder), que contém dezenas de indicadores, cujas informações são estratificadas por unidades da Federação. O folder é denominado “Indicadores e Dados Básicos para a Saúde”, IDB. Além das estatísticas do ano em tela, um tema também é destacado. O do IDB 2002 foi a saúde do idoso no Brasil. Os quatro aspectos realçados no folheto, que também está disponível na Internet, são reproduzidos nos Quadros de 3 a 6 (ANEXOS C, D, E, F) (RIPSA, 2002b).

O Quadro 3 indica o percentual de idosos nas microrregiões que compõem o País. Note-se a pequena concentração de idosos na Região Amazônica (ANEXO C).

A proporção de idosos na população total tem aumentado progressivamente nos últimos 100 anos, especialmente a partir da década de 1970, em contraposição ao decréscimo percentual que corresponde ao segmento de menores de 15 anos de idade (Quadro 4) (ANEXO D).

Acompanhando-se a tendência ilustrada no gráfico anterior, os gastos hospitalares no Sistema Único de Saúde concentram-se cada vez mais no atendimento de idosos (Quadro 5) (ANEXO E).

De outra parte, quanto mais avançada a idade dos pacientes, maiores são as taxas de hospitalização, para todos os grupos de causas de morbidade, exceto as neoplasias malignas, no grupo etário acima de 80 anos (Quadro 6) (ANEXO F).

Indicadores constantes da Ripsa para avaliar a saúde da população idosa

Há uma centena de indicadores na Ripsa, organizados em seis grupos: demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura.

Para cada indicador, foram definidos critérios técnicos, entre os quais, o conceito, o método de cálculo e a fonte de dados para preparação do indicador. O material encontra-se sob a forma de livro (RIPSA, 2002a) e também na Internet, no endereço eletrônico do Datasus. As “fichas” dos indicadores estão se constituindo em importante recurso para padronização da informação e para orientação dos usuários no uso dos dados.

As informações são fornecidas por sexo e idade para numerosos indicadores da Ripsa. A estratificação etária mais completa compreende os segmentos de menores de um ano, de um a quatro anos e, a partir dessa faixa etária, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 anos ou mais de idade (RIPSA, 2002a). Desse modo, vários indicadores de saúde para idosos constantes da matriz básica da Ripsa estão na Internet. O Quadro 7 contém indicadores de saúde de idosos, definidos esses como pessoas de 60 ou mais anos de idade (ANEXO G). Na Internet, os dados estão disponíveis, não só para o Brasil como um todo, mas também por grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e, a partir de 2001, municípios das capitais.

Novos indicadores

Uma das propostas da Ripsa é a de acompanhar as mudanças no rumo da saúde pública e, em especial, concentrar-se em criar informações sobre novos grupos de risco. Na situação atual de transição demográfica e epidemiológica, um dos grupos prioritários é o de idosos. Por isso, foi constituída uma comissão de especialistas, no interior da Ripsa, para definir os indicadores que deveriam ser incluídos em uma matriz especial, para acompanhar a saúde do idoso. Esse grupo fez proposta que deverá estar no *site* do Datasus.

Há algumas décadas, os estudiosos brasileiros vêm chamando a atenção para a diminuição da fecundidade e o envelhecimento da população brasileira, e a sua repercussão na sociedade (CAMARANO, 2005; CAMARANO, KANSO, LEITÃO E MELO, 2004; CHAIMOWICZ, 1997; COELHO FILHO, RAMOS, 1999; COELHO FILHO, MARCOPITO, CASTELO, 2004; GIACOMIN, UCHOA, LIMA E COSTA, 2005;

KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987; LEBRÃO, 2003; LIMA E COSTA et al., 2000; PARAHYBA, VERAS, MELZER, 2005; RAMOS, 2003; RAMOS et al, 1993; SILVESTRE et al, 1996; SILVESTRE, COSTA NETO, 2003; VERAS, 2001; VERAS, 2003; XAVIER et al, 2003).

Por meio de inquéritos regionais e de análise de dados nacionais, diversos indicadores foram utilizados para mostrar a situação dos idosos. Autonomia, independência, violência, uso de medicamentos e gastos do orçamento com saúde são alguns dos aspectos que estão sendo investigados na população idosa e podem ser utilizados como novos indicadores de saúde.

De particular importância na produção de informações sobre idosos têm sido as pesquisas nacionais por amostra de domicílios, do IBGE e, em especial, as de 1998 e 2003. Elas contêm diversas questões sobre saúde, entre as quais, a morbidade referida, o acesso e a utilização de serviços, os sistemas suplementares de assistência, os gastos com saúde e a mobilidade física das pessoas. A análise dos dados da Pnad permite fornecer importantes informações sobre morbidades em idosos. A seguir, alguns exemplos referentes à pesquisa do IBGE de 1998.

A hipertensão, a artrite ou reumatismo e as doenças do coração são as principais doenças crônicas relatadas pelos idosos (Quadro 8) (ANEXO H). Sessenta e nove por cento dos idosos declararam ser portadores de, pelo menos, um tipo de mal. No entanto, só 16 % sentem-se com a saúde prejudicada (Quadro 9) (ANEXO I). Trinta e nove por cento dos idosos consideram sua saúde muito boa ou boa e 45% consideram-se com regular estado de saúde (LIMA E COSTA, BARRETO, GIATTI, 2003). No total, portanto, 84% dos idosos percebem sua saúde entre muito boa e regular (ANEXO I).

Além da percepção da saúde, o Quadro 9 mostra outros indicadores. Em média, os seguintes valores foram observados em 1998 (ANEXO I):

14% deixaram de realizar atividades habituais nas últimas duas semanas;

10% estiveram acamados das últimas duas semanas;

7% indicaram grande dificuldade ou não conseguem alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro;

24% relataram grande dificuldade ou não conseguem abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se;

23% informaram grande dificuldade ou não conseguem caminhar cerca de um quilômetro.

Ressalte-se, ainda no Quadro 9, as diferenças por faixa etária nos indicadores de capacidade funcional. Por exemplo, 19% das pessoas com 60 a 69 anos têm grande dificuldade ou não conseguem abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se. Essa taxa é de 44% nos idosos de 80 anos ou mais de idade (ANEXO I).

Perspectivas

O Brasil segue os passos de países desenvolvidos que enfrentam o envelhecimento da população há mais tempo. A literatura está repleta de referências de pesquisas sobre os problemas de morbidades que acometem os idosos e os seus principais fatores de risco (BARBOTTE et al., 2001; COTT, GIGNAC, BADLEY, 1999; HOLMES, 1995; KOPEC et al, 2000; KRISTJANSSON et al,1996; THE CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING WORKING GROUP, 2001). Os números para mensurar a situação entre nós estão sendo publicados. Um exemplo recente, de conhecer quantitativamente a situação brasileira, foi realizada com o patrocínio do Ministério da Saúde, em 2002 e 2003: o “Inquérito domiciliar sobre fatores de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis”, em quinze capitais e no Distrito Federal (BRASIL, 2004). Foram pesquisados sobrepeso e obesidade, dieta, atividade física, consumo de fumo e álcool, hipertensão arterial, diabetes, doença isquêmica do coração, detecção precoce do câncer de colo do útero e da mama, percepção da saúde e condição funcional. Para exemplificar, o percentual de indivíduos insuficientemente ativos, de 50 a 69 anos de idade, variou de 24,4%, em Belém, a 55,9%, em João Pessoa. Estão nessa categoria, grosso modo, aqueles cuja atividade somada, seja caminhada moderada ou vigorosa, resulte numa frequência menor do que cinco dias por semana e com duração menor que 150 minutos por semana.

Indicadores menos tradicionais, que refletem mais de perto as condições de vida das pessoas, estão sendo construídos para o acompanhamento da saúde de idosos. Para termos de comparação, escolhemos o Canadá. Os canadenses utilizam indicadores como quedas, hospitalização por fratura de fêmur, proporção de cirurgias para instalação de prótese de fêmur, taxa de institucionalização, avaliação dos estados de autonomia e independência, gastos com doença, medicamento, exames e hospitalização. Os programas canadenses utilizam informações não só sobre doenças e problemas, mas também de soluções procuradas pelos idosos. O número de pessoas que se submetem a exames preventivos de câncer, de doenças cardiovasculares e de diabetes mellitus são exemplos. Os idosos participantes de grupos de convivência, de escolas para idosos e de atividades especiais como caminhadas, natação e lazer também podem ser objeto de indicadores positivos de saúde. Essas atividades compõem escalas de avaliação da saúde, que constituem importantes indicadores de condição de vida, muito mais relacionados com a qualidade de como estão vivendo essas pessoas do que com as informações sobre suas incapacidades, dificuldades e problemas (HEALTH INDICATORS, 2003; HEALTH STATUS INDICATORS, 2006; SANTA CRUZ COUNTY, 2003; THE HEALTH OF CANADIAN-THE FEDERAL ROLE INTERIM REPORT, 2004).

Com base na experiência canadense, listamos alguns indicadores por eles utilizados para avaliar a saúde dos idosos (Quadro 10). Ao lado, na mesma tabela, está assinalada a disponibilidade do indicador nas pesquisas amostrais do IBGE e no Sistema de Informação Hospitalar do Ministério da Saúde (ANEXO J). Note-se que pelo menos dois terços das informações canadenses também são encontradas em nossas bases de dados.

Em termos de informação, o que precisamos na área da saúde para conhecermos a situação do idoso? Necessitamos de um sistema com informações relevantes, de qualidade e de fácil acesso. Diversos esforços isolados estão sendo feitos e há tentativa de integrá-los. O intuito é desenvolver um sistema que englobe os indicadores de consenso. O futuro imediato parece de ênfase na definição e na validação de indicadores para esse grupo etário. Espera-se que essas informações sejam usadas para guiar as ações de prevenção, cura e reabilitação. O movimento de produção e disseminação de indicadores para avaliar a saúde dos idosos está em andamento no País. O desafio reside, além de fortalecer esse movimento, produzir informações detalhadas para os estados e, principalmente, para os municípios. Afinal, as pessoas vivem nos municípios e as informações sobre pequenas áreas muito auxiliarão a tomada de decisão que beneficie mais diretamente as pessoas.

1.3 Referencial teórico da pesquisa

Grupo de indicadores

Diferentes dimensões de uma população podem ser avaliadas por meio de um grupo de indicadores (CARNEIRO, 2006; VALENZUELA, 2005). A seleção dos mais importantes indicadores para medir a condição da vida humana pode ser exemplificada em catálogos de indicadores de saúde divulgados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1996).

As mensurações relacionadas a fatores econômicos, ao lado de informações sobre o bem-estar, e aspectos ambientais de uma população, resultam em grupo de informações que oferecem subsídios cada vez mais valorizados em áreas como Economia, Ciências Sociais, Política, Demografia, Ecologia, entre tantas outras (VAN BELLEN, 2005).

O Brasil passa por considerável envelhecimento populacional (CAMARANO, 2005). Esse processo apresenta aspectos comuns em todos os países, particularmente quanto à biologia do envelhecimento ou nas formas de prevenção, diagnóstico e tratamento da maioria das doenças a ele relacionadas. Cada país, entretanto, é único em sua história e na maneira de enfrentar situações. Por isso é recomendado reconhecer a situação de cada um.

No intuito de estudar as condições de saúde da população idosa já foi citado que faz-se necessário o levantamento de informações diversificadas como as relacionadas às estatísticas vitais, de serviços de saúde, demográficas e socioeconômicas, que se encontram dispersas em várias fontes de dados. Com o também já referido advento dos sistemas de informação computadorizados e da Internet, o acesso a essas informações foi facilitado, o que produz conhecimento útil para gestores, pesquisadores e população em geral. Recentemente o Brasil divulgou um grupo de indicadores para acompanhar o fenômeno de seu envelhecimento populacional.

Países que investigaram exaustivamente um assunto podem fornecer informações relevantes e esclarecedoras em outros contextos. Este fenômeno estimula a parceria e troca de informações em diferentes regiões. Uma das maneiras de melhorar as estatísticas de um local é justamente aprender com os erros e acertos de outros locais. Além disso, nem sempre é possível que cada local pesquise todos os temas relacionados ao bem-estar. Assim, uma localidade pode utilizar a pesquisa e a informação de outra região, fazendo comparações que podem sugerir pontos a ressaltar, lacunas a preencher e caminhos a seguir (BANNON, 1992).

O Brasil apresenta algumas iniciativas no estabelecimento de indicadores para os idosos. Um exemplo é o mencionado Comitê Temático Interdisciplinar da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) (RIPSA, 2005). Essa rede, que atua com base em acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), englobando representantes de entidades diferentes, disponibilizou, enquanto esta pesquisa estava sendo elaborada, um conjunto de indicadores selecionados nas áreas demográfica, socioeconômica, de mortalidade, de morbidade e de fatores de risco, de recursos e de cobertura (RIPSA, 2002a). O material está disponível *online* (www.datasus.gov.br/idb/; acesso em 21/10/2006).

A Ripsa teve como modelo principal a experiência do Canadá (ANDERSON, HUSSEY, 1999; KRISTJANSSON et al, 2001; HEALTH INDICATORS, 2003; HEALTH STATUS INDICATOR, 2006; THE HEALTH OF CANADIAN-THE FEDERAL ROLE INTERIM REPORT, 2004). Muitos outros países acumularam conhecimento na matéria, entre os quais os Estados Unidos (EUA), que disponibiliza periodicamente indicadores para os mais diversos aspectos da vida nacional. No tocante aos idosos, foi publicado um grupo de indicadores que cobre diversos aspectos de saúde e bem-estar (ANEXO K) (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006).

Indicadores do bem-estar de idosos

O *Older Americans 2000: key indicators of well-being* propõe acompanhar, por meio de um grupo de indicadores, o bem-estar de idosos dos EUA, a partir do ano 2000 (ANEXO K) (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006). A publicação contém um catálogo com dados e esclarecimento dos conceitos utilizados assim como detalhes das pesquisas que deram origem às informações sobre idosos dos EUA (ANEXO K). Os indicadores publicados pelo Fórum de Interagências apontam para os aspectos multifatoriais, objetivos e subjetivos considerados relevantes para o bem-estar da população idosa, no ano 2000.

O Fórum admite que existam outras influências não evidenciadas na primeira iniciativa, que serão estudadas no futuro. Para os EUA, no ano 2000, o bem-estar no envelhecimento está influenciado principalmente por 31 temas divididos em cinco seções: população, economia, estado de saúde, riscos de saúde e comportamentos e assistência à saúde. O *Older Americans* é desenhado em um formato de fácil manuseio e não técnico, complementado por outros relatórios técnicos produzidos pelas agências do Fórum. Aspectos relacionados às características dos grupos de idade mutuamente exclusivos (por ex: de 65 a 74, 75 a 84, 85 e mais velhos) são relatados, quando possível.

Uma publicação da *Johns Hopkins University* de 1999, com o título *Health and population aging: a multinational comparison* constitui parâmetro para iniciativa dos EUA. A comparação multinacional feita pela *Johns Hopkins* traz dados de vários países comparados em gráficos. Os grupos dos indicadores comparados são: demográficos, custo com saúde; cuidado de longa permanência; aposentadoria; renda e políticas públicas para idosos. Esses grupos confirmam a universalidade da proposta norte-americana (ANDRESON, HUSSEY, 1999).

Conceito de bem-estar

A proposta dos EUA sobre indicadores de saúde para idosos traz um desafio aos que a estudam: interpretar as diferentes dimensões do bem-estar. Mesmo quando a sua referência se encontra a serviço de áreas como a Economia, a Engenharia Ambiental ou a Demografia, o caráter multifatorial é aventado, chamando atenção que o conceito de bem-estar está agregado ao de qualidade de vida (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1992).

O Quadro 11 aponta a multiplicidade de aspectos envolvidos no conceito de bem-estar por meio de 31 indicadores sugeridos pelos EUA, no ano 2000.

Quadro 11 – Questões relacionadas ao bem-estar dos idosos nos Estados Unidos, ano 2000.

OLDER AMERICANS 2000: KEY INDICATORS OF WELL-BEING

Population

Indicator 1: Number of Older Americans

Indicator 2: Racial and Ethnic Composition

Indicator 3: Marital Status

Indicator 4: Educational Attainment

Indicator 5: Living Arrangements

Economics

Indicator 6: Poverty

Indicator 7: Income Distribution

Indicator 8: Sources of Income

Indicator 9: Net Worth

Indicator 10: Participation in the Labor Force

Indicator 11: Housing Expenditures

Health Status

Indicator 12: Life Expectancy

Indicator 13: Mortality

Indicator 14: Chronic Health Conditions

Indicator 15: Memory Impairment

Indicator 16: Depressive Symptoms

Indicator 17: Self-Rated Health Status

Indicator 18: Disability

Health Risks and Behaviors

Indicator 19: Social Activity

Indicator 20: Sedentary Lifestyle

Indicator 21: Vaccinations

Indicator 22: Mammography

Indicator 23: Dietary Quality

Indicator 24: Criminal Victimization

Health Care

Indicator 25: Health Care Expenditures

Indicator 26: Components of Health Care Expenditures

Indicator 27: Out-of-Pocket Health Care Expenditures

Indicator 28: Access to Health Care

Indicator 29: Use of Health Care Services

Indicator 30: Nursing Home Utilization

Indicator 31: Home Care

Fonte: Adaptação da autora com base na tabela de indicadores apresentada pela *Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics*, 2006.

O bem-estar e a qualidade de vida, no aspecto social, econômico ou ambiental revelam a maneira como se sente uma pessoa, ou como se comporta um grupo populacional diante de um desafio. As particularidades desta pessoa ou deste grupo de pessoas recebem um destaque em um instrumento de avaliação. O instrumento aplicado para medir qualidade de vida leva em conta dimensões escolhidas por quem o prepara. Assim, os critérios que serão medidos são definidos por quem avalia e respondidos por quem sente, recebendo por isso a influência

de ambos os lados. Sendo assim, o fenômeno do bem-estar está relacionado às pessoas que são alvo deste conceito e aos valores escolhidos pelo sistema avaliador (BROOM, 2004).

O bem-estar varia entre o pior e o melhor nível e estará padronizado para fins de estudo (WHO, 1998; VAN BELLEN, 2005). Migrações em massa, ou seja, o êxodo, dos locais onde se instala mal-estar são exemplos de resposta populacional a um estímulo negativo. Estes fenômenos são bastante conhecidos e analisados por demógrafos e cientistas sociais (BERQUÓ, 2001).

A transição demográfica pode também ser considerada uma resposta populacional às condições de bem-estar ocasionadas pelo saneamento básico e por medidas de promoção da saúde. A diminuição da mortalidade infantil, no primeiro ano de vida, nada mais é do que uma resposta dos nascidos vivos às melhores condições de vida (IBGE, 2006; PEREIRA, 1995).

Estudiosos liderados por Malthus e depois por neomalthusianos sustentaram que o crescimento da população mundial produz condições adversas para a sobrevivência humana. Estes estudiosos defendiam a idéia que o crescimento populacional desordenado não seria seguido por produção de alimento na mesma proporção, ocasionando por isso mal-estar e impossibilidade de manutenção da vida em condições dignas. Todas as discussões advindas do malthusianismo e dos neomalthusianos servem neste estudo como referências teóricas para considerar formas diferentes de interpretação de mal-estar ou bem-estar populacional em áreas distintas do saber. Para o malthusianismo, por exemplo, a população teria que frear o crescimento desordenado para que fosse possível ter alimento na mesma proporção que pessoas e por isso todos se beneficiarem com o bem-estar no Planeta (ALVES, 2006; PEREIRA, 1995).

A discussão sobre a maneira como a sociedade se relaciona com o que está em sua volta se mantém na atualidade. Um novo debate sobre este mesmo tema vem sendo denominado “desenvolvimento sustentável”. Este conceito propõe que o bem-estar depende da forma como a sociedade se relaciona com o ambiente garantindo a sua própria continuidade e a do meio externo. Essa linha teórica evidencia a necessidade de reduzir a poluição ambiental, eliminar os desperdícios e diminuir os índices de pobreza para que se possa discutir qualquer nível de bem-estar entre as pessoas. Uma extensa discussão sobre critérios a serem estabelecidos vem sendo desenvolvida pelos pesquisadores interessados neste tema. Em síntese, sugere-se a comparação de países por meio de indicadores que medem o seu desenvolvimento. As seguintes questões devem abranger as dimensões do bem-estar a ser medido e comparado nos países: meio ambiente, economia, sociedade e instituições (VAN BELLEN, 2005).

O meio ambiente, com sua dimensão ecológica estará sendo avaliado pela qualidade do ar, índice de desertificação, quantidade de água, urbanização, entre outros. A dimensão econômica inclui o estado financeiro, ao lado da geração e gestão do lixo, do transporte. A sociedade informa sobre a sua dimensão social com dados como o índice de pobreza, a igualdade de gênero, o padrão nutricional, a saúde, a mortalidade, as condições sanitárias, a moradia, a violência. As instituições sustentam esta forma de desenvolvimento e contribuem com a implantação e monitoramento da sustentabilidade por meio da cooperação internacional, da facilitação ao acesso à informação, da infra-estrutura de comunicação como também com o estímulo aos avanços da ciência e tecnologia. Ao que parece a utilização desse sistema de indicadores pode servir na determinação social do desenvolvimento apesar das críticas contundentes de seus opositores que não reconhecem substrato para sustentabilidade em um Planeta com tantas desigualdades, injustiças e impunidade (VAN BELLEN, 2005).

Utilizando o referencial teórico da sustentabilidade podem-se comparar países como o Brasil e os EUA e perceber diferenças marcantes. Por meio desta comparação infere-se uma realidade vivida em ambos, assim como se propõe melhoras, com vista a beneficiar a população que estiver em piores condições. Em uma escala de índice de bem-estar o Brasil encontra-se em situação de desvantagem em proporção duas vezes maior que os EUA. A capacidade ecológica e a competitividade econômica não são tão diferentes (VAN BELLEN, 2005).

As principais vantagens dos EUA estão relacionadas às dimensões sociais e institucionais da sustentabilidade. Os EUA apresentam melhores índices de pobreza, de igualdade de gênero, de padrão nutricional, da saúde, da mortalidade, das condições sanitárias, de água potável, de nível educacional, da alfabetização, das condições de moradia, da violência e da satisfação pessoal. Os aspectos institucionais mais favoráveis dos EUA em relação ao Brasil são: acessos à informação, infra-estrutura de comunicação, avanços em ciência e tecnologia ao lado do monitoramento adequado do desenvolvimento. Nas dimensões ecológicas, os países não revelam diferença e, nos aspectos econômicos, existem particularidades especiais de cada país (VAN BELLEN, 2005).

Os EUA são assim considerados do Primeiro Mundo, desenvolvido, com maior renda relativa, estabelecendo, por isso, melhores condições de vida para população, diferentemente do que é observado no Brasil.

Em meados do século XX, se acresce ao termo bem-estar novos significado que se associam à noção própria das ciências sociais. Estes sentidos reforçam a dimensão individual do bem-estar. O conceito se reveste de uma idéia subjetiva e particular. Na constituição da

Organização Mundial de Saúde (OMS), na segunda metade dos anos 1940, a idéia da “saúde” foi formulada em termos de bem-estar físico, mental e social. A antiga definição negativa da saúde como ausência de doença passa a ser questionada. Pelos seus termos positivos, a nova definição evidencia a prioridade da prevenção e da promoção relativamente aos cuidados, associando o corpo e a *psique* à dimensão social da pessoa. O bem-estar representa a saúde no sentido mais amplo e a recíproca torna-se verdadeira, pois a saúde é bem-estar, em todos os seus aspectos, e de maneira ativa, havendo um intercâmbio da saúde com o bem-estar. Agrega-se a esta noção uma idéia de *continuum* e não de um momento estático, significando que se espera uma melhora contínua e aperfeiçoável para que esteja estabelecido o que pode se considerar bem-estar, tanto individual como coletivo. A nova noção torna-se partilhada, sendo promovida internacionalmente e acolhida pela legislação de países diferentes no mundo inteiro (SÁ JUNIOR, 2004; MAGGI, 2006).

Pelo exposto anteriormente, ficam evidenciadas dimensões individuais e coletivas que marcam definitivamente o conceito de bem-estar em uma contígua relação como outros conceitos, tais como necessidades, adaptação, controle, capacidade, sentimentos, expectativas (BROOM, 2004).

Entender bem-estar é levar em conta também as condições econômicas e políticas que influenciam diretamente estes indicadores. Em um país como o Brasil, a exclusão econômica, social e política, associada à concentração de riqueza, fazem com que os valores de bem-estar tenham que atender a grupos com distâncias extremas e às vezes opostas em relação às suas necessidades, adaptações, controles, capacidades, sentimentos e expectativas. O que for considerado bem-estar para os excluídos socialmente no Brasil, a maioria da população, pode ser considerado o oposto pelos ricos, que detêm a maior parcela do poder econômico e político do País. Estas discrepâncias devem ser levadas em conta na análise dos indicadores da área econômica, da saúde, etc. (GALEANO, 1976; CAMPOS et al., 2003; POCHMANN, AMORIM, 2003; POCHMANN, 2004).

As condições históricas, ao lado das marcas culturais são outros aspectos que devem ser computadas na avaliação dos conceitos de bem-estar e qualidade de vida. No caso brasileiro a diversidade cultural do seu povo, ao lado da extensão continental do País, faz com que as necessidades, adaptações, controles, capacidades, sentimentos e expectativas apresentem particularidades distintas em diferentes regiões. Estudar indicador de bem-estar, no Brasil está vinculado a compreender saúde levando em conta todos os aspectos culturais envolvidos.

A construção de indicadores de bem-estar implica em detalhes técnicos relacionados a minimizar disparidades entre subgrupos populacionais muito distintos. Determinados subgrupos muito diferentes não devem fornecer mais ou menos dados que outros promovendo desvantagens ou vantagens sistemáticas. Isso significa que o acesso ao pronunciamento em relação ao conceito de bem-estar deve ser distribuído e calculado com peso por pessoas, considerando todas as influências que podem ser exercidas pelo poder econômico, político ou ainda pela dificuldade de acesso ou pela maioria numérica da população (STARFIELD, 2004). Este último aspecto, associado ao conceito de equidade muito discutido no Brasil nas últimas décadas, pode contribuir para o debate do conceito de bem-estar para população brasileira (BRASIL, 1998).

Bem-estar e envelhecimento

O fenômeno da transição demográfica, resposta das populações ao bem-estar gerado pelos avanços tecnológicos, promove um questionamento sobre o que é estar bem para os que sobrevivem a esta transição, ou seja: o que é bem-estar para o pico da pirâmide de representação demográfica da população, que está se alargando?

A qualidade de vida e o bem-estar em idosos também podem ser apresentados por meio de pesquisas realizadas por diferentes grupos de estudiosos em diferentes países (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000). Como o envelhecimento é tema de debate contemporâneo, o desafio estabelecido encontra-se na mudança de paradigmas das dimensões demográficas, socioeconômicas e de saúde. Com o envelhecimento, há novos padrões das doenças. Alguns estudos registram 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 bem-estar que pode ser referido por estas pessoas.

Para surpresa positiva, outras pesquisas foram realizadas no Canadá, Estados Unidos e Reino Unido revelando números cada vez menores de pessoas com incapacidades atingindo aos sessenta anos. 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).

Estudos em países da Europa e da América Latina, inclusive no Brasil, revelam que o bem-estar é 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 sentir-se mal é sentir-se doente, descompensado. A doença crônica compensada não é vista como mal-estar pelos mais velhos. Dados brasileiros da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pnad, de 1998, mostram 80% das pessoas com 60 anos e mais de idade respondendo que se sentem entre regular e muito bem, mesmo 70 % destas pessoas se referindo como portadoras de pelo menos uma doença crônica (LIMA E COSTA et al., 2003; SOUSA et al., 2003; XAVIER et al., 2003)

O controle das doenças crônicas pode ser considerado uma medida de manutenção da saúde no envelhecimento, por mais contraditória que pareça, esta afirmação. O conceito de saúde da OMS não prevê esta condição na qual a ausência de doenças é privilégio de poucos, mas o bem-estar pode ser atingido por muitos, mesmo pelos portadores de doenças. Este fenômeno reafirma a ênfase em medidas com atividades sociais, lazer e cultura como instrumentos potentes de promoção da saúde e de reforço ao tratamento bem-sucedido, mantendo a autonomia, a integração social, caracterizando para todos os efeitos a pessoa idosa saudável, ou seja, portadora de bem-estar (RAMOS, 2003).

Sistema de informação

A constatação do bem-estar é feita por meio de indicadores. Este processo implica na avaliação das fontes de informações que originam estes indicadores. A interpretação dos instrumentos, registros e pesquisas constitui elemento de definição da confiabilidade dos resultados encontrados, geradores do indicador. A fonte de dados caracteriza a amostra da camada populacional estudada. Ela é a base do indicador.

As informações em saúde dependem da interpretação de formulários existentes em serviços (registros contínuos) ou instrumentos de pesquisa (registros periódicos). Os formulários, diferentemente de questionários de pesquisa, estão sendo utilizados em serviços e podem fornecer o substrato para o conhecimento do que neles é registrado. Dados oriundos de formulários de serviços apresentam inúmeras limitações relacionadas à sua forma de preenchimento. Os inquéritos populacionais de saúde, desde 1960 considerados como alternativa válida para o conhecimento de condições da população, aplicam instrumentos que

servem de melhor forma à constituição de indicadores, pois originam informação de melhor qualidade (VIACAVA, 2002).

Os questionários de pesquisa, mais apropriados para interpretação como fonte de indicadores de saúde, também são passíveis de considerações (VIACAVA, 2002). Muitas informações são obtidas com aspectos e interesses diferentes, o que resulta em diferentes interpretações. O sentido do que foi buscado em cada pesquisa marca definitivamente a sua forma de interpretação. Uma definição clara, discutida amplamente, deve anteceder à interpretação do que foi encontrado em informações de diferentes bases de dados, oriundas de inquéritos.

A *National Health Interview Survey* (NHIS) é uma pesquisa aplicada nos EUA com o objetivo de caracterizar a saúde da sua população, em todas as faixas etárias e aspectos étnicos. Na proposta da NHIS, apesar da sua amplitude, há limites da amostra caracterizando como poderá ser feita sua interpretação. Este mesmo padrão é estabelecido em pesquisas brasileiras e de outros países, o que facilita e estimula os interessados em interpretar dados populacionais a buscar detalhes de metodologia nesta interpretação. Considerando a diversidade étnica da composição da população dos EUA, a NHIS oferece um questionário em inglês e uma versão em espanhol, para que a interpretação dos conceitos propostos não seja feita por um grupo específico de estudiosos ou único pesquisador em uma área ou mesmo pelo pesquisador de campo quando vai aplicar a entrevista. Países onde existem duas ou mais línguas oficiais seguem este mesmo modelo, ou seja, oferecem a tradução oficial dos questionários a serem aplicados, evitando com isso interpretações particulares (NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY, 2006). As pesquisas fornecem informações que podem ser usadas em países diferentes, com diferentes idiomas. A tradução e interpretação dessas informações devem ser cuidadosas evitando inúmeros erros que podem ser cometidos em propostas de comparação de indicadores.

Sistemas de informação nos Estados Unidos e no Brasil

A NHIS, mencionada nos itens anteriores, é uma das pesquisas realizadas nos EUA, país com alta renda relativa e elevado conceito internacional sobre seu sistema de estatísticas de saúde. No entanto, muitos problemas também podem ser identificados em países como os EUA. A superposição e duplicação de dados, conseqüentemente, ineficiência na produção de informações; o acesso muito limitado aos dados gerados por serviços de saúde do setor privado; a fragmentação da coleta de dados; a falta de padronização de terminologias e definições das variáveis comprometendo a comparação de dados de diferentes fontes; a

ausência de comunicação entre as bases de dados; deficiências na disseminação das informações aos profissionais de saúde; falta de uma política mais geral que defina procedimentos de coleta e disseminação de informações; a restrita capacidade das bases de dados para produzir informações para o nível local ou para subgrupos populacionais; a baixa capacidade dos sistemas de informações para permitir um acompanhamento longitudinal com uma visão integrada dos processos de prevenção e tratamento de doenças e o pequeno destaque dado aos resultados nos níveis de saúde da população constituem alguns dos problemas identificados no sistema de saúde de um país considerado desenvolvido. Iniciativas no sentido de agregar informações sobre a saúde da população pretendem garantir o melhor uso das mesmas nos EUA (VIACAVA, 2002).

Países com menores índices de desenvolvimento, como é o caso do Brasil, contam com quantidade de bases de dados compatível com as de outros países mais desenvolvidos, no entanto a qualidade das informações é diferente. No caso brasileiro, por exemplo, o sub-registro dos dados afeta os sistemas contínuos, principalmente nas regiões menos favorecidas do País. A maioria dos inquéritos tem representatividade nacional, tendo por isso limitações relacionadas ao nível de agregação, já que não permite a interpretação dos dados para regiões específicas, impedindo o uso da informação para o gerenciamento local. A dificuldade de acesso à determinadas regiões do País fazem com que as informações brasileiras ainda tenham tendência a esclarecer sobre regiões mais favorecidas, não permitindo uma uniformidade nacional (RIPSA, 2002a; VIACAVA, 2002).

As críticas ao sistema brasileiro de informação sobre saúde são objeto de estudos e publicações que tendem a contribuir com o seu aprimoramento. A análise comparativa entre sistemas e a avaliação dos diferentes dados obtidos como base dos indicadores de saúde brasileiros fazem com que a qualidade das informações brasileiras venha aumentando progressivamente nos últimos anos (VASCONCELOS, 1998).

As limitações dos diferentes sistemas de informações de países distintos têm um caráter geral e atingem culturas em diferentes estádios de desenvolvimento, ocasionando problemas de mesma ordem. O interesse pela comparação de dados de países diferentes considerando as limitações específicas de cada sistema de informação permite que se estabeleçam paralelos que podem contribuir para a melhora de cada sistema de informação de forma isolada ou ainda para implantação de medidas de caráter internacional que podem beneficiar diferentes países, indiscriminadamente.

Informações pela Internet

Sistemas de informações podem estar disponíveis, em larga escala, por meio da Internet. A rede virtual possibilita que as pessoas tenham acesso às informações antes restritas aos técnicos responsáveis pelos dados. Conseqüentemente, cada vez mais a população está mais informada, podendo acompanhar e participar da gestão de suas vidas, não só com foco na dimensão privada como também na pública (BASTOS, 2002).

Pesquisas podem ser realizadas pela Internet e a comunidade pode ter acesso aos seus resultados também pela Internet fazendo com que seja um instrumento de democratização da informação. O pesquisador, de qualquer área de atuação, vem sendo um dos beneficiados com os avanços da Internet citados (BASTOS, 2002).

A velocidade de adesão à Internet cresce e países como os EUA e Canadá já apresentam duas centenas de milhões de usuários. A América Latina e a África apresentam números menos expressivos, mas crescem também em largas escalas suas participações como usuários da Internet (BASTOS, 2002).

Colocar à disposição um grupo de informações sobre saúde de uma população na Internet faz com que sejam possíveis as mais variadas utilizações, facilitando aos pesquisadores, gestores e políticos a realização de ações em benefício da comunidade, com monitoramento da gestão pública dos diferentes aspectos apresentados neste meio de comunicação.

Informações sobre populações de idosos também podem ser encontradas na Internet. Os *sites* da Europa, do Canadá, da América Latina e dos EUA fornecem exemplos (HEALTH INDICATORS, 2003; HEALTH STATUS INDICATORS, 2003; LATINO ELDERLY STATUS INEQUITIES, 2006; OECD, 2005). Este último país produziu o *Older Americans 2000: key indicators of well-being* (ANEXO K) (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006). A facilidade de acesso aos detalhes dos dados na Internet oferecido pelo *site* da *Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics*, dos EUA, pode ser seguido. As informações disponíveis estimulam às pesquisas, às comparações entre países além de propiciar aos interessados substrato para promover benefícios com resultados favoráveis.

Comparação entre países

Comparação da saúde das pessoas em diferentes países é um procedimento recomendado pela OMS (VALENZUELA, 2005). Exemplos de indicadores utilizados para comparar diferentes condições de saúde podem ser visto nas razões de taxas entre grupos

socioeconômicos mais extremos, utilizando dados de países com altas e baixas mortalidades e morbidades. Uma das vantagens deste tipo de comparação é a facilidade de cálculo dos dados e sua interpretação. As desvantagens estão no fato de que só podem ser avaliadas comparações de grupos muito distintos. Outro exemplo na área da saúde, de indicadores para termos de comparações, é o índice de efeito relativo, baseado em uma regressão que contempla todos os grupos da sociedade e permite analisar separadamente variações de estratos econômicos diversos em diferentes países. O risco atribuível populacional, o índice relativo de desigualdades são outros exemplos de indicadores utilizados para medição de desigualdades em saúde e recomendados internacionalmente (CASTILLO-SALGADO, 2002; SCHNEIDER, 2002).

O que foi descrito confirma a validade de comparar dados de regiões distintas do Planeta e reforça que quanto maior a diferença entre as regiões comparadas aumenta a compreensão das taxas dos indicadores (PEREIRA, 1995; VALENZUELA, 2005).

Indicadores de sustentabilidade oferecem também subsídios para comparações entre países. Os critérios para sustentabilidade constituem-se em uma crítica ao aspecto reducionista do indicador e propõem que sejam considerados diferentes aspectos, ao mesmo tempo, em um só índice, para que um país seja comparado com outro no referencial teórico da sustentabilidade. A integração entre os fatores econômicos, ecológicos e de bem-estar, agregados criam o conceito de um desenvolvimento, resultado da interação deles. Esta avaliação multifatorial das condições de países diferentes é o que deve ser comparado nas distintas áreas do Planeta, com objetivo de conhecer as condições de vida das pessoas e melhorar a situação dos menos favorecidos (VAN BELLEN, 2005).

A comparação dos dados sobre a saúde nos diferentes países pode ser vista no estudo sobre a pesquisa nacional dos EUA (NHIS) em 1996 com dados brasileiros da Pnad (1998). A comparação dos dados não implicou em tradução dos conceitos obtidos nos inquéritos. Optou-se por citar os termos como se encontravam em suas publicações originais. O que foi encontrado em uma língua pôde informar sobre o mesmo tema ou sobre diferentes aspectos de uma informação do outro país. No entanto, pesquisa em bases de dados sobre temas semelhantes em países diversos foi a forma encontrada por estes estudiosos para preceder a comparação de indicadores em diferentes culturas como as dos EUA e do Brasil (BELTRÃO, SUGAHARA, 2002; MOREIRA, CARVALHO, 1992; THE CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING WORKING GROUP, 2001).

O estado de saúde da população brasileira, pesquisado em 1998, e o da população dos EUA, investigado em 1996, revelam que não há comportamento comum entre a morbidade

de todas as camadas populacionais. Os padrões das diferenças entre raças e gênero também não se reproduzem nas duas pesquisas. Pode-se considerar que as mulheres se declaram em pior estado de saúde nos dois países e os brasileiros em pior situação do que os habitantes dos EUA (BELTRÃO, 2002; BELTRÃO, SUGAHARA, 2002).

Comparação do envelhecimento em diferentes países

O paralelo entre informações sobre o envelhecimento em diferentes países também é recomendado (WHO, 1984) e vem sendo desenvolvido amplamente por diferentes pesquisadores.

A já citada publicação da *Johns Hopkins University*, de 1999, reforça a indicação da comparação multinacional por meio de indicadores diferentes relacionados ao envelhecimento humano em vários países, com diversificadas culturas (ANDERSON, HUSSEY, 1999).

Os dados do censo demográfico de 1980 do Brasil, também, foram comparados com os de outros países, com vistas a estudar o envelhecimento em regiões distintas (CAMARANO, 1991). Os diferenciais entre esperanças de vida, em idades mais avançadas, são praticamente inexistentes quando se observam os dados do Brasil ao lado das informações de países com diferente desenvolvimento sustentável, como são a Índia e a Suécia. Os três países se encontram em diferentes estádios econômicos, apresentam diversas condições de vida, no entanto, podem ser comparados por meio de dados demográficos. Os resultados revelam que a população dos três países se comporta de forma muito semelhante quanto à esperança de vida aos sessenta e cinco anos de idade, mesmo quando se consideram famílias com diferentes níveis de renda (CAMARANO, 1991).

Outros autores, também realizando comparação entre indicadores demográficos de países diferentes, analisam dados da Bélgica, da Finlândia e do Brasil e encontram semelhanças. A análise dos dados do Brasil, comparando as taxas de sobrevivência entre as regiões Nordeste e Sul para as pessoas com sessenta e cinco anos e mais de idade, também revelam diferenças pouco significativas do ponto de vista de diferenças populacionais (MOREIRA, CARVALHO, 1992).

2 OBJETIVOS ³

Considerando-se a afirmação de que países que investigam exaustivamente um assunto podem fornecer informações relevantes e esclarecedoras em outros contextos, o presente trabalho teve como objetivos:

- 1º identificar um grupo de indicadores para o acompanhamento da população idosa;
- 2º confirmar a disponibilidade, em fontes brasileiras, do grupo de indicadores mencionado no 1º item; e
- 3º avaliar o bem-estar dos idosos brasileiros em relação ao bem-estar dos idosos em um país desenvolvido, comparando os indicadores citados nos 1º e 2º itens.

³ Os objetivos da presente pesquisa estão inseridos na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, no capítulo 6 “Saúde do Idoso”, na vertente 6.1 “Magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde do idoso, item 6.1.5 Desenvolvimento de indicadores para acompanhamento do envelhecimento” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA e INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2004).

3 MÉTODO

O delineamento do estudo é descritivo, seccional com base em dados secundários dos EUA e do Brasil. As informações referem-se a pessoas com sessenta e cinco anos e mais de idade no ano 2000, quando não encontradas informações para esta faixa etária e para este ano foram utilizados dados sobre pessoas com sessenta anos e mais de idade ou para data mais próxima ao ano 2000.

A referência de bem-estar utilizada como medida de comparação entre as populações idosas do Brasil e dos EUA foi a deste último, publicada no ano 2000 com o título: *Older Americans 2000: key indicators of well-being* pela *Federal Interagency Forum on Aging-related Statistics* (Texto Traduzido para o Português) (ANEXO K) (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006).

Informações dos EUA

O ponto de partida do estudo foi a identificação de uma relação de 31 indicadores dos EUA, organizada pelo *Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics*, um fórum que reúne diversas instituições relacionadas à produção e análise de informações nacionais dos EUA. Os indicadores supracitados estão distribuídos em cinco grupos (população, economia, situação de saúde, fatores e comportamentos de risco e assistência à saúde), baseados nos seguintes critérios (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- a) facilidade de compreensão por uma grande parcela de público;
- b) dados originados em sistemas de informação nacionais, oficiais, colhidos sob a responsabilidade do governo;
- c) objetividade baseada em pesquisas sobre o bem-estar dos idosos norte-americanos;
- d) equilíbrio no número dos indicadores, de forma que nenhuma área tenha maior importância do que outra;
- e) dados coletados periodicamente, para que se possa estabelecer a tendência e a evolução da característica que está sendo monitorada pelo indicador; e
- f) representativo de grandes segmentos da população idosa, em vez de um grupo em particular.

Informações brasileiras

Depois de identificadas as informações sobre idosos dos EUA seguiu-se a etapa da pesquisa brasileira. Nesta etapa foram utilizados conhecimentos de inglês e também sobre fontes de dados brasileiras. Uma lista de 31 indicadores brasileiros foi formulada. Esta aproximação de conceitos foi submetida a três revisores com *expertise* em indicadores de saúde em português e em inglês. Correções foram realizadas com base na experiência e conhecimento dos quatro pesquisadores. Em seguida, foi feita a busca, em fontes brasileiras, de indicadores sobre temas semelhantes aos 31 indicadores para idosos dos EUA.

Na elaboração dos indicadores brasileiros foram buscados, quando possível, os mesmos critérios utilizados para os EUA. A forma de obedecer aos mesmos critérios foi seguir a descrição existente na publicação do Fórum de Interagências dos EUA, no ano 2000, o *Older Americans 2000: key indicators of well-being* (ANEXO K) (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006).

A investigação brasileira iniciou-se buscando nos Indicadores e Dados Básicos para Saúde, IDB, disponíveis no *site* da Internet da Rede Interagencial de Informações para Saúde, Ripsa, (RIPSA, 2005). Nesta fonte, foram buscados os indicadores sobre os 31 temas semelhantes aos dos EUA para o ano 2000 (APENDICE A).

As informações sobre os 31 indicadores mencionados, não identificadas no *site* da Ripsa, foram buscadas diretamente nos microdados das instituições nacionais que produzem informação de interesse (APENDICE A). Estes microdados estão disponíveis na Internet ou em CD ROM. Exemplos dessas instituições foram a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) ou o Ministério da Saúde (MS). Os inquéritos populacionais brasileiros que serviram de referência foram a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizada em 1998 e 2003, e o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não-Transmissíveis 2002-2003 (BRASIL, 2004; DATASUS, 2006; IBGE, 2000; IBGE, 2004; IBGE, 2005; IBGE, 2006; INCA, 2006).

Dois indicadores (distribuição da população idosa de acordo com a renda, e despesas extra da população idosa com saúde) foram calculados com conceitos fornecidos por fontes que estudam o tema (Ipea) (INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS, 2007).

Os indicadores não localizados nas etapas anteriores foram investigados em informações disponíveis nas publicações especiais e periódicos científicos (ALMEIDA, 2002;

BARROS, MENDONÇA, SANTOS, 1999; CAMARANO, 2005; LEITE et al., 2002; LIMA E COSTA et al., 2002; LIMA E COSTA, 2003; PINHEIRO, 2002; ROMERO, 2002).

Faixa etária

Idoso é a pessoa que se encontra na faixa etária de 60 anos e a partir dela. Também se admite o ponto de corte de 65 anos de idade para as pessoas que vivem em países desenvolvidos (WHO, 1984). As estatísticas dos EUA são publicadas para o grupo etário 65 anos e mais de idade. Para manter a coerência com os dados dos EUA, a pesquisa sobre os 31 indicadores para idosos em fontes brasileiras foi realizada buscando informações sobre pessoas com a mesma faixa de idade dos EUA, ou seja, 65 anos e mais de idade.

Algumas fontes ou pesquisas publicam dados com discriminação etária e permitem a obtenção dos dados para 65 anos. Como o Brasil, porém, considera idosa a pessoa com 60 anos e mais de idade (BRASIL, 2003), alguns bancos de dados ou pesquisas do País divulgam dados somente para pessoas com 60 anos e mais de idade. Sendo assim, quando não foram localizadas, no Brasil, informações para pessoas com 65 anos e mais de idade, foram computados os dados encontrados para pessoas com 60 anos e mais de idade, chamando-se atenção para diferença na tabela de resultados.

Período investigado

A citada publicação sobre idosos dos EUA, do ano 2000, apresenta séries históricas para a maioria dos indicadores. A proposta do Fórum Interagências é iniciar uma série estudos a partir deste ano. Os dados dos EUA, deste trabalho, foram retirados da publicação *Older Americans 2000: key indicators of well-being* (APENDICE A) (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006) de única data próxima ao ano 2000.

Alguns indicadores encontrados em fontes dos EUA, como também nas brasileiras, com representatividade nacional, pertencem a pesquisas realizadas não exatamente no ano 2000, razão pela qual o achado dos dois países pode ser de período próximo a este ano. Os indicadores são citados no ano da realização da pesquisa que os originou. Não foram encontrados dados com a mesma distância de tempo do ano 2000, que implicassem em escolha.

Optou-se por realizar o estudo brasileiro descrevendo dados do mesmo ano da primeira divulgação dos EUA (APENDICE A). Sendo assim a pesquisa mostra indicadores do Brasil e dos EUA para o ano 2000, ou data mais próxima, na apresentação dos resultados.

Apresentação dos dados

Os indicadores de pessoas com 65 e mais de idade (ou 60, em alguns casos) relativos ao ano 2000 (ou período próximo) são dispostos lado a lado, Brasil e EUA, em tabelas.

Quando as categorias de um indicador são marcadamente diferentes ou há dúvidas acerca da proximidade de conceitos e das definições, os dados estão posicionados em linhas diferentes: ver exemplo nos indicadores de assistência à saúde. Mantiveram-se os nomes dos indicadores e dos grupos dos EUA em inglês para ser fiel ao original. Na apresentação dos dados brasileiros, utilizou-se o nome em português adotado pelas fontes onde foram pesquisados.

As Figuras de 1 a 31 trazem esclarecimentos sobre os indicadores estudados nos dois países, Brasil e EUA. Cada figura é composta da definição de um indicador seguida das fontes onde foi localizado este indicador, reproduzidas exatamente como foram encontradas (APENDICE A).

4 RESULTADOS

Os 31 indicadores são apresentados em cinco tabelas, cada qual para um grupo afim: os demográficos, os socioeconômicos, as condições de saúde, os hábitos de vida e fatores de risco, e os de assistência à saúde. Os indicadores estão numerados de 1 a 31.

Somente para três indicadores não foi encontrada a equivalência brasileira, a saber: comprometimento de memória, atividade social, crimes violentos.

A população de pessoas com 65 anos e mais de idade dos EUA em números absolutos é de 35 milhões e no Brasil de 10 milhões, ou seja, 3,5 vezes maior (Tabela 1).

TABELA 1 – Indicadores demográficos da população com 65 e mais anos de idade. Brasil e Estados Unidos, 2000.

Ordem	Brasil	Valores	Estados Unidos ¹
1	Número de idosos		Number of older
	Quantidade (em milhões) ²	10	35 <i>Age 65 and older (in million)</i>
	Proporção na população (%) ²	6	13 <i>Percentage of the population (%)</i>
2	Composição racial e étnica (%)²		Racial and ethnic composition (%)
	Branca	62	84 <i>Non-hispanic white</i>
	---	...	6 <i>Hispanic</i>
	Parda	30	...
	Preta	7	8 <i>Non-hispanic black</i>
	Amarela	1	2 <i>Non-hispanic asian and pacific islander</i>
	Indígena	0,4	0,4 <i>Non-hispanic american indian and alaska native</i>
3	Estado civil (%)²		Marital status (%)
	Casados	47	57 <i>Married</i>
	Separados e divorciados	3	7 <i>Divorced</i>
	Viúvos	33	33 <i>Widowed</i>
	Solteiros	16	4 <i>Never married</i>
4	Grau de escolaridade (%)^{2,3}		Educational attainment (%)
	Superior	4	15 <i>Bachelor's degree or higher</i>
	---	...	67 <i>High school diploma or higher</i>
	Médio	6	...
	Outro nível	90	...
5	Arranjo familiar (%)⁴		Living arrangement (%)
	Casal de idosos residindo com ou sem filhos	61	57 <i>With spouse</i>
	Idoso residindo com filhos ou parentes	26	14 <i>With other relatives or non-relatives</i>
	Idoso residindo sozinho	13	29 <i>Alone</i>

(...) Dado numérico não disponível

¹ Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2006

² IBGE / Censo demográfico 2000

³ Disponível apenas para população a partir de 60 anos; nível educacional concluído.

⁴ IBGE / PNAD 98 segundo Romero 2002

Em termos relativos, a população idosa dos EUA representa 13% da população do País e os brasileiros com 65 anos e mais de idade são 6%, significando que, para os EUA, os que têm 65 anos e mais de idade representam o dobro do que esses representam no Brasil.

A distribuição racial nos dois países mostra diferenças, mas a sua interpretação deve ser cautelosa, haja vista a dificuldade de mensurar etnias. Os números indicam que há predominância de idosos de cor branca em ambos os países. Os idosos, em sua maioria, são casados. No Brasil, mais idosos respondem ao censo considerando-se solteiros do que aqueles que assim se dizem nos EUA.

O idoso brasileiro tem baixa escolaridade: apenas 10% concluíram escolaridade média ou superior, proporção muito menor do que a dos EUA, onde alcança a taxa de 67%. Com relação aos arranjos familiares, os idosos residindo com filhos são mais frequentes no Brasil, ao contrário dos EUA onde se observa mais idoso que mora sozinho.

Informações socioeconômicas estão na Tabela 2.

Os dados referentes à pobreza não são inteiramente comparáveis nos dois países, haja vista as diferenças conceituais. Utilizando o conceito dos EUA, 11% da sua população idosa pode ser considerada pobre. Nos cálculos brasileiros, 23% das pessoas com 60 anos e mais de idade no País são consideradas pobres.

Deste grupo de seis indicadores, o que possui melhor comparabilidade é o de número 10, “Taxa de atividade”, que apresenta valores semelhantes para as mesmas idades, nos dois países.

Os indicadores de saúde constantes da Tabela 3 mostram valores próximos, quando se comparam os dois países. Esse é o caso da esperança de vida aos 65 anos (indicador 12), respectivamente, 17 anos, no Brasil, e 18 anos nos EUA.

Algumas diferenças são também encontradas. No Brasil, as taxas de mortalidade por doença cerebrovascular e por diabetes são mais elevadas. Os EUA, por sua vez, apresentam altas taxas de mortalidade e de morbidade por neoplasias malignas e de morbidade auto-referida por artrite. Não foi encontrado, no Brasil, o registro de comprometimento de memória com amplitude nacional. A auto-avaliação da saúde revela que 84% dos brasileiros idosos consideram sua saúde entre regular e muito boa. Nos EUA, 72% consideram sua saúde entre boa e muito boa. A taxa de incapacidade de realizar atividade nas últimas duas semanas por motivo de saúde alcança 14% dos idosos brasileiros. Nos EUA, as incapacidades chegam a 21% dos idosos. A depressão também é mais elevada entre os idosos dos EUA.

Em relação aos hábitos de vida e aos fatores de risco (Tabela 4), a situação é melhor para os idosos dos EUA, com exceção da cobertura vacinal contra a influenza (no Brasil 67% e nos EUA 50%). Não foram encontrados dados brasileiros sobre atividade social e crimes violentos, na forma definida na publicação dos EUA.

TABELA 2 – Indicadores econômicos da população com 65 e mais anos de idade. Brasil e Estados Unidos, 2000.

Ordem	Brasil	Valores		Estados Unidos ¹
6	Pobreza (%)²	23	...	Poverty (%)
	---	...	11	---
7	Distribuição de acordo com a renda per capita das famílias com idosos (%)³			Income distribution (%)
	---	...	2	<i>Extreme poverty</i>
	---	...	8	<i>Poverty</i>
	---	...	27	<i>Low income</i>
	---	...	35	<i>Medium income</i>
	---	...	28	<i>High income</i>
	Menos de ¼ SM	2	...	---
	De ¼ de S.M a menos de ½ SM	7	...	---
	De ½ S.M a menos de 1 S.M	23	...	---
	De 1SM a menos de 2 SM	36	...	---
	2 SM ou mais	33	...	---
8	Fontes de renda (%)⁴			Sources of income (%)
	Aposentadoria	65	38	<i>Social Security</i>
	Trabalho	20	21	<i>Earnings</i>
	---	...	20	<i>Asset Income</i>
	Pensão	5	19	<i>Pensions</i>
	Aluguéis	9	...	---
	Outros	0,2	2	<i>Other</i>
9	Valor da renda líquida (%)⁵	...	158	Net worth (US\$)
	Menos que 2 SM	62	...	---
	De 2 a 5 SM	22	...	---
	Acima de 5 SM	16	...	---
10	Taxa de atividade (% por idade)⁶			Participation in the labor force (% / age)
	65-69	27	23	<i>65-69</i>
	70 anos e mais	12	9	<i>70 years and over</i>
11	Despesas com outros imóveis (%)⁷			Housing expenditures (%)
	0-2 SM	0,6	...	---
	2-5 SM	0,6	...	---
	5 e mais SM	16	...	---
	---	...	36	<i>Lowest fifth</i>
	---	...	35	<i>Second fifth</i>
	---	...	29	<i>Third fifth</i>
	---	...	28	<i>Fourth fifth</i>
	---	...	26	<i>Highest fifth</i>

(...) Dado numérico não disponível

¹ Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics 2006

² IBGE/PNAD 1997 segundo Barros, 1999; disponível para a população com 60 anos e mais de idade em 2003

³ SM é a sigla que representa o Salário Mínimo no Brasil. Este cálculo foi fornecido por técnicos do Ipea utilizando pesquisas onde o valor do SM era R\$ 130,00 (cento e trinta reais). O cálculo não inclui as áreas rurais da região norte (IPEA, 2007).

⁴ IBGE/POF 1995/1996 segundo Almeida, 2002

⁵ IBGE/PNAD 1998 adaptado por Romero, 2002; renda líquida em salários mínimos (SM),

⁶ IBGE/PNAD 2003 adaptado por Camarano, 2005

⁷ IBGE/POF 1995/1996 segundo Almeida, 2002; questionário 4 da POF 1995/1996 - despesa com outros imóveis - inclui: aquisição de imóveis, aluguel de imóvel, aluguel de garagem, condomínio, imposto predial, segurança contra roubo e incêndio, energia elétrica, gás, taxas diversas, aquisição de sepultura, de título de clube, imposto territorial rural, aluguel de terreno para sepultura, mudança, valor do imóvel adquirido em primeira locação e valor do imóvel adquirido após já ter sido usado. Proporção da despesa com imóveis nos gastos totais mensais da população com sessenta e mais anos de idade, segundo classe de rendimento em salário mínimo (SM).

TABELA 3 – Indicadores de condição de saúde da população com 65 e mais anos de idade. Brasil e Estados Unidos, 2000.

Ordem	Brasil	Valores		Estados Unidos ¹
12	Esperança de vida aos 65 anos (em anos)²	17	18	Life expectancy at age of 65 (in years)
13	Mortalidade (por 100.000 hab)³			Mortality rate (per 100,000)
	Doenças do aparelho circulatório	1688	1832	<i>Heart disease</i>
	Doença cerebrovascular	559	426	<i>Stroke</i>
	Diabetes	224	141	<i>Diabetes</i>
	Neoplasias	615	1133	<i>Câncer</i>
	Pneumonia	168	237	<i>Pneumonia & Influenza</i>
	DPOC	249	281	<i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i>
14	Morbidade auto-referida (%)^{4,5}			Chronic health status (%)
	Hipertensão	44	45	<i>Hypertension</i>
	Doenças do coração	19	21	<i>Heart disease</i>
	Diabetes	10	12	<i>Diabetes</i>
	Câncer	1	19	<i>Câncer</i>
	Artrite ou reumatismo	38	58	<i>Arthrits</i>
15	Comprometimento de memória	...	16	Memory impairment (%)⁶
16	Depressão auto-referida (%)⁷	12	18	Depressive symptoms (%)
17	Percepção da saúde (%)^{4,5,8}	84	72	Self-rated health status (%)⁹
18	Incapacidades (%)^{4,5,10}	14	21	Disability (%)

(...) Dado numérico não disponível

¹ *Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistic, 2006*

² IBGE / Tábuas completas de mortalidade, 2000

³ Ministério da Saúde - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)

⁴ IBGE / PNAD 1998 segundo Lima e Costa et al, 2003

⁵ Dado para 60 anos

⁶ inclui *moderate* e *severe*

⁷ IBGE / PNAD 1998 segundo Camarano, 2005

⁸ inclui regular, bom, muito bom

⁹ inclui *good* e *very good*

¹⁰ pessoas que deixaram de realizar atividades habituais nas últimas duas semanas por motivo de saúde

TABELA 4 – Indicadores dos hábitos de vida e fatores de risco da população com 65 e mais anos de idade. Brasil e Estados Unidos, 2000.

Ordem	Brasil	Valores		Estados Unidos ¹
19	Atividade social	...	64	Social activity (%)
20	Insuficientemente ativos (%)²	42	34	Sedentary lifestyle (%)
21	Cobertura vacinal por influenza (%)³	67	50	Vaccinated against influenza (%)⁴
22	Mamografia nos últimos dois anos (%)⁵	37	55	Mamography in the past two year (%)
23	Qualidade da dieta (%)^{2,6}	7	21	Dietary quality (%)⁷
24	Crimes violentos	...	3	Violent crime (per 1.000)

(...) Dado numérico não disponível

¹ *Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistic, 2006*

² INCA 2002-2003, dados fornecidos para os autores

³ MS / Programa Nacional de Imunizações; disponível em www.datasus.gov.br

⁴ Dado para 1995

⁵ IBGE/Pnad 2003, adaptado pelos autores

⁶ Indivíduos que consomem frutas, legumes ou verduras cinco ou mais vezes por dia

⁷ Dado para pessoas com 45 e mais anos de idade. Inclui *good* e *very good*

TABELA 5 – Indicadores de assistência à saúde para a população com 65 e mais anos de idade. Brasil e Estados Unidos, 2000.

Ordem	Brasil	Valores		Estados Unidos ¹
25	Despesas com assistência à saúde (%)^{2,3}			Health care expenditure (US\$)
	5 ou mais SM	24	...	---
	2 a 5 SM	41	...	---
	0 a 2 SM	36	...	---
	---	...	13	Top 1 percent
	---	...	37	Top 5 percent
	---	...	56	Top 10 percent
26	Componentes das despesas mensais com saúde (%)²			Components of Health Care Expenditures (%)
	Produtos farmacêuticos	51	7	Prescription drugs
	Serviços de assistência à saúde	49	...	---
	---	...	29	Inpatient hospital
	---	...	30	Medical/outpatient
	---	...	21	Nursing home care
	---	...	10	Skilled nursing facility/home health care
			3	Other
27	Gastos diretos com saúde em famílias com idosos, por quintos de renda (%)³			Out-of-pocket health care expenditures (%)
	---	...	13	Lowest fifth
	---	...	14	Second fifth
	---	...	16	Third fifth
	---	...	13	Fourth fifth
	---	...	9	Highest fifth
	1º quintil	7	...	---
	2º quintil	8	...	---
	3º quintil	9	...	---
	4º quintil	10	...	---
	5º quintil	11	...	---
28	Acesso ao serviço de saúde (%)			Access to health care (%)
	Proporção dos que procuraram o serviço de saúde e não foram atendidos ⁴	0,6	2	Reporting difficulty obtaining care
	Proporção dos que não procuraram o serviço de saúde porque não tinham dinheiro ⁵	3	6	Reporting they delayed getting care due to cost
29	Utilização dos serviços de saúde na rede SUS			Use of health care services
	Hospitalização (por 1.000 habitantes) ⁶	168	365	Hospitalization (per 1000 inhabitants)
	Consulta médica (por 10.000 / ano) ⁷	7.300	13,100	Physician visits and consultations (10,000 / year)
	---	...	5.058	Home health visits
	---	...	69	Skilled nursing facility admissions
	Duração média do internamento hospitalar (dias) ⁶	7	6	Average length of hospital stay (days)
30	Utilização de domicílios coletivos (número de habitantes)⁸	88.071	1.465.000	Nursing home care (number in habitants)
31	Assistência domiciliar (%)⁵	2	15	Home care (%)

(...) Dado numérico não disponível

¹ Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2006

² IBGE/POF 1995 adaptado para pessoas com 60 e mais anos de idade por Almeida, 2002. Representa o percentual da receita mensal gasta com saúde em níveis de renda por número de salários mínimo (SM) recebidos

³ POF 2002/2003. Cálculo fornecido por técnicos do Ipea.

⁴ IBGE/Pnad 1998 adaptado por Lima e Costa et al, 2002

⁵ IBGE/ Pnad 1998 (microdados) adaptado pelos autores

⁶ Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares / Ministério da Saúde;

⁷ IBGE/Pnad 1998 adaptado por Pinheiro et al, 2002; 73 % das pessoas realizaram pelo menos uma consulta médica no ano

⁸ IBGE/Censo Demográfico 2000 adaptado por Camarano, 2005

Quanto aos indicadores dos EUA referentes de assistência à saúde (Tabela 5), nota-se que a maioria não encontra correspondência exata no Brasil. Pode-se perceber que, em ambos os países, os que ganham mais gastam proporcionalmente menos com saúde (indicador 25).

No Brasil, se gasta relativamente mais com produtos farmacêuticos (indicador 26). Os idosos dos EUA têm maior acesso e utilizam mais a rede de serviços (indicadores 28 e 29), mas a duração média de internação hospitalar é próxima nos dois países. A utilização de domicílios coletivos e de assistência domiciliar tem maior expressão nos EUA.

A forma como foram interpretados os dados apresentados nesta pesquisa está descrita no Apêndice A (Figuras de 1 a 31) e no Anexo K. Detalhes sobre todos os valores apresentados nas Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5 são demonstrados no Apêndice A. Informações sobre os conceitos de cada um dos 31 indicadores, assim como das pesquisas dos EUA que originaram os dados estão revelados no Apêndice A e podem ser complementadas com um texto traduzido no Anexo K que contém também um glossário de termos.

5 DISCUSSÃO

Acompanhar o bem-estar no envelhecimento das pessoas implica no monitoramento de diferentes aspectos sendo esta a razão do estudo deste grupo de indicadores. O número de idosos ou a expectativa de vida, por exemplo, não revelam o necessário sobre o bem-estar no envelhecimento em um país. Os indicadores escolhidos para compor o referido grupo estarão relacionados à questão: as pessoas vivem mais, mas sobrevivem de melhor ou pior forma (GUTTMAN, 2000)?

Dados sobre a saúde e bem-estar dos que vivem mais nos EUA, publicados no ano 2000, discutem avanços e disparidades. Os EUA revelam o sucesso do aumento da expectativa de vida, no entanto, chama-se atenção para adversidades quando analisados subgrupos diferentes ou ainda segmentos distintos desta população. Os idosos nos EUA estão vivendo mais com menos incapacidades e em melhores condições econômicas. Entretanto estes avanços não têm atingido homogeneamente a todos os que envelhecem no País. Os idosos moradores dos EUA descendentes de africanos e de hispânicos continuam em piores condições de vida que os brancos (GUTTMAN, 2000).

A definição do mencionado grupo de indicadores, nos EUA, permitiu a avaliação de uma coorte de pessoas e possibilitou conclusões importantes. A expectativa de vida cresce continuamente no País, as taxas de mortalidade decrescem principalmente as relacionadas às causas de morte cardiovasculares. As doenças crônicas estão menos relacionadas com morbidades incapacitantes severas, como a hipertensão e mais relacionadas com artrites. A frequência do comprometimento de memória é crescente com o aumento de idade, principalmente depois dos 80 anos como também os sintomas depressivos, estes sem um aumento franco após os 80 anos. Há um decréscimo de incapacidades nos idosos dos EUA, na última década, as mulheres são as mais atingidas assim como os afro descendentes. Os dados sobre fatores de risco e hábitos de vida revelam tendências positivas. As maiores taxas de vacinações, mamografias e dietas favoráveis comprovam esta afirmação. Indicadores de utilização de instituições de longa permanência, os tipos de moradores destas instituições, as taxas de assistência domiciliar para doentes crônicos e outros indicadores relacionados ao acesso e utilização de serviços revelam melhorias marcantes nas condições de saúde dos que envelhecem nos EUA, lembrando a ausência da equidade e a presença das disparidades nos menos favorecidos economicamente (GUTTMAN, 2000).

E como está o envelhecimento no Brasil?

Evidências sinalizam uma trajetória também positiva para os que envelhecem no Brasil. Estudos com base em inquéritos populacionais realizados periodicamente no País permitem o acompanhamento de informações sobre autopercepção da saúde, doenças crônicas auto-referidas, cobertura por planos de saúde, capacidade funcional, assim como o acesso e utilização dos serviços de saúde. Os dados destas pesquisas sobre pessoas com sessenta anos e mais de idade demonstram que entre 1998 e 2003, anos de realização dos inquéritos, houve uma redução das doenças crônicas como artrite e depressão, um aumento da filiação aos planos de saúde, uma maior utilização dos serviços odontológicos e aumento das consultas médicas. Paralelamente há menos registro de internação hospitalar para esta faixa etária. Em ambos os gêneros o número de pessoas que declararam sua própria saúde como boa e muito boa aumentou. Apesar de a capacidade funcional estar diretamente relacionada com a idade e com o gênero, pode-se sugerir que houve evolução com diminuição das incapacidades em idosos entre 1998 e 2003, no Brasil. Ressalvas devem ser feitas a estas interpretações, considerando desvios ocasionados por melhor conhecimento sobre as informações levando as respostas a serem mais precisas, promovendo assim a modificação do dado (CAMARANO, 2005; CARVALHO, WONG, 2006).

A descrição dos indicadores de idosos nos EUA e a busca de semelhantes no Brasil estão aqui justificadas pelas: diversidade de dados encontrada, validade técnica de compará-los e experiência de outros pesquisadores na comparação entre os dois Países (BELTRÃO, SUGAHARA, 2002). A investigação revela que 90% dos dados da publicação norte-americana do ano 2000 foram encontrados no Brasil. Em síntese, os EUA apresentam maior número de idosos com maior escolaridade. Em termos de condição de saúde, os números dos dois países são próximos, com algumas ressalvas. Há maiores taxas de óbito por doença cerebrovascular e diabetes no Brasil e por neoplasias malignas nos EUA. No tocante à morbidade auto-referida em inquéritos com amplitude nacional, os EUA referem mais artrites, sintomas depressivos e incapacidades. A autopercepção de bom estado de saúde, no entanto, é superior no Brasil, ao passo que a situação dos indicadores de hábitos de vida, fatores de risco e assistência à saúde é melhor nos EUA.

A interpretação das diferenças observadas entre os indicadores deve ser cautelosa. A informação proveniente de inquéritos e recenseamentos, em ambos os países, tende a ser de boa qualidade, mas os dados oriundos de registros contínuos como mortalidade e internação hospitalar, pode-se admitir, são menos confiáveis no Brasil por questões de cobertura populacional e problemas no preenchimento dos registros (RIPSA, 2002a). Destaque deve ser feito nas eventuais diferenças conceituais entre os indicadores, especialmente naqueles em

que há maior grau de subjetividade na aferição. Outro ponto de cautela está na interpretação das taxas dos indicadores, não-padronizadas, fazendo com que os números tenham significados diferentes de acordo com o método utilizado em cada indicador.

Duas limitações metodológicas adicionais também merecem ser explicitadas. Uma é decorrente de serem dados de único ano, impossibilitando a avaliação de tendências ou se o dado analisado é ou não atípico. O outro aspecto é a falta de padronização dos dados. A proporção dos muito velhos, no entanto, é próxima: nos EUA, a proporção de idosos acima de 80 anos é de 1,6% e, no Brasil, 1,1% (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006; IBGE, 2006).

Os dados demográficos (Tabela 1) apresentam menor complexidade de análise e comparação, mas devem ser discutidos. A observação de que há mais solteiros no Brasil, proporcionalmente aos EUA, pode ser alvo de uma resposta cultural brasileira de considerar casado só aqueles que formalmente realizaram a cerimônia do casamento. Existem aqueles que moram juntos e se dizem solteiros e por isso esta proporção pode estar alterada, fazendo com que mais pessoas estejam de fato em estado conjugal do que aquelas que se respondem como tal (MEDEIROS, OSÓRIO, VARELLA, 2002).

No grupo de indicadores socioeconômicos (Tabela 2), um exemplo da diferença de parâmetros é o indicador de pobreza. A medida oficial dos EUA tem base na comparação da renda familiar com um conjunto de padrões de pobreza, que variam de acordo com a composição e o tamanho da família (U.S. CENSUS BUREAU, 2000). As pessoas identificadas como vivendo na pobreza estão em risco de não terem suprimento adequado de alimento, moradia, assistência à saúde e outras necessidades básicas. Nos EUA, há 11% de pobres entre os que estão com 65 anos e mais de idade (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006). No Brasil, foram considerados pobres todos os que possuíam renda domiciliar *per capita* inferior a uma dada linha de pobreza. Para esses pesquisadores, a percentagem de pobres na população brasileira como um todo é de 30 %, e 23 % das pessoas com 60 anos e mais de idade no Brasil são consideradas pobres (BARROS, MENDONÇA, 1999; BARROS, MENDONÇA, SANTOS, 1999). Lembrando que os parâmetros dos cálculos do Brasil são diferentes do outro País comparado.

Um dos dados que houve dificuldade de obtenção no Brasil foi o que em inglês é referido como *net worth* (valor líquido, compatível com valores relativos a imóveis, ações, títulos e outros bens, menos as dívidas ressaltadas). Nos EUA a fonte desta informação é o Estudo da Dinâmica de Renda. No Brasil está descrito o valor da renda líquida, ou seja, o rendimento médio mensal familiar *per capita* em salário mínimo, diferente do conceito dos

EUA, razão por que é situado em outra linha na tabela. O dado brasileiro pode servir a uma interpretação das condições de renda em que se encontram os idosos no País. Falta ao dado brasileiro a noção de sobra, de reserva, e de poupança que apresenta o dado norte americano.

A diferença na esperança de vida entre os dois países é pequena (Tabela 3). Este indicador tem baixo poder discriminador, pois, diferentes países, com diversificadas condições sociais e econômicas apresentam taxas semelhantes. O que já foi demonstrado em comparações entre expectativas de vida de países com diferentes estádios de desenvolvimento, como Suécia e Índia (CAMARANO, 1991) ou entre Bélgica, Finlândia e Brasil (MOREIRA, CARVALHO, 1992).

Os dados de mortalidade no Brasil podem não ser tão precisos quanto os dos EUA. Estima-se que o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde tenha cobertura média no País de 80%, mas de apenas 60% nas regiões Norte e Nordeste (RIPSA, 2002a). Essa situação pode resultar em subnotificação dos diagnósticos das causas de mortalidade, o que elevaria ainda mais as taxas brasileiras de mortalidade por doença cerebrovascular e por diabetes expressas na Tabela 3. Sobre a qualidade da informação, pode ser também considerada a elevada taxa de causas mal definidas em idades mais avançadas no Brasil tornando difícil a interpretação das causas de morte no País nesta faixa etária (VASCONCELOS, 1998). As causas mal definidas podem estar relacionadas a erros de diagnósticos e a falta de conhecimento sobre as doenças em idosos (LIMA E COSTA, et al 2000) o que pode interferir nos registros de doenças alterando a quantidade dos resultados apresentados na Tabela 3.

A morte das pessoas idosas pode ser causada por infecções ou outras causas não relatadas neste trabalho (PAGLIUCA et al, 2001; OLIVEIRA et al, 2004), mas, como a referência utilizada foi uma publicação dos EUA, o estudo menciona só o que também existe no trabalho que deu origem (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006).

A morbidade auto-referida é conhecida por meio de inquérito em ambos os países. Considerando que os muito velhos apresentam maiores taxas de morbidade auto-referida (DACHS, 2002; LIMA E COSTA et al, 2003) torna-se necessário esclarecer a proporção dos mais velhos, quando se analisa doenças auto relatadas. A taxa de muito velhos é próxima nos EUA (1,6%) e no Brasil (1,1%) (FEDERAL INTERAGENCY FÓRUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006; IBGE, 2006). A semelhança sugere que os dados dos dois países informam sobre pessoas com uma média de idade entre 65 e 80 anos.

Trabalhos recentes têm mostrado uma boa sensibilidade e, sobretudo, especificidade para doenças crônicas auto-referida, sendo uma delas a hipertensão. Dados de estudo de base populacional brasileira mostram que a prevalência da hipertensão auto-referida na população (27%) foi só um pouco maior que a determinada por meio de três medidas da pressão arterial e história de tratamento para a mesma (23%) (LIMA E COSTA et al, 2004).

Apesar das desvantagens, o auto-relato sobre doenças é referido como forma privilegiada para rastrear grupos de doença em amostras amplas (MAIA et al, 2006). O baixo custo, a redução do tempo, a possibilidade de relacionar o relato da doença com detalhes da vida social e econômica, além da busca ativa de casos, são a base para estas considerações. O auto-relato tende a ter seu conteúdo relacionado aos níveis de renda, raça, escolaridade, faixa etária, região de moradia ou condições subjetivas. Quando se apresentam dados sobre auto-relato, o que se recomenda é deixar clara sua origem, além de citá-lo como colhido no inquérito, sem interpretações. Os dados de auto-relato colhidos em inquéritos realizados na população brasileira estão muito próximos aos de outros estudos, o que sugere a sua validade (DACHS, 2002; MAIA et al, 2006).

As doenças auto-referidas da Tabela 3 representam os itens de pesquisas dos EUA com os correspondentes dos estudos brasileiros. A terminologia reproduz a utilizada nos questionários que fornecem os dados, exemplos são as artrites e doenças do coração, investigadas em inquéritos dos dois países, utilizando estes termos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006; IBGE, 2000; IBGE, 2005).

Foi observado que os idosos dos EUA têm maior acesso e utilizam mais a rede de serviços (indicadores 28 e 29) e, por isso, conhecem mais os seus agravos à saúde e os revelam nas entrevistas, além disso, têm maior escolaridade, o que influencia não só na busca por serviços como no próprio relato sobre sua saúde. Isso pode explicar parte da grande diferença na frequência auto-referida de câncer (1% no Brasil e 19% nos EUA).

Mais da metade dos idosos, nos dois países estudados, é de portadores de pelo menos uma doença crônica, auto-referida. A elevada prevalência de agravos à saúde referidos em ambos os países coincide com outros estudos (EBRAHIM, KALACHE, 1996; ANDERSON, HUSSEY, 1999).

Não foi encontrado dado sobre comprometimento de memória no Brasil, o que já foi assinalado na literatura especializada (VALE, 2005; SCAZUFCA et al, 2002). Este fato reforça a necessidade de incluir esse tema nos inquéritos nacionais apesar da ausência de um consenso sobre a forma como pode ser realizada a investigação. Mas, há evidências de que

idosos podem apresentar comprometimento de memória representando sinal clínico de síndromes demenciais, com sérias conseqüências na diminuição da qualidade de vida e na demanda por serviços (LÓPEZ, 2003).

Os dados relacionados à depressão, aqui apresentados, merecem esclarecimentos. O capítulo Introdução, contém quadro referente aos indicadores que existem no Brasil e no Canadá (ANEXO J). Nesse quadro 10 está informado que não existem, no Brasil, indicadores de sintomas depressivos. No entanto, na tabela 3, onde são mostrados os resultados da pesquisa, afirma-se que existe indicador para depressão. Esta aparente incongruência ocorre pelo fato de que os indicadores de sintomas depressivos, existentes no Canadá, referem-se a diagnóstico validado por exame clínico realizado por médicos (THE CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING WORKING GROUP, 2001). Este indicador não existe no Brasil. O dado registrado na tabela 3 refere-se à depressão auto-referida, coletada por entrevistadores de campo (CAMARANO, 2005), sem a dimensão do dado canadense.

As informações sobre as doenças estão relacionadas com as das incapacidades, ambas envolvidas no monitoramento da saúde e bem-estar da população idosa (FRIES, 1980). O conceito de incapacidade abrange dimensões diferentes de saúde e das interações complexas do indivíduo com o meio ambiente (GUTTMAN, 2000).

As incapacidades podem estar ou não associadas às deficiências e desvantagens em todas as faixas etárias, sendo tema polêmico em diferentes culturas. Deficiência (*impairment*), a anomalia ou perda da estrutura corporal, aparência ou função de um órgão ou sistema; incapacidade (*disability*), a restrição ou perda de habilidades e desvantagem (*handicap*), restrições ou perdas sociais ou ocupacionais experimentadas pelo indivíduo são medidas por meio de instrumentos. Observa-se a ocorrência de pelo menos uma destas condições em cerca de 10% das pessoas de todas as idades e até cinco vezes mais nas amostras só de idosos, sendo esta elevação mais acentuada naqueles indivíduos com 80 anos ou mais de idade. A standardização da avaliação é requerida para que se possa referir um dado de interpretação confiável (BARBOTTE et al, 2001).

Nos dois países, Brasil e EUA, o impedimento de realização de atividade por motivo de doença atinge um quinto dos idosos, ou seja, a maioria dos doentes não fica limitada pelas doenças das quais é portador.

Mais da metade das pessoas idosas no Brasil e nos EUA sente-se entre regular e muito bem, o que revela bem-estar na maioria delas. A auto-avaliação da saúde reflete percepção integrada do indivíduo sobre se mesmo e inclui dimensões biológica, psicológica e social. O uso da auto-avaliação da saúde em inquéritos populacionais vem crescendo, depois de

demonstrado que essa avaliação é preditora de mortalidade (IDLER, BENYAMINI, 1997; WALKER et al, 2004).

O que está confirmado na pesquisa aqui apresentada é reafirmação do conceito de pessoa idosa saudável, por meio de dados de países diferentes. Este conceito está mais relacionado com o sentir-se saudável do que com a presença ou ausência de doenças. Os dados de regiões distintas revelam que a maioria dos idosos relata que tem doença, a minoria se diz incapaz e a maioria refere bem-estar (RAMOS, 2003).

As doenças relatadas como indicadores de saúde, neste trabalho, foram obtidas de pesquisas com representatividade nacional, registradas como causa de morte nos atestados de óbitos, nas causas de internamento em hospitais do SUS ou ainda aquelas relatadas por seus portadores nos inquéritos nacionais. As três formas de coleta de dados apresentam problemas de qualidade, mas são os que existem. A inadequação dos atestados de óbito, ao lado da subnotificação de óbitos no Território Nacional, dos erros de preenchimento das autorizações de internamento hospitalar, o número restrito de informações oferecidas nos questionários de doenças investigadas em inquéritos, os termos escolhidos por técnicos que elaboram estes questionários além dos limites do auto-relato de doenças são dificuldades enfrentadas para obter indicadores de âmbito nacional que permitam termos de comparação entre diferentes países (RIPSA, 2002a).

Observa-se também fenômenos curiosos como a proporção similar dos valores de diferentes indicadores, originados de diferentes bancos de dados da Tabela 3. As informações obtidas com atestados de óbito, com instrumentos de serviços ou com auto-relato mantém semelhanças que, no mínimo, devem ser mais bem estudadas, guardados os limites da distinção conceitual e da comparação entre os dois países.

Os EUA têm maiores taxas de atividade física e de qualidade da dieta (tabela 4), que pode ser a resultante de um reflexo cultural, socioeconômico e percepção dos benefícios advindos da adoção de práticas preventivas (WHO, 2002). A mais elevada taxa de cobertura vacinal por influenza no Brasil pode ser produto das campanhas periódicas no País (SILVESTRE, 2002). Embora não se tenha o equivalente brasileiro, os americanos dos EUA apresentam altas taxas de atividade social (64%). Esse indicador inclui visitas a amigos e parentes, atividades em templos religiosos ou semelhantes e trabalhos voluntários em associações diversas. Este último dado, relacionado à cultura do povo, sendo provável que apresente maior frequência nos EUA.

Em relação aos hábitos de vida e aos fatores de risco, outra incoerência aparente também merece ser esclarecida. A tabela 4 revela dados brasileiros de idosos

insuficientemente ativos calculados no curso da realização dessa pesquisa (INCA, 2006). No entanto, no capítulo Introdução, quadro 10 (ANEXO J), publicado em junho de 2006 (PEREIRA, REBOUÇAS, 2006) este indicador não havia sido calculado. O dado publicado no Brasil, até esta data, informava sobre pessoas com faixa etária não compatível com a dimensão canadense. Sendo esta a razão de ser referido como não existente (Quadro 10).

Os crimes violentos estudados nos EUA por meio da Pesquisa Nacional de Vitimização do Crime são: estupro, agressão sexual, assalto, agressão simples e agregada, roubo pessoal, roubo de propriedade, arrombamento de casa, roubo de veículo motor para a população como um todo, como também, para grupos demográficos na população, incluindo a população de 65 anos ou mais. As vítimas são solicitadas a dar as características dos crimes, incluindo se relataram o incidente para a polícia. Os dados brasileiros registrados como causas externas em atestados de óbito e internações hospitalares na rede SUS não apresentam a dimensão dos dados dos EUA e, não foram considerados como indicadores representantes dos crimes violentos no País.

Foi assinalado o fato de que, para alguns indicadores de assistência à saúde (tabela 5), não existe equivalência exata nas categorias de análise. Apesar do número de linhas sem correspondência entre os dados dos dois países, o registro foi realizado com o objetivo de nortear o que pode ser buscado no país com menor experiência em pesquisar indicadores do envelhecimento, como o Brasil.

Os indicadores de assistência à saúde são influenciados pelos aspectos econômicos da população estudada. Os que têm maior renda têm mais acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA et al, 2002). Nos países onde existem idosos com maior renda, estes terão maior acesso aos serviços de saúde não por pretextos próprios dos serviços (BARRETO et al, 2006).

Existe relação estreita entre baixa renda de um grupo populacional e seu acesso limitado à alimentação saudável, medidas de saneamento básico e informações sobre promoção da saúde, prevenção das doenças e seu tratamento, o que faz com que a carga de doença resultante também influencie no acesso aos serviços (ALMEIDA et al, 2002; WHO, 2002).

O peso dos gastos com saúde no orçamento doméstico diminui à medida que aumenta a renda familiar, ou seja, os mais pobres gastam mais com saúde do total da sua receita mensal, o que deve ser levado em conta para análise das populações de países com diferentes estádios de desenvolvimento sustentável, como o Brasil e os EUA (SILVEIRA, OSÓRIO, PIOLA, 2002; VAN BELLEN, 2005).

A informação sobre utilização hospitalar está baseada em dados institucionais, de modo que a cobertura se restringe aos que têm acesso aos serviços. Em todos os sistemas brasileiros, há sub-registros que variam no espaço e no tempo. A tendência é a melhoria da cobertura e qualidade com o passar do tempo. No Brasil, foram consideradas apenas as internações em unidades hospitalares vinculadas ao SUS, representando cerca de 60% do total. Há também o problema da contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente (RIPSA, 2002a). Nos EUA, os dados referem-se ao Medicare, um programa de seguro-saúde que cobre a totalidade de pessoas de 65 anos de idade e mais (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2006). Sendo assim, os aspectos de análise dos dados das duas instituições devem ser avaliados com cautela.

As informações apresentadas neste trabalho carecem de detalhamentos. As questões de gênero influenciam diretamente os indicadores, as faixas etárias discriminadas fornecem dados específicos para cada agrupamento. Os dados de cada região, o nível de escolaridade e um número ainda maior de detalhes são necessários para compor o quadro de uma população idosa em um país e compará-lo com outra. Pretende-se neste estudo sugerir pontos estratégicos.

5.1 Conclusão

Indicador é o que sinaliza, aponta, indica. Não é o que esgota nem o que define.

A partir da constatação da existência de um grupo de indicadores para acompanhar o bem-estar dos idosos nos EUA, verificou-se a disponibilidade desses dados em fontes brasileiras para termos de comparação. Foi constatada a existência, no Brasil, de dados para a maioria dos indicadores da lista dos EUA, sem investimento especial em pesquisa de produção de dados. Apenas foi realizada consulta em bases eletrônicas de dados e, por vezes, re-análise das informações.

Este trabalho estuda um grupo de indicadores que sinaliza sobre uma coorte de pessoas consideradas idosas em um país. Desta forma os pontos estratégicos devem ser mais bem estudados e avaliados com o objetivo de confirmar o que foi sinalizado. A proposta de utilização de um mesmo grupo de indicadores para avaliação de diferentes regiões permite comparações entre diferentes grupos populacionais visando o bem-estar das pessoas.

Há certamente problemas de comparação de indicadores porque não têm conceitos semelhantes e nem a mesma forma de coleta, nos diferentes países. As comparações podem servir ao aprimoramento do conhecimento, assim como para nortear pesquisas adicionais

sobre a qualidade dos dados e a produção de indicadores. Há desafios diversos para serem enfrentados, entre os quais a melhor sistematização das informações, a sua ampla divulgação e o seu uso para o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas voltadas para a saúde do idoso.

Cabe destacar que no Brasil, mesmo tendo muito a conhecer, já existe muito para acompanhar a saúde do idoso.

- O marco conceitual deste estudo desencadeia três questões

1 - existe um grupo de indicadores para acompanhar a população idosa de um país?

2 - Se existe um grupo de indicadores para acompanhar a população idosa de um país, esses indicadores podem ser encontrados no Brasil?

3 - Considerando o grupo de indicadores mencionado, como estão as condições dos idosos do Brasil quando comparados com idosos de um país desenvolvido?

- Esta pesquisa responde as questões e complementa o referencial teórico

1 - sim, existe um grupo de indicadores para acompanhar a população idosa de um país; exemplos foram encontrados no Canadá e nos Estados Unidos.

2 - A maioria (90%) dos indicadores sugeridos pelos Estados Unidos, país desenvolvido, para acompanhar a sua população idosa no ano 2000 pôde ser encontrada no Brasil.

3 - Com base nos indicadores dos Estados Unidos do ano 2000, os idosos brasileiros têm mais baixa escolaridade, no entanto, são próximas as características relacionadas à saúde dos idosos nos dois países.

- O estudo propõe:

1 - Considerar os indicadores da população idosa dos Estados Unidos como uma das referências teóricas do Brasil.

2 - Publicar séries históricas de indicadores para idosos brasileiros.

3 - Aprimorar questões dos instrumentos de pesquisas brasileiras, já existentes, com vista a obter indicadores para idosos.

4 - Incluir, em inquéritos nacionais, questões sobre temas relacionados a pessoas com sessenta anos e mais de idade. Exemplo são os comprometimentos de memória, crimes violentos e atividade social.

5 - Sugerir os indicadores do Quadro 12 como estratégicos para acompanhamento da população idosa do Brasil.

QUADRO 12 – Indicadores estratégicos para acompanhamento da população idosa no Brasil

28 itens estratégicos a serem acompanhados para avaliar o bem-estar de idosos no Brasil

Demográficos

- 1 número na população
- 2 composição racial e étnica
- 3 estado civil
- 4 grau de escolaridade
- 5 arranjo familiar

Econômicos

- 6 índice de pobreza
- 7 distribuição de acordo com a renda
- 8 fontes de renda
- 9 a renda
- 10 participação na força de trabalho
- 11 despesa com moradia

Condição de saúde

- 12 expectativa de vida
- 13 causas de mortalidade
- 14 problemas de saúde crônicos relatados
- 15 sintomas de depressão
- 16 avaliação do seu próprio estado de saúde
- 17 incapacidades

Fatores de riscos para a saúde e hábitos de vida

- 18 estilo de vida sedentário
- 19 vacinação
- 20 realização de mamografia
- 21 qualidade da dieta

Assistência à saúde

- 22 despesa com assistência à saúde
- 23 composição das despesas com assistência à saúde
- 24 despesas extras com assistência à saúde
- 25 acesso à assistência de saúde
- 26 uso dos serviços de saúde
- 27 utilização de instituições de longa permanência
- 28 assistência domiciliar

Fonte: Adaptação da autora com base na tabela de indicadores apresentada pela *Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics*, 2006.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.N. **Determinantes do consumo de famílias com idosos e sem idosos com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares 1995/96**. 2002. 109f. Dissertação (Mestrado em Ciências-Área de Concentração Economia Aplicada)- Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2002.

ALMEIDA, M. F. et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.

ALVES, J. E. D. População, bem-estar e tecnologia: debate histórico e perspectivas. **Multiciência**, n. 6, p.1-24, 2006.

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.cmf.org/usr_doc/Chartbook.ppt#9>. Acesso em: 10 dez. 2006.

BANNOB, S. M. Training need and services for elderly care in developing countries: models from România, Barbados and Kuwait. **International Journal of Aging & Human Development**, v. 34, n. 2, p. 125-134, 1992.

BARBOTTE, E. et al. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. **Bulletin of the World Health Organization**. Genebra, v. 79, n.11, p. 1047-1055, 2001.

BARRETO, S.M.; KALACHE, A.; GIATTI, L. Does health status explain gender dissimilarity in health use among older adult? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 347-355, 2006.

BARROS, R. P.; MENDONÇA, R. Uma caracterização das condições de pobreza e de desigualdade no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea, 1999, 11p.

BARROS, R. P.; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. **Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. Texto para discussão nº 686/1999**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1999, 27p.

BASTOS, G. K. **Internet e Informática para Profissionais da Saúde**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, 298 p.

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.

BELTRÃO, K.I. **Comparação de informações sobre saúde das populações brasileira e norte americana baseada em dados da PNAD/98 E NHIS/96**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências e Estatísticas, 2002, p. 54. Disponível em: <http://www.ence.ibge.gov.br/publicacoes/textos_para_discussao/textos/texto_2.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2006.

BERQUÓ, E. Demographic evolution of the Brazilian Population during the Twentieth Century. In: HOGAN, D. J. (Org). **Population Change in Brazil: contemporary perspectives**. São Paulo: NEPO/UNICAMP, 2001.

BOLETIM SISVAN. Disponível em < <http://www.saude.gov.br/nutricao/boletim> > Acesso em: 26 jan. 2006.

BRANCH, L.G.; RICHMOND, J. B.; ROGERS, D. E.; WILSON, R.W.; ADAMS, M. M. E. Health indicator for an aging population. In: NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. **Health of an Aging America**. Washington: Government Printing Office, 1988. chap. 2, p. 106-108.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. 2. ed. Brasília: NESP/UnB, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis no Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 68p.

BROOM, D.M.; MOLENTO, C. F. M. Bem-estar animal: conceito e questões relacionadas - Revisão. **Archives of Veterinary Science**, v. 9, n. 2, p. 1-11, 2004.

CAMARANO, A. A. **Idosos brasileiros: indicadores de condição de vida e acompanhamento de políticas**. Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos. Brasília, 2005.

CAMPOS, A. et al. (Org.). **Atlas da exclusão social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003, 2 v. 167 p.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; LEITÃO E MELO, J. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. cap.1, p. 25-73.

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.

CARNEIRO, F. et al. Meeting report: development of environmental health indicators in Brazil and other countries in the Americas. **Environmental Health Perspectives**, v. 114, n. 9, p. 1407-1408, 2006.

CARVALHO, R.L.; WONG L.R. Algumas evidências sobre a evolução da saúde em diversas coortes de idosos (1998-2003). **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**, Caxambu, MG, Brasil, 2006. Disponível em:
< http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_606.pdf >
Acesso em: 3 jan. 2007.

CASTILLO-SALGADO, C. Medición de las desigualdades de salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 12, n. 6, p. 371-372, 2002.

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

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana no nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

COMISSÃO COORDENADORA CENTRAL DO ESTUDO MULTICÊNTRICO DA PREVALÊNCIA DO DIABETES MELLITUS NO BRASIL. Estudo multicêntrico da prevalência do diabetes mellitus no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 1, n. 3, p. 47-73, 1992.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1992, Santafé de Bogotá, Colômbia. **Declaração de Santafé de Bogotá**. Santafé de Bogotá: Ministério da Saúde da Colômbia e Organização Pan-Americana da Saúde, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA e INOVAÇÃO EM SAÚDE, 2., 2004, Brasília. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Saúde, 2004.

COTT, C. A.; GIGNAC, M. A. M.; BADLEY, E. M. Determinant of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. **Epidemiology Community Health**, v. 53, p. 731-736, 1999.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/ 1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.

DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 jan. 2006.

EBRAHIM, S.; KALACHE, A.(Ed.). **Epidemiology in Old Age**. London: BMJ Publishing Group, 1996.

FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS. **Older Americans 2000: key indicators of well-being. Federal Interagency Forum on Aging-related Statistics**, Washington, DC: US. Government Printing Office. August 2000. Disponível em: <<http://www.agingstats.gov>>. Acesso em: 7 fev. 2006.

FRIES, J.F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. **The New England Journal of Medicine**, v. 303, n. 3, p. 130-135, 1980.

GALEANO, E. As veias abertas da América Latina. 43. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002, 307p.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E.; LIMA COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, 2005.

GUTTMAN, C. Older Americans 2000. **Geriatrics**, v. 55, n. 10, p. 63-69, 2000.

HEALTH INDICATORS. Disponível em: <<http://www.dhs.ca.gov/default.htm>> Acesso em 12 dez. 2003.

HEALTH STATUS INDICATORS. Disponível em: <<http://www.umanitoba.ca>> Acesso em 15 jan. 2006.

HOLANDA, A. B. **Novo Aurélio Século XXI: o Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004, 2128p.

HOLMES, A. M. A. Quality-Based societal health statistic for Canada, 1985. **Social Science & Medicine**, v.10, n. 41, p. 1417-1427, 1995.

IDLER, E.L., BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty seven community studies. **J Health Soc Behav**, v. 38, p. 21-37, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA 2006. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 20 jan. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de Emprego e Rendimento. **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde: 1998: Brasil / IBGE**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: < http://www_ibge.gov.br > Acesso em: 25 jan. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde: 2003 / IBGE**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> > Acesso em: 25 jan. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico: 2000**. Rio de Janeiro: Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br> > Acesso em 25 out. 2006

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico / IBGE. -v.1 (1940-)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 25 jan. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Índices de Preços. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> > Acesso em: 25 jan. 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, INCA. Disponível em:

< <http://www.inca.gov.br> > Acesso em: 6 fev. 2006.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Ipea. Disponível em:
<<http://www.ipea.gov.br>> Acesso em: 5 jan. 2007.

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

KOPEC, J. A. et al. Measuring population health: correlates of the health utilities index among english and french Canadians. **Canadian Journal of Public Health**, v. 91, n. 6, p. 465-470, 2000.

KRISTJANSSON, B.; BREITHAUPT, K.; MCDOWELL, I. Developmente and validation of an indicator of support for community-residing older Canadians. **International Psychogeriatrics**, v. 13, supl. 1, p. 125-135, 2001.

KRISTJANSSON, B. Et al. Optimal cut-points when screening for more than one disease state: an example from the Canadian study of health aging. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 49, n. 12, p. 1423-1428, 1996.

LATINO ELDERLY HEALTH STATUS INEQUITES. Disponível em:
< http://academic.udayton.edu/helath/01_status/Elderly01b.htm > Acesso em: 31 jan. 2006.

LEBRÃO, M. L. **SABE - Saúde, Bem-estar e envelhecimento-O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Maria Lucia Lebrão, Yeda A de Oliveira Duarte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, 255p.

LEITE, I. C. et al. Comparação das informações sobre a prevalência de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da Pnad/98 e as estimadas pelo estudo Carga de Doenças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 733-741, 2002.

LIMA E COSTA, M. F. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - Pnad/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 813-824, 2002.

LIMA E 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 E COSTA, M. F. F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares publicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n.1, p. 23-41, 2000.

LIMA E COSTA, M.F. ; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 637- 42, 2004.

LÓPEZ, O, L. Clasificación del deterioro cognitivo leve em um estúdio poblacional. **Revista de Neurologia**, v. 37, n. 2, p. 140-144, 2003.

MAGGI, B. Bem-estar. **Laboreal**, v. 2. n. 1, 2006. Disponível em:
< http://laboreal.up.pt/media/artigos/54/maggi_port.pdf> Acesso em: 30 nov. 2006.

MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; SANTOS, J. L. F. Fatores de risco para mortalidade em idosos. **Revista Saúde Pública**, p. 1-7, 2006.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R.G.; VARELLA S. **O levantamento de informações sobre as famílias nas PNADs de 1992 a 1999. Texto para discussão nº 860/2002**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2002, 27p.

MOREIRA, M.M.; CARVALHO, J. A.M. **Envelhecimento da população e aposentadoria por idade** [anais eletrônicos] In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 1992, Brasília. Disponível em:
< <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1992/t92v02a14.pdf> > Acesso em: 20 mai. 2002.

NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY 2004. Disponível em:
< <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>>. Acesso em: 7 fev. 2006.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de saúde. In: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. cap.13, p. 431-450.

OLIVEIRA, F. A.; REIS, M. A.; CASTRO E. C. C.; CUNHA, S. F.C.; TEIXEIRA, V.P.A. Doenças infecciosas como causas de morte em idosos autopsiados. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.37. p.33-36, 2004.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. Panorama de saúde: Indicadores da OCDE - Edição 2005. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/49/34/35618945.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Division de Promoción y Protección de la Salud. Salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: um cambio de paradigma. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 7, n. 1, p. 60-67, 2000.

PAGLIUCA, L. M.F.; FEITOZA, A.R.; FEIJÃO, A. R. Tétano na população geriátrica: problemática da saúde coletiva? **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 9. n.6. p. 69-75, 2001.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. P.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 383-391, 2005.

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**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.12, p. 131-138.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995, 596 p.

PINHEIRO, R.J.; VIACAVA, F.; TRAVASSO, C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

POCHMANN, M.; AMORIM, R.(Org.). **Atlas da exclusão social no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003, 1 v.

POCHMANN, M. et al. (Org.). **Atlas da exclusão social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2004, 3 v.

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Disponível em: < www.aids.gov.br > Acesso em: 26 jan. 2006.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-98, 2003.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, 2002. 299 p. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> > Acesso em: 25 jan. 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. Ministério da Saúde. **IDB 2002 Brasil Indicadores e Dados Básicos para a Saúde**. Brasília, 2002. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> > Acesso em: 25 jan. 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. Ministério da Saúde. **IDB 2004 Brasil Indicadores e Dados Básicos para a Saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> > Acesso em: 25 jan. 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. Ministério da Saúde. **IDB 2005 Brasil Indicadores e Dados Básicos para a Saúde**. Brasília, 2005. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> > Acesso em: 3 jan. 2007.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. Comitê Temático Interdisciplinar (Cti): Saúde do Idoso. **Relatório Final, 2005**. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/ripsa/UploadArq/relato_final_com_fichas\[1\].pdf](http://www.opas.org.br/ripsa/UploadArq/relato_final_com_fichas[1].pdf)> Acesso em: 5 jan. 2007.

ROMERO, D.E. Diferenças de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 7, n. 4, p. 777-794, 2002.

SÁ JUNIOR, L.S.M. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, jul. /ago. /set. 2004. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004#> >. Acesso em: 27 jun. 2005.

SANTA CRUZ COUNTY 2003 HEALTH ALMANAC. Disponível em: < <http://www.santacruzhealth.org>> Acesso em: 12 dez. 2003.

SCAZUFCA, M. et al. Investigações sobre demência nos países em desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n.6, p. 773-778, 2002.

SCHNEIDER, M.C. Nota técnica: Resumen de los indicadores más utilizados para la medición de desigualdades de salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.12, n. 6, p. 462-464, 2002.

SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.

SILVESTRE, J. A. O impacto da vacinação antiinfluenza na população idosa. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. cap. 67, p. 569-573.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

SILVESTRE, J. A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, v. 0, n. 1, p. 81-89, 1996.

SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br>> Acesso em: 5 jan. 2007.

SOUSA, L; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 364-371, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726 p.

THE CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING WORKING GROUP. Disability and frailty among elderly Canadians: a comparison of six surveys. **International Psychogeriatrics**, v.13 Sup, n. 1, p. 159-167, 2001.

THE HEALTH OF CANADIAN – THE FEDERAL ROLE INTERIM REPORT. Disponível em: <<http://www.parl.gc.ca>> Acesso em: 5 dez. 2004.

US CENSUS BUREAU. CENSUS 2000. Disponível em: <www.census.gov/main/www/cen2000.html> Acesso em: 16 nov. 2006.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. **Medicare Program - General Information. Overview 2006**. USA; 2006. Disponível em: < <http://www.cms.hhs.gov/MedicareGenInfo/> >. Acesso em: 19 nov. 2006.

VALE, F. A. C. et al. Proposta de um glossário de termos traduzidos de usos freqüente em neurociências da cognição e comportamento. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 63, supl. 2, p. 3-17, 2005.

VALENZUELA B, M. T. Indicadores de salud: características, usos y ejemplos. **Ciencia & Trabajo**, n. 17, 2005. Disponível em: < <http://www.cienciaytrabajo.cl/> > Acesso em: 10 nov. 2006.

VAN BELLEN H. M. **Indicadores de sustentabilidade: uma análise comparativa**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005, 253 p.

VASCONCELOS, A. M. N. A qualidade das estatísticas de óbitos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 15, n. 1, p.115-124, 1998.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 705-15, 2003.

VERAS, R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. **Revista USP**, v. 51, p. 72-85, 2001.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

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.

WALKER, J.D. et al. Does Self-Rated Health Predict Survival in Older Persons with Cognitive Impairment? **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 52. n.11, p. 1895-1900, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The uses of epidemiology in the study of the elderly: report of a WHO scientific group on the epidemiology of aging**. Geneva: WHO; 1984. Technical Report Series n° 706.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Catalogue of Health Indicators: a selection of important health indicators recommended by WHO Programmes.** Genebra: WHO; 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Disability prevention and rehabilitation.** Genebra: WHO; 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL-100: versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida, 1998.** Disponível em:
< <http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 30 nov. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life.** Genebra: WHO; 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Figuras de 1 a 31

Fontes utilizadas para compor os 31 indicadores do estudo

Indicadores de saúde dos idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos.

Apresentação das fontes

1º as fontes dos 31 indicadores são apresentadas em figuras. As 31 figuras levam o número, o nome e contém esclarecimentos sobre cada indicador, no Brasil e nos EUA;

2º depois dos esclarecimentos sobre cada indicador, as figuras trazem a reprodução das fontes brasileiras onde foram encontrados. Estas fontes são identificadas com o mesmo número do indicador ao qual está relacionada, seguido de uma letra;

3º posteriormente as fontes com dados brasileiros estão as fontes com dados dos EUA também identificadas com o mesmo número do indicador ao qual está relacionada seguido de uma letra.

4º Foram inseridos destaques em algumas fontes, sinalizando as principais informações utilizadas.

5º Algumas figuras das fontes são repetidas em diferentes indicadores com o objetivo de revelar diferentes aspectos extraídos de uma mesma fonte.

Ordem das fontes

- 1^a Número de idosos absoluto e relativo
- 2^a Composição racial e étnica
- 3^a Estado civil
- 4^a Grau de escolaridade
- 5^a Arranjo familiar
- 6^a Pobreza
- 7^a Distribuição de acordo com renda
- 8^a Fontes de renda
- 9^a Valor da renda líquida
- 10^a Participação na força de trabalho
- 11^a Despesas com outros imóveis
- 12^a Esperança de vida aos 65 anos
- 13^a Mortalidade

- 14^a Morbidade auto-referida
- 15^a Comprometimento de memória
- 16^a Depressão auto-referida
- 17^a Percepção da saúde
- 18^a Incapacidades
- 19^a Atividade social
- 20^a Insuficientemente ativos
- 21^a Cobertura vacinal por influenza
- 22^a Mamografia nos últimos dois anos
- 23^a Qualidade da dieta
- 24^a Crimes violentos
- 25^a Despesas com assistência à saúde
- 26^a Componentes das despesas mensais com saúde
- 27^a Despesas extras com saúde
- 28^a Acesso ao serviço de saúde
- 29^a Utilização dos serviços de saúde na rede SUS
- 30^a Utilização de domicílios coletivos (número de habitantes)
- 31^a Assistência domiciliar

FIGURA 1

INDICADOR 1 - Número de idosos

Esclarecimentos sobre o indicador 1 no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006):

- Número de idosos: número total de pessoas (em milhões) com 65 anos e mais residentes no Brasil, no ano 2000.
- Proporção na população: percentual de pessoas com 65 anos e mais de idade, na população total residente no Brasil, em 2000.

Fontes do indicador 1 no Brasil:

Figura 1A - População residente com 60 anos e mais por sexo e grupos de idade. Brasil, 2000.

Grupos de idade	Total	Sexo	
		Homens	Mulheres
60 a 64 anos	4611961	2155967	2455993
65 a 69 anos	3579637	1631458	1948180
70 a 74 anos	2774530	1246425	1528105
75 a 79 anos	1785253	786515	998738
80 a 84 anos	1024297	425642	598656
85 a 89 anos	520318	203270	317048
90 a 94 anos	169344	60079	109265
95 a 99 anos	47861	15326	32534
100 anos ou mais	25787	2948	22839
TOTAL			
	60 e mais	14538988	6527630
→	65 e mais	9927027	4371663
			8011358

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br> Acesso em 25/10/2006

Figura 1B - Percentual da população residente com 60 anos e mais. Brasil, 2000.

Grupos de idade	%
60 a 64 anos	2,71
65 a 69 anos	2,11
70 a 74 anos	1,63
75 a 79 anos	1,05
80 a 84 anos	0,6
85 a 89 anos	0,31
90 a 94 anos	0,1
95 a 99 anos	0,03
100 anos ou mais	0,02
TOTAL	
	60 e mais
→	65 e mais
	8,56
	5,85

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br> . Acesso em 25/10/2006

Esclarecimentos sobre o indicador 1 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Number of Older Americans: Middle-series projections of the resident population age 65 and older. Data on populations in the United States are often collected and published according to several different definitions. Various statistical systems then use the appropriate population for calculating rates. The resident population of the United States includes persons resident in the 50 States and the District of Columbia. It excludes residents of the Commonwealth of Puerto Rico, and residents of the outlying areas under United States sovereignty or jurisdiction (principally American Samoa, Guam, Virgin Islands of the United States, and the Commonwealth of the Northern Mariana Islands). The definition of residence conforms to the criterion used in the 1990 census, which defines a resident of a specified area as a person “usually resident” in that area. The resident population excludes the United States Armed Forces overseas, as well as civilian United States citizens whose usual place of residence is outside the United States.

Fontes do indicador 1 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 1C - Total number of persons age 65 or older by age group, 1900 to 2050, in millions.

	65 OR OLDER	65 OR OLDER	85 OR OLDER	85 OR OLDER
1900	3.1	3.1	0.1	0.1
1910	4.0	4.0	0.2	0.2
1920	4.9	4.9	0.2	0.2
1930	6.6	6.6	0.3	0.3
1940	9.0	9.0	0.4	0.4
1950	12.3	12.3	0.6	0.6
1960	16.6	16.6	0.9	0.9
1970	20.1	20.1	1.5	1.5
1980	25.5	25.5	2.2	2.2
1990	31.2	31.2	3.1	3.1
	(MIDDLE-SERIES PROJECTIONS)	(HIGH-SERIES PROJECTIONS)	(MIDDLE-SERIES PROJECTIONS)	(HIGH-SERIES PROJECTIONS)
2000	34.8	34.9	4.3	4.3
2010	39.7	40.5	5.8	5.9
2020	53.7	56.2	6.8	7.3
2030	70.3	75.7	8.9	10.1
2040	77.2	87.1	14.3	16.8
2050	82.0	98.3	19.4	23.9

Reference population: These data refer to the resident population.

Source: U.S. Census Bureau, 1900-1980, 1980 Census of Population, General Population Characteristics, United States Summary (PC80-1-B1); 1990, 1990 Census of Population, General Population Characteristics, United States Summary (CP-1-1); and 2000-2050, Population Projections of the United States by Age, Sex, Race, Hispanic Origin, and Nativity: 1999 to 2100; published January 2000, www.census.gov/population/www/projections/hatproj.html.

Figura 1D - Percentage of the population age 65 and older and age 85 and older, 1900 to 2050.

	65 OR OLDER	65 OR OLDER	85 OR OLDER	85 OR OLDER
1900	4.1	4.1	0.2	0.2
1910	4.3	4.3	0.2	0.2
1920	4.7	4.7	0.2	0.2
1930	5.4	5.4	0.2	0.2
1940	6.9	6.9	0.3	0.3
1950	8.2	8.2	0.4	0.4
1960	9.2	9.2	0.5	0.5
1970	9.9	9.9	0.7	0.7
1980	11.3	11.3	1.0	1.0
1990	12.6	12.6	1.2	1.2
	(MIDDLE-SERIES PROJECTIONS)	(HIGH-SERIES PROJECTIONS)	(MIDDLE-SERIES PROJECTIONS)	(HIGH-SERIES PROJECTIONS)
2000	 12.7	12.6	1.6	1.6
2010	13.2	13.0	1.9	1.9
2020	16.5	15.9	2.1	2.1
2030	20.0	18.5	2.5	2.5
2040	20.5	18.3	3.8	3.5
2050	20.3	17.8	4.8	4.3

Reference population: These data refer to the resident population.

Source: U.S. Census Bureau, 1900-1980, 1980 Census of Population, General Population Characteristics, United States Summary (PC80-1-B1); 1990, 1990 Census of Population, General Population Characteristics, United States Summary (CP-1-1); and 2000-2050, Population Projections of the United States by Age, Sex, Race, Hispanic Origin, and Nativity: 1999 to 2100; published January 2000, www.census.gov/population/www/projections/hatproj.html.

FIGURA 1 – Indicador 1 - Número de idosos

FIGURA 2

INDICADOR 2 - Composição racial e étnica

Esclarecimentos sobre o indicador 2 no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006):

- Composição racial e étnica: proporção (percentual) de pessoas com 60 anos e mais residentes no Brasil, segundo raça/cor, no ano 2000.

Fontes do indicador 2 no Brasil:

Figura 2A - População residente com 65 anos ou mais por cor ou raça, sexo, situação do domicílio e grupos de idade. Brasil, 2000.

Brasil	
Variável = População residente (Pessoas)	
Sexo = Total	
Situação do domicílio = Total	
Grupos de idade = 65 anos ou mais	
Ano = 2000	
Cor ou raça	
Branca	6.124.554
Preta	689.026
Amarela	85.231
Parda	2.924.332
Indígena	42.365

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br/> Acesso em 25/10/2006

Figura 2B - População residente com 65 anos ou mais (número e percentual) por cor ou raça e grupos de idade. Brasil, 2000.

Cor ou raça	Número	%
Branca	6124554	62
Preta	689026	7
Amarela	85231	1
Parda	2924332	30
Indígena	42365	0,4
TOTAL	9865508	100

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br>

Acesso em 25/10/2006

Esclarecimentos sobre o indicador 2 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Racial and ethnic composition: Middle-series projections of the resident population age 65 and older. Data used in this chartbook generally classified individuals into the following racial groups: American Indian and Alaska Native, Asian and Pacific Islander, black, and white. Depending on the data source, the classification by race may be based on self-classification or on observation by an interviewer or other persons filling out the questionnaire.
- Hispanic origin: includes persons of Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central and South American, and other or unknown Spanish origins. Persons of Hispanic origin may be of any race.

Fontes do indicador 2 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 2C - Projected distribution of the population age 65 and older, by race and hispanic origin, 2000 and 2050

	2000	2050
TOTAL	100.0	100.0
NON-HISPANIC WHITE	83.5	64.2
NON-HISPANIC BLACK	8.1	12.2
NON-HISPANIC AMERICAN INDIAN AND ALASKA NATIVE	0.4	0.6
NON-HISPANIC ASIAN AND PACIFIC ISLANDER	2.4	6.5
HISPANIC	5.6	16.4

Note: Data are middle-series projections of the population. Hispanics may be of any race.

Reference population: These data refer to the resident population.

Source: U.S. Census Bureau, Population Projections of the United States by Age, Sex, Race, Hispanic Origin, and Nativity: 1999 to 2100; published January 2000, www.census.gov/population/www/projections/natproj.html.

Figura 2 D - Projected population age 65 and older, by race and hispanic origin, 2000 and 2050, in thousands.

	2000	2050
TOTAL	34,836	81,999
NON-HISPANIC WHITE	29,097	52,684
NON-HISPANIC BLACK	2,827	9,997
NON-HISPANIC AMERICAN INDIAN AND ALASKA NATIVE	152	530
NON-HISPANIC ASIAN AND PACIFIC ISLANDER	822	5,366
HISPANIC	1,938	13,422

Note: Data are middle-series projections of the population. Hispanics may be of any race.

Reference population: These data refer to the resident population.

Source: U.S. Census Bureau, Population Projections of the United States by Age, Sex, Race, Hispanic Origin, and Nativity: 1999 to 2100; published January 2000, www.census.gov/population/www/projections/natproj.html.

FIGURA 2 – Indicador 2 - Composição racial e étnica

FIGURA 3

INDICADOR 3 - Estado civil

Esclarecimentos sobre o indicador 3 no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006):

- Estado civil: percentual de pessoas com 60 anos e mais residentes no Brasil, segundo estado civil, no ano 2000.

Fontes do indicador 3 no Brasil:

Figura 3A - Pessoas de 60 anos ou mais por estado civil e grupos de idade. Brasil, 2000.

Brasil					
Variável = Pessoas de 10 anos ou mais de idade (Pessoas)					
Situação do domicílio = Total					
Sexo = Total					
Condição de convivência = Total					
Ano = 2000					
Estado civil	Grupos de idade				
	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais
Total	4.611.961	3.579.637	2.774.530	1.785.253	1.787.607
Casado(a)	2.832.089	2.021.604	1.405.458	766.763	509.596
Desquitado(a) ou separado(a) judicialmente	151.659	97.370	59.100	28.890	18.698
Divorciado(a)	123.366	75.478	42.214	19.391	10.933
Viuvo(a)	763.043	826.096	858.396	699.013	932.646
Solteiro(a)	741.803	559.089	409.362	271.195	315.735

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br> Acesso em 25/10/2006

Figura 3B - Número e percentual de pessoas de 60 anos ou mais por estado civil e grupos de idade. Brasil, 2000.

Estado civil	Grupos de idade				%		
	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 ou mais	60 e mais	65 e mais
Casado(a)	4611961	3579637	2774530	1785253	1787607	52	47
Desquitado(a) ou separado(a) judicialmente	2832089	2021604	1405458	766763	509596	2	2
Divorciado(a)	151659	97370	59100	28890	18698	2	1
Viuvo(a)	123366	75478	42214	19391	10933	28	33
Solteiro(a)	763043	826096	858396	699013	932646	16	16
TOTAL	741803	559089	409362	271195	315735	100	100

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br> Acesso em 25/10/2006

Esclarecimentos sobre o indicador 3 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Marital status: The marital status classification in the Current Population Survey identifies four major categories: single (never married), married, widowed, and divorced. The “married” category is divided into married, spouse present; married, spouse absent; and separated. In the Economics section, “married” includes only the married spouse present. These data refer to the civilian noninstitutional population. Civilian noninstitutional population: is the civilian population not residing in institutions. Institutions include correctional institutions, detention homes, and training schools for juvenile delinquents; homes for the older population and dependent (for example, nursing homes and convalescent homes); homes for dependent and neglected children; homes and schools for the mentally or physically handicapped; homes for unwed mothers; psychiatric, tuberculosis, and chronic disease hospitals; and residential treatment centers.

Fontes do indicador 3 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 3C - Marital status of the population age 65 and older, by age group and sex, 1998.

	TOTAL	MARRIED	WIDOWED	DIVORCED	NEVER MARRIED
TOTAL					
65 OR OLDER	100.0	56.6	32.5	6.7	4.3
65 TO 74	100.0	65.8	21.6	8.4	4.2
75 TO 84	100.0	49.8	41.1	4.7	4.3
85 OR OLDER	100.0	25.9	65.2	3.7	5.2
MEN					
65 OR OLDER	100.0	75.1	14.9	6.1	3.8
65 TO 74	100.0	79.2	8.9	7.8	4.1
75 TO 84	100.0	73.5	19.6	3.7	3.2
85 OR OLDER	100.0	49.9	42.1	3.6	4.5
WOMEN					
65 OR OLDER	100.0	42.9	45.2	7.1	4.7
65 TO 74	100.0	54.9	31.9	8.9	4.3
75 TO 84	100.0	34.1	55.6	5.4	5.0
85 OR OLDER	100.0	13.4	77.3	3.7	5.5

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: March Current Population Survey.

FIGURA 3 – Indicador 3 - Estado civil

FIGURA 4

INDICADOR 4 - Grau de escolaridade

Esclarecimentos sobre o indicador 4 no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006):

- Grau de escolaridade: percentual de pessoas com 60 anos e mais residentes no Brasil, segundo nível educacional concluído, no ano 2000.

Fontes do indicador 4 no Brasil:

Figura 4A - Pessoas de 25 anos ou mais de idade por nível educacional concluído, cor ou raça e grupos de idade.

Nível educacional concluído	Grupos de idade			%
	60 a 69 anos	70 anos ou mais	Total	
Nenhum	2414924	2611083	5026007	35
Alfabetização de adultos	28356	24870	53226	0
Fundamental incompleto - 1ª série a 3ª série	2045954	1409131	3455085	24
Fundamental incompleto - 4ª série a 7ª série	2241218	1452598	3693816	25
Fundamental	496133	309568	805701	6
Subtotal (outro)	7226585	5807250	13033835	90
Médio	532730	302269	834999	6
Subtotal (médio)	532730	302269	834999	6
Superior - graduação	328108	168061	496169	3,4
Superior - mestrado ou doutorado	24224	10250	34474	0,2
Subtotal (graduação, mestrado ou doutorado)	352332	178311	530643	4
TOTAL	8191598	6347390	14538988	100

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br> Acesso em 25/10/2006

Esclarecimentos sobre o indicador 4 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Educational attainment: educational attainment refers to the highest level of school completed or highest degree received. For persons who attended school beyond high school, highest degree is recorded, rather than years in college. These data refer to the civilian noninstitutional population.
- Civilian noninstitutional population: is the civilian population not residing in institutions. Institutions include correctional institutions, detention homes, and training schools for juvenile delinquents; homes for the older population and dependent (for example, nursing homes and convalescent homes); homes for dependent and neglected children; homes and schools for the mentally or physically handicapped; homes for unwed mothers; psychiatric, tuberculosis, and chronic disease hospitals; and residential treatment centers.

Fontes do indicador 4 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 4B - Percentage of the population age 65 and older with a high school diploma or higher and bachelor's degree or higher, 1950 to 1998

	1950	1960	1970	1980	1990	1998
HIGH SCHOOL DIPLOMA OR HIGHER	17.7	19.1	27.1	40.7	53.2	67.0
BACHELOR'S DEGREE OR HIGHER	3.6	3.7	5.5	8.6	10.7	14.8

Reference population: Data for 1980 and 1998 refer to the civilian noninstitutional population. Data for other years refer to the resident population.

Source: Population Census Volumes 1950, 1960, 1970, and 1990; March Current Population Survey, 1980 and 1998.

Figura 4C - Percentage of the population age 65 and older with a high school diploma or higher and bachelor's degree or higher, by race and hispanic origin, 1998

	HIGH SCHOOL DIPLOMA OR HIGHER	BACHELOR'S DEG OR HIGHER
TOTAL	67.0	14.8
NON-HISPANIC WHITE	71.6	16.0
NON-HISPANIC BLACK	43.7	7.0
NON-HISPANIC ASIAN AND PACIFIC ISLANDER	65.1	22.2
HISPANIC	29.4	5.4

Note: Hispanics may be of any race.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: March Current Population Survey.

FIGURA 4 – Indicador 4 - Grau de escolaridade

FIGURA 5

INDICADOR 5 - Arranjo familiar

Esclarecimentos sobre o indicador 5 no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006):

- Arranjo familiar: é o grupo de pessoas que mora em um domicílio, residentes no Brasil, segundo a distribuição se nucleares (mãe e pai só ou com filhos ou casal sem filhos) ou extensos (pessoas ou casais com outras pessoas ou com filhos). Estes grupos nas Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílio (Pnads) realizadas pelo IBGE, são chamadas de “famílias”.

Nas PNADs e censos demográficos, as “famílias” são identificadas pelo entrevistador, no momento da entrevista, sem questões predeterminadas. Os entrevistadores são instruídos a realizar quantas perguntas forem necessárias para defini-las e identificar as posições das pessoas em seu interior (cônjuge, filho etc.). Três aspectos são fundamentais para a definição das “famílias”: o número de pessoas, a identificação das gerações de parentes de primeiro grau e sua situação conjugal. As regras básicas para sua definição são quatro:

- 1) havendo mais de uma pessoa residindo no domicílio, deve haver pelo menos duas pessoas em cada “família”,¹ o que, na prática, significa que um arranjo domiciliar deve possuir ao menos quatro membros para que nele habite mais de uma “família”;
- 2) a definição de “família” depende integralmente da identificação de um chefe ou pessoa de referência e de sua relação com os demais indivíduos residentes no domicílio. Não é necessário que essas pessoas possuam algum grau de parentesco;
- 3) uma mesma “família” comporta apenas duas gerações sucessivas de parentes de primeiro grau descendentes da pessoa de referência se esta possui um cônjuge. Todavia, no caso de parentes ascendentes, ou pessoa de referência sem cônjuge, é possível a convivência de três ou mais gerações; e
- 4) uma “família” comporta apenas um casal. Dois ou mais casais implicam a subdivisão em novas “famílias”.

(MEDEIROS, OSÓRIO, VARELLA, 2002)

Fontes do indicador 5 no Brasil:

Figura 5A - Distribuição percentual dos idosos* na amostra da PNAD/98 segundo as categorias das variáveis socioeconômicas e sociodemográficas. Brasil, 1998

	Total	Homens	Mulheres
População idosa da PNAD/98*	20.748	9.082	11.667
Grupo de idade idoso			
65-69	37.8	39.8	36.2
70-74	27.5	27.4	27.6
75-80	17.1	17.3	17.0
80 +	17.6	15.5	19.2
Sabe ler e escrever?			
Não (analfabetas)	39.2	35.6	42.0
Sim (alfabetas)	60.8	64.4	58.0
Rendimento familiar <i>per capita</i> (RFPC)			
Menor a 2 salários-mínimos	61.9	63.0	61.1
de 2 a 5 salários-mínimos	21.9	21.6	22.2
5 e mais salários-mínimos	16.2	15.4	16.7
Aporte do idoso na Renda Familiar (RF)			
Não aportam	10.4	3.2	16.0
Aportam de 1 a 50% da RF	44.4	38.8	48.8
Aportam o 100% da RF	28.2	32.0	25.3
Região			
Urbana	79.0	75.7	81.5
Rural	21.0	24.3	18.5
Raça			
Branca	61.6	60.2	62.7
Não Branca	38.4	39.8	37.3
Arranjo familiar			
Mora casal s/filhos	31.2	40.6	23.8
Mora casal c/filhos	30.1	40.3	22.2
Sem cônjuge c/filhos	16.4	7.1	23.5
Sem cônjuge s/ filho c/parente	9.2	3.3	13.7
Mora sozinho	13.2	8.7	16.7
mora só com cônjuge (a)	24.2	32.6	17.6
mora com pelo menos um filho de 18 anos ou mais	33.3	33.0	33.6
mora com menores de 18 anos	32.7	33.3	32.1
Número de famílias no domicílio			
Uma	98.22	98.34	98.12
Mais de uma	1.78	1.66	1.88
Condição no domicílio**			
chefe	58.4	87.5	33.8
cônjuge	21.5	2.5	37.6
outro parente	19.0	9.2	27.3
agregado	1.0	0.9	1.2

* Amostra ponderada com os pesos proporcionais.

** Excluem-se pessoas que moram sozinhas as quais foram classificadas nessa variável como chefe.

*Considera idosas pessoas com 65 anos e mais de idade.
(ROMERO, 2002)

Esclarecimentos sobre o indicador 5 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Living arrangements: Data are divided into four categories: alone, with nonrelatives, with other relatives and with spouse.

Fontes do indicador 5 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 5B - Living arrangements of the population age 65 and older, by sex and race and hispanic origin, 1998.

	WITH SPOUSE	WITH OTHER RELATIVES	WITH NON-RELATIVES	ALONE
MEN				
TOTAL	72.6	7.0	3.0	17.3
WHITE	74.3	6.0	2.7	17.0
BLACK	53.5	14.8	6.8	24.9
ASIAN AND PACIFIC ISLANDER	72.0	20.8	0.6	6.6
HISPANIC	66.8	15.0	4.3	14.0
WOMEN				
TOTAL	40.7	16.8	1.7	40.8
WHITE	42.4	14.8	1.6	41.3
BLACK	24.3	32.2	2.7	40.8
ASIAN AND PACIFIC ISLANDER	41.3	36.7	0.8	21.2
HISPANIC	36.9	33.8	1.8	27.4

Note: Hispanics may be of any race.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: March Current Population Survey.

Figura 5C - Percentage of the population age 65 and older living alone, by age group and sex, 1970 to 1998.

	1970	1980	1990	1998
MEN				
65 TO 74	11.3	11.6	13.0	13.9
75 OR OLDER	19.1	21.6	20.9	22.3
WOMEN				
65 TO 74	31.7	35.6	33.2	30.2
75 OR OLDER	37.0	49.4	54.0	52.9

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: U.S. Census Bureau, Current Population Survey Reports, "Marital Status and Living Arrangements: March 1994" (P20-484) and March 1998 (Update) (P20-514).

Figura 5D - Calculation of the percentage of the population age 65 and older living alone, by age group and sex, 1970 to 1998.

Living arrangement	Men	Women	Medium
With spouse	72,6	40,7	56,65
Subtotal (with spouse)	72,6	40,7	56,65
With other relatives	7	16,6	11,8
With non-relatives	3	1,7	2,35
Subtotal (with other relatives or with non-relatives)	10	18,3	14,15
Alone	17,3	40,8	29,05
Subtotal (alone)	17,3	40,8	29,05
TOTAL	100	100	100

Fonte: Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2006.

FIGURA 5 – Indicador 5 - Arranjo familiar

FIGURA 6

INDICADOR 6 - Pobreza

Esclarecimentos sobre o indicador 6 no Brasil (BARROS, MENDONÇA, 1999):

- Pobreza: foram considerados pobres todos os indivíduos que possuem renda domiciliar per capita inferior a uma dada linha de pobreza. A linha de pobreza escolhida é a proposta por Barros e Mendonça (1999).

Fontes do indicador 6 no Brasil:

Figura 6A - Linhas regionais da pobreza. Brasil, 1997

Linhas Regionais de Pobreza

(Em R\$ de 1997)

Região/Área	Linha de Pobreza
<i>Centro-Oeste</i>	
Urbano	77,0
Distrito Federal	89,5
<i>Nordeste</i>	
Urbano	92,6
Rural	82,6
Fortaleza	82,0
Recife	107,6
Salvador	101,4
<i>Norte</i>	
Urbano	95,1
Belém	95,0
<i>Sudeste</i>	
Rural	62,0
Urbano	72,6
Belo Horizonte	80,7
Rio de Janeiro	
Metropolitano	103,2
Rural	78,8
Urbano	87,6
<i>São Paulo</i>	
Metropolitano	103,9
Rural	75,1
Urbano	92,0
<i>Sul</i>	
Urbano	90,7
Rural	82,6
Curitiba	95,1
Porto Alegre	115,2

Fonte: Construída com base no PNAD de 1997.

2 Um idoso com renda domiciliar *per capita* exatamente igual à linha de pobreza pode, por exemplo, estar em situação de bem-estar inferior à de um não-idoso nas mesmas condições, por gastar parte significativa da renda em remédios. No caso, o idoso poderia ser classificado como pobre e o não-idoso como não-pobre.

(BARROS et al, 1999)

Figura 6B - A estrutura da pobreza para pessoas idosas (60 anos ou mais) e não-idosas: magnitude da pobreza no interior da categoria. Brasil, 1997.

	25 a 59 Anos			60 Anos ou Mais		
	Percentagem de Pobres (p0)	Hiato de Renda Médio (p1)	Hiato de Renda Quadrático Médio (p2)	Percentagem de Pobres (p0)	Hiato de Renda Médio (p1)	Hiato de Renda Quadrático Médio (p2)
<i>Brasil</i>	30,6	13,6	8,3	22,9	8,1	4,2
<i>Característica das pessoas</i>						
<i>Gênero</i>						
Homem	29,8	13,2	8,1	23,1	8,8	4,6
Mulher	31,5	14,0	8,5	20,3	7,2	3,6
<i>Cor</i>						
Branco	20,3	8,4	5,0	15,2	5,2	2,6
Amarelo ou indígena	15,9	7,5	4,8	9,6	3,1	1,8
Pardo	45,5	21,4	13,3	36,3	13,2	6,8
Preto	40,0	17,2	10,2	32,6	12,1	6,3
<i>Nível educacional</i>						
0 ano de estudo	62,4	31,4	20,1	33,1	12,3	6,3
1 ano de estudo	47,4	21,6	13,1	20,4	7,2	3,7
4 anos de estudo	30,6	12,4	7,2	11,3	4,2	2,2
8 anos de estudo	18,2	6,8	3,9	6,4	2,3	1,2
11 anos de estudo	6,2	2,4	1,5	2,0	0,9	0,6
<i>Estrutura familiar</i>						
<i>Posição no domicílio</i>						
Agregado	21,7	7,3	3,6	22,8	9,4	5,4
Cônjuge	31,8	14,5	8,9	21,1	6,6	3,1
Outro parente	27,6	10,4	5,6	23,7	8,5	4,3
Chefe	31,6	14,6	9,1	23,4	8,6	4,5
Filho	25,0	9,0	4,7	26,0	8,8	4,4

Fonte: PNAD/1997

(BARROS et al, 1999)

Esclarecimentos sobre o indicador 6 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Poverty level: Poverty statistics are based on definitions originally developed by the Social Security Administration. These include a set of money income thresholds that vary by family size and composition. Poverty thresholds are based on money income and do not include noncash benefits, such as food stamps. Families or individuals with income below their appropriate thresholds are classified as below the poverty level. These thresholds are updated annually by the U.S. Census Bureau to reflect changes in the Consumer Price Index for all urban consumers (CPI-U). For example, the average poverty threshold for a family of four was \$13,359 in 1990, \$16,036 in 1996, and \$16,660 in 1998. For more information, see: Money Income of Households, Families, and Persons in the United States, 1996. U.S. Census Bureau. Current Population Reports. P-60. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Fontes do indicador 6 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 6C - Percentage of persons age 65 or older living in poverty, by selected characteristics, 1998.

TOTAL	10.5
MEN	7.2
WOMEN	12.8
MARRIED	4.9
NONMARRIED	17.4
NON-HISPANIC WHITE	8.2
NON-HISPANIC BLACK	26.4
NON-HISPANIC ASIAN AND PACIFIC ISLANDER	16.0
HISPANIC	21.0

Note: The poverty level is based on money income and does not include noncash benefits, such as food stamps. Poverty thresholds reflect family size and composition and are adjusted each year using the annual average Consumer Price Index level. For more detail, see U.S. Census Bureau, Series P-60, No. 207. For information on the measurement of poverty see note below.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: March Current Population Survey.

Figura 6D - Percentage of the population living in poverty, by age group, 1959 to 1998.

	UNDER 18	18 TO 64	65 OR OLDER	65 TO 74	75 TO 84	85 OR OLDER
1959	27.3	17.0	35.2	—	—	—
1960	26.9	—	—	—	—	—
1961	25.6	—	—	—	—	—
1962	25.0	—	—	—	—	—
1963	23.1	—	—	—	—	—
1964	23.0	—	—	—	—	—
1965	21.0	—	—	—	—	—
1966	17.6	10.5	28.5	—	—	—
1967	16.6	10.0	29.5	—	—	—
1968	15.6	9.0	25.0	—	—	—
1969	14.0	8.7	25.3	—	—	—
1970	15.1	9.0	24.6	—	—	—
1971	15.3	9.3	21.6	—	—	—
1972	15.1	8.8	18.6	—	—	—
1973	14.4	8.3	16.3	—	—	—
1974	15.4	8.3	14.6	—	—	—
1975	17.1	9.2	15.3	—	—	—
1976	16.0	9.0	15.0	—	—	—
1977	16.2	8.8	14.1	—	—	—
1978	15.9	8.7	14.0	—	—	—
1979	16.4	8.9	15.2	—	—	—
1980	18.3	10.1	15.7	—	—	—
1981	20.0	11.1	15.3	—	—	—
1982	21.9	12.0	14.6	12.4	17.4	21.2
1983	22.3	12.4	13.8	11.9	16.7	21.3
1984	21.5	11.7	12.4	10.3	15.2	18.4
1985	20.7	11.3	12.6	10.6	15.3	18.7
1986	20.5	10.8	12.4	10.3	15.3	17.6
1987	20.3	10.6	12.5	9.9	16.1	18.9
1988	19.5	10.5	12.0	10.0	14.6	17.8
1989	19.6	10.2	11.4	8.8	14.6	18.5
1990	20.6	10.7	12.2	9.7	14.9	20.2
1991	21.8	11.4	12.4	10.6	13.9	18.9
1992	22.3	11.9	12.9	10.6	15.2	19.9
1993	22.7	12.4	12.2	10.0	14.2	19.7
1994	21.8	11.9	11.7	10.1	12.8	18.0
1995	20.8	11.4	10.5	8.6	12.3	15.7
1996	20.5	11.4	10.8	8.8	12.5	16.5
1997	19.9	10.9	10.5	9.2	11.3	15.7
1998	18.9	10.5	10.5	9.1	11.6	14.2

— = NOT AVAILABLE

Note: The poverty level is based on money income and does not include noncash benefits, such as food stamps. Poverty thresholds reflect family size and composition and are adjusted each year using the annual average Consumer Price Index level. For more detail, see U.S. Census Bureau, Series P-60, No. 207. For information on the measurement of poverty see note on p. 64.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: March Current Population Survey.

FIGURA 6 – Indicador 6 - Pobreza

FIGURA 7

INDICADOR 7 - Distribuição de acordo com renda

Esclarecimentos sobre o indicador 7 no Brasil (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2007):

- Distribuição de acordo com a renda: distribuição da renda *per capita* de domicílios com idosos segundo linhas de pobreza. A linha de pobreza utilizada foi de meio salário-mínimo e a de indigência de um quarto de salário-mínimo.

Fontes do indicador 7 no Brasil:

Figura 7A - Distribuição de renda *per capita* de domicílios com idosos*. Brasil, 1998.

Classe de Renda domiciliar <i>per capita</i>	60 anos ou mais	%	65 anos ou mais	%
Menos de 1/4 de S.M.	304.850	2	162.187	2
De 1/4 de S.M. a menos de 1/2 S.M.	1.039.855	8	650.727	7
De 1/2 S.M. a menos de 1 S.M.	3.013.475	22	2.083.493	23
De 1 S.M. a menos de 2 S.M.	4.605.078	34	3.315.323	36
2 S.M ou mais	4.457.019	33	2.994.488	33
Total	13.420.277	100	9.206.218	100

Fonte: IBGE/PNAD 1998.

*Salário mínimo igual a R\$ 130,00. Não inclui as áreas rurais da região norte (IPEA, 2007).

Esclarecimentos sobre o indicador 7 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- **Income:** As defined in the Current Population Survey, income includes money income (prior to payments for personal income taxes, Social Security, union dues, Medicare deductions, etc.) from: (1) money wages or salary; (2) net income from nonfarm self-employment; (3) net income from farm self-employment; (4) Social Security or railroad retirement; (5) Supplemental Security Income; (6) public assistance or welfare payments; (7) interest (on savings or bonds); (8) dividends, income from estates or trusts, or net rental income; (9) veterans' payment or unemployment and workmen's compensation; (10) private pensions or government employee pensions; (11) alimony or child support, regular contributions from persons not living in the household, and other periodic income. Certain money receipts such as capital gains are not included.
- **Income classes:** are derived from the ratio of the family's income to the family's poverty threshold. Extreme poverty is less than 50 percent of the poverty threshold (i.e., \$3,909 for one person age 65 or over in 1998). Poverty is between 50 and 99 percent of the poverty threshold (i.e., between \$3,909 and \$7,817 for one person age 65 or over in 1998). Low income is between 100 and 199 percent of the poverty threshold (i.e., between \$7,818 and \$15,635 for one person age 65 or over in 1998). Medium income is between 200 and 399 percent of the poverty threshold (i.e., between \$15,636 and \$31,271 for one person age 65 or over in 1998). High income is 400 percent or more of the poverty threshold.
- **Income fifths:** A population can be divided into groups with equal numbers of persons based on the size of their income to show how the population differs on a characteristic at various income levels. Income fifths are five groups of equal size, ordered from lowest to highest income.

Fontes do indicador 7 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 7B - Income distribution of the population age 65 and older, 1974 to 1998.

	EXTREME POVERTY	POVERTY	LOW INCOME	MEDIUM INCOME	HIGH INCOME
1974	1.9	12.7	34.6	32.6	18.2
1975	2.0	13.3	35.0	32.3	17.4
1976	1.9	13.1	34.7	31.8	18.5
1977	1.7	12.5	35.9	31.5	18.5
1978	1.7	12.2	33.4	34.2	18.5
1979	2.4	12.9	33.0	33.6	18.2
1980	2.1	13.6	33.5	32.4	18.4
1981	2.0	13.2	32.8	33.1	18.9
1982	2.5	12.1	31.4	33.3	20.7
1983	2.2	11.5	29.7	34.1	22.4
1984	1.7	10.7	30.2	33.8	23.6
1985	2.0	10.7	29.4	34.6	23.4
1986	2.1	10.4	28.4	34.4	24.8
1987	1.9	10.6	27.8	35.1	24.7
1988	1.9	10.1	28.4	34.5	25.1
1989	2.0	9.4	29.1	33.6	25.9
1990	2.1	10.1	27.0	35.2	25.6
1991	2.2	10.1	28.0	36.3	23.3
1992	2.3	10.6	28.6	35.6	22.9
1993	2.4	9.8	29.8	35.0	23.0
1994	2.5	9.2	29.5	35.6	23.2
1995	1.9	8.5	29.1	36.1	24.3
1996	2.1	8.6	29.5	34.7	25.1
1997	2.2	8.3	28.1	35.3	26.0
1998	2.3	8.1	26.8	35.3	27.5

Note: The income classes are derived from the ratio of the family's income to the family's poverty threshold. Extreme poverty is less than 50 percent of the poverty threshold (i.e., \$3,909 for one person age 65 or over in 1998). Poverty is between 50 and 99 percent of the poverty threshold (i.e., between \$3,909 and \$7,817 for one person age 65 or over in 1998). Low income is between 100 and 199 percent of the poverty threshold (i.e., between \$7,818 and \$15,635 for one person age 65 or over in 1998). Medium income is between 200 and 399 percent of the poverty threshold (i.e., between \$15,636 and \$31,271 for one person age 65 or over in 1998). High income is 400 percent or more of the poverty threshold.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: March Current Population Survey.

FIGURA 7– Indicador 7 - Distribuição de acordo com a renda

FIGURA 8

INDICADOR 8 - Fontes de renda

Esclarecimentos sobre o indicador 8 no Brasil (ALMEIDA, 2002):

- Fontes de renda: distribuição percentual da origem do recebimento mensal, segundo faixa etária, para todas as áreas de pesquisa da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 1995/96.

Fontes do indicador 8 no Brasil:

Figura 8A - Distribuição percentual segundo a origem do recebimento mensal dos idosos conforme a faixa etária (60-64, 65-69 e 70 e mais) para todas as áreas de pesquisa da POF 1995/96.

	60 - 64	65- 69	70 - mais
Homem			
Trabalho*	51,82	45,85	20,20
Aposentadoria**	40,89	46,54	71,46
Aluguel	5,45	7,01	7,73
Pensão	1,38	0,32	0,59
Auxílio***	0,46	0,28	0,01
Total	100,00	100,00	100,00
Mulher			
Trabalho*	32,74	11,71	3,99
Aposentadoria**	53,04	65,46	77,93
Aluguel	7,64	14,43	7,48
Pensão	6,14	8,07	10,51
Auxílio***	0,45	0,33	0,09
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE (1998)

* Empregado + empregador

** Públicas + privadas

*** Moradia, transporte e combustível

(ALMEIDA, 2002)

Figura 8B - Cálculo da média da distribuição percentual segundo a origem do recebimento mensal dos idosos conforme a faixa etária (60-64, 65-69 e 70 e mais) para todas as áreas de pesquisa da POF 1995/96

Faixa etária	Sexo	Fonte de renda					%
		Aposentadoria	Trabalho	Pensão	Aluguel	Auxílio	
60-64	homens	40,9	51,8	1,4	5,5	0,5	100,0
	mulheres	53,0	32,7	6,1	7,6	0,5	100,0
	média	47,0	42,3	3,8	6,5	0,5	
65-69	homens	46,5	45,9	0,3	7,0	0,3	100,0
	mulheres	65,5	11,7	8,1	14,4	0,3	100,0
	média	56,0	28,8	4,2	10,7	0,3	
70+	homens	71,5	20,2	0,6	7,7	0,0	100,0
	mulheres	77,9	4,0	10,5	7,5	0,1	100,0
	média	74,7	12,1	5,6	7,6	0,1	
Média geral	60e+	59,2	27,7	4,5	8,3	0,3	
	65e+	65,3	20,4	4,9	9,2	0,2	

Fonte: Adaptado por ALMEIDA, 2002.

Esclarecimentos sobre o indicador 8 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Sources of Income: As defined in the Current Population Survey, sources of income includes Social Security, other pension income, income from assets, and to some extent, continued earnings.

Fontes do indicador 8 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 8C - Distribution of sources of income for the population age 65 and older, 1962 to 1998.

	TOTAL	SOCIAL SECURITY	ASSET INCOME	PENSIONS	EARNINGS	OTHER
1962	100	31	16	9	28	16
1967	100	34	15	12	29	10
1976	100	39	18	16	23	4
1978	100	38	19	16	23	4
1980	100	39	22	16	19	4
1982	100	39	25	15	18	3
1984	100	38	28	15	16	3
1986	100	38	26	16	17	3
1988	100	38	25	17	17	3
1990	100	36	24	18	18	4
1992	100	40	21	20	17	2
1994	100	42	18	19	18	3
1996	100	40	18	19	20	3
1998	100	38	20	19	21	2

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: March Current Population Survey, Survey of the Aged, and Survey of Demographic and Economic Characteristics of the Aged.

Figura 8D - Sources of income among persons age 65 or older, by income level, 1998

	LOWEST FIFTH	SECOND FIFTH	THIRD FIFTH	FOURTH FIFTH	HIGHEST FIFTH
TOTAL	100	100	100	100	100
SOCIAL SECURITY	82.1	80.5	63.8	45.2	18.3
ASSET INCOME	2.4	6.1	10.5	13.7	27.9
PENSIONS	3.3	6.6	14.9	24.4	20.5
EARNINGS	0.7	3.2	7.3	13.1	31.1
PUBLIC ASSISTANCE	9.8	1.8	0.7	0.2	0.0
OTHER	1.8	1.8	2.8	3.3	2.1

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.
Source: March Current Population Survey.

FIGURA 8 – Indicador 8 - Fontes de renda

FIGURA 9

INDICADOR 9 - Valor da renda líquida

Esclarecimentos sobre o indicador 9 no Brasil (ROMERO, 2002):

- Valor da renda líquida: renda *per capita* familiar das pessoas de 60 anos ou mais de idade, residentes em domicílios particulares permanentes, total e sua respectiva distribuição, por classes de rendimento médio mensal familiar *per capita* em salário mínimo, segundo unidade geográfica.

Fontes do indicador 9 no Brasil:

Figura 9A - Classes de rendimento médio mensal das pessoas de 65 anos ou mais de idade. Brasil, 1998

Classes de rendimento médio mensal familiar per capita em salário mínimo (%)	%
Menos que 2 SM	62
2 a 5 SM	22
Acima de 5 SM	16
Total	100,0



Fonte: Pnad 98

(ROMERO, 2002)

Figura 9B - Distribuição percentual dos idosos na amostra da PNAD/98 segundo as categorias das variáveis socioeconômicas e sociodemográficas. Brasil, 1998

	Total	Homens	Mulheres
População idosa da PNAD/98*	20.748	9.082	11.667
Grupo de idade idoso			
65-69	37.8	39.8	36.2
70-74	27.5	27.4	27.6
75-80	17.1	17.3	17.0
80 +	17.6	15.5	19.2
Sabe ler e escrever?			
Não (analfabetas)	39.2	35.6	42.0
Sim (alfabetas)	60.8	64.4	58.0
Rendimento familiar <i>per capita</i> (RFPC)			
Menor a 2 salários-mínimos	61.9	63.0	61.1
de 2 a 5 salários-mínimos	21.9	21.6	22.2
5 e mais salários-mínimos	16.2	15.4	16.7
Aporte do idoso na Renda Familiar (RF)			
Não aportam	10.4	3.2	16.0
Aportam de 1 a 50% da RF	44.4	38.8	48.8
Aportam o 100% da RF	28.2	32.0	25.3
Região			
Urbana	79.0	75.7	81.5
Rural	21.0	24.3	18.5
Raça			
Branca	61.6	60.2	62.7
Não Branca	38.4	39.8	37.3
Arranjo familiar			
Mora casal s/filhos	31.2	40.6	23.8
Mora casal c/filhos	30.1	40.3	22.2
Sem cônjuge c/filhos	16.4	7.1	23.5
Sem cônjuge s/ filho c/parente	9.2	3.3	13.7
Mora sozinho	13.2	8.7	16.7
mora só com cônjuge (a)	24.2	32.6	17.6
mora com pelo menos um filho de 18 anos ou mais	33.3	33.0	33.6
mora com menores de 18 anos	32.7	33.3	32.1
Número de famílias no domicílio			
Uma	98.22	98.34	98.12
Mais de uma	1.78	1.66	1.88
Condição no domicílio**			
chefe	58.4	87.5	33.8
cônjuge	21.5	2.5	37.6
outro parente	19.0	9.2	27.3
agregado	1.0	0.9	1.2

* Amostra ponderada com os pesos proporcionais.

** Excluem-se pessoas que moram sozinhas as quais foram classificadas nessa variável como chefe.

(ROMERO, 2002)

Esclarecimentos sobre o indicador 9 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Net worth: As defined in the Panel Study of Income Dynamics, net worth is the value of real estate, stocks, bonds and other assets minus outstanding debts. It is an important indicator of economic security and well-being. Greater net worth allows a family to maintain its standard of living when income falls because of job loss, health problems, or family changes such as divorce or widowhood.

Fontes do indicador 9 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 9C - Median household net worth, by selected characteristics, in thousands of 1999 dollars, 1984 to 1999

	1984	1989	1994	1999
AGE OF HEAD OF HOUSEHOLD				
45 TO 54	\$ 110.6	\$ 98.5	\$ 107.3	\$ 85.0
55 TO 64	118.6	149.8	157.4	145.0
65 TO 74	109.2	126.3	130.4	190.0
65 OR OLDER	93.0	101.5	112.4	157.6
75 OR OLDER	80.2	84.0	93.9	132.9
MARITAL STATUS, HEAD OF HOUSEHOLD AGE 65 OR OLDER				
MARRIED	\$ 145.9	\$ 184.8	\$ 204.6	\$ 234.0
UNMARRIED	65.7	61.8	70.8	83.7
RACE, HEAD OF HOUSEHOLD AGE 65 OR OLDER				
BLACK	\$ 24.0	\$ 30.2	\$ 41.6	\$ 13.0
WHITE	105.3	115.6	125.9	181.0
EDUCATION, HEAD OF HOUSEHOLD AGE 65 OR OLDER				
NO HIGH SCHOOL DIPLOMA	\$ 52.0	\$ 53.1	\$ 61.8	\$ 63.1
HIGH SCHOOL DIPLOMA ONLY	128.7	137.0	120.3	157.4
SOME COLLEGE OR MORE	203.6	235.2	265.3	301.0

Note: Medians are calculated using sample weights. The survey measures net equity in homes and nonhousing assets divided into six categories: other real estate and vehicles; farm or business ownership; stocks, mutual funds, investment trusts, and stocks held in IRAs; checking and savings accounts, CDs, treasury bills, savings bonds, and liquid assets in IRAs; bonds, trusts, life insurance, and other assets; and other debts. The survey measure of net worth excludes the present value of future private pensions and rights to future Social Security payments.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: Panel Study of Income Dynamics.

FIGURA 9 – Indicador 9 - Valor da renda líquida

FIGURA 10

INDICADOR 10 - Taxa de atividade

Esclarecimentos sobre o indicador 10 no Brasil (CAMARANO, 2005):

- Taxa de atividade: equivale ao número de pessoas economicamente ativas como percentagem da população de 60 anos ou mais de idade.

Fontes do indicador 10 no Brasil:

Figura 10A - Taxa de atividade da população idosa (60 anos ou mais) por sexo e idade. Brasil, 1983, 1993, 2003.

Faixa de Idade	1983			1993			2003		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Taxa de atividade									
60 a 64 anos	65,4	18,1	41,2	65,3	21,2	41,8	61,1	23,6	40,8
65 a 69 anos	45,2	11,3	28,1	48,2	14,4	30,1	43,0	13,4	26,7
70 a 74 anos	30,9	6,0	17,9	33,6	9,6	20,8	30,6	8,4	18,0
75 a 79 anos	21,0	3,7	11,7	26,7	4,2	13,9	20,7	5,1	11,9
80 + anos	13,9	2,6	7,2	15,8	2,2	7,6	12,1	2,4	6,2
Total	44,1	10,7	26,6	45,7	13,0	27,8	40,3	13,0	25,0

Fonte: IBGE/PNAD de 1983, 1993 e 2003.

(CAMARANO, 2005)

Esclarecimentos sobre o indicador 10 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Labor force participation rate: The proportion of a particular population group that is in the labor force—that is, either working (employed) or actively looking for work (unemployed).

Fontes do indicador 10 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 10B - Labor force participation rates of persons age 55 or older, by age group and sex, annual averages, 1963 to 1999

	MEN				WOMEN			
	55 TO 61	62 TO 64	65 TO 69	70 OR OLDER	55 TO 61	62 TO 64	65 TO 69	70 OR OLDER
1963	89.9	75.8	40.9	20.8	43.7	28.8	16.5	5.9
1964	89.5	74.6	42.6	19.5	44.5	28.5	17.5	6.2
1965	88.8	73.2	43.0	19.1	45.3	29.5	17.4	6.1
1966	88.6	73.0	42.7	17.9	45.5	31.6	17.0	5.8
1967	88.5	72.7	43.4	17.6	46.4	31.5	17.0	5.8
1968	88.4	72.6	43.1	17.9	46.2	32.1	17.0	5.8
1969	88.0	70.2	42.3	18.0	47.3	31.6	17.3	6.1
1970	87.7	69.4	41.6	17.6	47.0	32.3	17.3	5.7
1971	86.9	68.4	39.4	16.9	47.0	31.7	17.0	5.6
1972	85.6	66.3	36.8	16.6	46.4	30.9	17.0	5.4
1973	84.0	62.4	34.1	15.6	45.7	29.2	15.9	5.3
1974	83.4	60.8	32.9	15.5	45.3	28.9	14.4	4.8
1975	81.9	58.6	31.7	15.0	45.6	28.9	14.5	4.8
1976	81.1	56.1	29.3	14.2	45.9	28.3	14.9	4.6
1977	80.9	54.6	29.4	13.9	45.7	28.5	14.5	4.6
1978	80.3	54.0	30.1	14.2	46.2	28.5	14.9	4.8
1979	79.5	54.3	29.6	13.8	46.6	28.8	15.3	4.6
1980	79.1	52.6	28.5	13.1	46.1	28.5	15.1	4.5
1981	78.4	49.4	27.8	12.5	46.6	27.6	14.9	4.6
1982	78.5	48.0	26.9	12.2	46.9	28.5	14.9	4.5
1983	77.7	47.7	26.1	12.2	46.4	29.1	14.7	4.5
1984	76.9	47.5	24.6	11.4	47.1	28.8	14.2	4.4
1985	76.6	46.1	24.4	10.5	47.4	28.7	13.5	4.3
1986	75.8	45.8	25.0	10.4	48.1	28.5	14.3	4.1
1987	76.3	46.0	25.8	10.5	48.9	27.8	14.3	4.1
1988	75.8	45.4	25.8	10.9	49.9	28.5	15.4	4.4
1989	76.3	45.3	26.1	10.9	51.4	30.3	16.4	4.6
1990	76.7	46.5	26.0	10.7	51.7	30.7	17.0	4.7
1991	76.1	45.5	25.1	10.5	52.1	29.3	17.0	4.7
1992	75.7	46.2	26.0	10.7	53.6	30.5	16.2	4.8
1993	74.9	46.1	25.4	10.3	53.8	31.7	16.1	4.7
1994	73.8	45.1	26.8	11.7	55.5	33.1	17.9	5.5
1995	74.3	45.0	27.0	11.6	55.9	32.6	17.5	5.3
1996	74.8	45.7	27.5	11.5	56.4	31.8	17.2	5.2
1997	75.4	46.2	28.4	11.6	57.3	33.6	17.6	5.1
1998	75.5	47.3	28.0	11.1	57.6	33.3	17.8	5.2
1999	75.4	46.9	28.5	11.7	57.9	33.7	18.4	5.5

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.
Source: Current Population Survey.

Figura 10C - Cálculo da taxa de participação (labor force participation rates) da população ativa nas faixas etárias selecionadas

Faixa etária	Homem	Mulher	Média
65 a 69 anos	28,5	18,4	23
70 e mais	11,7	5,5	9

Fonte: *Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics*, 2006

FIGURA 10 – Indicador 10 - Taxa de atividade

FIGURA 11

INDICADOR 11 - Despesas com outros imóveis

Esclarecimentos sobre o indicador 11 no Brasil (ALMEIDA, 2002):

- Despesa com outros imóveis: Este indicador é proveniente do questionário 4 da POF 1995/1996. Inclui a aquisição de imóveis, aluguel de imóvel, aluguel de garagem, condomínio, imposto predial, segurança contra roubo, e incêndio, energia elétrica, gás, taxas diversas, aquisição de sepultura, de título de clube, imposto territorial rural, aluguel de terreno para sepultura, mudança, valor do imóvel adquirido em primeira locação e valor do imóvel adquirido após já ter sido usado. Proporção da despesa com imóveis nos gastos totais mensais da população com sessenta e mais anos de idade segundo classe de rendimento em salário mínimo (SM).

Fontes do indicador 11 no Brasil:

Figura 11A - Distribuição percentual de despesas dos homens e mulheres (mais de 60 anos) segundo a classe de rendimentos para as áreas de pesquisa da POF 1995/961

Natureza da despesa	Salários mínimos					
	[0 - 2]		(2 - 5]		(5 - mais)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Produtos farmacêuticos	24,38	33,20	17,22	19,95	4,72	8,20
Serviços de Assis. à Saúde	6,01	9,37	18,20	25,85	13,86	21,28
Pessoais ²	7,59	10,98	6,90	13,14	4,76	11,28
Roupas ³	2,91	4,79	2,23	6,05	1,91	4,09
Lazer ⁴	2,62	1,80	1,60	1,27	3,48	1,59
Jogos e apostas	4,95	3,58	5,05	2,31	1,07	0,33
Comunicação e transporte	15,12	9,75	14,98	8,58	7,90	6,63
Alimentação fora de casa	14,54	7,36	7,06	3,40	7,68	4,60
Fumo	7,51	4,36	5,28	1,71	0,73	0,81
Viagens	2,41	2,64	5,32	1,70	5,02	4,90
Lar ⁵	1,03	2,69	1,04	3,31	0,34	1,20
Educação	1,16	1,17	1,09	2,02	3,88	2,71
Outros imóveis	0,29	0,91	0,93	0,33	17,72	14,93
Outras despesas ⁶	9,64	7,40	12,63	10,39	26,93	17,46
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE (1998)

¹ Foram utilizados somente idosos que declaram ter alguma fonte de rendimento.

² Inclui artigos de toucador, serviços pessoais, bolsas, calçados, cintos, jóias, artigos de papelaria, livros não didáticos, brinquedos e materiais de recreação e outras despesas.

³ Inclui roupas de homens, mulheres e crianças.

⁴ Leitura, diversão e esportes.

⁵ Inclui artigos de armarinho, utensílios domésticos e artigos de copa, cozinha, cama, mesa e banho.

⁶ Serviços de cartório, profissionais liberais, festas, cerimônias religiosas e despesas com automóveis.

(ALMEIDA, 2002)

Figura 11B - Somatório das despesas com outros imóveis dos homens e mulheres (mais de 60 anos) segundo a classe de rendimentos para as áreas de pesquisa da POF 1995/96

Classe de rendimento	Sexo	%
0 a 2 SM	homens	0,29
	mulheres	0,91
	média	0,6
2 a 5 SM	homens	0,93
	mulheres	0,33
	média	0,63
5 e mais	homens	17,72
	mulheres	14,93
	média	16,325

Fonte: IBGE/ POF 1995/96

(ALMEIDA, 2002)

Esclarecimentos sobre o indicador 11 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Labor force pa Housing expenditures: As defined in the Consumer Expenditure Survey, housing expenditures include: payments for mortgage principal, interest, and charges; property taxes; maintenance, repairs, insurance, and other expenses; rent; rent as pay (reduced or free rent for a unit as a form of pay); maintenance, insurance, and other expenses for renters; and utilities.

Fontes do indicador 11 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 11C - Percentage of total annual expenditures allocated to housing costs in households headed by persons age 65 or older, by income level, 1987 to 1998

	1987	1989	1992	1994	1996	1998
PERCENTAGE ALLOCATED TO HOUSING						
LOWEST FIFTH	33.4%	34.8%	37.5%	34.5%	36.2%	36.0%
SECOND FIFTH	33.0	31.4	32.5	35.5	34.0	35.3
THIRD FIFTH	28.8	28.3	30.0	26.3	29.8	28.7
FOURTH FIFTH	26.7	23.9	26.1	26.4	28.9	28.0
HIGHEST FIFTH	20.5	21.8	23.3	23.6	24.1	25.8
AVERAGE EXPENDITURES ON HOUSING						
LOWEST FIFTH	\$ 2,842	\$ 3,076	\$ 3,813	\$ 3,919	\$ 4,309	\$ 4,686
SECOND FIFTH	3,410	3,648	4,161	4,885	4,891	5,743
THIRD FIFTH	3,525	4,232	4,853	4,834	5,753	5,930
FOURTH FIFTH	4,186	4,739	5,737	6,575	6,826	7,147
HIGHEST FIFTH	5,403	7,010	7,625	8,925	9,791	10,119
AVERAGE TOTAL EXPENDITURES						
LOWEST FIFTH	\$ 8,502	\$ 8,835	\$ 10,172	\$ 11,375	\$ 11,900	\$ 13,032
SECOND FIFTH	10,332	11,617	12,784	13,747	14,378	16,252
THIRD FIFTH	12,232	14,965	16,189	18,401	19,315	20,696
FOURTH FIFTH	15,676	19,788	22,011	24,894	23,647	25,509
HIGHEST FIFTH	26,301	32,117	32,659	37,757	40,602	39,170

Note: For the purposes of this report, housing is defined as "basic housing" (i.e., shelter and utilities). Shelter includes payments for mortgage interest and charges; property taxes; maintenance, repairs, insurance, and other expenses; and rent; rent as pay; and maintenance, insurance, and other expenses for renters. "Basic housing" is defined to include utilities because some renters have these costs included in their rent; furthermore, they are a cost that most consumer units incur to provide a tolerable living environment, whether it be for heating and cooling, cooking, or lighting. Quintiles/income fifths are used to define the five levels of income. In this analysis, the term "household" is used in place of "consumer unit." A consumer unit is used to describe members of a household related by blood, marriage, adoption, or other legal arrangement; single persons who are living alone or sharing a household with others but who are financially independent; or two or more persons living together who share responsibility for at least two of three major types of expenses (food, housing, and other expenses). The income distribution was determined for the subset of all consumer units where the reference person was age 65 or older.

Reference population: These data refer to the resident noninstitutional population.

Source: Consumer Expenditure Survey.

FIGURA 11 – Indicador 11 - Despesas com outros imóveis

FIGURA 12**INDICADOR 12 - Esperança de vida aos 65 anos**

Esclarecimentos sobre o indicador 12 no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006):

- Esperança de vida aos 65 anos: Número médio de anos de vida esperados para uma pessoa ao completar 60 anos de idade, mantido o padrão de mortalidade existente, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fontes do indicador 12 no Brasil:

Figura 12A - Tábua completa de mortalidade - ambos os sexos . Brasil, 2000

Idades Exatas (X)	Probabilidades de Morte entre Duas Idades Exatas Q (X, N) (Por Mil)	Óbitos D (X, N)	l (X)	L (X, N)	T(X)	Expectativa de Vida à Idade X E(X)
40	4,075	368	90381	90197	3260208	36,1
41	4,337	390	90013	89818	3170011	35,2
42	4,621	414	89623	89416	3080193	34,4
43	4,928	440	89209	88989	2990777	33,5
44	5,257	467	88769	88536	2901789	32,7
45	5,616	496	88302	88054	2813253	31,9
46	6,000	527	87806	87543	2725198	31,0
47	6,392	558	87280	87001	2637655	30,2
48	6,787	589	86722	86427	2550655	29,4
49	7,195	620	86133	85823	2464228	28,6
50	7,625	652	85513	85187	2378404	27,8
51	8,101	687	84861	84518	2293217	27,0
52	8,647	728	84174	83810	2208699	26,2
53	9,277	774	83446	83059	2124889	25,5
54	9,986	826	82672	82259	2041830	24,7
55	10,753	880	81846	81406	1959571	23,9
56	11,563	936	80966	80498	1878165	23,2
57	12,419	994	80030	79533	1797667	22,5
58	13,316	1052	79036	78510	1718133	21,7
59	14,264	1112	77984	77428	1639623	21,0
60	15,284	1175	76871	76284	1562196	20,3
61	16,384	1240	75696	75076	1485912	19,6
62	17,559	1307	74456	73803	1410836	18,9
63	18,815	1376	73149	72461	1337033	18,3
64	20,164	1447	71773	71049	1264572	17,6
65	21,589	1518	70325	69566	1193523	17,0
66	23,136	1592	68807	68011	1123957	16,3
67	24,894	1673	67215	66379	1055946	15,7
68	26,916	1764	65542	64660	989567	15,1
69	29,187	1861	63778	62847	924907	14,5
70	31,641	1959	61916	60937	862060	13,9
71	34,244	2053	59957	58931	801123	13,4
72	37,036	2145	57904	56832	742193	12,8
73	40,018	2231	55760	54644	685361	12,3
74	43,207	2313	53528	52372	630717	11,8
75	46,628	2388	51215	50021	578345	11,3
76	50,306	2456	48827	47599	528324	10,8
77	54,261	2516	46371	45113	480725	10,4
78	58,523	2567	43855	42572	435612	9,9
79	63,117	2606	41288	39988	393040	9,5
80	1000,000	38688	38688	353052	353052	9,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS).

Notas:

$N = 1$

$Q(X, N)$ = Probabilidades de morte entre as idades exatas X e X+N.

$l(X)$ = Número de sobreviventes à idade exata X.

$D(X, N)$ = Número de óbitos ocorridos entre as idades X e X+N.

$L(X, N)$ = Número de pessoas-anos vividos entre as idades X e X+N.

$T(X)$ = Número de pessoas-anos vividos a partir da idade X.

$E(X)$ = Expectativa de vida à idade X.

Esclarecimentos sobre o indicador 12 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Life expectancy: Life expectancy is the average number of years of life remaining to a person at a particular age and is based on a given set of age-specific death rates, generally the mortality conditions existing in the period mentioned. Life expectancy may be determined by race, sex, or other characteristics using age-specific death rates for the population with that characteristic. renters; and utilities.

Fontes do indicador 12 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 12B - Life expectancy by age group and sex, in years, 1900 to 1997

	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	1997
LIFE EXPECTANCY AT BIRTH											
TOTAL	49.2	51.5	56.4	59.2	63.6	68.1	69.9	70.8	73.9	75.4	76.5
MEN	47.9	49.9	55.5	57.7	61.6	65.5	66.8	67.0	70.1	71.8	73.6
WOMEN	50.7	53.2	57.4	60.9	65.9	71.0	73.2	74.6	77.6	78.8	79.4
LIFE EXPECTANCY AT AGE 65											
TOTAL	11.9	11.6	12.5	12.2	12.8	13.8	14.4	15.0	16.5	17.3	17.7
MEN	11.5	11.2	12.2	11.7	12.1	12.7	13.0	13.0	14.2	15.1	15.9
WOMEN	12.2	12.0	12.7	12.8	13.6	15.0	15.8	16.8	18.4	19.0	19.2
LIFE EXPECTANCY AT AGE 85											
TOTAL	4.0	4.0	4.2	4.2	4.3	4.7	4.6	5.3	6.0	6.2	6.3
MEN	3.8	3.9	4.1	4.0	4.1	4.4	4.4	4.7	5.1	5.3	5.5
WOMEN	4.1	4.1	4.3	4.3	4.5	4.9	4.7	5.6	6.4	6.7	6.6

Note: The estimates for decennial years are based on decennial census data and deaths for a three-year period around the census year. Life expectancy estimates for years prior to 1930 are based on the death registration area only. The death registration area increased from 10 states and the District of Columbia in 1900 to the coterminous United States in 1933.

Reference population: These data refer to the resident population.

Source: National Vital Statistics System.

Figura 12C - Life expectancy by age group and race, in years, 1997

	WHITE	BLACK
LIFE EXPECTANCY AT BIRTH	77.1	71.1
LIFE EXPECTANCY AT AGE 65	17.8	16.1
LIFE EXPECTANCY AT AGE 85	6.2	6.4

Reference population: These data refer to the resident population.

Source: National Vital Statistics System.

FIGURA 12 – Indicador 12 - Esperança de vida aos 65 anos

FIGURA 13

INDICADOR 13 - Mortalidade

Esclarecimentos sobre o indicador 13 no Brasil (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005):

- Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório: número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos I00 a I99, do capítulo IX da CID-10).
- Taxa de mortalidade por neoplasias malignas: número de óbitos por neoplasias malignas, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos C00 a C97 do capítulo CID-10).
- Taxa de mortalidade por diabetes mellitus: número de óbitos por diabetes mellitus, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos E10 a E14 da CID-10).
- Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares: número de óbitos por doenças cerebrovasculares, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos I60 a I69, do capítulo IX da CID-10).
- Taxa de mortalidade por pneumonia e influenza: número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos J10 a J18, do capítulo X da CID-10).
- Taxa de mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): número de óbitos por doença pulmonar obstrutiva crônica, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código J44, do capítulo X da CID-10).

Fontes do indicador 13 no Brasil:

Figura 13A - Taxa mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório (65 anos). Brasil, 2000

Óbitos (n°)	População (n°)	Taxa
167537	9927027	1688



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e IBGE

Notas:

1. Taxa = óbitos por 100.000 habitantes

Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 nov. 2006

Figura 13B - Taxa de mortalidade específica por doença cerebrovascular (65 anos e mais). Brasil, 2000

Óbitos (n°)	População (n°)	Taxa
55481	9927027	559



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e IBGE

Notas:

1. Taxa = óbitos por 100.000 habitantes

Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 nov. 2006

Figura 13C - Taxa de mortalidade específica por *diabetes mellitus* (65 anos). Brasil, 2000

Óbitos (nº)	População (nº)	Taxa
22216	9927027	224

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e IBGE.

Notas:

1. Taxa = óbitos por 100.000 habitantes

Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 nov. 2006

Figura 13D - Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas (65 anos e mais). Brasil, 2000.

Óbitos (nº)	População (nº)	Taxa
61043	9927027	615

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e IBGE

Notas:

1. Taxa = óbitos por 100.000 habitantes

Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 nov. 2006

Figura 13E - Taxa de mortalidade específica por pneumonia e influenza (65 anos e mais). Brasil, 2000.

Óbitos (nº)	População (nº)	Taxa
16719	9927027	168

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e IBGE

Notas:

1. Taxa = óbitos por 100.000 habitantes

Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 nov. 2006

Figura 13F - Taxa de mortalidade específica por DPOC (65 anos e mais). Brasil, 2000.

Óbitos (nº)	População (nº)	Taxa
24740	9927027	249

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e IBGE

Notas:

1. Taxa = óbitos por 100.000 habitantes

Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 nov. 2006

Esclarecimentos sobre o indicador 13 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- **Death rate:** The death rate is calculated by dividing the number of deaths in a population in a year by the midyear resident population. For census years, rates are based on unrounded census counts of the resident population, as of April 1. For the noncensus years of 1981 to 1989 and 1991, rates are based on national estimates of the resident population, as of July 1, rounded to the nearest thousand. Starting in 1992, rates are based on unrounded national population estimates. Rates for the Hispanic and non-Hispanic white populations in each year are based on unrounded state population estimates for states in the Hispanic reporting area. Death rates are expressed as the number of deaths per 100,000 persons. The rate may be restricted to deaths in specific age, race, sex, or geographic groups or from specific causes of death (specific rate) or it may be related to the entire population (crude rate).

Fontes do indicador 13 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 13G - Death rates for selected leading causes of death among persons age 65 or older, 1980 to 1997 (per 100,000)

	HEART DISEASE	CANCER	STROKE	CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES	PNEUMONIA & INFLUENZA	DIABETES
1980	2,629	1,052	669	179	214	107
1981	2,547	1,056	625	186	207	106
1982	2,503	1,069	587	186	181	102
1983	2,512	1,078	566	204	207	104
1984	2,450	1,087	548	211	214	103
1985	2,431	1,091	533	226	243	103
1986	2,372	1,101	508	228	245	101
1987	2,316	1,106	497	230	237	102
1988	2,306	1,114	491	240	263	105
1989	2,172	1,133	465	240	253	120
1990	2,092	1,142	449	245	258	120
1991	2,049	1,151	436	252	245	121
1992	1,995	1,154	427	253	233	121
1993	2,032	1,164	437	275	249	129
1994	1,963	1,161	437	273	239	133
1995	1,941	1,160	442	273	239	137
1996	1,894	1,150	438	278	236	141
1997	1,832	1,133	426	281	237	141
PERCENT CHANGE 1980-97	-30.3	7.7	-36.3	57.0	10.7	31.8

Note: Rates are age-adjusted using the 2000 standard population.

Reference population: These data refer to the resident population.

Source: National Vital Statistics System.

FIGURA 13 – Indicador 13 - Mortalidade

FIGURA 14

INDICADOR 14 - Morbidade auto-referida

Esclarecimentos sobre o indicador 14 no Brasil (LIMA E COSTA et al, 2003):

- Morbidade auto-referida: As condições gerais e específicas da saúde podem ser determinadas em inquéritos de base populacional por meio da morbidade auto-referida. Entre os indicadores gerais da condição de saúde mais utilizados nesses inquéritos. A auto-avaliação da saúde reflete uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicossocial e social.

Fontes do indicador 14 no Brasil:

Figura 14A - Distribuição percentual de alguns indicadores da condição de saúde, segundo a faixa etária e o gênero, em uma amostra de 28.943 idosos representativos da população brasileira com 60 ou mais anos de idade

Indicadores da condição de saúde	Masculino				Feminino				Total			
	60-69	70-79	80+	Total	60-69	70-79	80+	Total	60-69	70-79	80+	Total
Percepção da saúde												
Muito boa/boa	26,5	23,5	17,0	24,6	28,2	21,6	15,5	24,5	27,4	22,4	16,1	24,5
Regular	23,2	28,2	24,2	24,8	34,4	34,1	22,3	32,7	29,2	31,5	23,0	29,2
Ruim/muito ruim	7,3	11,1	12,3	9,0	11,2	13,1	11,1	11,8	9,4	12,2	11,6	10,5
Outra pessoa *	43,0	37,2	46,5	41,6	26,2	31,3	51,2	31,1	33,9	33,9	49,4	35,8
Deixou de realizar atividades habituais nas duas últimas semanas por motivos de saúde												
Sim	11,2	13,7	19,3	12,7	12,9	16,2	20,3	14,9	12,1	15,1	19,9	13,9
Não	88,9	86,3	80,7	87,3	87,1	83,8	79,7	85,1	87,9	84,9	80,1	86,1
Esteve acamado nas duas últimas semanas												
Sim	6,9	9,2	14,2	8,3	8,6	11,1	16,4	10,4	7,8	10,2	15,5	9,5
Não	93,1	90,8	85,8	91,7	91,4	88,9	83,6	89,6	92,2	89,8	84,5	90,5
Relato das seguintes doenças/ condições crônicas **												
Hipertensão	35,8	38,5	36,0	36,6	48,1	53,1	48,9	49,7	42,4	46,7	43,9	43,9
Artrite/reumatismo	27,0	33,0	38,2	30,0	40,0	47,7	49,2	43,6	34,0	41,2	44,9	37,5
Doença do coração	14,5	19,7	20,1	16,6	18,4	23,2	26,5	21,0	16,6	21,7	24,0	19,0
Diabetes	7,9	8,5	7,2	8,0	10,8	14,2	12,7	12,1	9,5	11,7	10,6	10,3
Asma/bronquite	6,3	9,4	12,0	7,8	7,2	8,1	9,1	7,7	6,8	8,7	10,2	7,8
Doença renal crônica	7,0	7,1	6,7	7,0	6,4	6,9	7,3	6,7	6,7	7,0	7,1	6,8
Câncer	1,1	1,8	1,9	1,4	0,7	0,9	1,4	0,9	0,9	1,3	1,6	1,1
Cirrose	0,5	0,4	0,6	0,5	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,3	0,4	0,3
Pelo menos uma destas	59,2	66,3	67,9	62,2	71,2	78,4	79,0	74,5	65,7	73,1	74,7	69,0

* Informação não considerada, uma vez que outra pessoa respondeu à entrevista.

** Percentual dos que disseram sim.

Fonte: IBGE/PNAD de 1998.

(LIMA E COSTA et al, 2003)

Esclarecimentos sobre o indicador 14 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Chronic health conditions: are long-term illnesses that are rarely cured. Chronic conditions such as arthritis, diabetes, and heart disease negatively affect quality of life, contributing to declines in functioning and the inability to remain in the community.

Fontes do indicador 14 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 14B - Percentage of persons age 70 or older who reported having selected chronic conditions, by selected characteristics, 1984 and 1995

	1984	1995		1984	1995
TOTAL			80 TO 84		
ARTHRITIS	55.0	58.1	ARTHRITIS	57.3	61.4
DIABETES	9.9	12.0	DIABETES	10.8	11.0
CANCER	12.4	19.4	CANCER	15.2	20.2
STROKE	7.8	8.9	STROKE	9.6	10.4
HYPERTENSION	45.6	45.0	HYPERTENSION	48.6	47.8
HEART DISEASE	16.4	21.4	HEART DISEASE	20.0	23.0
MEN			85 OR OLDER		
ARTHRITIS	44.9	49.5	ARTHRITIS	53.3	64.1
DIABETES	9.9	12.9	DIABETES	6.5	8.0
CANCER	13.8	23.4	CANCER	13.1	19.0
STROKE	8.3	10.4	STROKE	10.9	13.2
HYPERTENSION	36.8	40.5	HYPERTENSION	44.4	45.2
HEART DISEASE	18.7	24.7	HEART DISEASE	16.4	25.4
WOMEN			NON-HISPANIC WHITE		
ARTHRITIS	61.1	63.8	ARTHRITIS	54.3	57.9
DIABETES	10.0	11.5	DIABETES	8.9	10.9
CANCER	11.6	16.7	CANCER	13.4	21.0
STROKE	7.3	7.9	STROKE	7.5	8.6
HYPERTENSION	50.8	48.0	HYPERTENSION	44.3	44.0
HEART DISEASE	14.9	19.2	HEART DISEASE	17.1	22.0
70 TO 74			NON-HISPANIC BLACK		
ARTHRITIS	55.0	54.4	ARTHRITIS	64.6	67.2
DIABETES	10.8	13.4	DIABETES	17.0	20.4
CANCER	11.1	18.5	CANCER	4.6	9.1
STROKE	6.0	7.1	STROKE	10.8	12.2
HYPERTENSION	44.8	43.7	HYPERTENSION	59.3	58.7
HEART DISEASE	15.6	18.9	HEART DISEASE	11.5	18.5
75 TO 79			HISPANIC		
ARTHRITIS	54.1	58.3	ARTHRITIS	50.6	50.2
DIABETES	9.7	12.6	DIABETES	17.4	17.4
CANCER	11.9	20.2	CANCER	6.2	10.5
STROKE	7.6	8.7	STROKE	8.3	9.6
HYPERTENSION	45.2	44.9	HYPERTENSION	46.9	42.0
HEART DISEASE	15.2	22.0	HEART DISEASE	13.3	17.0

Note: Hispanics may be of any race. 1984 percentages are age-adjusted to the 1995 population.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: Supplement on Aging and Second Supplement on Aging.

FIGURA 14 – Indicador 14 - Morbidade auto-referida

FIGURA 15**INDICADOR 15 - Comprometimento de memória****Esclarecimentos sobre o indicador 15 no Brasil:**

- Dados não disponíveis

Fontes do indicador 15 no Brasil:

Dados não disponíveis

Esclarecimentos sobre o indicador 15 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Memory impairment: Moderate or severe memory impairment: four or fewer words recalled (out of 20) on combined immediate and delayed recall tests.

Fontes do indicador 15 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 15A - Percentage of persons age 65 or older with moderate or severe memory impairment, by age group and sex, 1998.

	MODERATE OR SEVERE MEMORY IMPAIRMENT			SEVERE MEMORY IMPAIRMENT		
	TOTAL	MEN	WOMEN	TOTAL	MEN	WOMEN
65 TO 69	4.4	5.3	3.8	0.9	0.8	0.9
70 TO 74	8.3	10.1	6.9	2.1	2.6	1.8
75 TO 79	13.5	16.2	11.7	5.2	6.4	4.4
80 TO 84	20.1	22.8	18.5	7.6	9.2	6.7
85 OR OLDER	35.8	37.3	35.0	18.3	19.6	17.6

Note: Definition of moderate or severe memory impairment: Four or fewer words recalled (out of 20) on combined immediate and delayed recall tests. Persons are described as having severe memory impairment if two or fewer words are recalled. Respondents who reported "don't know" on either the immediate or delayed recall test (implying that they were unable to recall any words) were assigned a score of zero for that test. Respondents who refused to participate in either test are excluded from the analysis.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: Health and Retirement Study.

Figura 15B - Calculation of medium percentage of persons age 65 or older with moderate or severe memory impairment, by age group and sex, 1998

Faixa etária	%
65 a 69 anos	4,4
70 a 74 anos	8,3
75 a 79 anos	13,5
80 a 84 anos	20,1
85 anos e mais	35,8
Média	16

Fonte: Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2006.

FIGURA 15 – Indicador 15 - Comprometimento da memória

FIGURA 16

INDICADOR 16 - Depressão auto-referida

Esclarecimentos sobre o indicador 16 no Brasil (CAMARANO, 2005):

- Depressão auto-referida: a morbidade auto-referida é utilizada para doenças ou agravos específicos. Geralmente, utiliza-se uma simples pergunta, do tipo: algum médico ou profissional de saúde já disse que você tinha a doença tal?, ou pergunta equivalente, para obter a informação desejada.

Fontes do indicador 16 no Brasil:

Figura 16A - Proporção de idosos por idade e sexo segundo relato de depressão. Brasil, 1998

Idade	Sim	Não
Homens		
60 a 64 anos	8,0	92,0
65 a 69 anos	7,5	92,5
70 a 74 anos	7,9	92,1
75 a 79 anos	9,1	90,9
80 + anos	8,7	91,3
Total	8,0	92,0
Mulheres		
60 a 64 anos	16,0	84,0
65 a 69 anos	15,0	85,0
70 a 74 anos	15,7	84,3
75 a 79 anos	14,4	85,6
80 + anos	14,1	85,9
Total	15,3	84,7

Fonte: IBGE/PNAD de 1998.
(CAMARANO, 2005)

Figura 16B - Cálculo da média de síndromes depressivas. Brasil, 1998

	65 e mais (%)				
	65-69	70-74	75-79	80+	média
homens	7,5	7,9	9,1	8,7	8,3
mulheres	15	15,7	14,4	14,1	14,8
média	11,25	11,8	11,75	11,4	12

Fonte: IBGE/PNAD de 1998.
(CAMARANO, 2005)

Esclarecimentos sobre o indicador 16 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Severe depressive symptoms: four or more symptoms out of a list of eight depressive symptoms from an abbreviated version of the Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) adapted by the Health and Retirement Study.

Fontes do indicador 16 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 16C - Percentage of persons age 65 or older with severe depressive symptoms, by age group and sex, 1998

	TOTAL	MEN	WOMEN
65 TO 69	15.4	12.1	18.0
70 TO 74	14.3	10.3	17.2
75 TO 79	14.6	10.4	17.4
80 TO 84	20.5	17.1	22.4
85 OR OLDER	22.8	22.5	23.0

Note: Definition of severe depressive symptoms: four or more symptoms out of a list of eight depressive symptoms from an abbreviated version of the Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) adapted by the Health and Retirement Study.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: Health and Retirement Study.

Figura 16D - Calculation of medium percentage of persons age 65 or older with severe depressive symptoms, by age group and sex, 1998

Faixa etária	%
65 a 69 anos	15,4
70 a 74 anos	14,3
75 a 79 anos	14,6
80 a 84 anos	20,5
85 anos e mais	22,8
Média	18

Fonte: Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2000.

FIGURA 16 – Indicador 16 - Depressão auto-referida

FIGURA 17

INDICADOR 17 - Percepção da saúde

Esclarecimentos sobre o indicador 17 no Brasil (LIMA E COSTA et al, 2003):

- Percepção da saúde: O estado de saúde auto-avaliado é um indicador do tipo subjetivo bastante utilizado, pois ele tem a vantagem de utilizar informações do estado de saúde global, que depende fundamentalmente da percepção que o indivíduo tem de sua saúde para mensurar o estado de saúde. Essa percepção da saúde é condicionada por um grande conjunto de informações disponível para o indivíduo sobre a sua própria saúde, tais como diagnósticos médicos e enfermidades.

Fontes do indicador 17 no Brasil:

Figura 17A - Distribuição percentual de alguns indicadores da condição de saúde, segundo a faixa etária e o gênero, em uma amostra de 28.943 idosos representativos da população brasileira com 60 ou mais anos de idade. Brasil, 1998

Indicadores da condição de saúde	Masculino				Feminino				Total			
	60-69	70-79	80+	Total	60-69	70-79	80+	Total	60-69	70-79	80+	Total
Percepção da saúde												
Muito boa/boa	26,5	23,5	17,0	24,6	28,2	21,6	15,5	24,5	27,4	22,4	16,1	24,5
Regular	23,2	28,2	24,2	24,8	34,4	34,1	22,3	32,7	29,2	31,5	23,0	29,2
Ruim/muito ruim	7,3	11,1	12,3	9,0	11,2	13,1	11,1	11,8	9,4	12,2	11,6	10,5
Outra pessoa *	43,0	37,2	46,5	41,6	26,2	31,3	51,2	31,1	33,9	33,9	49,4	35,8
Deixou de realizar atividades habituais nas duas últimas semanas por motivos de saúde												
Sim	11,2	13,7	19,3	12,7	12,9	16,2	20,3	14,9	12,1	15,1	19,9	13,9
Não	88,9	86,3	80,7	87,3	87,1	83,8	79,7	85,1	87,9	84,9	80,1	86,1
Esteve acamado nas duas últimas semanas												
Sim	6,9	9,2	14,2	8,3	8,6	11,1	16,4	10,4	7,8	10,2	15,5	9,5
Não	93,1	90,8	85,8	91,7	91,4	88,9	83,6	89,6	92,2	89,8	84,5	90,5
Relato das seguintes doenças/ condições crônicas **												
Hipertensão	35,8	38,5	36,0	36,6	48,1	53,1	48,9	49,7	42,4	46,7	43,9	43,9
Artrite/reumatismo	27,0	33,0	38,2	30,0	40,0	47,7	49,2	43,6	34,0	41,2	44,9	37,5
Doença do coração	14,5	19,7	20,1	16,6	18,4	23,2	26,5	21,0	16,6	21,7	24,0	19,0
Diabetes	7,9	8,5	7,2	8,0	10,8	14,2	12,7	12,1	9,5	11,7	10,6	10,3
Asma/bronquite	6,3	9,4	12,0	7,8	7,2	8,1	9,1	7,7	6,8	8,7	10,2	7,8
Doença renal crônica	7,0	7,1	6,7	7,0	6,4	6,9	7,3	6,7	6,7	7,0	7,1	6,8
Câncer	1,1	1,8	1,9	1,4	0,7	0,9	1,4	0,9	0,9	1,3	1,6	1,1
Cirrose	0,5	0,4	0,6	0,5	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,3	0,4	0,3
Pelo menos uma destas	59,2	66,3	67,9	62,2	71,2	78,4	79,0	74,5	65,7	73,1	74,7	69,0

* Informação não considerada, uma vez que outra pessoa respondeu à entrevista.

** Percentual dos que disseram sim.

(LIMA E COSTA et al 2003)

Figura 17B - Cálculo da porcentagem total de percepção da saúde (muito boa/boa e regular) da população com 60 anos e mais

Percepção da saúde	%		
	Total	Relativo	Soma
muito boa/boa	25	38	84
regular	29	45	
ruim/muito ruim	11	16	16
TOTAL	64	100	100

Fonte: LIMA E COSTA et al, 2003. Adaptado pelos autores PEREIRA, REBOUÇAS, 2006.

Esclarecimentos sobre o indicador 17 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Self-Rated Health Status: asking people to rate their own health as excellent, very good, good, fair, or poor provides a common indicator of health easily measured in surveys. It represents physical, emotional, and social aspects of health and well-being.

Fontes do indicador 17 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 17C - Percentage of persons age 65 or older who reported good to excellent health, by age group, sex, and race and hispanic origin, 1994 to 1996

	ALL PERSONS	NON-HISPANIC WHITE	NON-HISPANIC BLACK	HISPANIC
TOTAL				
65 OR OLDER	72.2	74.0	58.4	64.9
MEN				
65 OR OLDER	72.0	73.5	59.3	65.4
65 TO 74	74.6	76.3	61.6	68.7
75 TO 84	68.3	69.4	56.4	59.7
85 OR OLDER	65.0	67.3	45.0	50.9
WOMEN				
65 OR OLDER	72.4	74.3	57.8	64.6
65 TO 74	75.2	77.5	59.3	68.5
75 TO 84	69.8	71.7	55.3	59.3
85 OR OLDER	65.1	66.4	56.0	55.1

Note: Data are based on a three-year average from 1994 to 1996. Hispanics may be of any race.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: National Health Interview Survey.

FIGURA 17 – Indicador 17 - Percepção da saúde

FIGURA 18

INDICADOR 18 - Incapacidades

Esclarecimentos sobre o indicador 18 no Brasil (WHO, 1981):

- Incapacidades: a Organização Mundial da Saúde definiu incapacidade funcional como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade).

Fontes do indicador 18 no Brasil:

Figura 18A - Distribuição percentual de alguns indicadores da condição de saúde, segundo a faixa etária e o gênero, em uma amostra de 28.943 idosos representativos da população brasileira com 60 ou mais anos de idade. Brasil, 1998.

Indicadores da condição de saúde	Masculino				Feminino				Total			
	60-69	70-79	80+	Total	60-69	70-79	80+	Total	60-69	70-79	80+	Total
Percepção da saúde												
Muito boa/boa	26,5	23,5	17,0	24,6	28,2	21,6	15,5	24,5	27,4	22,4	16,1	24,5
Regular	23,2	28,2	24,2	24,8	34,4	34,1	22,3	32,7	29,2	31,5	23,0	29,2
Ruim/muito ruim	7,3	11,1	12,3	9,0	11,2	13,1	11,1	11,8	9,4	12,2	11,6	10,5
Outra pessoa *	43,0	37,2	46,5	41,6	26,2	31,3	51,2	31,1	33,9	33,9	49,4	35,8
Deixou de realizar atividades habituais nas duas últimas semanas por motivos de saúde												
Sim	11,2	13,7	19,3	12,7	12,9	16,2	20,3	14,9	12,1	15,1	19,9	13,9
Não	88,9	86,3	80,7	87,3	87,1	83,8	79,7	85,1	87,9	84,9	80,1	86,1
Esteve acamado nas duas últimas semanas												
Sim	6,9	9,2	14,2	8,3	8,6	11,1	16,4	10,4	7,8	10,2	15,5	9,5
Não	93,1	90,8	85,8	91,7	91,4	88,9	83,6	89,6	92,2	89,8	84,5	90,5
Relato das seguintes doenças/ condições crônicas **												
Hipertensão	35,8	38,5	36,0	36,6	48,1	53,1	48,9	49,7	42,4	46,7	43,9	43,9
Artrite/reumatismo	27,0	33,0	38,2	30,0	40,0	47,7	49,2	43,6	34,0	41,2	44,9	37,5
Doença do coração	14,5	19,7	20,1	16,6	18,4	23,2	26,5	21,0	16,6	21,7	24,0	19,0
Diabetes	7,9	8,5	7,2	8,0	10,8	14,2	12,7	12,1	9,5	11,7	10,6	10,3
Asma/bronquite	6,3	9,4	12,0	7,8	7,2	8,1	9,1	7,7	6,8	8,7	10,2	7,8
Doença renal crônica	7,0	7,1	6,7	7,0	6,4	6,9	7,3	6,7	6,7	7,0	7,1	6,8
Câncer	1,1	1,8	1,9	1,4	0,7	0,9	1,4	0,9	0,9	1,3	1,6	1,1
Cirrose	0,5	0,4	0,6	0,5	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,3	0,4	0,3
Pelo menos uma destas	59,2	66,3	67,9	62,2	71,2	78,4	79,0	74,5	65,7	73,1	74,7	69,0

* Informação não considerada, uma vez que outra pessoa respondeu à entrevista.

** Percentual dos que disseram sim.

(LIMA E COSTA et al 2003).

Esclarecimentos sobre o indicador 18 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- **Disability:** Disability refers to the temporary or long-term reduction of a person's capacity to function. The concept of disability encompasses many different dimensions of health and functioning, and the complex interactions with one's environment. The International Classification of Functioning and Disability (ICIDH-2) classifies functioning at the levels of body or body part, whole person, and whole person in social context. Accordingly, disablements are losses or abnormalities of bodily function and structure (impairments), limitations of activities (disabilities), or restrictions in participation (formerly called handicaps). See www.who.int/icidh for more information on the World Health Organization's definition of disability.

Fontes do indicador 18 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 18B - Percentage of Medicare beneficiaries age 65 or older who are chronically disabled, by level and category of disability, 1982 to 1994

	1982	1984	1989	1994
TOTAL				
LEVEL AND TYPE OF DISABILITY				
IADLS ONLY	5.5	5.8	4.7	4.3
1-2 ADLS	6.4	6.5	6.3	5.8
3-4 ADLS	2.8	2.9	3.5	3.2
5-6 ADLS	3.4	3.1	2.8	2.8
INSTITUTIONAL	5.7	5.5	5.5	5.1
TOTAL	23.7	23.7	22.7	21.1
TOTAL MEDICARE POPULATION (IN THOUSANDS)	26,920	28,060	30,870	33,130
MEN				
LEVEL AND TYPE OF DISABILITY				
IADLS ONLY	5.0	5.0	4.2	3.8
1-2 ADLS	5.1	4.8	4.5	4.3
3-4 ADLS	2.2	2.3	2.8	2.1
5-6 ADLS	3.3	2.9	2.3	2.2
INSTITUTIONAL	3.8	3.4	3.6	3.2
TOTAL	19.5	18.4	17.4	15.5
TOTAL MEDICARE POPULATION (IN THOUSANDS)	10,590	11,050	12,410	13,410
WOMEN				
LEVEL AND TYPE OF DISABILITY				
IADLS ONLY	5.8	6.4	5.0	4.6
1-2 ADLS	7.2	7.5	7.6	6.8
3-4 ADLS	3.1	3.2	4.0	3.9
5-6 ADLS	3.5	3.2	3.0	3.2
INSTITUTIONAL	6.9	6.9	6.7	6.4
TOTAL	26.5	27.2	26.2	24.9
TOTAL MEDICARE POPULATION (IN THOUSANDS)	16,340	17,010	18,460	19,710

Note: National Long Term Care Survey researchers group tasks of daily living into two categories: activities of daily living (ADLs) such as eating, getting in and out of bed, getting around inside, dressing, bathing, and toileting; and instrumental activities of daily living (IADLs) such as heavy housework, light housework, laundry, preparing meals, shopping for groceries, getting around outside, traveling, managing money, and using a telephone. A person is considered to have an ADL or IADL disability if he or she is unable to perform the activity, uses active help to perform the activity, uses equipment, or requires standby help. A person is considered chronically disabled if he or she has one ADL limitation, one IADL limitation, or is institutionalized, and if any of these conditions has or is expected to last 90 days.

Reference population: These data refer to Medicare beneficiaries.

Source: National Long Term Care Survey.

FIGURA 19
INDICADOR 19 - Atividade social

Esclarecimentos sobre o indicador 19 no Brasil:

- Dados não disponíveis

Fontes do indicador 19 no Brasil:

Dados não disponíveis

Esclarecimentos sobre o indicador 19 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Social activity: This indicator uses data from a sample of persons age 70 or older who were asked if they had engaged in any of a list of five common social activities during the preceding two weeks, or if they had performed volunteer work during the preceding twelve months.

Fontes do indicador 19 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 19A - Percentage of persons age 70 or older who reported engaging in social activities, by age group and sex, 1995.

	70 OR OLDER	70 TO 74	75 TO 79	80 TO 84	85 OR OLDER
TOTAL					
CONTACT WITH FRIENDS OR NEIGHBORS	87.9	90.5	88.3	86.3	81.1
CONTACT WITH NON-CORESIDENT RELATIVES	91.9	92.9	92.2	91.0	89.1
ATTEND CHURCH, TEMPLE, OTHER	50.3	54.2	51.4	47.9	38.6
ATTEND MOVIE, SPORTS EVENT, CLUB, GROUP EVENT	27.4	33.2	27.6	24.0	13.9
GO OUT TO A RESTAURANT	63.6	70.0	65.8	58.0	47.2
VOLUNTEER WORK (PAST 12 MONTHS)	16.3	20.0	17.3	12.7	7.2
MEN					
CONTACT WITH FRIENDS OR NEIGHBORS	85.4	88.0	86.0	82.6	77.4
CONTACT WITH NON-CORESIDENT RELATIVES	90.0	90.7	90.0	89.6	87.8
ATTEND CHURCH, TEMPLE, OTHER	47.5	51.3	47.3	44.2	37.0
ATTEND MOVIE, SPORTS EVENT, CLUB, GROUP EVENT	27.8	33.1	27.8	22.8	12.6
GO OUT TO A RESTAURANT	66.5	70.7	69.8	60.8	47.7
VOLUNTEER WORK (PAST 12 MONTHS)	14.8	17.2	15.8	11.6	6.8
WOMEN					
CONTACT WITH FRIENDS OR NEIGHBORS	89.5	92.5	89.9	88.5	82.8
CONTACT WITH NON-CORESIDENT RELATIVES	93.1	94.6	93.7	91.9	89.6
ATTEND CHURCH, TEMPLE, OTHER	52.1	56.5	54.3	50.1	39.3
ATTEND MOVIE, SPORTS EVENT, CLUB, GROUP EVENT	27.2	33.3	27.5	24.7	14.4
GO OUT TO A RESTAURANT	61.7	69.4	63.0	56.3	47.0
VOLUNTEER WORK (PAST 12 MONTHS)	17.3	22.2	18.4	13.3	7.4

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: Second Supplement on Aging.

Figura 19B - Percentage of persons age 70 or older who reported being satisfied with their level of social activity, by sex, 1995

	TOTAL	MEN	WOMEN
ABOUT ENOUGH	63.9 ←	63.3	64.4
TOO MUCH	2.3	2.4	2.2
WOULD LIKE TO BE DOING MORE	21.2	19.0	22.7

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: Second Supplement on Aging.

FIGURA 20

INDICADOR 20 - Insuficientemente ativos

Esclarecimentos sobre o indicador 20 no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2006):

- Insuficientemente ativos: Nesta pesquisa, para classificação do nível de atividade física foi adotado o consenso obtido entre o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) em 2002. Considerando os critérios de frequência, duração e tipo de atividade física (caminhada, moderada e vigorosa), os indivíduos que compõem a amostra foram classificados em: muito ativos, ativos, irregularmente ativos.

Fontes do indicador 20 no Brasil:

Figura 20A - Percentual de indivíduos insuficientemente ativos, por faixa etária, em 16 capitais brasileiras e DF, 2002-2003

Faixa etária	Consumo	
	%	IC _{95%}
60 anos e+	41,4	(36,8 - 46,1)
65 anos e+	41,9	(34,9 - 48,9)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS e Instituto Nacional de Câncer (INCA): Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

(INCA, 2006)

Esclarecimentos sobre o indicador 20 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Sedentary lifestyle: is defined as engaging in no leisure-time physical activity (exercises, sports, physically active hobbies) in a two-week period.

Fontes do indicador 20 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 20B - Percentage of persons age 65 or older who reported having a sedentary lifestyle, by sex, 1985, 1990, and 1995

	1985	1990	1995
TOTAL	40.0	39.4	34.4 ←
MEN	33.9	31.5	27.8
WOMEN	44.3	45.0	39.2

Note: Sedentary lifestyle is defined as engaging in no leisure-time physical activity (exercises, sports, physically active hobbies) in a two-week period.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: National Health Interview Survey.

FIGURA 20 – Indicador 20 - Insuficientemente ativos

FIGURA 21

INDICADOR 21 - Cobertura vacinal por influenza

Esclarecimentos sobre o indicador 21 no Brasil (SI-PNI, 2007):

- Campanha de vacinação contra influenza: o Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações - API coleta informações dos Boletins de Doses Aplicadas de Vacina. Por meio da Internet, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em conjunto com a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as Bases de Dados do Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações – API.

Fontes do indicador 21 no Brasil:

Figura 21A - Cobertura da campanha de vacinação contra influenza na população de 65 anos e mais de idade. Brasil, 2000.

Cobertura segundo Região

Imuno: Contra Influenza (Campanha) (INF)

Período: 2000

Região	Cobertura
TOTAL	67,46 ←
Região Norte	83,38
Região Nordeste	75,24
Região Sudeste	62,70
Região Sul	63,23
Região Centro-Oeste	70,16

Fonte: Programa Nacional de Imunizações

Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/cnv/cpniuf.def> Acesso em 25/10/2006.

Figura 21B - Cobertura da imunização, considerando a população alvo, para os seguintes imunobiológicos e doses. Brasil, 2000

Imunobiológico	Período (a partir de)	População-alvo
Contra Influenza (campanha) (INF)	1999	65 anos e mais (1999) 60 anos e mais (a partir de 2000)

Fonte: SI-PNI. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/cpnidescr.htm#descvar>
Acesso em 25/10/2006.

Esclarecimentos sobre o indicador 21 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Vaccinations: Influenza vaccinations are given annually, while pneumococcal vaccinations are usually given once in a lifetime. For influenza, the percent vaccinated consists of persons who reported having a flu shot during the past 12 months. For pneumococcal disease, the percent refers to persons who reported ever having a pneumonia vaccination.

Fontes do indicador 21 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 21C - Percentage of persons age 65 or older who reported having been vaccinated against influenza and pneumococcal disease, by race and hispanic origin, 1989 to 1995

	1989	1991	1993	1994	1995
INFLUENZA					
NON-HISPANIC WHITE	32.0	42.8	53.1	56.9	60.0
NON-HISPANIC BLACK	17.7	26.5	31.1	37.7	39.5
HISPANIC	23.8	33.2	46.2	36.6	49.5
PNEUMOCOCCAL DISEASE					
NON-HISPANIC WHITE	15.0	21.0	28.7	30.5	34.2
NON-HISPANIC BLACK	6.2	13.2	13.1	13.9	20.5
HISPANIC	9.8	11.0	12.2	13.7	21.6

Note: Hispanics may be of any race. For influenza, the percent vaccinated consists of persons who reported having a flu shot during the past 12 months. For pneumococcal disease, the percent refers to persons who reported ever having a pneumonia vaccination.

Reference Population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: National Health Interview Survey.

Figura 21D - Percentage of persons age 65 or older who reported having been vaccinated against influenza and pneumococcal disease, by sex and age group, 1993 to 1995

	INFLUENZA	PNEUMOCOCCAL DISEASE
SEX		
MEN	56.2	30.4
WOMEN	53.5	28.5
AGE GROUP		
65 TO 74	52.6	27.7
75 TO 84	58.7	32.6
85 OR OLDER	54.4	28.7

Note: Data are based on a three-year average from 1993 to 1995. For influenza, the percent vaccinated consists of persons who reported having a flu shot during the past 12 months. For pneumococcal disease, the percent is persons who reported ever having a pneumonia vaccination.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: National Health Interview Survey.

Figura 21E - Calculation of medium percentage of persons age 65 or older who reported having been vaccinated against influenza and pneumococcal disease, by race and hispanic origin, 1989 to 1995

Race and Hispanic origin	%
non-hispanic white	60
non-hispanic black	39,5
hispanic	49,5
Média	50

Fonte: Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2006.

FIGURA 21 – Indicador 21 - Cobertura vacinal por influenza

FIGURA 22

INDICADOR 22 - Mamografia nos últimos dois anos

Esclarecimentos sobre o indicador 22 no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006):

- Mamografia nos últimos dois anos: frequência das pessoas que dizem ter realizado mamografia nos últimos dois anos em determinado espaço geográfico.

Fontes do indicador 22 no Brasil:

Figura 22A - Frequência das pessoas com 65 anos ou mais que realizaram mamografia nos últimos dois anos*. Brasil, 2003

Frequências 65 anos e +

Statistics

Qdo ocorreu a última mamografia

N	Valid	49662312
	Missing	1E+008

Qdo ocorreu a última mamografia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	12518750	7,1	25,2	25,2
	4	5709373	3,2	11,5	36,7
	6	2957251	1,7	6,0	42,7
	8	28474586	16,2	57,3	100,0
	Sem declaração	2352	,0	,0	100,0
	Total	49662312	28,2	100,0	
Missing	System	126325300	71,8		
Total		175987612	100,0		

Fonte: PNAD 2003 – microdados

*Foram considerados as variáveis 2 e 4

Figura 22B - Características do acesso aos serviços preventivos de saúde em mulheres moradoras de 25 anos ou mais de idade*

O informante desta parte é	0	Parte ignorada
	1	A própria pessoa
	3	Pessoa não-moradora do domicílio
	5	Outra pessoa moradora do domicílio
		Não-aplicável
Número de ordem do informante		
Quando ocorreu o último exame clínico das mamas realizado por médico ou enfermeiro	1	Menos de 1 ano
	3	De 1 ano a 3 anos
	5	4 anos ou mais
	7	Nunca fez exame clínico
	9	Sem declaração
		Não-aplicável
Quando ocorreu a última mamografia	2	Menos de 1 ano
	4	De 1 ano a 2 anos
	6	3 anos ou mais
	8	Nunca fez mamografia
	9	Sem declaração
		Não-aplicável

Fonte: IBGE. Dicionário PNAD 2003- microdados- Arquivo de Pessoas

*Foram consideradas as variáveis 2 e 4

Esclarecimentos sobre o indicador 22 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Mammography: Percentage of women age 65 or older who had a mammogram in the past two years, by race and Hispanic origin.

Fontes do indicador 22 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 22C - Percentage of women age 65 or older who reported having had a mammogram within the past two years, by race and hispanic origin, 1987 to 1994

	1987	1990	1991	1993	1994
TOTAL	22.8	43.4	48.1	54.2	55.0 ←
NON-HISPANIC WHITE	24.0	43.8	49.1	54.7	54.9
NON-HISPANIC BLACK	14.1	39.7	41.6	56.3	61.0
HISPANIC	13.7	41.1	40.9	35.7	48.0

Note: Questions concerning use of mammography differed slightly on the National Health Interview Survey across the years for which data are shown. In 1987 and 1990 women were asked to report when they had their last mammogram. In 1991 women were asked whether they had a mammogram in the past two years. In 1993 and 1994 women were asked whether they had a mammogram within the past year, between one and two years ago, or over two years ago. Hispanics may be of any race.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: National Health Interview Survey.

FIGURA 22 – Indicador 22 - Mamografia nos últimos dois anos

FIGURA 23

INDICADOR 23 - Qualidade da dieta

Esclarecimentos sobre o indicador 23 no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2006):

- Qualidade da dieta: frequência de consumo usual de vegetais e frutas.

Fontes do indicador 23 no Brasil:

Figura 23A - Distribuição da população de estudo de 65 anos e mais por sexo, segundo faixas de consumo* de frutas, legumes ou verduras. 16 capitais e DF, 2002-2003.

Consumo (vezes por dia)	Masculino		Feminino		Total	
	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}	%	IC _{95%}
0 ---- 1	18,3	13,5 - 24,2	15,0	11,4 - 19,4	16,3	13,3 - 19,8
1 ---- 3	53,3	47,1 - 59,3	54,3	49,4 - 59,2	53,9	50,0 - 57,8
3 ---- 5	21,2	16,8 - 26,4	24,2	20,4 - 28,4	23,0	20,0 - 26,5
5 ou +	7,2	4,3 - 11,8	6,5	4,6 - 9,2	6,8 ←	5,1 - 9,0
Total	100	-	100	-	100	-

* Consumo médio no período de 5 dias

Fonte: Ministério da Saúde/SVS e Instituto Nacional de Câncer (INCA): Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

(INCA, 2006)

Esclarecimentos sobre o indicador 23 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Dietary quality: was measured using the Healthy Eating Index. The Healthy Eating Index (HEI) is a summary measure of dietary quality. The HEI consists of 10 components, each representing a different aspect of a healthful diet based on the U.S. Department of Agriculture's Food Guide Pyramid and the Dietary Guidelines for Americans. Scores for each component are given equal weight and added to calculate an overall HEI score with a maximum value of 100. An HEI score above 80 indicates a good diet, an HEI score between 51 and 80 signals a diet that needs improvement, and an HEI score below 51 indicates a poor diet.

Fontes do indicador 23 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 23B - Dietary quality ratings among persons age 45 or older, as measured by the healthy eating index, by age group and poverty status, 1994 to 1996

	AGE GROUP		POVERTY STATUS AMONG PERSONS AGE 65 OR OLDER	
	45 TO 64	65 OR OLDER	BELOW POVERTY	ABOVE POVERTY
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
GOOD	12.6	20.9 ←	12.6	22.2
NEEDS IMPROVEMENT	69.5	66.6	66.1	66.6
POOR	17.8	12.5	21.3	11.2

Note: The Healthy Eating Index consists of 10 components. Components 1 to 5 measure the degree to which a person's diet conforms to the Pyramid serving recommendations for the five major food groups: grains, vegetables, fruits, milk, and meat/meat alternatives. Components 6 to 9 measure intake of fat, saturated fat, cholesterol and sodium. Component 10 measures the degree of variety in a person's diet. High component scores indicate intakes close to recommended ranges or amounts; low component scores indicate less compliance with recommended ranges or amounts. These data were collected between 1994 and 1996. See "Indicator 6: Poverty" for information on the definition of poverty.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: Continuing Survey of Food Intakes by Individuals.

Figura 23C - Average scores of persons age 65 or older for components of the healthy eating index,

1994 to 1996

1. GRAINS	6.4
2. VEGETABLES	6.5
3. FRUITS	5.3
4. MILK PRODUCTS	4.9
5. MEAT	6.4
6. TOTAL FAT	7.0
7. SATURATED FAT	6.9
8. CHOLESTEROL	8.2
9. SODIUM	7.5
10. VARIETY OF DIET	8.1
HEALTHY EATING INDEX	67.2

Note: The Healthy Eating Index consists of 10 components. Components 1 to 5 measure the degree to which a person's diet conforms to the Pyramid serving recommendations for the five major food groups: grains, vegetables, fruits, milk, and meat/meat alternatives. Components 6 to 9 measure intake of fat, saturated fat, cholesterol and sodium. Component 10 measures the degree of variety in a person's diet. High component scores indicate intakes close to recommended ranges or amounts; low component scores indicate less compliance with recommended ranges or amounts. These data were collected between 1994 and 1996.

Reference population: These data refer to the civilian noninstitutional population.

Source: Continuing Survey of Food Intakes by Individuals.

FIGURA 23 – Indicador 23 - Qualidade da dieta

INDICADOR 24 - Crimes violentos**Esclarecimentos sobre o indicador 24 no Brasil:**

- Dados não disponíveis

Fontes do indicador 24 no Brasil:

Dados não disponíveis

Esclarecimentos sobre o indicador 24 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Criminal Victimization: Violent crime includes murder, rape, robbery, aggravated and simple assault. Since 1992, sexual assault has also been included.

Fontes do indicador 24 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 24A - Violent and property crime rates, by age of victim, 1973 to 1998

	VIOLENT CRIME (PER 1,000 PERSONS)		PROPERTY CRIME (PER 1,000 HOUSEHOLDS)	
	12 TO 64	65 OR OLDER	12 TO 64	65 OR OLDER
1973	58.7	9.1	544.0	204.7
1974	59.2	9.2	582.7	202.2
1975	59.0	7.8	586.5	214.3
1976	59.5	8.1	565.3	210.1
1977	62.2	8.0	564.4	203.3
1978	61.8	8.2	554.4	190.0
1979	63.7	6.0	585.8	195.8
1980	60.7	6.8	576.6	202.0
1981	65.0	7.9	552.3	224.7
1982	63.7	6.1	519.0	182.8
1983	57.9	5.7	469.1	174.7
1984	57.4	5.0	443.0	162.5
1985	55.4	4.6	436.5	142.8
1986	53.1	4.5	424.7	141.5
1987	54.5	5.0	433.5	149.8
1988	55.8	4.3	424.1	143.9
1989	54.7	4.1	422.9	145.7
1990	55.3	3.6	400.7	136.8
1991	61.2	4.2	409.9	149.7
1992	60.4	5.3	383.1	126.7
1993	63.5	6.0	378.0	133.4
1994	62.7	5.3	360.2	126.4
1995	54.6	6.0	326.3	116.7
1996	50.5	4.8	308.1	105.7
1997	47.1	4.5	278.5	95.7
1998	44.9	2.9 ←	249.4	88.4

Note: Violent crime includes murder, rape, robbery, and aggravated and simple assault. Since 1992, sexual assault has also been included. Property crime includes household burglary, motor vehicle theft, and property theft. Data prior to 1992 have been weighted to partially account for these changes. A complete description of the survey methodology, including changes that were made when the survey was redesigned, can be found in Criminal Victimization in the United States, 1993, NCJ-151657.

Reference population: These data refer to the resident noninstitutional population.

Source: National Crime Victimization Survey and Uniform Crime Reports.

FIGURA 24 – Indicador 24 - Crimes violentos

FIGURA 25

INDICADOR 25 - Despesas com assistência à saúde

Esclarecimentos sobre o indicador 25 no Brasil (ALMEIDA, 2002):

- Despesas com assistência à saúde: somatório do percentual das despesas realizadas com produtos farmacêuticos e serviços de assistência à saúde dos homens e mulheres (mais de 60 anos) segundo a classe de rendimentos para as áreas de pesquisa da POF 1995/96.

Fontes do indicador 25 no Brasil:

Figura 25A - Distribuição percentual de despesas dos homens e mulheres (mais de 60 anos) segundo a classe de rendimentos para as áreas de pesquisa da POF 1995/96

Natureza da despesa	Salários mínimos					
	[0 - 2]		(2 - 5]		(5 - mais)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Produtos farmacêuticos	24,38	33,20	17,22	19,95	4,72	8,20
Serviços de Assis. à Saúde	6,01	9,37	18,20	25,85	13,86	21,28
Pessoais ²	7,59	10,98	6,90	13,14	4,76	11,28
Roupas ³	2,91	4,79	2,23	6,05	1,91	4,09
Lazer ⁴	2,62	1,80	1,60	1,27	3,48	1,59
Jogos e apostas	4,95	3,58	5,05	2,31	1,07	0,33
Comunicação e transporte	15,12	9,75	14,98	8,58	7,90	6,63
Alimentação fora de casa	14,54	7,36	7,06	3,40	7,68	4,60
Fumo	7,51	4,36	5,28	1,71	0,73	0,81
Viagens	2,41	2,64	5,32	1,70	5,02	4,90
Lar ⁵	1,03	2,69	1,04	3,31	0,34	1,20
Educação	1,16	1,17	1,09	2,02	3,88	2,71
Outros imóveis	0,29	0,91	0,93	0,33	17,72	14,93
Outras despesas ⁶	9,64	7,40	12,63	10,39	26,93	17,46
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE (1998)

¹ Foram utilizados somente idosos que declaram ter alguma fonte de rendimento.

² Inclui artigos de toucador, serviços pessoais, bolsas, calçados, cintos, jóias, artigos de papelaria, livros não didáticos, brinquedos e materiais de recreação e outras despesas.

³ Inclui roupas de homens, mulheres e crianças.

⁴ Leitura, diversão e esportes.

⁵ Inclui artigos de armário, utensílios domésticos e artigos de copa, cozinha, cama, mesa e banho.

⁶ Serviços de cartório, profissionais liberais, festas, cerimônias religiosas e despesas com automóveis.

(ALMEIDA, 2002)

Figura 25B - Cálculo da média do percentual de despesas dos homens e mulheres (mais de 60 anos) gastos com saúde segundo a classe de rendimentos para as áreas de pesquisa da POF 1995/96

Salários mínimos	Sexo	Componentes das despesas		
		Produtos farmacêuticos	Serviços de assistência à saúde	Total
0 a 2	homens	24,38	6,01	30
	mulheres	33,2	9,37	43
	média	28,79	7,69	36 ←
2 a 5	homens	17,22	18,2	35
	mulheres	19,95	25,85	46
	média	18,585	22,03	41 ←
5 ou mais	homens	4,72	13,86	19
	mulheres	8,2	21,28	29
	média	6,46	17,57	24 ←

Fonte: IBGE (1998). (ALMEIDA, 2002)

Esclarecimentos sobre o indicador 25 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- **Health Care Expenditures:** As defined in the Consumer Expenditure Survey, health care expenditures include out-of-pocket expenditures for health insurance, medical services, prescription drugs, and medical supplies. As defined in the Medicare Current Beneficiary Survey, health care expenditures include all expenditures for inpatient hospital, medical, nursing home, outpatient, dental, prescription drugs, home health care, and hospice services, including both out-of-pocket expenditures and expenditures covered by insurance. Data include both out-of-pocket expenditures and expenditures covered by insurance.

Fontes do indicador 25 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 25C - Percentage of health care expenditures incurred by Medicare beneficiaries age 65 or older, by level of expenditures, 1996

SPENDING LEVEL	PERCENTAGE OF HEALTH CARE EXPENDITURES INCURRED
TOP 1 PERCENT	12.9
TOP 5 PERCENT	37.2
TOP 10 PERCENT	55.6

Note: Data include both out-of-pocket expenditures and expenditures covered by insurance.

Reference population: These data refer to Medicare beneficiaries.

Source: Medicare Current Beneficiary Survey.

Figura 25D - Distribution of health care expenditures among Medicare beneficiaries age 65 or older, by institutional status, 1996

	NONINSTITUTIONAL POPULATION	INSTITUTIONAL POPULATION
TOTAL	100.0	100.0
INPATIENT HOSPITAL	35.5	14.9
MEDICAL/OUTPATIENT	39.9	10.5
NURSING HOME	0.0	63.7
SKILLED NURSING FACILITY/HOME HEALTH	10.2	9.9
PRESCRIPTION DRUGS	10.2	0.2
OTHER	4.2	0.8

Note: Data include both out-of-pocket expenditures and expenditures covered by insurance. "Other" expenditures consist of dental and hospice expenses.

Reference population: These data refer to Medicare beneficiaries.

Source: Medicare Current Beneficiary Survey.

Figura 25E - Average health care expenditures among Medicare beneficiaries age 65 or older, in 1996 dollars, by age group, 1992 to 1996

	1992	1993	1994	1995	1996
65 TO 69	\$ 5,506	\$ 5,179	\$ 6,028	\$ 5,389	\$ 5,864
70 TO 74	5,761	6,451	6,690	7,380	6,744
75 TO 79	7,063	8,219	8,248	8,412	9,414
80 TO 84	9,535	10,328	10,836	11,555	11,258
85 OR OLDER	14,424	14,805	16,049	16,452	16,465

Note: Data include both out-of-pocket expenditures and expenditures covered by insurance.

Reference population: These data refer to Medicare beneficiaries.

Source: Medicare Current Beneficiary Survey.

Figura 25F - Average health care expenditures among Medicare beneficiaries age 65 or older, by selected characteristics, 1996

TOTAL	\$ 8,742
AGE GROUP	
65 TO 69	\$ 5,864
70 TO 74	6,744
75 TO 79	9,414
80 TO 84	11,258
85 OR OLDER	16,465
SEX	
MEN	\$ 8,335
WOMEN	9,028
RACE	
NON-HISPANIC WHITE	\$ 8,756
NON-HISPANIC BLACK	9,794
LEVEL OF INCOME	
LOWEST FIFTH	\$12,602
SECOND FIFTH	9,790
THIRD FIFTH	7,635
FOURTH FIFTH	7,367
HIGHEST FIFTH	6,371
INSTITUTIONAL STATUS	
NONINSTITUTIONAL	\$ 6,360
INSTITUTIONALIZED PART OR ALL OF YEAR	38,906

Note: Sample sizes were too small to present results for other race categories.

Reference population: These data refer to Medicare beneficiaries.

Source: Medicare Current Beneficiary Survey.

FIGURA 25 – Indicador 25 – Despesas com assistência à saúde

FIGURA 26

INDICADOR 26 - Componentes das despesas mensais com saúde

Esclarecimentos sobre o indicador 26 no Brasil (ALMEIDA, 2002):

- Componentes das despesas mensais com saúde: percentual dos componentes das despesas mensais com saúde (produtos farmacêuticos e serviços de assistência à saúde) da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 1995/96.

Fontes do indicador 26 no Brasil:

Figura 26A - Cálculo do percentual de gastos com os componentes das despesas mensais com saúde dos homens e mulheres (mais de 60 anos) segundo a classe de rendimentos para as áreas de pesquisa da POF 1995/96

Salários mínimos	Sexo	Componentes das despesas		Total
		Produtos farmacêuticos	Serviços de assistência à saúde	
0 a 2	homens	24,38	6,01	30
	mulheres	33,2	9,37	43
	média	28,79	7,69	36
	%	79	21	100
2 a 5	homens	17,22	18,2	35
	mulheres	19,95	25,85	46
	média	18,585	22,03	41
	%	46	54	100
5 ou mais	homens	4,72	13,86	19
	mulheres	8,2	21,28	29
	média	6,46	17,57	24
	%	27	73	100
Média do percentual de todas as faixas de renda (%)		51	49	100

Fonte: IBGE (1998).
(ALMEIDA, 2002)

Esclarecimentos sobre o indicador 26 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Health care expenditures: As defined in the Consumer Expenditure Survey, health care expenditures include out-of-pocket expenditures for health insurance, medical services, prescription drugs, and medical supplies. As defined in the Medicare Current Beneficiary Survey, health care expenditures include all expenditures for inpatient hospital, medical, nursing home, outpatient, dental, prescription drugs, home health care, and hospice services, including both out-of-pocket expenditures and expenditures covered by insurance.

Fontes do indicador 26 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 26B - Major components of health care expenditures among Medicare beneficiaries age 65 or older, 1992 and 1996

	1992	1996
TOTAL	100.0	100.0
INPATIENT HOSPITAL	32.6	28.8
MEDICAL/OUTPATIENT	31.4	30.3
NURSING HOME CARE	21.1	20.8
SKILLED NURSING FACILITY/HOME HEALTH CARE	5.6	10.1
PRESCRIPTION DRUGS	6.7	6.9
OTHER	2.6	3.1

Note: Data include both out-of-pocket expenditures and expenditures covered by insurance. "Other" expenditures consist of dental and hospice expenses.

Reference population: These data refer to Medicare beneficiaries.

Source: Medicare Current Beneficiary Survey.

Figura 26C - Distribution of major components of health care expenditures among Medicare beneficiaries age 65 or older, by age group and income level, 1996

AGE GROUP					
	65 TO 69	70 TO 74	75 TO 79	80 TO 84	85 OR OLDER
AVERAGE EXPENDITURE	\$5,864	\$6,744	\$9,414	\$11,258	\$16,465
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
INPATIENT HOSPITAL	34.3	33.3	31.4	25.8	19.3
MEDICAL/OUTPATIENT	38.5	37.8	32.0	26.9	16.9
NURSING HOME CARE	6.5	8.6	15.2	26.5	46.1
SKILLED NURSING FACILITY/ HOME HEALTH CARE	5.4	7.1	11.6	13.1	13.3
PRESCRIPTION DRUGS	10.7	9.0	6.9	5.4	2.8
OTHER	4.6	4.2	2.8	2.3	1.6
INCOME LEVEL					
	LOWEST FIFTH	SECOND FIFTH	THIRD FIFTH	FOURTH FIFTH	HIGHEST FIFTH
AVERAGE EXPENDITURE	\$12,602	\$9,790	\$7,635	\$7,367	\$6,371
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
INPATIENT HOSPITAL	24.9	29.5	32.3	32.2	26.9
MEDICAL/OUTPATIENT	21.3	28.6	35.2	35.3	38.8
NURSING HOME CARE	35.9	22.2	12.6	10.8	10.4
SKILLED NURSING FACILITY/ HOME HEALTH CARE	12.5	11.5	8.7	9.0	6.5
PRESCRIPTION DRUGS	4.2	6.1	8.3	8.8	9.8
OTHER	1.2	2.2	2.9	3.9	7.5

Note: Data include both out-of-pocket expenditures and expenditures covered by insurance. "Other" expenditures consist of dental and hospice expenses.
Reference population: These data refer to Medicare beneficiaries.
Source: Medicare Current Beneficiary Survey.

FIGURA 26 – Indicador 26 – Componentes das despesas mensais com saúde

FIGURA 27

INDICADOR 27 - Gastos diretos com saúde

Esclarecimentos sobre o indicador 27 no Brasil (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2007):

- Gastos diretos com saúde em famílias com idosos, por quintos de renda: percentual do gasto monetário com saúde das famílias com idosos, dividido pelo gasto total das famílias segundo nível de renda. Dados obtidos na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002/2003.

Fontes do indicador 27 no Brasil:

Figura 27A - Percentual do gasto direto com saúde em famílias com idosos (60 anos ou mais) segundo nível de renda. Brasil, 2002/2003

Quintos de renda	Proporção dos gastos (%)
1º	7
2º	8
3º	9
4º	10
5º	11

Fonte: POF 2002/2003.

(IPEA, 2007)

Esclarecimentos sobre o indicador 27 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Out-of-pocket health care expenditures: Percentage of total out-of-pocket expenditures allocated to health care costs in households headed by persons age 65 or older, by income level.

Fontes do indicador 27 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 27B - Percentage of total out-of-pocket expenditures allocated to health care costs in households headed by persons age 65 or older, by income level, 1987 to 1998

	1987	1989	1992	1994	1996	1998
PERCENTAGE ALLOCATED TO HEALTH CARE						
LOWEST FIFTH	10.4%	11.6%	13.5%	14.8%	12.5%	12.7%
SECOND FIFTH	13.5	14.4	15.8	15.4	14.4	13.9
THIRD FIFTH	12.7	14.6	14.9	14.7	14.6	15.6
FOURTH FIFTH	12.3	13.2	13.2	12.0	13.3	13.3
HIGHEST FIFTH	7.9	8.0	9.4	8.9	8.6	9.2
AVERAGE EXPENDITURES ON HEALTH CARE						
LOWEST FIFTH	\$ 886	\$ 1,029	\$ 1,375	\$ 1,685	\$ 1,488	\$ 1,654
SECOND FIFTH	1,390	1,670	2,022	2,112	2,064	2,265
THIRD FIFTH	1,550	2,185	2,413	2,700	2,828	3,228
FOURTH FIFTH	1,926	2,613	2,911	2,990	3,152	3,398
HIGHEST FIFTH	2,065	2,566	3,086	3,376	3,483	3,614
AVERAGE TOTAL EXPENDITURES						
LOWEST FIFTH	\$ 8,502	\$ 8,835	\$10,172	\$11,375	\$11,900	\$ 13,032
SECOND FIFTH	10,332	11,617	12,784	13,747	14,378	16,252
THIRD FIFTH	12,232	14,965	16,189	18,401	19,315	20,696
FOURTH FIFTH	15,676	19,788	22,011	24,894	23,647	25,509
HIGHEST FIFTH	26,301	32,117	32,659	37,757	40,602	39,170

Note: Expenditures on health care, for purposes of this report, include out-of-pocket spending on health insurance, medical services and supplies, and prescription drugs. Quintiles are used to define the five levels of income. In this analysis, the term "household" is used in place of "consumer unit." A consumer unit is used to describe members of a household related by blood, marriage, adoption, or other legal arrangement; single persons who are living alone or sharing a household with others but who are financially independent; or two or more persons living together who share responsibility for at least two of three major types of expenses—food, housing, and other expenses. The income distribution was determined for the subset of all consumer units where the reference person was age 65 or older.

Reference population: These data refer to the resident noninstitutional population.

Source: Consumer Expenditure Survey.

FIGURA 27 – Indicador 27 – Gastos diretos com saúde

FIGURA 28

INDICADOR 28 - Acesso ao serviço de saúde

Esclarecimentos sobre o indicador 28 no Brasil (LIMA E COSTA et al, 2002; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006):

- Acesso ao serviço de saúde: distribuição de alguns fatores que influenciam o uso de serviços de saúde.

Fontes do indicador 28 no Brasil:

Figura 28A - Distribuição percentual de alguns indicadores de uso de serviços de saúde e filiação a plano privado de saúde, segundo a faixa etária e a renda domiciliar per capita em uma amostra de 197.2971 pessoas representativas da população brasileira com mais de 20 anos de idade

Indicadores de uso de serviço de saúde e filiação a plano privado de saúde	20 – 64 anos			≥ 65 anos		
	Renda (em SM)		OR (IC 95%)	Renda (em SM)		OR (IC 95%)
	< 0,67%	≥ 0,67%		< 0,67%	≥ 0,67%	
Procura por atendimento médico nas duas últimas semanas						
Procurou e foi atendido	10,8	13,8	1,00	16,1	22,1	1,00
Procurou e não foi atendido	0,8	0,5	2,23 (1,90-2,60)	0,7	0,5	1,90 (1,18-3,06)
Não procurou	88,1	85,4	1,33 (1,24-1,42)	82,6	76,8	1,47 (1,33-1,64)
SI	0,3	0,3		0,5	0,6	
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses						
0	48,7	40,9	1,00	35,3	24,5	1,00
1	15,3	16,4	0,79 (0,75-0,83)	14,8	13,4	0,77 (0,68-0,88)
2	11,8	13,6	0,73 (0,69-0,77)	13,3	14,2	0,64 (0,56-0,74)
3+	24,1	29,1	0,70 (0,66-0,74)	36,6	47,8	0,53 (0,48-0,59)
Última visita ao dentista (anos)						
< 1	20,6	39,0	1,00	4,7	12,4	1,00
1-2	17,2	24,2	1,35 (1,28-1,42)	4,0	9,2	1,16 (0,91-1,46)
3 +	52,8	35,5	2,90 (2,67-3,15)	77,4	73,2	2,78 (2,24-3,44)
Nunca	9,4	2,3	7,81 (6,84-8,92)	13,8	5,2	7,01 (5,26-9,34)
Número de internações hospitalares nos últimos 12 meses						
0	90,4	92,9	1,00	85,3	85,1	1,00
1	7,6	5,8	1,35 (1,28-1,43)	9,4	10,1	0,93 (0,82-1,05)
2+	2,0	1,3	1,52 (1,38-1,67)	5,3	4,9	1,09 (0,87-1,35)
Filiação a plano privado de saúde						
Não	95,6	63,7	1,00	95,3	69,2	1,00
Sim	4,4	36,3	0,08 (0,07-0,09)	4,7	30,8	0,11 (0,09-0,14)

¹ 178.229 e 19.068 participantes nas faixas etárias de 20-64 e ≥ 65 anos, respectivamente.

SM: Salários-mínimos da época (cada = R\$130,00).

OR (IC 95%): *odds ratio* não ajustado (intervalo de confiança em nível de 95%).

SI: Sem informação.

(LIMA E COSTA et al, 2002)

Figura 28B - Motivo pelo qual pessoas com 65 anos e mais de idade não procuraram os serviços de saúde nas duas últimas semanas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não houve necessidade	6720854	70,5	90,5	90,5
	Não tinha dinheiro	188137	2,0	2,5	93,0
	O local de atendimento era distante ou de difícil acesso	109458	1,1	1,5	94,5
	Dificuldade de transporte	64019	,7	,9	95,4
	Horário incompatível	13989	,1	,2	95,6
	O atendimento é muito demorado	85165	,9	1,1	96,7
	O estabelecimento não possuía especialista compatível com su	29400	,3	,4	97,1
	Achou que não tinha direito	2722	,0	,0	97,1
	Não tinha quem o(a) acompanhasse	41196	,4	,6	97,7
	Outro motivo	170530	1,8	2,3	100,0
	Ignorado	981	,0	,0	100,0
	Total	7426451	77,9	100,0	
Missing	System	2103108	22,1		
Total		9529559	100,0		

Fonte: PNAD 1998 – microdados

Esclarecimentos sobre o indicador 28 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Access to Health Care: is determined by a variety of factors related to the cost, quality, and availability of health care services. Over 96 percent of older Americans are covered by Medicare, which provides affordable coverage for most acute health care services.

Fontes do indicador 28 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 28C - Percentage of Medicare beneficiaries age 65 or older who reported problems with access to health care, 1992 to 1996

	1992	1993	1994	1995	1996
PERCENT REPORTING DIFFICULTY OBTAINING CARE	3.1	2.6	2.6	2.6	2.3
PERCENT REPORTING THEY DELAYED GETTING CARE DUE TO COST	9.8	9.1	7.6	6.8	5.5

Reference population: These data refer to noninstitutional Medicare beneficiaries.

Source: Medicare Current Beneficiary Survey.

Figura 28D - Access to and satisfaction with health care among Medicare beneficiaries age 65 or older, by age group and race and hispanic origin, 1996

AGE GROUP				
	TOTAL	65 TO 74	75 TO 84	85 OR OLDER
PERCENT REPORTING DIFFICULTY OBTAINING CARE	2.3	2.7	1.7	2.2
PERCENT REPORTING THEY DELAYED GETTING CARE DUE TO COST	5.5	6.5	4.5	3.0
PERCENT REPORTING THEY WERE UNSATISFIED OR VERY UNSATISFIED WITH HEALTH CARE	3.0	2.8	3.1	4.0
RACE AND HISPANIC ORIGIN				
	TOTAL	NON-HISPANIC WHITE	NON-HISPANIC BLACK	HISPANIC
PERCENT REPORTING DIFFICULTY OBTAINING CARE	2.3	2.1	3.8	2.9
PERCENT REPORTING THEY DELAYED GETTING CARE DUE TO COST	5.5	5.0	9.6	7.3
PERCENT REPORTING THEY WERE UNSATISFIED OR VERY UNSATISFIED WITH HEALTH CARE	3.0	2.9	2.5	3.7

Reference population: These data refer to noninstitutional Medicare beneficiaries.

Source: Medicare Current Beneficiary Survey.

FIGURA 28 – Indicador 28 – Acesso ao serviço de saúde

FIGURA 29
INDICADOR 29 - Utilização dos serviços de saúde

Esclarecimentos sobre o indicador 29 no Brasil (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2005; CAMARANO, 2005):

- Taxa de internação: número médio de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Consultas médicas: número médio de consultas feitas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Tempo de permanência no hospital: número médio de dias de permanência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS no ano considerado)

Fontes do indicador 29 no Brasil:

Figura 29A - Taxa de internação na rede SUS da população com 65 anos e mais. Brasil, 2000

População (n°)	Internações (n°)	Taxa
9935100	1664239	168

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e IBGE - Base demográfica

Nota:

1. Taxa = número de internações por 1.000 idosos

Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 nov. 2006

Figura 29B - Proporção de idosos por idade e sexo segundo consulta ao médico nos últimos 12 meses. Brasil, 1998

	Sim	Não	Total
Homens			
60 a 64 anos	61,8	38,2	100,0
65 a 69 anos	65,8	34,2	100,0
70 a 74 anos	66,6	33,4	100,0
75 a 79 anos	68,1	31,9	100,0
80 + anos	70,3	29,6	99,9
Total	65,4	34,6	100,0
Mulheres			
60 a 64 anos	76,8	23,2	100,0
65 a 69 anos	77,6	22,4	100,0
70 a 74 anos	78,7	21,3	100,0
75 a 79 anos	78,4	21,6	100,0
80 + anos	77,5	22,5	100,0
Total	77,6	22,4	100,0

Fonte: IBGE/PNAD de 1998.

(CAMARANO, 2005)

Figura 29C - Média da proporção de idosos por idade e sexo segundo consulta ao médico nos últimos 12 meses. Brasil, 1998

Faixa etária	Sexo		Média
	Homens	Mulheres	
60 e mais	65,4	77,6	71,5 ←
65 a 69 anos	65,8	77,6	71,70
70 a 74 anos	66,6	78,7	72,65
75 a 79 anos	68,1	78,4	73,25
80 anos e mais	70,3	77,5	73,90
65 e mais (média)	67,7	78,05	72,88 ←

Fonte: Adaptado por Camarano, 2005

Figura 29D - Média de permanência em internação na rede SUS da população de 65 anos e mais. Brasil, 2000

Média Permanência segundo Região

Faixa Etária 2: 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 anos e mais

Período: 2000

Região	Média Permanência
TOTAL	7,3 ←
Região Norte	5,6
Região Nordeste	6,0
Região Sudeste	9,0
Região Sul	6,3
Região Centro-Oeste	6,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 25 nov. 2006

Esclarecimentos sobre o indicador 29 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Use of Health Care Services: Data for 1998 should be considered preliminary. For home health visits utilization rates for 1994-1998 exclude HMO enrollees from the numerator and denominator because utilization data are not available for this group. Prior to 1994, HMO enrollees were included in the denominator, causing utilization rates to be understated. Prior to 1994, HMO enrollees represented 7 percent or less of the Medicare population; in 1998 they represented 18 percent. For physicians visits, data on HMO enrollees are excluded for all years. These data refer to Medicare beneficiaries in fee-for-service only.

Fontes do indicador 29 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 29E - Rates of health care service usage by Medicare beneficiaries age 65 or older, 1990 to 1998 (per 1,000)

USE OF SERVICES									
TYPE OF SERVICE	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
HOSPITALIZATION	307	311	311	306	337	344	352	364	365
HOME HEALTH VISITS	2,141	—	3,822	4,648	6,352	7,608	8,376	8,227	5,058
SKILLED NURSING FACILITY ADMISSIONS	23	—	28	33	43	50	59	67	69
PHYSICIAN VISITS AND CONSULTATIONS	10,800	11,800	11,800	12,100	12,500	12,900	13,000	13,000	13,100
AVERAGE LENGTH OF HOSPITAL STAY (DAYS)	8.8	8.6	8.3	7.9	7.4	6.9	6.5	6.2	6.1

— = NOT AVAILABLE

Note: Data for 1998 should be considered preliminary. Some data for 1991 are not available (—). For hospitalizations, home health visits, and skilled nursing facility admissions, utilization rates for 1994-1998 exclude HMO enrollees from the numerator and denominator because utilization data are not available for this group. Prior to 1994, HMO enrollees were included in the denominators causing utilization rates to be understated. Prior to 1994, HMO enrollees represented 7 percent or less of the Medicare population; in 1998 they represented about 18 percent. For physician visits, data on HMO enrollees are excluded for all years.

Reference population: These data refer to Medicare beneficiaries in fee-for-service only.

Source: Medicare claims and enrollment data.

Figura 29F - Use of home health and skilled nursing facility services by Medicare beneficiaries age 65 or older, by age group, 1998

	65 TO 74	75 TO 84	85 OR OLDER
HOME HEALTH VISITS PER 1,000 ENROLLEES	2,350	6,262	12,709
SKILLED NURSING FACILITY ADMISSIONS PER 1,000 ENROLLEES	27	83	200

Note: Data for 1998 should be considered preliminary.

Reference population: These data refer to Medicare beneficiaries in fee-for-service only.

Source: Medicare claims and enrollment data.

FIGURA 30
INDICADOR 30 - Utilização de domicílios coletivos

Esclarecimentos sobre o indicador 30 no Brasil (CAMARANO, 2005):

- Utilização de domicílios coletivos: número de pessoas com 60 anos ou mais residentes em domicílios coletivos em determinado espaço geográfico e ano.

Fontes do indicador 30 no Brasil:

Figura 30A - População idosa em domicilio coletivo por idade e sexo. Brasil, 2000

BRASIL, 2000			
Idade	Homens	Mulheres	Total
60-64	8.385	6.589	14.973
65-69	8.921	8.303	17.224
70-74	8.894	9.833	18.727
75-79	7.139	9.785	16.923
80+	10.237	24.960	35.197
Total	43.575	59.469	103.044

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2000.

(CAMARANO, 2005)

Figura 30B - Pessoas com sessenta e mais e sessenta e cinco e mais anos de idade que utilizam domicilio coletivo. Brasil, 2000

Faixa etária	Homens	Mulheres	Total
60-64	8385	6589	14974
65-69	8921	8303	17224
70-74	8894	9833	18727
75-79	7139	9785	16924
80 e mais	10237	24960	35197
Total	43576	59470	103046
60 e mais			88072
65 e mais	35191	52881	

Fonte: Adaptado por Camarano, 2005

Esclarecimentos sobre o indicador 30 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

- Nursing home care: As defined in the Medicare Current Beneficiary Survey, nursing home care refers to long-term, personal care provided in long-term care facilities.

Fontes do indicador 30 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 30C - Rate of nursing home residence among persons age 65 or older, by sex and age group, 1985, 1995, and 1997 (per 1,000)

	1985	1995	1997
TOTAL			
65 OR OLDER	54.0	45.9	45.3
65 TO 74	12.5	10.1	10.8
75 TO 84	57.7	45.9	45.5
85 OR OLDER	220.3	198.6	192.0
MEN			
65 OR OLDER	38.8	32.8	32.0
65 TO 74	10.8	9.5	9.8
75 TO 84	43.0	33.3	34.6
85 OR OLDER	145.7	130.8	119.0
WOMEN			
65 OR OLDER	61.5	52.3	51.9
65 TO 74	13.8	10.6	11.6
75 TO 84	66.4	53.9	52.7
85 OR OLDER	250.1	224.9	221.6

Note: Rates for 65 or older category are age-adjusted using the 2000 standard population. In 1997 population, figures are adjusted for net underenumeration using the 1990 National Population Adjustment Matrix from the U.S. Census Bureau.

Reference population: These data refer to the resident population. Persons residing in personal care or domiciliary care homes are excluded.

Source: National Nursing Home Survey.

Figura 30D - Number of nursing home residents age 65 or older, by sex and age group, 1985, 1995, and 1997, in thousands

	1985	1995	1997
TOTAL			
65 OR OLDER	1,318	1,423	1,465
65 TO 74	212	190	198
75 TO 84	509	512	528
85 OR OLDER	597	720	738
MEN			
65 OR OLDER	334	357	372
65 TO 74	81	79	81
75 TO 84	141	144	159
85 OR OLDER	113	133	132
WOMEN			
65 OR OLDER	984	1,066	1,093
65 TO 74	132	111	118
75 TO 84	368	368	369
85 OR OLDER	485	587	606

Reference population: These data refer to the population residing in nursing homes. Persons residing in personal care or domiciliary care homes are excluded.

Source: National Nursing Home Survey.

FIGURA 30 – Indicador 30 – Utilização de domicílios coletivos

FIGURA 31

INDICADOR 31 - Assistência domiciliar

Esclarecimentos sobre o indicador 31 no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1998):

- Assistência domiciliar: domicílio foi o local onde recebeu os primeiros e os últimos atendimentos de saúde nas últimas duas semanas.

Fontes do indicador 31 no Brasil:

Figura 31A - Onde procurou o primeiro atendimento de saúde nas últimas duas semanas. Pessoas com sessenta e cinco e mais anos de idade. Brasil, 1998

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Farmácia	45756	,5	2,2	2,2
	Posto ou centro de saúde	605347	6,4	28,8	31,0
	Consultório médico particular	513572	5,4	24,4	55,4
	Consultório odontológico	47993	,5	2,3	57,7
	Consultórios de outros profissionais de saúde (fonaudiólogos	11510	,1	,5	58,2
	Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	21490	,2	1,0	59,2
	Ambulatório ou consultório de clínica	219501	2,3	10,4	69,7
	Pronto-socorro ou emergência	100717	1,1	4,8	74,5
	Hospital	476296	5,0	22,6	97,1
	Laboratório ou clínica para exames complementares	19967	,2	,9	98,1
	→ Atendimento domiciliar	27855	,3	1,3	99,4
	Outro	13104	,1	,6	100,0
	Total	2103108	22,1	100,0	
Missing	System	7426451	77,9		
Total		9529559	100,0		

Fonte: PNAD 1998 – microdados

Figura 31B - Onde procurou o último atendimento de saúde nas últimas duas semanas. Pessoas com sessenta e cinco e mais anos de idade. Brasil, 1998

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Farmácia	533	,0	1,1	1,1
	Posto ou centro de saúde	26120	,2	51,5	52,6
	Consultório médico particular	1006	,0	2,0	54,6
	Consultório odontológico	777	,0	1,5	56,1
	Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	769	,0	1,5	57,6
	Ambulatório ou consultório de clínica	3749	,0	7,4	65,0
	Pronto-socorro ou emergência	1937	,0	3,8	68,9
	Hospital	14958	,1	29,5	98,4
	→ Atendimento domiciliar	261	,0	,5	98,9
	Outro	560	,0	1,1	100,0
	Total	50670	,4	100,0	
Missing	System	13876447	99,6		
Total		13927117	100,0		

Fonte: PNAD 1998 – microdados

Esclarecimentos sobre o indicador 31 nos Estados Unidos (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Home care: Paid or unpaid assistance provided to a person with a chronic disability or illness, living in the community.

Fontes do indicador 31 nos EUA (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006):

Figura 31C - Percentage of Medicare beneficiaries age 65 or older who received home care for a chronic disability, by type of assistance, 1982, 1989, and 1994

	1982	1989	1994
PERCENTAGE RECEIVING CARE			
	18.1	16.4	15.1 ←
TYPE OF ASSISTANCE			
TOTAL	100.0	100.0	100.0
INFORMAL CARE ONLY	73.6	66.6	64.3
INFORMAL AND FORMAL CARE	21.0	24.4	28.0
FORMAL CARE ONLY	5.4	9.0	7.8

Note: Home care refers to paid or unpaid assistance provided to a person with a chronic disability, living in the community.

Reference population: These data refer to Medicare beneficiaries.

Source: National Long Term Care Survey.

FIGURA 31 – Indicador 31 - Assistência domiciliar

ANEXOS

ANEXO A – Quadro 1 – Características de algumas fontes contínuas de dados utilizadas em diagnósticos populacionais de saúde no Brasil

Identificação	Entidade mantenedora	Informação disponível
Sistema de informações sobre mortalidade (SIM)	Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde	Mortalidade
Sistema de informações de agravos de notificação (Sinan)	Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde	Doenças de notificação compulsória
Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde	Internações hospitalares pelo SUS
Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde	Serviços ambulatoriais do SUS: atendimento médico, odontológico, aplicação de vacinas, realização de exames laboratoriais
Sistema único de benefícios (SUB)	Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev)	Doenças relacionados ao trabalho
Banco de dados do Programa nacional de doenças sexualmente transmissíveis e aids (DST/Aids)	Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS	Doenças sexualmente transmissíveis e aids
Sistema de informação da atenção básica (Siab)	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde	Morbidade e mortalidade
Sistema de informações do programa nacional de imunizações (SI - PNI)	Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde	Vacinações, imunobiológicos e eventos adversos
Registro de câncer de base populacional (RCBP)	Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (Inca)	Neoplasias malignas
Sistema de cadastro de beneficiários de planos e seguros privados de saúde	Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	Serviços ambulatoriais e hospitalares da rede conveniada pelos planos de saúde

Fontes: Ripsa, 2002 e Programa Nacional de DST e Aids, 2006

ANEXO B – Quadro 2 – Características de algumas fontes periódicas ou esporádicas de dados utilizadas em diagnósticos populacionais de saúde no Brasil

Identificação	Entidade responsável	Informação disponível
Censo demográfico e contagem da população	IBGE	Dados demográficos, socioeconômicos e características do domicílio a cada dez anos.*
Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD)	IBGE	Dados demográficos, socioeconômicos e características do domicílio, anuais, com exceção nos anos em que há censo demográfico. Em 1998 e 2003, ditas “PNAD-saúde”, houve investigações sobre uso e acesso à serviços de saúde.*
Pesquisa de orçamentos familiares (POF)	IBGE	Consumo da cesta básica, inclusive medicamentos, para regiões metropolitanas, em 1995-1996 e 2002-2003.
Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição (PNSN)	Extinto Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, colaboração IBGE	Condição de saúde e alimentação. Dados antropométricos e estado nutricional, para as capitais, em 1989.
Pesquisa nacional de saneamento básico (PNSB)	IBGE	Abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e coleta de lixo, em 1989 e 2000.*
Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis	Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Inca	Morbidade referida e fatores de risco para 15 capitais e DF em 2002-2003.
Pesquisa sobre assistência médico-sanitária (AMS)	IBGE	Número de estabelecimentos de saúde e de leitos existentes; volume de internações; postos de trabalho médico; oferta de serviços e equipamentos médico-hospitalares, em 1992, 1999 e 2002.*
Pesquisa de demografia e saúde (<i>Demographic and health survey, DHS</i>)	Diversas: Benfam, Usaid	Saúde em geral, incluindo aspectos comportamentais, realizada em 1986, 1991 e 1996.*

* O dado está disponível para todo o Brasil.

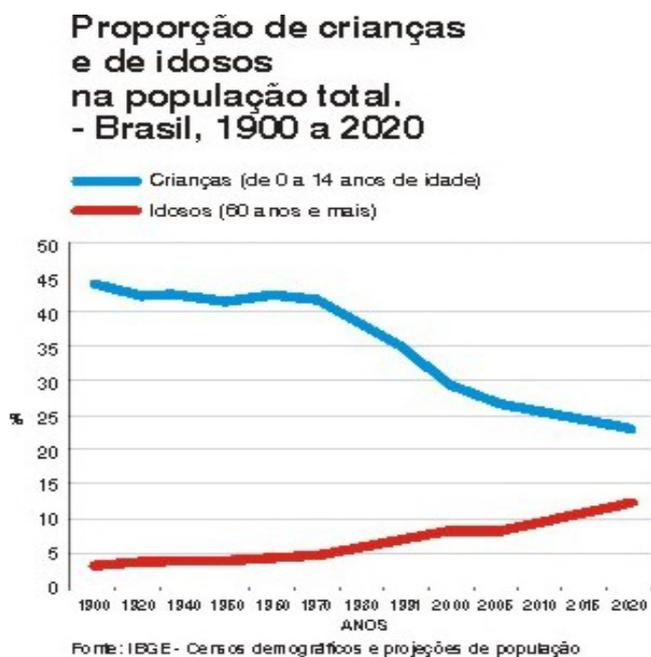
Fontes: Ripsa, 2002; Viacava, 2002; Brasil, 2004 e Boletim SISVAN, 2006.

ANEXO C –Quadro 3– Reprodução da folha de rosto do folheto IDB 2002 Brasil sobre a proporção (%) de idosos na população total, por microrregiões: Brasil, 2000



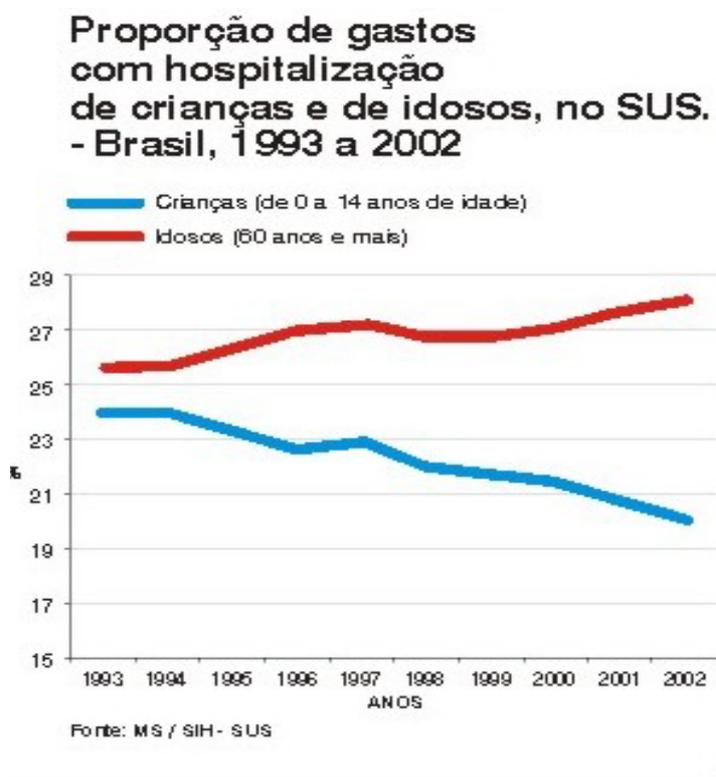
Fonte: Ripsa IDB 2002 Brasil. Disponível em:
< <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ripsa/default.cfm> >

ANEXO D – Quadro 4 – Reprodução de gráfico existente no folheto IDB 2002 Brasil



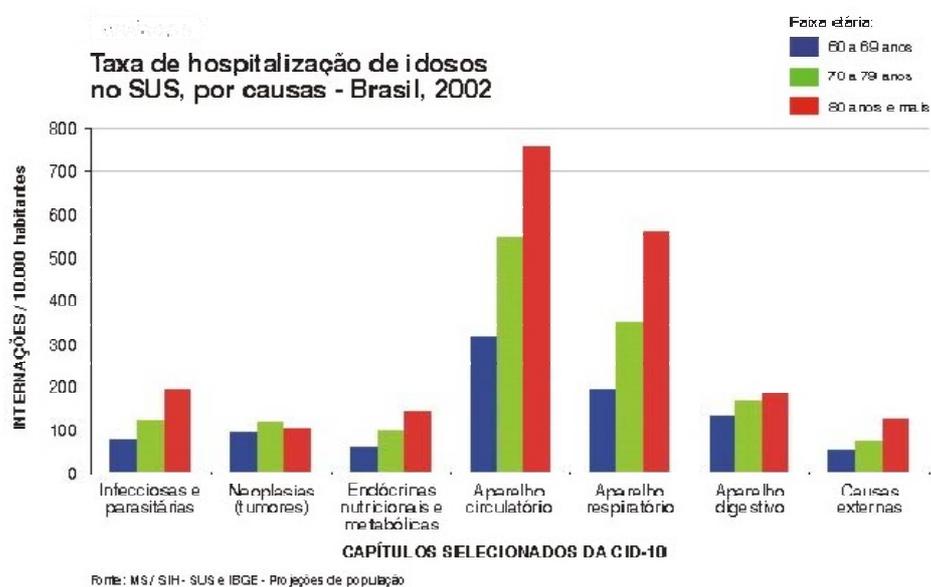
Fonte: Ripsa IDB 2002 Brasil. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ripsa/default.cfm>

ANEXO E – Quadro 5 – Reprodução de gráfico existente no folheto IDB 2002 Brasil



Fonte: Ripsa IDB 2002 Brasil. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ripsa/default.cfm>>

ANEXO F – Quadro 6 – Reprodução de gráfico existente no folheto IDB 2002 Brasil



Fonte: Ripsa IDB 2002 Brasil. Disponível em:
 < <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/ripsa/default.cfm> >

ANEXO G – Quadro 7 – Indicadores de saúde de idosos selecionados, disponíveis na Rede Interagencial de Informações para a Saúde, Brasil 2002-2003

Indicadores	Quantidade
<i>Demográficos (Fonte: IBGE, ano 2003)</i>	
População de idosos (em milhões)	16,1
Razão de sexos (número de homens por 100 mulheres)	81
Esperança de vida aos 60 anos de idade (anos de vida esperados)	18,1
Proporção de idosos na população (%)	9,5
Índice de envelhecimento (%) *	35,4
Razão de dependência **	15,2
<i>Mortalidade (Fonte: SIM, ano 2002)</i>	
Mortalidade proporcional por grupos de causas (%), excluídas as mal definidas	
Doenças infecciosas e parasitárias	3,4
Neoplasias	17,6
Doença do aparelho circulatório	42,6
Doença do aparelho respiratório	15,0
Causas externas	3,2
Demais causas definidas	18,0
Mortalidade proporcional por causas mal definidas (%)	16,1
Mortalidade por doenças do aparelho circulatório (por 100 mil hab)	1283,9
Mortalidade por causas externas (por 100 mil hab)	95,9
Mortalidade por neoplasias malignas (por 100 mil hab)	519,5
Mortalidade por acidentes de trabalho (por 100 mil hab)	25,8
Fonte: Dataprev, 2003	
Mortalidade por <i>diabetes mellitus</i> (por 100 mil hab)	179
Mortalidade por cirrose hepática (por 100 mil hab)	28,3
Mortalidade por aids (por 100 mil hab)	2,8
<i>Morbidade e fatores de risco (Fonte: Sinan, ano 2003)</i>	
Incidência de tétano, exceto o neonatal (número de casos)	109
Incidência de febre amarela (número de casos)	5
Incidência de raiva humana (número de casos)	1
Incidência de aids (por 100 mil hab)	5,6
Incidência de tuberculose (por 100 mil hab)	60,2
Incidência de dengue (por 100 mil hab)	109,6
Incidência de doenças relacionadas ao trabalho (casos por mil)	8,1

trabalhadores segurados); Fonte: Dataprev, 2003	
Incidência de acidentes de trabalho (típicos) (casos por mil trabalhadores segurados)	14,5
Incidência de acidentes de trabalho (de trajeto) (casos por mil trabalhadores segurados)	2,4
Taxa de prevalência de <i>diabetes mellitus</i> (% no grupo de 60-69 anos de idade); Fonte: Comissão 1992	17,4
Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas (%): Fonte: SIH/SUS, ano 2003	
Doenças infecciosas e parasitárias	7,6
Neoplasias	7,2
Transtornos mentais e comportamentais	1,2
Doenças do aparelho circulatório	30,0
Doenças do aparelho respiratório	18,5
Doenças do aparelho digestivo	9,8
Doenças do aparelho geniturinário	5,9
Causas externas	4,6
Demais causas	15,2
Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas segundo grupos de causas (%): Fonte: SIH/SUS, ano 2003	
Quedas	55,5
Acidentes de transporte	10,0
Intoxicação	1,5
Agressões	2,6
Lesões auto-provocadas	0,7
Demais causas externas	29,7
Prevalência de pacientes em diálise (pacientes por 100 mil hab); Fonte: SIA/SUS, ano 2003	184,9

Fonte: Ripsa, 2002 e Ripsa, 2004; Brasil, 2004.

*Índice de envelhecimento: número de pessoas de 65 anos e mais de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

**Razão de dependência: razão entre o segmento etário da população definida como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 65 anos e mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos de idade) na população residente em determinado espaço geográfico no ano considerado.

Idoso: pessoa com sessenta e mais anos.

ANEXO H – Quadro 8 – Morbidade auto-referida em amostra de 28.943 idosos representativos da população brasileira com 60 anos ou mais de idade: dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 1998

Morbidade	%
Hipertensão	44
Artrite ou reumatismo	38
Doença do coração	19
Diabetes	10
Asma ou bronquite	8
Doença renal crônica	7
Câncer	1
Cirrose	0,3
Pelo menos um desses	69

Fonte: adaptado Lima e Costa et al, 2003

ANEXO I – Quadro 9 – Indicadores de percepção da saúde e capacidade funcional, segundo faixa etária, em amostra de 28.943 idosos representativos da população brasileira com 60 anos ou mais de idade: dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 1998*

Indicadores funcionais	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos ou mais	Todos os idosos
Percepção da saúde (% de ruim e muito ruim)	14	19	23	16
Deixou de realizar atividades habituais nas últimas duas semanas por motivo de saúde (% de sim)	12	15	20	14
Esteve acamado das últimas duas semanas (% de sim)	8	10	16	10
Dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro (% de grande dificuldade ou não consegue)	4	7	19	7
Dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se (% de grande dificuldade ou não consegue)	19	29	44	24
Dificuldade para caminhar cerca de um quilometro (% de grande dificuldade ou não consegue)	17	28	47	23

Fonte: adaptado Lima e Costa et al, 2003

*Excluídos os informados por outras pessoas que não o entrevistado e os sem informação

ANEXO J – Quadro 10 – Indicadores utilizados no Canadá para a avaliação da saúde de idosos e sua disponibilidade em duas fontes de dados brasileiras

Indicadores utilizados no Canadá (1)	IBGE (2)	Ministério da Saúde (3)
Auto percepção da saúde	Sim	Não
Capacidade funcional	Sim	Não
Comprometimento crônico de saúde	Sim	Não
Acesso a serviços de saúde	Sim	Não
Exames preventivos	Sim	Não
Vacinação	Sim	Não
Gasto com fármaco	Sim	Não
Gasto com saúde	Sim	Não
Prescrição médica de fármaco	Sim	Não
Taxa de institucionalização	Sim	Não
Quedas	Não	Sim
Cirurgia de colo de fêmur	Não	Sim
Instalação de prótese de fêmur	Não	Sim
Cirurgia reparadora de joelho	Não	Sim
Participação em grupo de convivência	Não	Não
Atividade física regular	Não	Não
Participação de famílias e portadores de comprometimento crônico de saúde em programa de acompanhamento preventivo	Não	Não
Sintomas depressivos	Não	Não
Distúrbio cognitivo	Não	Não
Incontinência urinária e fecal	Não	Não
Uso de fármaco	Não	Não

(1) Canadian Institute for Health Information. Santa Cruz County Health Almanac, 2003

(2) IBGE Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar, Pnad 1998 e 2003; Pesquisa de Orçamentos Familiares, POF 2002- 2003; Censo Demográfico 2000

(3) Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar, SIH/SUS, 2004

ANEXO K – Texto Traduzido para o Português

Older Americans 2000: key indicators of well-being being (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2006).

“Americanos com idade de 65 anos ou mais são um segmento crescente da população dos Estados Unidos. Muitos departamentos federais fornecem dados sobre vários aspectos dos desafios que os americanos idosos enfrentam. Como estes dados vêm de múltiplos departamentos, às vezes se torna difícil entender como este grupo está passando em geral. À luz do crescimento antecipado deste segmento de nossa população, é extremamente importante para as autoridades e o público em geral terem um retrato acessível e de fácil entendimento que mostre como os americanos idosos estão passando. Este relatório novo de interagências, Americanos Idosos 2000: Indicadores-Chave do Bem-estar (Older Americans), fornece um quadro unificado da saúde e bem-estar de nossa população idosa.

Este é o primeiro livro de gráficos preparado pelo Fórum de Interagências sobre Estatísticas Relacionadas ao Envelhecimento (Fórum), uma coalizão de nove departamentos federais (Administração em Envelhecimento: Agência de Estatística do Trabalho; Agência do Censo; Administração de Financiamento de Assistência Saúde; Centro Nacional para Estatística da Saúde; Instituto Nacional sobre Envelhecimento; Secretaria da Gestão e Orçamento; Gabinete do Secretário Assistente para Planejamento e Avaliação, Departamento de Saúde e Serviços Humanos; e Administração do Seguro Social). O trabalho do Fórum também se beneficiou das contribuições substanciais pela Agência de Estatística da Justiça, Departamento de Justiça; Administração Nacional de Segurança de Trânsito Rodoviário, Departamento de Transporte; e o Centro para Política de Nutrição e Promoção, Departamento de Agricultura.

Esta publicação fornece 31 indicadores-chave sobre americanos idosos, categorizados em cinco grupos amplos: população, economia, estado de saúde, riscos e comportamentos de saúde, e assistência médica. Enquanto os departamentos federais geralmente coletam e relatam as informações substanciais sobre a população de 65 anos e mais velhos, ficam diversas áreas importantes, onde existem lacunas em nossos conhecimentos. Este livro de gráficos conclui com uma discussão das necessidades de dados que o Fórum identificou. Ao apresentar o que o Governo sabe, e o que ele não sabe, este relatório desafia os departamentos estatísticos federais a fazê-lo ainda melhor.

Os departamentos que participaram do Fórum devem ser parabenizados pelo esforço que tiveram ao criar *Older Americans*. Eles se uniram para dar ao povo americano uma ferramenta valiosa para acompanhar a condição daqueles que têm 65 anos ou mais, e para elaborar decisões políticas que as afetarão. O Fórum antecipa volumes adicionais de publicação deste livro de gráficos numa periodicidade de cada três ou cinco anos.

Além das nove agências organizadoras do Fórum, foram convidadas agências do Departamento de Agricultura (USDA), do Departamento de Justiça (DOJ), e do Departamento de Transportes (DOT) para contribuir com este relatório. O Fórum agradece imensamente os esforços de Nadine Sahyoun, Centro para Política de Nutrição e Promoção, USDA; Patsy Klaus, Agência de Estatística da Justiça, DOJ; e Esther Wagner, Administração Nacional de Segurança de Transito Rodoviário, DOT, em fornecer informações valiosas de suas agências.

Sobre o Relatório

No esforço de descrever a situação geral da população americana de 65 anos de idade e mais velha, o Fórum Federal de Interagência sobre Estatística Relacionada ao Envelhecimento (Fórum) produziu *Older Americans 2000: Indicadores-chave do Bem-Estar* (Older Americans). Este novo relatório enfoca várias áreas importantes das vidas das pessoas idosas – população, economia, estado de saúde, riscos e comportamentos de saúde, e assistência saúde.

Older Americans é o primeiro de uma série contínua de relatórios que o fórum planeja produzir. As agências federais colaboraram na criação de um conjunto compreensivo de indicadores que podem ser seguidos ao longo do tempo. Ao obedecer estas tendências de dados, mais informações acessíveis estarão disponíveis para direcionar esforços que podem melhorar as vidas dos americanos idosos.

O Fórum espera que este relatório estimule discussões pelas autoridades e o público, anime trocas entre os dados e comunidades da política e ensejem melhorias na coleta de dados federais sobre os americanos idosos. Ao examinar uma ampla gama de indicadores, os pesquisadores, as autoridades, os servidores e o Governo Federal podem entender melhor as áreas do bem-estar que estão melhorando para os americanos idosos e as áreas do bem-estar que requerem mais atenção e esforço.

Estrutura do Relatório

Older Americans é desenhado para apresentar dados em um formato de fácil manuseio e não técnico; ele complementa outros relatórios mais técnicos e compreensivos produzidos pelas agências do Fórum. O relatório inclui 31 indicadores divididos em cinco seções: População, Economia, Estado de Saúde, Riscos de Saúde e Comportamentos, e Assistência à Saúde. Uma lista de indicadores está incluída neste relatório.

Cada indicador inclui:

- um parágrafo introdutório, que descreve a relevância do indicador para o bem-estar da população idosa;
- um ou mais quadros que mostram graficamente as análises dos dados; e
- rápidos destaques de resultados salientes dos dados e de outras fontes.

Os dados usados para desenvolver cada indicador estão apresentados no formato de tabela. As descrições das fontes de dados estão disponíveis. Um glossário também está disponível.

Critérios de seleção para os indicadores

Older Americans apresenta um conjunto seletivo de indicadores-chave que medem os aspectos críticos da vida dos idosos. O Fórum escolheu estes indicadores porque eles são:

- fáceis de entender por grande número de expectadores;
- baseados em dados confiáveis, nacionais, oficiais (coletados ou patrocinados pelos governos estaduais ou Federal);
- baseados objetivamente em pesquisa substancial, que os liga ao bem-estar dos americanos idosos;
- equilibrados para que nenhuma área domine o relatório;
- periodicamente medidos (não necessariamente anualmente) para que eles possam ser atualizados adequadamente e mostrar tendências ao longo do tempo; e
- representativos de grandes segmentos da população em envelhecimento, mais do que outro grupo específico.

Considerações ao examinar os indicadores

Older Americans geralmente se refere à população americana de 65 anos e mais. Os grupos de idade mutuamente exclusivos (por ex.: de 65 a 74, 75 a 84, 85 e mais

velhos) são relatados quando possível. Em decorrência da expectativa de vida ser crescente, e um maior número de pessoas adentrar a legião de idosos, os relatórios futuros terão como objetivo incluir informações da população de 85 a 94 e 95 e mais velhos.

A disponibilidade de dados e a relevância analítica podem afetar grupos de idade específica incluídos em um indicador. Por exemplo, o primeiro e segundo Suplementos em Envelhecimento (veja Descrições de Fonte de Dados) coletaram dados somente da população de 70 anos e mais velhos. Por causa do tamanho pequeno de amostra, em algumas pesquisas, dados estatisticamente confiáveis sobre a população de 85 anos e mais, freqüentemente, não estão disponíveis. Contrariamente, os dados da população mais jovem do que 65 anos estão às vezes incluídos se ajudarem na interpretação o indicador. Por exemplo, no “Indicador 10: A Participação na Força de Trabalho”, uma comparação com uma população mais jovem realça a interpretação das tendências de força de trabalho entre as pessoas de 65 anos ou mais.

Como a população idosa está se tornando mais diversa, as análises são freqüentemente apresentadas por sexo, raça e origem hispânica, renda e outras características.

Os dados são apresentados por grupo étnicos e raciais mutuamente exclusivos, quando possível. A classificação de origem hispânica é fornecida quando houver dados disponíveis. Quando os grupos raciais estão listados *sem* a classificação “não hispânica”, tanto os hispânicos como os não hispânicos são incluídos naqueles grupos raciais. Os dados de grupos raciais que abrangem menor proporção da população (por ex.: índio americano e nativo do Alasca, asiático e habitante de ilha do Pacífico) são incluídos quando os tamanhos de amostra são grandes o suficiente para permitirem estimativas estatísticas confiáveis.

A população de referência para os indicadores às vezes difere. Quando possível, os indicadores incluem os dados sobre a população residente (isto é, pessoas que vivem na comunidade e em instituições). Alguns indicadores, no entanto, mostram os dados somente para a população civil não institucional. Como a população de idosos que vivem em clínicas de repouso está excluída das amostras baseadas na população não institucional, deve-se tomar cuidado quando da tentativa de generalizar os resultados a partir destas fontes de dados para a população inteira de 65 anos e mais. A população de referência (a população-base que serviu de amostra na hora do registro) para cada indicador neste relatório está claramente rotulada e definida no glossário.

Os dados estão ajustados por idade, quando este for o procedimento-padrão usado pela agência do Fórum que contribuiu para os dados.

Nos quadros, marcas de checagem ao longo do eixo x indicam anos nos quais os dados estão disponíveis. A variação de anos apresentada em cada quadro não está padronizada, porque a disponibilidade de dados não é uniforme por meio das diferentes fontes de dados usadas neste relatório.

Finalmente, os dados em alguns indicadores podem não chegar ao total em virtude do arredondamento.

Fontes de Dados

Os dados usados para criar cada quadro são fornecidos em tabelas no verso do relatório. As tabelas também contêm os indicadores descritos nos tópicos assinalados abaixo de cada quadro.

As descrições das fontes de dados podem ser encontradas no apêndice B. As informações adicionais sobre estas fontes de dados também estão disponíveis na publicação de 1999 *Data Base News in Aging (Novidades de Banco de Dados em Envelhecimento)*, que pode ser obtida da Diretoria de Pessoal do Fórum.

Às vezes, os dados de outra publicação estão incluídos para dar uma explicação mais completa do indicador. As citações destas fontes estão inclusas na seção referências. Para aqueles que pretenderem acessar os dados de pesquisa usados neste livro de gráficos, informação de contato é dada para cada fonte de dados no apêndice B.

Necessidade de Dados

Como *Older Americans* é um esforço cooperativo de muitas agências federais, um conjunto abrangente de dados estava disponível para inclusão neste relatório. Mesmo com todos os dados disponíveis, no entanto, existem ainda áreas onde há dados escassos. Enquanto os indicadores que foram escolhidos cobrem ampla variação de componentes que afetam o bem-estar, existem outras questões sobre as quais o Fórum pretende se referir no futuro. Estas questões estão identificadas na seção de Necessidades de Dados. Ao identificar e destacar estas necessidades de dados, o Fórum – assim como outras autoridades, pesquisadores e servidores- terão melhor capacidade de focar seus esforços futuros.

Sobre o Fórum Federal Interagências em Estatística relacionada ao Envelhecimento

Em 1986, o Instituto Nacional em Envelhecimento, em cooperação com o Centro Nacional para Estatística de Saúde e a Agência de Censo, estabeleceu o Fórum Federal Interagências em Estatística Relacionada ao Envelhecimento para estimular a colaboração entre as agências federais que produzem ou usam dados estatísticos sobre a população idosa. Durante alguns anos, o Fórum teve papel importante na melhoria de dados relacionados ao envelhecimento, encorajando a cooperação e o compartilhamento de dados entre as diferentes agências, promovendo colaboração profissional por intermédio de diferentes campos, e compilando dados estatísticos relacionados ao envelhecimento num local centralizado. As reuniões do Fórum ajudaram a promover um número de desenvolvimentos importantes, incluindo o estabelecimento do Estudo de Aposentadoria e Saúde e o Estudo de Qualidade e Dinâmica de Saúde entre os mais Idosos; a comparação do sistema de medidas de incapacidade mediante pesquisas nacionais; a aceitação de categorias de idade mais padronizadas; e a coleta e apresentação de estatística em idades mais estreitamente definidas e categorias de raça.

Em resposta a mudanças no sistema estatístico federal, o Fórum foi reorganizado em 1998. Como parte desta reorganização, a Administração em Envelhecimento, A Agência de Estatística do Trabalho, Administração Financeira de Saúde Pública, Gabinete da Secretária Assistente para Planejamento e Avaliação (Departamento de Saúde e Serviços Humanos), Gabinete da Gestão e Orçamento, Administração do Seguro Social foram convidados a tornarem-se membros organizadores do Fórum.

A reunião de abertura do “novo” Fórum ocorreu em março de 1999. Neste encontro, os membros organizadores concordaram com a idéia de que o Fórum deveria focar seus esforços no desenvolvimento de um livro de gráficos de indicadores, explorando as oportunidades para integrar os dados para aplicações de pesquisa, e iniciar projetos para melhorar métodos de medição e qualidade de dados.

Missão do Fórum

A missão do Fórum é de encorajar a cooperação e colaboração entre as agências federais, para melhorar a qualidade e utilidade dos dados na população em envelhecimento. Para realizar esta missão, o Fórum supre as agências com um local de encontro para discutir as questões dos dados e preocupações que cortam o caminho dos limites das agências, facilita o desenvolvimento de novos bancos de dados, melhora os mecanismos usados atualmente para disseminar as informações sobre os dados relacionados

ao envelhecimento, convida pesquisadores para relatarem cuidadosamente as análises de dados e encoraja a colaboração internacional.

Os objetivos específicos do Fórum são o de melhorar tanto a qualidade como o uso de dados na população idosa, sendo, para isso, necessário:

- ampliar do acesso às informações sobre a população idosa por meio de publicações periódicas e outros meios;
- promover a comunicação entre os produtores de dados, pesquisadores e autoridades públicas;
- coordenar o desenvolvimento e uso de bancos de dados estatísticos entre as agências federais;
- identificar lacunas nas informações e inconsistência de dados;
- investigar questões de qualidade de dados;
- encorajar a pesquisa pelo País e a coleta de dados sobre a população em envelhecimento; e
- falar sobre preocupações acerca da coleta, acesso e disseminação de dados.

Apoio Financeiro do Fórum

O trabalho do Fórum atualmente está financiado pelo Gabinete da Demografia de Envelhecimento, Instituto Nacional em Envelhecimento, Institutos Nacionais de Saúde. Um valioso apoio de pessoal é fornecido por todos os membros do fórum.

Onde encontrar mais informações sobre as atividades dos destaques

Os indicadores reunidos neste livro de gráficos mostram os resultados de décadas de progresso. No começo de um novo século (XXI), os americanos idosos estão vivendo mais e aproveitando maior prosperidade do que outras gerações anteriores. Apesar destes avanços, desigualdades persistentes entre os sexos, classes de renda e grupos étnicos e raciais continuam existir. O rápido crescimento da população idosa nos últimos 50 anos intensificará a necessidade de autoridades, pesquisadores e líderes de comunidade a melhor entenderem as necessidades de saúde e economia dos americanos idosos.

População

A demografia do envelhecimento continua a mudar dramaticamente. A população idosa está crescendo rapidamente, e o envelhecimento das pessoas nascidas durante o período de alta

taxa de natalidade, entre 1946 e 1964, vai acelerar este crescimento. Tanto o número como a proporção de idosos relativa ao resto da população está crescendo. Este aumento no tamanho da população idosa é acompanhado por um rápido crescimento na população de 85 anos e mais, assim como aumento na diversidade racial e étnica entre todos os idosos.

- Em 2000, existe uma estimativa de 35 milhões de pessoas com idade de 65 ou mais nos Estados Unidos, contabilizando quase 13 por cento do total da população. Espera-se que a população idosa dobre nos próximos 30 anos para 70 milhões por volta do ano de 2030. Ao longo dos próximos 50 anos, espera-se que a população de 85 anos e mais cresça mais rapidamente do que qualquer outro grupo de idade (veja indicador 1).

- As mulheres perfazem 58 por cento da população de 65 anos e mais e 70 por cento da população de 85 e mais. As mulheres idosas têm menos probabilidade de estarem casadas do que homens idosos e mais probabilidade de morarem sozinhas. Em 1998, cerca de 41 por cento das mulheres idosas estavam morando sozinhas, comparadas aos 17 por cento dos homens idosos (veja indicadores 1,3 e 5).

- A população idosa se tornará mais racial e etnicamente diversa durante os próximos 50 anos. Os brancos não hispânicos perfazem 84 por cento da população de 65 anos e mais em 2000, e espera-se que vá cair para 64 por cento por volta de 2050 (veja indicador 2).

- A geração atual de americanos idosos tem escolarização mais elevada do que grupos anteriores de pessoas idosas e esta tendência vai continuar. Em 1998, cerca de 11 por cento das mulheres idosas e 20 por cento de homens idosos tinham graduação superior (veja indicador 4).

Economia

Geralmente, a posição econômica de idosos tem melhorado acentuadamente ao longo das últimas décadas. Os índices de pobreza declinaram e existe aumento substancial em patrimônio líquido para muitos americanos idosos. Mesmo assim, existem grandes disparidades, com negros idosos e mulheres idosas relatando poucos recursos financeiros.

- A porcentagem de pessoas idosas que vivem na pobreza caiu de cerca de 35 por cento em 1959 para 11 por cento em 1998 (veja indicador 6).

- Em 1998, o Seguro Social concedeu acima de 80 por cento do rendimento para americanos idosos com os níveis mais baixos de rendimento. Para aqueles

que estão na categoria de maior rendimento, o Seguro Social contabilizou aproximadamente 20 por cento do rendimento total (veja indicador 8).

- Entre 1984 e 1999, o patrimônio líquido mediano de famílias encabeçadas por idosos cresceu cerca de 70 por cento. Existem, porém, grandes disparidades em patrimônio líquido. Famílias encabeçadas por pessoas negras idosas tinham um patrimônio líquido médio de cerca de U\$ 13.000 em 1999, comparado com U\$ 181.000 entre as famílias encabeçadas por pessoas brancas idosas (veja indicador 9).

- Entre 1963 e 1999, os índices de participação da força de trabalho para os homens de 62 a 64 caiu de 76 por cento para 47 por cento, mas os índices de participação aumentaram de 29 por cento para 34 por cento para mulheres neste grupo de idade (veja indicador 10).

- Caem os custos da carga de moradia, relativos a todas as despesas, ao passo que o rendimento aumenta. Em 1998, famílias de baixa-renda encabeçadas por pessoas de 65 ou mais, determinaram uma média de 36 por cento de todas as despesas para moradia básica, comparada a famílias de alta renda, que gastavam média de 26 por cento (veja indicador 11).

Estado de Saúde

O aumento na expectativa de vida durante o século XX foi uma realização marcante. A velhice, no entanto, é acompanhada por um risco alto de certas doenças e disfunções. Proporções significantes de americanos idosos sofrem de uma variedade de condições de saúde crônicas, como artrite ou hipertensão, por exemplo. Apesar destas e outras condições, o índice de incapacidade entre os idosos caiu nos últimos anos.

- Os americanos estão vivendo mais tempo do que antes. Se as taxas de mortalidade permanecerem constantes, espera-se que as pessoas de 65 anos em 2000 vivam outros 18 anos, na média, comparados com pessoas de 65 em 1900 que tinham uma expectativa de vida restante de 12 anos. A expectativa de vida aos 65 é quase dois anos maior para os brancos do que para os negros (veja indicador 12).

- As causas dominantes de morte para americanos idosos são doenças cardíacas, câncer e derrame (respectivamente). As taxas de mortalidade para doenças cardíacas e derrame caíram para cerca de um terço desde 1980. As taxas de mortalidade para câncer aumentaram levemente ao longo do mesmo período (veja indicador 13).

- Em 1995, cerca de 58 por cento de pessoas com 70 anos ou mais de idade relataram ter artrite, 45 por cento referiram hipertensão e 21 por cento expressaram ter doenças cardíacas (veja indicador 14).

- Em 1998, a porcentagem de americanos idosos com moderada ou severa debilitação de memória variou cerca de quatro por cento entre pessoas com 65 a 69 anos para cerca de 36 por cento entre pessoas com 85 anos ou mais de idade. Cerca de 23 por cento de pessoas com 85 anos ou mais relataram sintomas severos de depressão (veja indicadores 15 e 16).

- A porcentagem de americanos idosos com deficiência crônica caiu de 24 por cento em 1982 para 21 por cento em 1994. Em 1994, cerca de 25 por cento de mulheres idosas relataram incapacidades, comparadas com 16 por cento de homens idosos (veja indicador 18).

Riscos de Saúde e Comportamentos

Os aspectos sociais e comportamentais da vida para americanos idosos podem fazer a diferença na saúde e bem-estar. A maioria dos idosos relata ser socialmente ativo, o que pode contribuir para sua saúde emocional e física. Outros aspectos medidos de comportamentos sociais e de saúde, no entanto, podem ameaçar a saúde, incluindo a falha de muitos adultos idosos se engajarem em atividades físicas, ter em dietas saudáveis ou serem vacinados contra influenza e doenças pneumocócicas.

- A maioria de pessoas com 70 anos ou mais relatou que se ligam a alguma forma de atividade social durante um período de duas semanas. Cerca de duas de cada três pessoas de 70 anos ou mais de idade relataram que estavam satisfeitas com seu nível de atividades sociais (veja indicador 19).

- Em 1995, cerca de um terço de americanos idosos referiu um estilo de vida sedentário (isto é, sem atividades físicas durante o tempo livre num período de duas semanas) (veja indicador 20).

- De 1994 a 1996, uma proporção maior da população de 65 anos e mais velha (21 por cento) tinha dietas que eram avaliadas como “boas” comparadas com pessoas de 45 a 64 anos (13 por cento). Mesmo assim, a maioria de pessoas idosas reportou-se a dietas como sendo pobres (13 por cento) ou necessitando de melhorias (67 por cento) (veja indicador 23).

- Pessoas idosas são muito menos prováveis de serem vítimas de tanto crimes violentos ou de propriedade do que as pessoas de 12 a 64 anos (veja indicador 24).

Assistência Médica

As despesas com assistência médica e usos de serviços entre os idosos são intimamente associadas a idade e estado de deficiência. Existem grandes diferenças, por exemplo, nas despesas de saúde e uso de serviços entre as pessoas de 65 a 69 anos e pessoas de 85 anos ou mais de idade. Idosos de todas as idades estão geralmente satisfeitos com sua assistência médica e referem poucas dificuldades em obter serviços de assistência médica.

- Em 1996, a média das despesas anuais com assistência médica (tanto despesas em dinheiro que não são reembolsadas como despesas cobertas por seguro) foi \$5.864 entre as pessoas de 65 a 69anos, comparado com US\$ 16.465 entre pessoas de 85 ou mais (veja indicador 25).

- Embora as despesas em dólar aumentem com a renda, a carga relativa de custos com assistência médica é muito maior entre famílias de baixa e média rendas, comparadas com famílias de renda mais alta (veja indicador 27).

- Entre os beneficiários de Medicare (Assistência Médica) não registrados em HMO (82 por cento de todos os beneficiários em 1998), o índice de internações hospitalares durante o ano aumentou de 307 por 1.000 em 1990 para 365 por 1.000 em 1998. A média de estada num hospital, no entanto, caiu de nove para seis dias durante o mesmo período (veja indicador 29).

- Em 1997, cerca de 1,5 milhão de idosos (quatro por cento da população de 65 anos ou mais) residiu em clínicas de repouso. Isto representa uma queda desde meados de 80 na proporção de idosos morando em clínicas de repouso. Três quartos de residentes de clínicas de repouso eram mulheres em 1997. Apesar de menor proporção de idosos serem residentes de clínicas de repouso em 1997, comparados com 1985, aqueles que estiveram em clínicas de repouso tinham mais probabilidade de terem sérias limitações funcionais, como incontinência, dificuldade de alimentação ou limitação de mobilidade (veja indicador 30).

- A porcentagem de americanos idosos que moram em comunidade e recebem tratamento doméstico para deficiência caiu de 18 por cento em 1982 para 15 por cento em 1994. Daqueles que receberam tratamento em 1994, 64 por cento dependeram exclusivamente de tratamento informal (não pago), oito por cento receberam uma combinação de tratamento informal com formal (veja indicador 31).

Necessidade de Dados

Ao preparar este relatório, o Fórum Federal Interagências sobre Estatística Relacionadas ao Envelhecimento (Fórum) identificou diversas áreas onde são necessários mais dados para apoiar a pesquisa e esforços táticos. As observações do Fórum complementam sugestões relatadas no *workshop* da Academia Nacional de Ciências em como melhorar os dados sobre envelhecimento.

Ampliar as categorias de relatos de idade

Embora a idade do entrevistado seja quase sempre coletada em aumentos de ano simples, freqüentemente é relatada em categorias. Tipicamente, as categorias de idade-padrão, usadas pelos estatísticos e pesquisadores para descrever e analisar a população idosa, são de 65 a 74, 75 a 84 e 85 anos e mais. Como a média de idade do grupo de 85 anos e mais cresceu constantemente durante os últimos quinze anos, agora é necessário considerar a ampliação das categorias mais comumente usadas de 65 a 74, 75 a 84, 85 a 94, e 95 anos e mais. Isto pode requerer estratégias de amostra para garantir um tamanho de amostra adequado nestes grupos mais velhos.

Juntar informações sobre minorias idosas

Enquanto o número de estudos que fornece informações sobre amostra de minorias idosas tem crescido, a quantidade e qualidade de dados disponíveis para os pesquisadores ainda é limitada. Faltam dados básicos sobre as populações de minoria em envelhecimento, em grande parte em razão das pequenas amostragens destas populações, como também pelas barreiras de língua que privam certos grupos raciais e étnicos de participarem de pesquisas. O número crescente de imigrantes idosos destaca a necessidade de coletar dados sobre natividade e analisar diferenças, referentes à geração, na saúde e bem-estar. Mudanças das diretrizes e percepções culturais trouxeram crescentes complexidades para a definição e medição de raça e classificação étnica. Atualmente, somente o censo decenal tem cobertura apropriada para representar alguns dos menores grupos raciais e étnicos, mas mesmo os dados do censo carecem de informações importantes sobre saúde e incapacidade, que é essencial para estudar apropriadamente o bem-estar das minorias idosas.

Melhorar o sistema de medição de incapacidade

As informações sobre tendências em incapacidade são importantes no monitoramento da saúde e bem-estar da população idosa. O conceito de incapacidade, porém, abrange muitas dimensões diferentes de saúde e funcionamento e interações complexas com o meio ambiente. Além disso, as definições específicas de incapacidade são usadas por algumas agências governamentais para determinar a elegibilidade para benefícios. Como resultado, a incapacidade tem sido medida de maneiras diferentes ao longo de pesquisas e censos, e isto tem levado a estimativas conflitantes da preponderância da incapacidade. À extensão possível, pesquisas baseadas na população planejadas para medir amplamente a incapacidade na população idosa deveriam usar uma estrutura conceitual comum. No mínimo, perguntas planejadas para medir as limitações em Atividades da Vida Diária (ADLs), Atividades Instrumentais da Vida Diária (IADLs), funcionamento físico e outras atividades deveriam usar categorias consistentes de expressão e resposta, quando possível.

Incluir a população institucional em pesquisas nacionais

Por causa das complexas questões metodológicas envolvidas com a coleta de dados de pessoas em instituições (juntamente com os altos custos associados), a população institucional freqüentemente não está incluída nas pesquisas “nacionalmente representativas”. De acordo com a Agência de Censo, a população institucional “Inclui pessoas sob cuidados ou custódias formais e supervisionados em instituições, no momento da enumeração. Tais pessoas são classificadas como ‘pacientes ou internos’ de uma instituição, sem levar em consideração a disponibilidade de cuidados médicos ou de enfermagem, o período de estada, ou o número de pessoas na instituição”. Como esta definição inclui pessoas em clínicas de repouso, hospitais psiquiátricos, e instalações de cuidados de longo prazo, isto se torna uma questão crítica para pesquisadores interessados em estudar a população idosa inteira.

A diferença entre os tipos diferentes de instalações de cuidados de longo-prazo e as transições que ocorrem entre eles

O uso de instalações de moradia assistida, casas de pensão e cuidados, comunidades para aposentados de cuidados contínuos, e outros tipos de instalações como opções para cuidados de longo-prazo em uma clínica de repouso cresceu ao longo dos últimos quinze anos. As pesquisas e censos atuais que incluem as informações de toda

população idosa raramente diferenciam entre estes tipos de residências “institucionais”. Como resultado, falta informação sobre as características das pessoas idosas em diferentes ambientes residenciais de cuidados e suas necessidades de assistência médica e uso de serviço; talvez, principalmente, exista pouca informação sobre os custos, duração e transições para e entre diferentes ambientes de cuidados de longo prazo. Os pesquisadores e as autoridades deveriam considerar o desenvolvimento de definições consistentes de ambientes residenciais e incluir estes em pesquisas da população toda.

Coletar estatísticas nacionais sobre abuso aos idosos

O Instituto de Medicina faz referência a uma “parcimônia de pesquisa” sobre abuso e negligência em relação aos idosos, com a maioria dos estudos com falta de evidência empírica. De fato, não existem estimativas nacionais confiáveis de abuso aos idosos nem os fatores de risco estão claramente entendidos. A maioria dos estudos é trans-seccional e não investiga a história natural de abuso. A necessidade de um estudo nacional de abuso e negligência para com o idoso é apoiada pelo número crescente de idosos, progressiva conscientização pública do problema, novos requisitos legais para o relato do abuso e avanço no planejamento do questionário.

Coletar informações para entender as razões para melhora na expectativa de vida e funcionamento

Um dos maiores sucessos do século XX é o aumento da longevidade e saúde melhorada da população idosa. Enquanto a expectativa de vida cresce, a importância de tratar efetivamente as doenças crônicas e reduzir a incapacidade torna-se ainda maior. Entender as razões fundamentadas para as melhoras na longevidade e funcionamento é o primeiro passo importante para promover avanços em direção a estes objetivos. Para este fim, a informação é necessária para entender as melhoras de longo-prazo na saúde da população idosa derivando de melhor nutrição, acesso aumentado à assistência médica, melhoras na infra-estrutura da saúde pública, mudanças no estilo de vida, melhor tratamento de doenças crônicas mediante novos procedimentos médicos e farmacêuticos, uso de aparelhos auxiliares e outras tecnologias.

Melhorar a maneira como os dados são coletados para medir tanto a renda como a riqueza

Coletar dados sobre o bem-estar econômico, freqüentemente, é uma tarefa difícil. Muitos entrevistados de pesquisas não sabem suas rendas ou não querem dividir esta informação com os entrevistadores. Isto pode resultar em erro de dados para uma grande proporção de entrevistados. Um problema relacionado com a coleta de dados econômicos é que a maioria das pesquisas usa somente medidas baseadas em renda. Este tipo de metodologia de pesquisa não capta a riqueza acumulada (incluindo o valor de pagamentos de pensão futura) e bens de que muitos idosos dependem. Novos métodos para reunir dados de riqueza e renda estão sendo usados e refinados e seu uso deveria ser encorajado na hora de pesquisar os idosos. Estes métodos têm o objetivo de fornecer um entendimento melhor do quadro financeiro total de americanos idosos que encaram a aposentadoria e aqueles que já se aposentaram, especificamente na inclusão da informação nas contas de aposentadoria individual e 401(k) e planos Keogh.

Reunir informações sobre o impacto das necessidades de transporte sobre a qualidade de vida de americanos idosos

Enquanto muito é conhecido sobre as questões de segurança no envolvimento em batidas e índices de fatalidade de idosos, mais informação é necessária sobre os efeitos do transporte sobre a qualidade de vida. A habilidade de se mover livremente de lugar para lugar, enquanto freqüentemente é tomado como certo, é tão crucial para o bem-estar de idosos como é para o resto da população. Por exemplo, o acesso à assistência à saúde de qualidade é efetivamente retirado, se um idoso não pode ir de sua casa para a instalação médica. Mais dados são necessários sobre o número de viagens que as pessoas idosas fazem e os tipos de transporte que usam. Esta informação importante ajudará as autoridades no planejamento para as necessidades de transporte de americanos idosos.

Descrição da Fonte de Dados

Pesquisa da despesa do consumidor

A Pesquisa da Despesa do Consumidor é conduzida pela Agência de Estatística do Trabalho. A pesquisa contém tanto um componente diário como um componente de entrevista. Os dados apresentados neste livro de gráficos sobre a assistência médica paga em dinheiro e não reembolsada e despesas domésticas decorrem somente do

componente entrevista. As proporções mostradas decorrem de dados de amostra e não são consideradas para refletir a população toda.

Na parte da entrevista da Pesquisa de Despesa do Consumidor, os entrevistados são questionados uma vez a cada três meses por cinco trimestres consecutivos. Os entrevistados relatam as informações sobre as características e despesas da unidade consumidora durante cada entrevista. Os dados de renda são coletados somente durante a segunda e quinta entrevistas.

Os dados apresentados são obtidos das unidades consumidoras cuja pessoa de referência² tenha pelo menos 65 anos. De todas as unidades consumidoras deste tipo, são selecionados relatores de renda completos. Os dados são, pois, classificados conforme a renda, e agrupados em quintil de renda, com o primeiro quintil contendo as rendas mais baixas relatadas. As despesas anuais são estimadas pela “anualização” de estimativas trimestrais. (ou seja, as estimativas trimestrais são multiplicadas por quatro). As proporções das despesas totais pagas em dinheiro e não reembolsadas, usadas para habitação e assistência médica, são, pois, calculadas separadamente para cada grupo de renda.

Em decorrência da pequena quantidade de amostra de unidades consumidoras com uma pessoa de referência de 65 anos ou mais, estes dados podem ter grandes erros-padrão relativos aos seus meios; deve-se usar de cautela ao analisar estes resultados.

1. Este termo é usado para descrever os membros de uma família ligados por sangue, casamento, adoção, ou arranjos legais outros; solteiros que vivem sozinhos ou compartilham uma família com outros, mas também são financeiramente independentes; ou duas ou mais pessoas morando junto que compartilham responsabilidades por pelo menos dois ou três grandes tipos de despesas – comida, habitação e outras despesas. Estudantes que moram em habitações patrocinadas pelas universidades também estão inclusos na amostra como unidades consumidoras separadas. Para comodidade, o termo “família” pode ser substituído por “unidade consumidora”.

2. Esta é a primeira pessoa mencionada quando o entrevistado é solicitado a nomear a pessoa ou pessoas que possuem ou alugam a casa na qual a unidade consumidora reside.

3. Em geral, relatores “completos” de renda são aquelas famílias que provem um valor de pelo menos uma grande fonte de renda, como salários, renda de autônomo, renda de seguro social. No entanto, mesmo relatores “completos” de renda, no

entanto, não necessariamente provêm uma total prestação de contas da renda de todas as fontes.

4. É importante observar que renda não necessariamente inclui todas as fontes de renda taxáveis; por exemplo, ganhos de capital não são coletados como “renda”. Do mesmo modo, outras fontes de rendimento (tais como vendas de jóias, arte, mobília, ou propriedades outras similares) não estão incluídas na definição de renda usada pela Pesquisa de Entrevista de Despesa de Consumidor.

Definições

Para o propósito deste relatório, habitação é definida como “habitação básica” (isto é, abrigo e serviços públicos). Abrigo inclui pagamentos do principal da hipoteca, juros e débitos; imposto de propriedade; manutenção, consertos, seguro e outras despesas e aluguel; aluguel como pagamento; e manutenção, seguro e outras despesas para locatários. “Habitação básica” é definida para incluir serviços públicos porque alguns locatários têm estes custos inclusos em seu aluguel; além disso, é um custo que a maioria das unidades consumidoras contrai, para ter um meio de vida tolerável, quer seja para aquecimento ou refrigeração, cozinhar ou iluminação. Outras despesas incluídas na Pesquisa de Entrevista de Despesa do Consumidor estão na definição de habitação, tais como mobília e aparelhos domésticos, não estão incluídas na definição corrente, porque não são freqüentemente comprados. Isto vale para consumidores idosos.

As despesas com assistência médica incluem despesas pagas em dinheiro e não reembolsadas para seguro-saúde, serviços médicos e receita de remédios e suprimentos médicos.

Pesquisa Contínua de Consumo de Alimento por Indivíduos

A Pesquisa Contínua de Consumo de Alimentos por Indivíduos (CSFII) é planejada para medir o que os americanos comem e bebem. Os usos da pesquisa incluem: monitorar a adequação nutricional das dietas americanas, medir o impacto da fortificação da comida sobre consumo de nutrientes, desenvolver um guia alimentar e programas relacionados, estimando a exposição de grupos populacionais a alimentos contaminantes, avaliando o impacto nutricional de programas de assistência alimentar, e avaliando a necessidade de produtos agrícolas.

A amostra CSFII de 1994 a 1996 consistiu de indivíduos que viviam em família e incluía uma sobre-amostragem de população de baixa-renda. Em cada uma das

pesquisas de três anos, os entrevistados eram solicitados a fornecer, mediante entrevistas pessoais, dados sobre o consumo de alimentos em dois dias não consecutivos, com ambos os dias de consumo coletados pelo método de memória de 24 horas.

Este relatório usa dos dados de CSFII para calcular o Índice de Alimentação Saudável (HEI), um sistema de medição sumário de qualidade alimentar. HEI consiste de dez componentes, cada um representando um aspecto diferente de uma dieta saudável baseada na Pirâmide do Guia Alimentar do Departamento de Agricultura dos EUA e das Diretrizes Alimentares para os Americanos. Os componentes de 1 a 5 medem o grau a que a dieta da pessoa obedece à pirâmide, fornecendo recomendações para os cinco maiores grupos alimentares: grãos, vegetais, frutas, leite, carne e alternativas de carne. Os componentes de 6 a 7 medem o consumo de gordura e gordura saturada. Os componentes de 8 a 9 medem o consumo de colesterol e sódio, e o componente 10 mede o grau de variedade numa dieta da pessoa. Os altos resultados de componente indicam consumos próximos às variações ou quantidades recomendadas; os baixos resultados de componente indicam menos concordância com as variações e quantidades recomendadas. Os pontos para cada componente têm o mesmo peso e são somados para calcular um resultado HEI geral com um valor máximo de 100. Um resultado HEI acima de 80 indica uma boa dieta, um resultado HEI entre 51 e 80 indica uma dieta que precisa melhorar, e um resultado HEI abaixo de 51 aponta uma dieta pobre.

Pesquisa da População Atual

A Pesquisa da População Atual (CPS) é uma investigação de amostra nacionalmente representativa de cerca de 50.000 famílias, conduzida mensalmente pela Agência de Estatística do Trabalho pela Agência de Censo dos EUA.

O centro da pesquisa CPS é a fonte primária de informação sobre as características de emprego da população civil não institucional de 16 anos e mais, incluindo estimativas de desemprego liberadas todos os meses pela Agência de Estatística do Trabalho.

Em 1994, o questionário para CPS foi redesenhado e o método de entrevista pessoal assistido por computador foi implementado. Além disso, os controles populacionais baseados no censo de 1990, com ajustes na subcontagem da população estimada, também foram introduzidos.

Suplementos CPS mensais fornecem dados sociais e demográficos adicionais. A Pesquisa Demográfica Anual ou o suplemento CPS de março é a fonte

primária de informação detalhada para originar O Perfil Populacional Anual nos Estados Unidos, relatórios sobre a mobilidade geográfica e capacidade educacional, e análise detalhada de rendimentos e estado de pobreza.

Estudo de Aposentadoria e Saúde

O Estudo de Aposentadoria e Saúde (HRS) é um estudo de painel nacional conduzido pelo Instituto para Pesquisa Social da Universidade de Michigan sob um acordo de cooperação com o Instituto Nacional em Envelhecimento. O estudo teve amostra inicial em 1992 de mais de 12.600 pessoas de um grupo nascido entre 1931-1941 e seus cônjuges. O HRS foi unido em 1993 a um estudo parceiro, Dinâmicas de Bens e Saúde Entre os Mais Idosos (AHEAD), com uma amostra de 8.222 entrevistados nascidos antes de 1924, que tinham 70 anos ou mais e seus cônjuges. Em 1998, estes dois esforços de coletas de dados foram combinados em único instrumento de pesquisa e período de campo, e foram expandidos mediante a adição de entrevistas - base com dois novos grupos de nascimento – As Crianças da Era da Depressão (CODA – 1924 a 1930) e os Bebês da Guerra (WB – 1942 a 1947). Planos pedem a adição de um novo grupo de 6 anos de americanos entrando em seus 50 a cada seis anos. Em 2004, entrevistas-base serão conduzidas com o antigo grupo, que nasceu durante a época de alta taxa de natalidade (1948 a 1953). Os estudos combinados, coletivamente chamados de HRS, tornaram-se uma amostra de “estado firme”, representativa da população americana inteira acima de 50 anos. HRS acompanhará os entrevistados longitudinalmente até eles morrerem. Todos os grupos serão acompanhados com entrevistas bienais.

HRS pretende fornecer dados para pesquisadores, analistas políticos e planejadores de programas que estão tomando grandes decisões políticas que afetam a aposentadoria, seguro-saúde, poupança e bem-estar econômico. Os objetivos do estudo são: explicar os antecedentes e as conseqüências da aposentadoria; examinar o relacionamento entre saúde, renda e riqueza ao longo do tempo; examinar os padrões do ciclo de vida de acumulação de riqueza e consumo; monitorar a incapacidade de trabalho; fornecer uma fonte rica de dados interdisciplinares, incluindo ligações com dados administrativos; monitorar as transições na saúde física, funcional e cognitiva na velhice avançada; examinar o relacionamento de mudanças da vida perto do fim na saúde física e cognitiva a padrões de gastar bens e fluxos de renda; relacionar as mudanças na saúde a recursos econômicos e transferências intergerações; e examinar como a mistura e distribuição dos recursos

econômicos, familiares e de programa afetam resultados-chave, incluindo aposentadoria, gasto de bens, deterioração de saúde e institucionalização.

Pesquisa Atual do Beneficiário do Seguro-Saúde (Medicare)

A Pesquisa Atual do Beneficiário do Seguro-Saúde (MCBS) é contínua e de uso variado, uma amostra representativa da população de seguro-saúde planejada para ajudar a gestão da Administração Financeira do Seguro Saúde (HCFA), monitorando e avaliando o programa do Seguro-Saúde. MCBS coleta informações sobre: uso da assistência-saúde, custo e fontes de pagamento; cobertura do seguro saúde; composição das famílias; características sociodemográficas; estado de saúde e funcionamento físico; renda e bens; acesso à assistência; satisfação com a assistência; fonte comum de assistência, e como os beneficiários conseguem informações sobre o seguro-saúde.

Os dados do MCBS permitem HCFA determinar as fontes de pagamento para todos os serviços médicos usados pelos beneficiários do seguro-saúde, incluindo copagamentos, descontos e serviços não cobertos; desenvolvem informações confiáveis e atuais sobre o uso e custo de serviços não cobertos pelo Seguro-Saúde (tais como receitas de remédios e assistência de longo-prazo); verificar todos os tipos de cobertura de seguro-saúde e relacionar a cobertura a fontes de pagamento; e monitorar os efeitos financeiros de mudanças no programa de seguro-saúde. Além do mais, MCBS é a única fonte de informação multidimensional baseada em informações sobre as características da população do seguro-saúde e seus acessos e satisfação com os serviços do seguro-saúde e informações sobre o programa de seguro-saúde.

A amostra do MCBS consiste dos inscritos no seguro-saúde, quer na comunidade ou numa instituição. A pesquisa é conduzida em três séries por ano, com cada série durando quatro meses. MCBS tem um esboço de amostra multi-etapas aleatória estratificada e um esboço de pesquisa rotativa de painel. Cada painel é seguido de 12 entrevistas. Entrevistas pessoais são conduzidas, usando a entrevista pessoal assistida por computador. Aproximadamente 16.000 amostras de pessoas são entrevistadas em cada série. Por causa do desenho de painel rotativo, entretanto, somente 12.000 amostras de pessoas recebem todas as três entrevistas em um dado ano-calendário.

As informações coletadas na pesquisa são combinadas com as informações dos arquivos de dados administrativos da HCFA e disponibilizadas por meio de arquivos de dados de uso público. O acesso ao arquivo de dados da Assistência combina as respostas de pesquisa da série de outono do MCBS com os dados de reivindicação do

seguro-saúde do ano-calendário completo; não contém uso de assistência médica e dados de custo relatados pelos entrevistados. O acesso aos arquivos de dados de assistência está disponível dentro de um ano ao final do ano-calendário da pessoa. O arquivo de dados do uso médico completo, custo, e da fonte de pagamento leva duas vezes o tempo de ser produzido, porque requer uma complexa edição e atividades de imputação elaboradas sobre uma combinação de nível de evento da informação baseada na pesquisa com as reivindicações do seguro-saúde e dados administrativos.

Pesquisa Nacional de “Vitimização” do Crime

A Pesquisa Nacional de “Vitimização” do Crime (NCVS) é a fonte principal da nação de informações sobre “vitimização” criminal. A cada ano, dados são coletados pela Agência de Censo dos EUA para a Agência de Estatística da Justiça, Departamento de Justiça, a partir de uma amostra nacionalmente representativa de cerca de 43.000 famílias, englobando mais de 80.000 pessoas de 12 anos ou mais sobre as características de frequência e conseqüências da “vitimização” criminal nos EUA. A pesquisa mede estupro, agressão sexual, assalto, agressão simples e agregada, roubo pessoal, roubo de propriedade, arrombamento de casa, roubo de veículo motor para a população como um todo, como também para grupos demográficos na população, incluindo a população de 65 anos ou mais, homens e mulheres, membros de vários grupos raciais, e pessoas que moram em cidades, subúrbios e áreas rurais. As vítimas são solicitadas a dar as características dos crimes incluindo se relataram o incidente para a polícia, e na ocorrência de crimes pessoais violentos, as características do criminoso. O NCVS fornece o maior fórum nacional para as vítimas descreverem o impacto do crime e as características dos criminosos violentos. A pesquisa está em andamento desde 1973 e foi redesenhada em 1992.

Uma descrição completa da metodologia da pesquisa, incluindo as mudanças que foram feitas quando a pesquisa foi redesenhada, pode ser encontrada no *Criminal Victimization in the United States*, 1993, NCJ-151657.

Pesquisa de Entrevista Nacional da Saúde

A Pesquisa de Entrevista Nacional da Saúde (NHIS) é uma investigação contínua de amostra pelo país afora da população civil não institucional conduzida pelo Centro Nacional para Estatística da Saúde. Cada semana uma amostra de probabilidade da população civil não institucional dos EUA é entrevistada pelos funcionários da Agência de

Censo dos EUA. Os dados são coletados por meio de entrevistas pessoais das famílias. Os entrevistadores obtêm as informações sobre as características demográficas e pessoais, incluindo raça e etnia, mediante auto-relato ou como expresso por um informante da família. Os dados sobre doenças, ferimentos, debilidades, condições crônicas e agudas, limitação de atividade, utilização de serviços de saúde e outros tópicos de saúde também são coletados.

A entrevista abrange um conjunto central de perguntas, repetidas a cada ano, e um conjunto de suplementos tópicos, que muda de ano para ano. Cada ano, a pesquisa é revisada e tópicos especiais são adicionados ou apagados. Para a maioria de tópicos de saúde, a pesquisa coleta os dados ao longo de um ano inteiro. A amostra inclui uma sobre-amostragem de pessoas negras e hispânicas. O índice de efeito para a parte em andamento da pesquisa tem sido entre 94 e 98 por cento ao longo dos anos. Em 1995, os entrevistadores coletaram informações para o questionário central sobre 102.467 pessoas, incluindo 11.955 de 65 anos ou mais de idade.

Pesquisa Nacional de Cuidado em Longo Prazo

As Pesquisas Nacionais de Cuidado em Longo Prazo (NLTC) de 1982, 1984, 1989 e 1994 são nacionalmente representativas de beneficiários do Seguro-Saúde Medicare de 65 anos ou mais de idade com incapacidades funcionais crônicas. As amostras retiradas dos arquivos de inscrições dos beneficiários do seguro-saúde são nacionalmente representativas tanto dos residentes institucionais como de comunidades. Como as pessoas amostradas são acompanhadas mediante o sistema de registro do seguro-saúde, virtualmente 100 por cento dos casos podem ser longitudinalmente seguidos; assim é que tanto os definhamentos como as melhoras no estado de saúde podem ser identificados, como também, as datas exatas da morte. As pessoas-amostra da NLTC são acompanhadas até a morte, e são permanente e continuamente ligadas ao sistema de registro do seguro-saúde, de onde elas são tiradas. A ligação aos registros de serviço do seguro-saúde, partes A e B, se estendem de 1982 até 1995, de forma que as despesas detalhadas do seguro-saúde e o uso de tipos de serviço podem ser estudados.

Por meio de uma cuidadosa aplicação de métodos para reduzir erro da não-tomada de amostra, as pesquisas fornecem dados nacionalmente representativos sobre: a prevalência e padrões de limitações funcionais, tanto físicas como cognitivas; padrões longitudinais e de grupos de mudanças nas limitações funcionais e mortalidade ao longo de 12 anos; condições médicas e problemas médicos recentes; serviços de assistência médica

usados; o tipo e a quantidade de serviços formais e informais recebidos por indivíduos debilitados e como são pagos; características demográficas e econômicas, tais como idade, raça, sexo, estado civil, escolaridade, renda e bens; despesas pagas em dinheiro e não reembolsadas para serviço de assistência médica e outras fontes de pagamento; e características de habitação e vizinhança.

Pesquisa Nacional de Clínicas de Repouso

A Pesquisa Nacional de Clínicas de Repouso (NNHS) é uma série contínua de pesquisas de amostra nacional de clínicas de repouso, seus residentes e seus funcionários. Cinco pesquisas de clínicas de repouso são conduzidas: 1973 a 1974, 1977, 1985, 1995, e 1997.

A pesquisa coleta informações sobre clínicas de repouso, seus residentes, liberações e funcionários. As clínicas de repouso são definidas como instalações com três ou mais camas, que fornecem rotineiramente serviços de cuidados de enfermagem. Em 1973-74, 1985, 1995, e 1997, a pesquisa excluiu cuidados pessoais e domiciliares. As instalações podem ser certificadas pelo seguro-saúde ou Medicaid (tipo de seguro saúde nos EUA), ou não certificado, mas licenciado pelo estado como clínica de repouso. Estas instalações podem ser unidades livres hospitalares de enfermagem, centros de aposentados, ou instituições similares onde a unidade manteve registros financeiros e de residentes separados daqueles de grandes instituições. A pesquisa é baseada em questionários auto-administrados e entrevistas com administradores e funcionários numa amostra de cerca de 1.500 instalações.

A Pesquisa Nacional de Clínicas de Repouso fornece informações sobre clínicas de repouso a partir de duas perspectivas – do provedor de serviços e do receptor. Os dados sobre as instalações incluem características como tamanho, posse, certificação seguro-saúde ou Medicaid, taxa de ocupação, dias de cuidados fornecidos e despesas. Sobre os receptores, são obtidos os dados a respeito das características demográficas, estado de saúde e serviços recebidos. Os dados de residentes são fornecidos por uma enfermeira familiarizada com o tratamento fornecido ao residente. A enfermeira depende do registro médico e do conhecimento pessoal do residente.

Sistema Nacional de Estatística Vital

Mediante o Sistema Nacional de Estatística Vital, o Centro Nacional para Estatística de Saúde (NCHS) coleta e publica dados sobre nascimentos, mortes, casamentos

e divórcios nos EUA. A Divisão de Estatística Vital obtém informações sobre nascimentos e mortes a partir de secretarias de registros de todos os estados, Cidade de Nova York, Distrito de Columbia, Porto Rico, Ilhas Virgens dos EUA e Guam. A cobertura geográfica para nascimentos e mortes é completa, desde 1933. As informações demográficas sobre o atestado de óbito são fornecidas pelo diretor funerário, com base em informações fornecidas por um informante. A certificação médica de causa de morte é fornecida por um médico, ou médico-legista.

Os Atestados de Óbito-Padrão dos EUA são periodicamente revisados, permitindo uma avaliação cuidadosa de cada item e adição, modificação e exclusão de itens. Desde 1989, atestados-padrão revisados incluem itens sobre realizações educacionais e origem hispânica de descendentes, como também melhorias na certificação médica de causa de morte. Os atestados-padrão recomendados pelo NCHS são modificados em cada área de registro para atender as necessidades da área, no entanto, a maioria dos atestados obedece rigorosamente o conteúdo e a disposição do atestado-padrão, e todos os atestados contêm um conjunto mínimo de dados especificado pelo NCHS.

Os índices de morte conforme raça e origem hispânica são baseados em informações sobre os atestados de óbito (numeradores de índices) e em estimativas populacionais da Agencia de Censo dos EUA (denominadores de índices). A raça e a origem hispânica são relatadas pelo diretor funerário como fornecido por um informante, frequentemente um familiar sobrevivente, ou, na falta de um informante, na base de observação. Os dados de raça e origem hispânica do censo são auto-relatados pelo entrevistado. À extensão de que a classificação de raça e origem hispânica seja inconsistente entre estas duas fontes de dados, os índices de morte serão tendenciosos. Estudos mostraram que as pessoas auto-relatadas como índios americanos, nativos do Alasca, asiáticos e habitante de ilha do Pacífico, ou hispânico, em censo e registros de pesquisa, podem às vezes ser relatados como branco ou não hispânico no atestado de morte, resultando numa subestimação de mortes e índices de mortes para os índios americanos e nativos do Alasca, asiáticos e habitantes de ilha do Pacífico e grupos hispânicos. A influência também resulta de subcontagens de alguns grupos populacionais no censo, particularmente homens negros jovens e brancos e idosos, resultando numa subestimação de índices de morte. Os efeitos líquidos de má classificação e subcobertura resultam em índices de morte exagerados para a população branca e população negra estimada em 1 por cento e 5 por cento, respectivamente; e os índices de morte incompletos para outros grupos populacionais

estimados como segue: índio americano e nativos do Alasca, 21 por cento; asiáticos e habitantes de ilha do Pacífico; 11 por cento; e hispânicos, 2 por cento.

Estudo de Painel da Dinâmica de Renda

O Estudo de Painel da Dinâmica de Renda (PSID) é um estudo longitudinal de amostra representativa dos indivíduos americanos (homens, mulheres e crianças) e as unidades familiares em que eles residem. Começando por uma amostra nacional de 5.000 famílias americanas em 1968, o PSID reentrevistou indivíduos daquelas famílias todos os anos, desde 1968 até 1997, e os entrevistará um ano ou outro depois de 1999, quer estejam morando na mesma casa com as mesmas pessoas ou não. Os adultos foram acompanhados enquanto ficavam idosos, e as crianças foram observadas enquanto passavam da infância para a fase adulta, formando suas próprias unidades familiares. As informações sobre os indivíduos de amostra originais de 1968 e seus co-residentes atuais (cônjuges, coabitantes, filhos e qualquer um vivendo com eles) são coletadas a cada ano. Em 1990, uma amostra nacional representativa de 2.000 famílias hispânicas, testadas diferencialmente para fornecer números apropriados de porto-riquenhos, americanos-mexicanos, e americanos-cubanos, foi adicionada ao banco de dados do PSID. Com baixos índices de atritos e re-contatos bem-sucedidos, o tamanho de amostras cresceu para quase 8.700 em 1995. Os dados do PSID podem ser usados para análises trans-seccionais, longitudinais e de inter-gerações e para estudos tanto de indivíduos quanto de famílias.

O foco central dos dados é econômico e demográfico, com detalhe substancial sobre fontes de renda e quantidades, emprego, mudanças na composição familiar, e local residencial. Com base nos achados dos anos anteriores, o PSID expandiu para seu foco presente em estrutura familiar e dinâmica, assim como renda, riqueza e despesas. Riqueza e saúde são outros contribuintes importantes ao bem-estar individual e familiar que são o foco do PSID nos últimos anos.

Os módulos de riqueza do PSID medem o patrimônio líquido em lares e bens de não-habitação divididos em seis categorias: outros bens imóveis e veículos; fazenda ou propriedade de negócios; ações, fundos mútuos, depósitos de investimentos e ações mantidas em IRAs; contas-correntes e de poupança, CDB, letras do Tesouro, títulos de poupança e bens líquidos em IRAs; títulos, depósitos, seguro de vida e outros bens; e outros débitos. O sistema de medição de riqueza do PSID exclui pensões privadas e direitos a pagamentos futuros de seguro social.

Projeções Populacionais

As projeções populacionais nacionais começam com estimativas populacionais recentes por idade, raça e origem hispânica. Estas estatísticas são projetadas adiante para 2100, baseadas em suposições sobre fertilidade, mortalidade e migração internacional. As suposições de baixo, médio e alto crescimento são feitas para cada um destes componentes. As suposições atuais de séries intermediárias são:

- no curto prazo (de 1999 a 2025), os níveis de fertilidade de cada grupo racial e étnico alcançarão índices alvo de fertilidade determinados pelos dados de expectativa de nascimento e teoria demográfica.

- Depois de 2025, supõe-se que os índices de fertilidade de cada grupo racial e étnico movam regularmente em direção do nível de substituição, alcançando 2.1 em 2150.

- Supõe-se que os diferenciais de mortalidade entre os grupos raciais e étnicos estreitem, de forma que, por volta de 2100, os índices de morte especificados por idade dos grupos ficarão muito mais próximos do que é observado hoje. Supõe-se que o diferencial de sexo estreite por volta de 2100.

- Supõe-se que a migração varie ao longo do tempo com base em tendências atuais na migração e também nas mudanças das necessidades da força de trabalho.

Suplemento sobre Envelhecimento

O Suplemento sobre Envelhecimento (SOA), conduzido pelo NCHS com o apoio de Instituto Nacional em Envelhecimento, é uma pesquisa de pessoas não institucionais de 70 anos ou mais que foram entrevistadas originalmente como parte do centro da Pesquisa de Entrevista Nacional da Saúde de 1984 (NHIS). O tamanho da amostra é de 7.527, e a amostra representa a população americana de 70 anos ou mais de 1984. Além disso, o SOA foi administrado a 8.621 pessoas-amostra de 55 a 69 para obter informações sobre as pessoas antes de sua aposentadoria. SOA inclui medidas de saúde e funcionalidade, condições crônicas, habitação e tratamento de longo-prazo, estrutura da família e disposições de subsistência, e atividades sociais. Serve como linha de partida para o Estudo Longitudinal em Envelhecimento (LSOA) que seguiu o grupo original de 1984 por meio de entrevistas subseqüentes em 1986, 1988 e 1990 e está continuando com acompanhamento de mortalidade passiva.

Segundo Suplemento sobre Envelhecimento

O Segundo Suplemento sobre Envelhecimento (SOA II), conduzido pelo NCHS com o apoio do Instituto Nacional em Envelhecimento, é uma pesquisa de pessoas não institucionais de 70 anos ou mais entrevistadas originalmente como parte do centro da Pesquisa de Entrevista Nacional da Saúde de 1984 (NHIS). O tamanho da amostra é de 9.447. O SOA II inclui medidas de saúde e funcionamento, condições crônicas, uso de aparelhos auxiliares, habitação e tratamento de longo-prazo e atividades sociais. Ele foi desenhado para replicar o Suplemento sobre Envelhecimento de NHIS, de 1984, para examinar se aconteceram mudanças na saúde e funcionalidade da população idosa entre meados de 1980 e 1990. O Suplemento sobre Envelhecimento, de 1984, serviu de ponto de partida para o Estudo Longitudinal sobre Envelhecimento (LSOA), que seguiu o grupo original de 1984 por intermédio de entrevistas subseqüentes em 1986, 1988 e 1990 e está continuando com acompanhamento de mortalidade passiva. O SOA II serve como ponto de partida para o Segundo Estudo Longitudinal sobre Envelhecimento (LSOA II).

O SOA II foi implementado como parte da Pesquisa de Entrevista Nacional da Saúde em Incapacidade (NHIS-D), desenhada para entender a incapacidade, estimar a prevalência de certas condições e fornecer estatísticas de linha de partida sobre os efeitos das incapacidades. O NHIS-D foi conduzido em duas fases. A fase 1 do NHIS-D coletou informações do entrevistado da família na época da entrevista central do NHIS de 1994 e foi usado como um instrumento de classificação para a fase 2 do NHIS-D. Os critérios de classificação foram amplamente definidos, e mais do que 50 por cento das pessoas de 70 anos ou mais foram incluídas nas entrevistas da fase 2 do NHIS-D. As pessoas de 70 anos ou mais não incluídas no NHIS-D da fase 2 receberam o instrumento de pesquisa SOA II, que era um subconjunto de perguntas do NHIS-D.

Enquanto as entrevistas do Centro do NHIS de 1994 e a fase 1 do NHIS-D aconteciam em 1994, a fase 2 do NHIS-D foi conduzida com uma pesquisa de acompanhamento, de 7 a 17 meses depois das entrevistas do Centro. No cálculo de pesos, no entanto, o ajuste de pós-estratificação foi baseado nas contagens de controle populacional de 1º de julho de 1995, aproximadamente no meio do período da pesquisa fase 2. Como resultado, a amostra SOAII, baseada em todos os participantes do Centro do NHIS, de 1994, de 70 anos ou mais na época das entrevistas do NHIS-D fase 2, representa a população não institucional de 70 anos e mais, de 1995.

Pesquisa de 1963 dos Idosos

O maior propósito da Pesquisa de 1963 dos Idosos foi medir as situações econômicas e sociais de uma amostra representativa de todas as pessoas de 62 anos ou mais nos EUA em 1963, a fim de atender as necessidades de informação detalhada da Administração do Seguro Social. A pesquisa incluiu ampla série de perguntas sobre seguro-saúde, custos de tratamento médico, renda, ativo e passivo, participação na força de trabalho e experiência de trabalho, despesas com habitação e alimentos e disposições de modo de vida.

A amostra consistiu de uma subamostra representativa (um meio) da amostra da Pesquisa Populacional Atual (CPS) e da completa Pesquisa Trimestral de Família. A renda foi medida usando respostas a 17 perguntas sobre fontes específicas. Os resultados desta pesquisa foram combinados com resultados da CPS de 1971 até o presente em séries baseadas no tempo da renda produzidas pela Administração de Seguro Social.

Pesquisa de 1968 das Características Demográficas e Econômicas dos Idosos

A Pesquisa de 1968 das Características Demográficas e Econômicas dos Idosos foi conduzida pela Administração do Seguro Social para fornecer informações contínuas sobre o estado sócioeconômico da população idosa para avaliação do Programa. As maiores questões tratadas pelo estudo incluem a adequação dos níveis de benefício de idosos, sobreviventes, incapacidade e seguro-saúde (OASDHI), o impacto de certas provisões de Seguro Social sobre as rendas de idosos e a extensão a que outras fontes de renda são recebidas pelos americanos idosos.

Os dados para a Pesquisa de 1968 foram obtidos como um suplemento da Pesquisa Atual de Medicare (tipo de seguro-saúde nos EUA), que produz estimativas atuais de serviços de tratamento de saúde usados e débitos feitos por pessoas cobertos pelos programas de seguro hospitalar e seguro médico suplementar. Perguntas suplementares cobriram experiência de trabalho, relacionamentos familiares, renda e bens. A renda foi medida usando respostas a 17 perguntas sobre fontes específicas. Os resultados desta pesquisa foram combinados com resultados da Pesquisa Populacional Atual, de 1971 até o presente, em séries baseadas em tempo da renda produzida pela Administração de Seguro Social.

Relatórios Uniformes do Crime

Os Relatórios Uniformes do Crime (UCR) da Agência Federal de Investigação (FBI), que começaram em 1929, coleta informações sobre os seguintes crimes reportados para as autoridades policiais; homicídio, estupro violento, assalto, agressão grave, arrombamento, roubo, roubo de veículo motor e incêndio. As prisões são relatadas para 21 categorias adicionais de crime. Pode haver leves diferenças entre estas estimativas e aquelas publicadas anualmente pelo FBI, já que os arquivos de dados são atualizados periodicamente, quando os dados adicionais são disponibilizados.

Os dados do UCR são compilados a partir dos relatórios policiais ou dos registros individuais de incidentes de crime transmitidos diretamente ao FBI ou para agências estaduais centralizadas que então reportam ao FBI. Em 1997, as agências policiais ativas no programa UCR representaram aproximadamente 254 milhões de habitantes dos EUA. – 95 por cento do total da população. O Programa UCR fornece contagens do crime para a Nação como um todo, como também para regiões, estados, condados, cidades e municípios. Isto permite estudos entre as jurisdições vizinhas e entre aquelas com populações similares e outras características comuns.

Os achados do UCR para cada ano-calendário são publicados em lançamento preliminar na primavera, seguido por um relatório anual detalhado, *O Crime nos EUA*, editado no ano-calendário seguinte. Além das contagens e tendências do crime, este relatório inclui dados sobre, crimes esclarecidos, pessoas detidas (idade, sexo, e raça), equipe dos oficiais da lei (incluindo o número de oficiais declarados assassinados ou agredidos) e as características dos homicídios (incluindo idade, sexo, e raça das vítimas e criminosos, relacionamentos da vítima e criminoso, armas usadas e as circunstâncias envolvendo os homicídios). Outros relatórios especiais do Programa UCR estão “disponíveis”.

Glossário

Activities of daily living (ADLs): as atividades da vida diária (ADLs) são as atividades básicas que sustentam a sobrevivência, incluindo alimentação, banho e higiene. Na Pesquisa Nacional de Cuidados a Longo Prazo, a ADLs (desenhada para medir a capacidade funcional) inclui: alimentação, entrar e sair da cama, mover-se interiormente, vestir-se, tomar banho e ir ao banheiro. Uma pessoa é considerada incapaz numa atividade ADL se ele ou ela for incapaz de desempenhar a atividade, usa ajuda ativa, usa

equipamento, ou requer pronta ajuda. Veja relacionadas, *Atividades Instrumentais da Vida Diária (IADLs)*.

Asset income: renda de bens inclui a renda em dinheiro relatada na Pesquisa Populacional Corrente, a partir de juros (sobre poupança ou títulos), dividendos, renda de imóveis ou investimentos e renda líquida de aluguel. Ganhos de capital não estão inclusos.

Assisted-living facility: modo de vida assistido é um modelo de cuidado residencial que mistura muito das características de clínicas de repouso e cuidados de longo prazo baseados na comunidade. As instalações do modo de vida assistido oferecem aos idosos uma escolha em termos de acomodações e disposições de serviço.

Cause of death: para o propósito da Estatística Nacional de Mortalidade, toda morte é atribuída a uma condição fundamentada, com base em informações relatadas no atestado de óbito e usando as regras internacionais para selecionar a causa fundamentada de morte a partir das condições relatadas. Desde 1979, a Classificação Internacional de Doenças, Nona Revisão (ICD-9) é usada para codificar a causa de morte. Os dados de períodos anteriores foram codificados usando a revisão adequada do ICD para aquele período. As mudanças na classificação de causas de morte em revisões sucessivas do ICD podem introduzir discontinuidades na estatística de causa de morte ao longo do tempo. Para maiores informações, veja Apêndice Técnico no Centro Nacional para Estatística da Saúde (1994). *Estatística Vital dos EUA, 1990*, Volume II, Mortalidade, Parte A. DHHS Pub. N. (PHS) 95-1101, Serviço de Saúde Pública, Washington, DC: Gabinete de Impressão do Governo dos EUA.

Cause-of-death ranking: a classificação de causa de morte para adultos é baseada na “Lista de 72 Causas de Morte Seleccionadas, Infecção por HIV, e Doença de Alzheimer”. A Lista de 72 Causas de Morte Seleccionadas foi adaptada de uma das listas especiais para tabulações de mortalidade recomendada pela Organização de Saúde Mundial para uso com a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças. Dois títulos de grupos – “As Maiores Doenças Cardiovasculares” e “Sintomas, sinais e condições definidas como doente” – não são classificadas com base na lista de 72 causas seleccionadas. Além disso, os títulos de categoria que começam com as palavras “outro” e “todos os outros” não estão classificadas. Os títulos remanescentes de categoria estão classificados de acordo com o número de mortes para determinar as causas de morte principais. Quando um dos títulos que representa o subtotal está classificado (por exemplo, ferimentos não intencionais), suas

partes de componente não são classificadas (neste caso, batidas de veículos motores e todos os outros ferimentos não intencionais).

Centenarians: pessoas de 100 anos ou mais.

Death rate: a taxa de morte é calculada dividindo o número de mortes numa população em um ano pela população residente relativa ao meio do ano. Para anos de censo, as taxas são baseadas em contagens do censo não arredondadas da população residente, a partir de 1º de abril. Para os anos sem censo de 1981 a 1989 e 1991, as taxas são baseadas em estimativas nacionais da população residente, a partir de 1º de julho, arredondando para mais perto de mil. Começando em 1992, as taxas são baseadas em estimativas populacionais nacionais não arredondadas. As taxas para populações brancas hispânicas e não hispânicas em cada ano são baseadas em estimativas populacionais estaduais, não arredondadas para estados na área hispânica relatada. As taxas de morte são expressas como o número de mortes por 100.000 pessoas. A taxa pode ser restrita a mortes em idade, raça, sexo específicos, ou grupos geográficos ou de causas específicas de morte (taxa específica) ou pode ser relacionada à população inteira (taxa bruta).

Disability: a incapacidade se refere à redução temporária ou de longo prazo da capacidade de uma pessoa para atividade. O conceito de incapacidade abrange muitas dimensões diferentes de saúde e funcionamento e as interações complexas com o meio ambiente de alguém. A Classificação Internacional de Funcionamento e Incapacidade (ICIDH-2) classifica o funcionamento aos níveis do corpo ou parte do corpo, pessoa completa, e pessoa completa em um contexto social. Conseqüentemente, incapacidades são perdas ou anormalidades da função e estrutura corporais (diminuição da capacidade), limitações de atividades (incapacidades), ou restrições na participação (anteriormente chamados inválidos). Veja www.who.int/icidh para maiores informações sobre a definição de incapacidade da Organização Mundial de Saúde.

Domiciliary care home: casa com cuidados domiciliares oferece fundamentalmente cuidado supervisor, mas oferece também um ou dois serviços pessoais.

Earnings: receita é a renda em dinheiro relatada na Pesquisa Populacional Corrente de Salários, renda líquida de emprego autônomo não sendo de fazenda, e renda líquida de emprego autônomo vindo de fazenda.

Educational attainment: realização educacional refere-se ao nível escolar mais alto completado ou grau mais elevado recebido. Para pessoas que cursaram a escola além do colegial, o grau mais alto é registrado, antes que os anos na faculdade.

Expenditures: veja *Health care expenditures e Housing expenditures*

Fee-for-service: este é o método de reembolsar os provedores de tratamento de saúde na base de uma taxa para cada serviço de saúde fornecido a pessoa assegurada.

Head of household: como usado na Pesquisa de Despesa do Consumidor, o cabeça da família é a primeira pessoa mencionada quando é solicitado ao entrevistado a dar o nome da pessoa ou pessoas que possuem ou alugam a casa na qual a unidade consumidora reside.

Health care expenditures: como definido na Pesquisa de Despesa do Consumidor, as despesas de tratamento de saúde incluem despesas pagas em dinheiro e não reembolsadas para seguro saúde, serviços médicos, remédios receitados e suprimentos médicos. Como definido na Pesquisa Atual do Beneficiário Medicare, as despesas de tratamento de saúde incluem todas as despesas para pacientes internos de hospital, médico, clínicas de repouso, pacientes externos, dental, receitas de remédios, tratamento de saúde em casa e serviços de clínicas de repouso, incluindo tanto despesas pagas em dinheiro e não reembolsadas como despesas cobertas pelo seguro.

Health maintenance organization (HMO): uma Organização de Manutenção da Saúde (HMO) é um plano de saúde pré-pago que provê tratamento abrangente aos membros por meio de provedores designados, com um pagamento mensal fixo para serviços de tratamento de saúde e requer membros para um plano por um período de tempo específico (geralmente 1 ano).

Healthy Eating Index: o Índice de Alimentação Saudável (HEI) é um sistema de medição sumário da qualidade de dieta. O HEI consiste de dez componentes, cada um representando aspectos diferentes de uma dieta saudável baseada na Pirâmide do Guia Alimentar do Departamento de Agricultura dos EUA e nas Diretrizes de Dieta para os Americanos. Os componentes de 1 a 5 medem o grau em que a dieta da pessoa corresponde às recomendações de atendimento da Pirâmide para os cinco maiores grupos alimentares: grãos, vegetais, frutas, leite e carne/alternativas de carne. Os componentes de 6 a 7 medem o consumo de gordura e gordura saturada. Os componentes 8 a 9 aquilatam o consumo de colesterol e sódio e o componente 10 mensura o grau de variedade numa dieta da pessoa. Os altos resultados de componente indicam consumos próximos às variações ou quantidades recomendadas; os baixos resultados de componente indicam menos concordância com as variações e quantidades recomendadas. Os pontos para cada componente têm o mesmo peso e são somados para calcular um resultado HEI geral com um valor máximo de 100. Um

resultado HEI acima de 80 indica boa dieta, um resultado HEI entre 51 e 80 aponta uma dieta que precisa melhorar, e um resultado HEI abaixo de 51 recomenda dieta pobre.

Origem hispânica: a origem hispânica inclui pessoas de origem mexicana, porto-riquenha, cubana, americano do sul (exceto Brasil) e central, e outras origens espanholas desconhecidas. Pessoas de origem hispânica podem ser de qualquer raça. Veja relacionado *Race*.

Home care: assistência paga ou não fornecida a uma pessoa com incapacidade ou doenças crônicas, morando na comunidade.

Home health care: o tratamento de saúde em casa é uma terapia fornecida a indivíduos e famílias em seu lugar de residência, para a promover, manter ou restaurar a saúde; ou para minimizar os efeitos de incapacidade ou doença, incluindo enfermidade terminal. Na Pesquisa Atual do Beneficiário Medicare e nas declarações do Medicare e nos dados de inscrição, o tratamento de saúde em casa refere-se a visitas domiciliares por profissionais, incluindo enfermeiras, médicos, assistentes sociais, terapeutas e assistente de saúde domiciliar.

Household head: veja *Head of Household*

Housing expenditures: como definido na Pesquisa de Despesa do Consumidor, as despesas de casa incluem: pagamentos para o principal da hipoteca, juros e despesas financeiras; imposto de propriedade; manutenção, reparos, seguro e outras despesas; aluguel; aluguel como remuneração (reduzido ou livre de aluguel para uma unidade como forma de remuneração); manutenção, seguro e outras despesas para locatários; e serviços públicos.

Incidence: incidência é o número de casos de doença que tem seu começo durante um período prescrito. É freqüentemente expresso como um índice (por exemplo, a incidência de sarampo por 1.000 crianças de 5 a 15 anos durante um ano específico). Incidência é um sistema de medição de morbidade ou eventos outros que ocorrem em período específico. Veja relacionado *Prevalence*.

Income: como definido na Pesquisa Populacional Atual, a renda inclui a renda em dinheiro (anterior a pagamentos para imposto de rendas pessoais, seguro social, dívidas do sindicato, deduções do Medicare etc.) de: (1) salários; (2) renda líquida de emprego autônomo não sendo de fazenda; (3) renda líquida de emprego autônomo vindo de fazenda; (4) seguro social ou aposentadoria da estrada de ferro; (5) renda de seguro suplementar; (6) assistência pública ou pagamentos da previdência social; (7) juros (sobre poupança ou títulos); (8) dividendos, renda de imóveis ou investimentos, ou renda líquida

de aluguel; (9) pagamento de veterano ou desemprego e remuneração de trabalhadores; (10) pensões privadas ou pensões de funcionário do governo; (11) pensão alimentícia ou sustento da criança, contribuições regulares de pessoas que não vivem na casa, e outras rendas periódicas. Certos recibos de pagamento tais como ganhos de capital não estão incluídos.

Income fifths: uma população pode ser dividida em grupos com número igual de pessoas com base no tamanho de sua renda, para mostrar como a população difere em uma característica em vários níveis de renda. Quintos de renda são cinco grupos de tamanho igual, ordenados de menor a maior renda.

Inpatient hospital services: como definido na Pesquisa Atual dos Beneficiários do Medicare, serviços de hospital de paciente internado referem-se a serviços prestados em hospitais de tratamento agudo.

Institutional population: veja *Population*.

Instrumental activities of daily living (IADLs): as atividades instrumentais de vida diária (IADLs) são indicadores do bem-estar funcional que medem a habilidade de desempenhar tarefas mais complexas. Na Pesquisa Nacional de Tratamento de Longo Prazo, IADLs incluem-se: trabalho de casa pesado; trabalho de casa leve; lavanderia; preparação de refeições; fazer compras de supermercado; capacidade de lidar com as coisas fora; viajar; lidar com dinheiro; e usar o telefone. Uma pessoa é considerada incapaz em uma atividade IADL (com exceção de “lidar com as coisas fora”) se ele ou ela não faz a atividade por causa de incapacidade ou problema de saúde. Uma pessoa é considerada incapaz na atividade “lidar com as coisas fora” se ele ou ela requer ajuda ativa, usa equipamento, ou não consegue lidar com coisas fora de jeito nenhum por causa de problema de saúde ou incapacidade. Veja *Activities of daily living (ADLs)*.

Labor force participation rate: a proporção de um grupo populacional especial que está na força de trabalho – ou seja, tanto trabalhando (empregado) ou ativamente procurando por trabalho (desempregado).

Life expectancy: a expectativa de vida é o número médio de anos de vida restante a uma pessoa numa idade especial, e baseia-se num dado conjunto de taxas de morte de idade específica, geralmente as condições de mortalidade que existem no período mencionado. A expectativa de vida pode ser determinada pela raça, sexo ou características outras, usando taxas de morte de idade específica para a população com aquela característica.

Marital status: a classificação de estado civil na Pesquisa Populacional Atual identifica quatro grandes categorias: solteiro (jamais casou), casado, viúvo e

divorciado. A categoria “casado” é dividida em casado, cônjuge presente; casado, cônjuge ausente; e separado. Na seção Economia, “casado” inclui somente o cônjuge casado presente.

Median: uma medida de tendência central. A divisão mais simples de um conjunto de medidas é em duas partes – a inferior e a superior. O ponto na escala que divide o grupo desta maneira é chamado de “median” (mediano).

Medicaid: o programa de tratamento de saúde em todo o País é operado e administrado pelos estados, com participação financeira federal. Dentro de certas diretrizes amplas e federalmente determinadas, os estados decidem quem é adequado; a quantidade, duração, e âmbito dos serviços cobertos; taxas de pagamentos para os provedores; e métodos de administrar o programa. Medicaid fornece serviços de tratamento de saúde para pessoas de certa baixa renda. Medicaid não fornece serviços de saúde a todas as pessoas de baixa renda em todos os estados. O programa foi autorizado em 1965 pelo Título XIX da Lei de Seguro Social.

Medical/outpatient services: serviços de paciente externo / médico referem-se a serviços fornecidos pelos médicos, laboratórios, clínicas, pronto-socorros, departamentos de pacientes externos de hospital e provedores de equipamentos e suprimentos médicos.

Medicare: este é um programa de seguro-saúde em todo o País que fornece seguro-saúde a pessoas de 65 anos ou mais, pessoas com direito aos pagamentos de invalidez do seguro social por 2 anos ou mais e pessoas com doença renal em fase final, sem levar em consideração a renda. O programa foi promulgado em 30 de julho de 1965, como Título XVIII, seguro-saúde aos Idosos da Lei de Seguro Social, e tornou-se efetiva em 1º de julho de 1966. Consiste de dois programas separados, mas coordenados, seguro hospital (parte A) e seguro médico suplementar (parte B). Medicare geralmente não cobre clínicas de repouso nem receitas de remédios.

National population adjustment matrix: a matriz nacional de ajuste populacional ajusta a população a ser computada pela sub-enumeração líquida. Os detalhes nesta matriz podem ser encontrados no site da Agência de Censo dos EUA: www.census.gov/population/www/censusdata/adjustment.html

Net worth: como definido no Estudo de Painel da Dinâmica de Renda, valor líquido é o valor do imóvel, ações, títulos e outros bens, menos as dívidas ressaltadas.

Nursing home: como definido na Pesquisa Nacional de Clínicas de Repouso, uma clínica de repouso é um estabelecimento com três ou mais camas, que

fornece serviços de assistência ou cuidados pessoais aos idosos, enfermos ou cronicamente doentes.

Nursing home care: como definido na Pesquisa Atual do Beneficiário Medicare, tratamento de clínica de repouso refere-se a tratamento pessoal de longo prazo, fornecido em instalações para tratamento de longo prazo.

Pensions: as pensões incluem renda em dinheiro relatado na Pesquisa Populacional Atual, advinda de aposentadoria de estrada de ferro, pensões de empresas ou sindicatos, incluindo divisão de lucros e pagamentos 401 (k), IRA, Keoghs, pagamentos regulares de pensões anuais e apólices de seguros de vida pagas, pensões do governo federal, pensões do serviço militar dos EUA, pensões dos governos estaduais ou locais.

Physician visits and consultations: como definido nas declarações Medicare e dados de inscrição, as visitas de médicos e consultas incluem visitas e consultas com médicos de cuidados básicos, especialistas e quiropráticos em seus consultórios, hospitais (paciente interno e externo), pronto-socorros, casas dos pacientes e clínicas de repouso.

Population: os dados sobre população nos EUA são freqüentemente coletados e publicados de acordo com várias definições diferentes. Diversos sistemas estatísticos usam, pois, a população adequada para o cálculo de índices.

Resident population: a população residente dos EUA inclui pessoas residentes nos 50 estados e no Distrito de Columbia. Exclui residentes da Nação de Porto Rico e residentes de áreas remotas sob a soberania ou jurisdição dos EUA (principalmente Samoa americana, Guam (ilha no Oceano Pacífico ocidental), Ilhas Virgens dos EUA, e a nação das Ilhas Marianas do Norte). A definição de residência obedece ao critério usado no censo de 1999, que define um residente de uma área específica como uma pessoa geralmente residente naquela área. A população residente exclui as Forças Armadas dos EUA de além-mar, assim como cidadãos civis dos EUA cujo local comum de residência é fora dos EUA.

Civilian population: a população civil é a população residente dos EUA que não está na ativa das Forças Armadas.

Civilian noninstitutional population: a população civil não institucional é a população civil que não reside em instituições. Instituições incluem instituições correcionais, prisões e escolas de treinamento para delinqüentes juvenis; casas para a população idosa e dependente (por exemplo, clínicas de repouso e casas de convalescença); casas para crianças dependentes e negligenciadas; casas e escolas para os

mental ou fisicamente inválidos; casas para mães solteiras; hospitais psiquiátricos, para tuberculose e doenças crônicas; e centros de tratamento residencial.

Resident noninstitutional population: a população residente não institucional é a população residente que não reside em instituições. Instituições incluem instituições correcionais, prisões, e escolas de treinamento para delinquentes juvenis; casas para a população idosa e dependente (por exemplo, clínicas de repouso e casas de convalescença); casas para crianças dependentes e negligenciadas; casas e escolas para os mental ou fisicamente inválidos; casas para mães solteiras; hospitais psiquiátricos, para tuberculose e doenças crônicas; e centros de tratamento residencial.

População Institucional: a população institucional é a população que reside em instituições correcionais, prisões e escolas de treinamento para delinquentes juvenis; casas para a população idosa e dependente (por exemplo, clínicas de repouso e casas de convalescença); casas para crianças dependentes e negligenciadas; casas e escolas para os mental ou fisicamente inválidos; casas para mães solteiras; hospitais psiquiátricos, para tuberculose e doenças crônicas; e centros de tratamento residencial.

Poverty level: as estatísticas de pobreza são baseadas em definições desenvolvidas originariamente pela Administração de Seguro Social. Estas incluem um conjunto dos pontos iniciais da renda em dinheiro que variam pelo tamanho da família e composição. Os pontos iniciais da pobreza são baseados em renda em dinheiro e não incluem benefícios que não sejam em dinheiro, tais como selos de alimentos. As famílias ou indivíduos com renda inferior aos seus pontos iniciais adequados são classificados como abaixo do nível de pobreza. Estes pontos iniciais são atualizados anualmente pela Agência de Censo dos EUA para refletir as mudanças no Índice de Preço ao Consumidor para todos os consumidores urbanos (CPI-U). Por exemplo, o ponto inicial da pobreza média para uma família de quatro pessoas foi de US\$ 13.359 em 1990, US\$ 16.036 em 1996, e US\$ 16.660 em 1998. Para maiores informações, veja: Renda em dinheiro de Casas, Famílias e Pessoas nos EUA, 1996. Agência do Censo dos EUA. Relatórios Populacionais Atuais. P-60. Washington DC: Gabinete de Impressão do Governo dos EUA.

Prescription drugs: como definido na Pesquisa Atual de Beneficiários do Medicare, remédios receitados são todas as medicações receitadas, exceto aquelas fornecidas pelo médico como amostras e aquelas fornecidas em um estabelecimento para pacientes internos.

Prevalence: prevalência é o numero de casos de uma doença, pessoas infectadas ou pessoas com algum outro atributo presente durante um intervalo de tempo

especial. É freqüentemente expresso como um índice (por exemplo, a prevalência da diabetes por 1.000 pessoas durante um ano). Veja relacionado *Incidence*.

Public assistance: assistência pública é renda em dinheiro relatada na Pesquisa Populacional Atual da Renda de Seguro Suplementar (pagamentos feitos a pessoas de baixa renda que tem 65 anos ou mais, cegos ou inválidos), e assistência pública ou pagamentos de auxílio-desemprego, tais como Assistência Temporária para Famílias Necessitadas e Assistência Geral.

Quintiles: veja *Income fifths*

Race: os dados usados neste livro de gráficos geralmente classificaram os indivíduos nos seguintes grupos raciais: índio americano e nativo do Alasca, asiático e habitante de ilha do Pacífico, negro e branco. Dependendo da fonte de dados, a classificação pela raça pode ser baseada em autotranscrição ou em observação por um entrevistador ou pessoas outras preenchendo o questionário. Veja relacionado *Hispanic origin*.

Rate: índice é um sistema de medição de algum evento, doença ou condição em relação a uma unidade de população, junto com algumas especificações de tempo.

Reference population: a população referencial é a população-base de onde é retirada uma amostra na época da amostragem inicial. Veja *Population*.

Self-rated health status: o estado de saúde foi medido na Pesquisa de Entrevista de Saúde Nacional que pergunta ao entrevistado, “Você diria que a saúde de ----- é excelente, muito boa, boa, regular ou fraca?”.

Skilled nursing facility: as instalações de assistência habilitada fornecem assistência habilitada em pacientes internos, seguido de hospitalização. Estas instalações fornecem o tratamento mais intensivo disponível fora de um hospital.

Social Security benefits: os benefícios de seguro social incluem renda em dinheiro relatados na Pesquisa Populacional Atual de Idosos de Seguro Social, invalidez e benefícios de sobreviventes.

Standard population: uma população na qual a composição de idade e sexo é conhecida precisamente, como resultado de um censo. Uma “população padrão é usada como um grupo de comparação no processo para padronização de taxas de mortalidade”.

ANEXO L – Aprovação do Comitê de Ética

**Universidade Católica de Brasília - UCB**
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Brasília, 30 de setembro de 2006

Ofício CEP/UCB Nº 51/2006

Prezados senhores,

É com satisfação que informamos formalmente a V.Sas. que o projeto "Desenvolvimento de indicadores para acompanhamento do envelhecimento: comparação de informação entre países." foi aprovado por este CEP em sua 34ª Reunião, realizada em 27 de julho do corrente ano, podendo, portanto, ter a sua fase de coleta de dados iniciada. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar desta data deverá ser enviado a este CEP um relatório sucinto sobre o andamento da presente pesquisa.

Esperando poder servi-los em outra ocasião, apresentamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Prof. Marcelo Silveira de Alcântara, MSc.
— Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - UCB

Ilmos Srs.
Maurício Gomes Pereira e Mônica Rebouças.
Brasília - DF
NESTA