



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA

MÁRIO VINICIUS DE LIMA PEREIRA

**INCAPACIDADE MOTORA DOS IDOSOS: UMA ANÁLISE SOBRE OS SEUS
DIFERENTES ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS NO NORDESTE
BRASILEIRO**

NATAL, RN

2015

Mário Vinicius de Lima Pereira

**INCAPACIDADE MOTORA DOS IDOSOS: UMA ANÁLISE SOBRE OS SEUS
DIFERENTES ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS NO NORDESTE
BRASILEIRO**

Versão de defesa de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos pré-requisitos para a obtenção do título de Mestre em Demografia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena C. Spyrides

Co-orientadora: Profa. Dra. Lára de Melo B. Andrade

NATAL, RN

2015

Mário Vinicius de Lima Pereira

**INCAPACIDADE MOTORA DOS IDOSOS: UMA ANÁLISE SOBRE OS SEUS
DIFERENTES ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS NO NORDESTE
BRASILEIRO**

Versão de defesa de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos pré-requisitos para a obtenção do título de Mestre em Demografia

Aprovada em: 19 / 10 / 2015

Profa. Dra. Maria Helena Constantino Spyrides
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Orientadora

Profa. Dra. Lára de Melo Barbosa Andrade
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Co-orientadora

Profa. Dra. Maria Célia de Carvalho Formiga
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Membro Interno – PPGDEM/UFRN

Prof. Dr. Roberto do Nascimento Rodrigues
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Membro externo à UFRN

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, o ser supremo e criador de tudo e de todos, por proporcionar minha existência e a das pessoas queridas, e a Maria Santíssima por me guiar em busca do caminho reto. Além disso, pela oportunidade de trabalhar e ingressar na pós-graduação em Demografia e por me fortalecer nos piores momentos, me impedindo de desistir;

Agradeço aos meus pais, Mário Pereira e Jeane Maria, por me ensinarem a viver a vida com dignidade e honestidade; por seus esforços, dedicação, compreensão e disponibilidade em todos os momentos, me proporcionando uma boa criação e educação e entendendo minhas ausências;

Agradeço também à minha amada esposa Cristiana, pelo carinho, paciência, pelo incentivo e suporte familiar e cumplicidade;

Aos meus avós, Maurício, Julieta, Antônio e Neite, por me criarem, estabelecerem limites, me darem carinho e serem fonte de inspiração deste trabalho;

A todos os professores do curso de pós-graduação em Demografia pelo apoio, amizade e pela disponibilidade em me atender nos momentos de sufoco e por ajudarem a diminuir o distanciamento entre minha área de fisioterapia e a demografia;

por me aceitar como orientanda, desde o início do curso mesmo pouco me conhecendo; À professora Dra. Maria Helena Constantino Spyrides, por seu incentivo, profissionalismo e disponibilidade mesmo em momentos tão tribulados e importantes de sua vida;

À professora Dra. Lára de Melo Barbosa Andrade, pela dedicação, amizade pessoal e de trabalho, disponibilidade e incentivo na elaboração da dissertação e no decorrer de toda a pós-graduação, e nos empurrões que eu merecia para poder dar os “sprints”, como ela sempre diz;

Aos professores Dr. Roberto do Nascimento Rodrigues e Maria Célia de Carvalho Formiga pelas importantes contribuições e pela disponibilidade de seu tempo em dois momentos importantes deste estudo;

Registro neste trabalho alguns agradecimentos especiais àqueles que estiverem presentes ao longo desta caminhada – meus queridos colegas e amigos do mestrado Victor Hugo, Maria de Jesus Xavier – “Mara”, Priscila Sanara, William, Karol, Eliana, Izabelly, Pollyanne e Josivan – pelo companheirismo e pela colaboração durante todo o curso;

E finalmente, agradeço a todos aqueles que me ajudaram direta ou indiretamente e que não foram mencionados, pelo apoio, companheirismo e prontidão na elaboração deste projeto;

Por fim aos idosos que muito trabalharam, e fizeram parte da construção da grandeza desse país....MUITO OBRIGADO a todos!

Eu não tinha este rosto de hoje,
assim calmo, assim triste, assim magro,
nem estes olhos tão vazios, nem o lábio amargo.
Eu não tinha estas mãos sem força,
tão paradas e frias e mortas;
eu não tinha este coração que nem se mostra.
Eu não dei por esta mudança,
tão simples, tão certa, tão fácil:
Em que espelho ficou perdida a minha face?

Cecília Meireles

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO.....	9
II REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 AS TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA POPULAÇÃO IDOSA NO MUNDO E NO BRASIL.....	13
2.2 O IDOSO E A DEFICIÊNCIA MOTORA: PONTOS DE CONVERGÊNCIA.....	18
III METODOLOGIA	25
3.1 FONTE DE INFORMAÇÃO	25
3.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO	26
3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	28
IV RESULTADOS PRELIMINARES E DISCUSSÃO.....	31
4.1 O IDOSO DEFICIENTE E SUAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ...	34
4.2 OS DOMICÍLIOS DOS IDOSOS E SUAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	42
4.3 ANÁLISE DAS RAZÕES DE CHANCE PARA PRESENÇA DE DEFICIÊNCIA MOTORA EM IDOSOS DO NORDESTE.....	50
V CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	66

INCAPACIDADE MOTORA DOS IDOSOS:

uma análise sobre os seus diferentes aspectos sociodemográficos no Nordeste Brasileiro

Resumo: Com o envelhecimento da estrutura populacional do Brasil gerado pelos efeitos da Transição Demográfica que vem ocorrendo no país, faz-se importante conhecer os aspectos sociodemográficos da população idosa que terá, paulatinamente, maior expressividade em termos percentuais no cômputo da população total brasileira. Atualmente, a região Nordeste apresenta-se como aquela detentora da maior taxa de idosos com alguma deficiência motora. O envelhecimento populacional tem impactos sobre a saúde da população e um dos problemas a serem enfrentados pelos idosos são os associados às deficiências motoras, que exigirão mais recursos e serviços de saúde, moradia, emprego e outros, específicos para esta idade peculiar. Assim, a análise do perfil sociodemográfico dos idosos que apresentam algum tipo de deficiência no Nordeste constitui-se em um importante campo de estudo. Tal conhecimento oferecerá informações imprescindíveis para definição de políticas públicas votadas para esse segmento populacional específico e com provavelmente necessidades distintas. Este trabalho analisa o perfil sociodemográfico dos idosos com deficiência ou incapacidade motora na região Nordeste, utilizando os dados do Censo Demográfico Brasileiro de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A amostra foi constituída de idosos com 60 anos ou mais de idade residentes na região, que representa 26,48% da população brasileira de idosos. A variável dependente utilizada na análise relaciona-se à deficiência motora, mensurada pela dificuldade ou impossibilidade em caminhar ou subir degraus. As variáveis independentes estão relacionadas às características individuais e domiciliares, respectivamente, demografia, socioeconomia, emprego e tipos de domicílios, localização e dependências. A partir de análises estatísticas determinou-se as correlações entre algumas variáveis específicas para o Nordeste brasileiro e seus efeitos na deficiência motora dos idosos. Os resultados da análise de correspondência mostraram que, em nível individual, o sexo, estado civil, a renda, o nível de instrução foram os fatores mais fortemente relacionados com idosos com alguma deficiência motora. Em nível domiciliar, o número de banheiros, espécie de domicílio, situação de domicílio e densidade morador/domicílio exibiram uma importante correlação com a deficiência. Foram também analisadas as razões de chances para a deficiência motora nesta população-alvo. Idosos do sexo feminino, de 80 anos e mais, viúvos, não aposentados, sem trabalho, sem instrução ou com nível

fundamental incompleto e que moram em domicílios urbanos e unipessoais tiveram maiores chances de ter incapacidade motora. Os resultados mostram, sem sombra de dúvida, que a adoção de políticas públicas voltadas à assistência ao idoso de modo a auxiliá-los a superar as dificuldades associadas à deficiência motora podem cooperar significativamente para seu bem-estar e, conseqüentemente, para a melhoria da sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Serviços de Saúde para Idosos, Demografia, Envelhecimento da População, Epidemiologia.

Abstract: With the aging of Brazil's population structure generated by effects of demographic transition that has been occurring in the country, it is important to know the socio-demographic characteristics of the elderly population which will have increasingly greater expressiveness in the population, and that in owning some level of motor disability will require more financial supports and health services, housing, employment and other services, specific to this particular age. The northeastern Brazil, in particular, is the region with the highest rate of elderly with some physical disabilities. Thus, the analysis of socio-demographic profile of the elderly in the Northeast in 2010 constitutes an important reference for the definition of public policies voted for this portion of the population. In this work, we present a descriptive data analysis of the Brazilian Census 2010, from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), in order to analyze the socio-demographic profile of elderly people with deficiencies or motor disability in northeastern Brazil. The sample consisted of seniors citizens aged 60 or older living in the region, representing 26.48% of the Brazilian population of elderly. The dependent variable of the analysis relates to motor disability, measured by difficulty or impossibility in walking or climbing stairs, while the independent variables are related to individual and household characteristics, respectively, demography, socio-economy, employment and types of households, location and number of rooms in the house. From statistical analysis were determined the correlations between some specific variables for the Brazilian Northeast and its effects on motor disability of the elderly. The results showed that, at the individual level, sex, marital status, salary, level of education were the most strongly associated factors with elderly people showing some motor disabilities, while at the household level, the number of bathrooms, type of household, situation of households and dwellers/household density, showed a significant correlation with the dependent variable. The odds ratios for motor disabilities in this target population were also analyzed: Female seniors , 80 and older , widowed , no retirees, no job, no education or with incomplete basic education and who live in urban and single person households were more likely to have motor disability. These results show undoubtedly that the adoption of public policies aimed at assisting the elderly to help them surpass the difficulties associated with motor disabilities, can contribute significantly to well-being of the elderly people and consequently to improve their quality of life.

Key-words: Health Services for the Elderly, Demography, Population Ageing, Epidemiology

LISTA DE FIGURAS

- Gráfico 1 Proporção de idosos de 60 anos e mais, em relação à população total, segundo os grandes continentes, 1980-2050 (%).....**14**
- Gráfico 2 Taxa de Idosos e de Idosos com algum grau de deficiência motora, pela população Brasileira e por Regiões, 2010.....**33**
- Gráfico 3 Percentual de idosos da população do Nordeste com algum nível de deficiência motora, por Nível de Comprometimento Motor, segundo o Sexo, 2010..... **36**
- Gráfico 4 Percentual de idosos sem deficiência e com algum nível de deficiência motora, Brasil e Região Nordeste, 2010..... **37**
- Gráfico 5 Correspondência entre as variáveis Sexo, Faixa Etária, Estado Civil, Renda e a variável resposta sobre deficiência motora, Região Nordeste, 2010.....**42**
- Gráfico 6 Correspondência entre as variáveis Sexo, Faixa Etária, Estado Civil, Renda e a variável resposta sobre deficiência motora, Região Nordeste, 2010.....**48**
- Gráfico 7 Correspondência entre as variáveis de domicílio e a variável resposta sobre deficiência motora, Região Nordeste, 2010.....**47**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População Total, de Idosos, Deficiência Motora e Taxas, Brasil e Unidades da Federação.....	32
Tabela 2 - Idosos segundo o nível de Deficiência Motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao indivíduo, Brasil, 2010.....	34
Tabela 3 - Idosos segundo o nível de Deficiência Motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao indivíduo, Região Nordeste, 2010.....	35
Tabela 4 - Idosos segundo o nível de Deficiência Motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao domicílio, Brasil, 2010.....	42
Tabela 5 - Idosos segundo o nível de Deficiência Motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao domicílio, Região Nordeste, 2010.....	43
Tabela 6 - Análise das Razões de Chance para presença de deficiência motora em Idosos, Nordeste, 2010.....	48

LISTA DE SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Índice de Confiança
IE – Índice de Envelhecimento
ILP – Instituições de Longa Permanência
ONU – Organização das Nações Unidas
PAD-MG – Pesquisa por Amostra de Domicílio de Minas Gerais
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF – Programa de Saúde da Família
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TD – Transição Demográfica
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UF – Unidades da Federação
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

I INTRODUÇÃO

A composição populacional de cada país depende da sua trajetória histórica. Os processos de mudanças nas respectivas composições populacionais dependem diretamente dos efeitos de três principais componentes demográficos: fecundidade, mortalidade e migração. Os dois primeiros componentes influenciam o chamado incremento natural da população, através do número de nascimentos e de mortes ocorridas na população. O terceiro componente, migração, também pode aumentar ou diminuir o número de indivíduos nesta população (ROWLAND, 2010). A Transição Demográfica (TD) ocorre a partir da diminuição, no decorrer do tempo, das taxas de fecundidade e mortalidade que, geralmente levam à uma mudança da estrutura etária de um país, levando ao seu envelhecimento populacional. Assim como já ocorreu em diversos países da Europa e da Ásia, o Brasil também está sofrendo a influência deste fenômeno (WONG, 2006). Uma parte significativa dos países vem passando ou já passou por esse período denominado de transição demográfica, e o ritmo de alteração da estrutura etária de cada país depende da intensidade com que as taxas vêm se modificando e de sua inércia demográfica.

Segundo Brito (2010), a transição demográfica é um dos fenômenos estruturais mais importantes pelo qual tem passado a sociedade brasileira desde a segunda metade dos anos sessenta do século XX. Apesar de longos debates, já existe um consenso entre os cientistas sociais sobre a sua indiscutível relevância. Para Brito (2008), a transição demográfica pode tanto criar possibilidades demográficas que possam potencializar o crescimento da economia e do bem-estar social da população, quanto ampliar as graves desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira. É importante destacar que, no Brasil, o processo de envelhecimento da população tem se dado de forma bastante acelerada (WONG, 2006), também ocasionado pela forte redução das taxas de fecundidade e pela queda da mortalidade idosa com consequente aumento da expectativa de vida ao nascer, responsável pelo grande aumento do contingente de idosos no país (FORMIGA, 2012). Projeções populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), analisadas por Brito (2010), permitiram-nos observar o quanto Transição Demográfica no Brasil está apresentando uma velocidade surpreendente, apontando para um padrão demográfico semelhante ao de países

desenvolvidos, apesar das desigualdades que ainda permanecem entre os diferentes estratos sociais da população.

E é nesse cenário de envelhecimento populacional, vivenciado pelo Brasil e por muitos países do mundo, que os idosos, de 60 anos e mais, passam a fazer parte da parcela da população que mais cresce. Em acréscimo, observa-se que, em países com baixas taxas de natalidade, existe uma forte tendência à diminuição do ritmo de crescimento populacional. Por isso, esta queda pode gerar alterações na estrutura da população, como o próprio envelhecimento populacional. Diversas outras situações podem gerar diferentes cenários familiares, como: a diminuição do tamanho da prole, a mortalidade diferencial, as separações, o celibato, a viuvez, os recasamentos e as migrações. Estas situações conformam distintos arranjos familiares ou domésticos que, com o tempo, adquirem características populacionais específicas, que podem gerar consequências e necessidades diferentes para cada parcela da população e, principalmente para o idoso, situações de vulnerabilidade emocional, de saúde e/ou material (VASCONCELOS, 2012; BERQUÓ, 1996).

O aumento da participação percentual dos idosos de 60 anos e mais, na composição da estrutura da população Brasileira foi identificado por Cerqueira (2010), através dos resultados do Censo de vários anos: 1980 (6,08), 1991 (7,30), 2000 (8,56), 2010 (10,79) e uma projeção para 2020 (13,65). Essa proporção também pode ser medida através do Índice de Envelhecimento (IE). O IE é definido como o número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, e avalia o processo de ampliação do segmento idoso na população total em relação à variação relativa no grupo etário jovem (WONG, 2006). Segundo Closs (2012), no período de 1970 a 2010, observou-se aumento de 268% no IE do Brasil.

Na dimensão da transição epidemiológica, chamam a atenção para si, a redução considerável da mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias, bem como o crescimento da mortalidade específica por algumas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esse processo é conhecido como transição epidemiológica e foi definido por OMRAN em 1971 (ANDRADE et al., 2013). Segundo Omram (1982), a transição epidemiológica no Brasil iniciou-se a partir da 2ª metade do século XX. Entender o perfil de morbi-mortalidade de uma população é importante por este ser um

indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de seu desenvolvimento, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes (PRATA, 1992)

De acordo com De Lima (2014), existe uma associação entre o processo biológico de envelhecimento relacionado com a idade e a manifestação de diversas condições e enfermidades crônicas que podem produzir limitações funcionais. A ocorrência de enfermidades crônicas não é uma condição obrigatória de incapacidade. Entretanto, muitos desses idosos possuem limitações e, geralmente, ressaltando-se os graus mais leves de limitações, terão necessidades específicas de acompanhantes, transporte, instituições especializadas, acesso a oportunidades de emprego, entre outras. Neste aspecto, a pesquisa sobre as condições sociodemográficas é fundamental para se entender qual o retrato social dos idosos com deficiência ou incapacidade motora.

Os fatos acima, por si só, justificam a pesquisa proposta no presente trabalho, uma vez que uma população exposta a uma situação de vulnerabilidade, seja pela própria idade, seja por doença ou seja pelas características dos domicílios nos quais moram, pode gerar reflexos positivos ou negativos no que se refere aos gastos com saúde pública, previdência social e mercado consumidor, entre outros. Dessa forma, o conhecimento das características dos idosos que se percebem com alguma deficiência poderá induzir o direcionamento de corretas políticas públicas e auxiliar os gestores públicos no atendimento das necessidades deste segmento.

E, visto que a literatura expressa o consenso sobre o aumento da expectativa de vida dos idosos, investigar a incapacidade motora dessa população retoma a importância de se identificar como esta parcela da população está vivendo e como viverá em relação às suas condições sociodemográficas, de saúde e de qualidade de vida. Embora a longevidade das pessoas seja uma situação vantajosa para a população, ela precisa ser cuidada de forma a trazer qualidade de vida a este segmento que é o idoso. Caso contrário, o quadro da saúde pública pode se agravar devido às más aplicações dos recursos públicos e escassez de infraestrutura hospitalar que já exercem no sistema de saúde pública um peso não desejável.

Com isso, duas perguntas são tomadas como referência: 1 - Quais as condições sociodemográficas dos idosos com deficiência ou incapacidade motora em seus diversos níveis? 2- Quais as características domiciliares do idoso nordestino com deficiência ou

incapacidade motora em 2010? Este estudo utilizou os dados do Censo Demográfico Brasileiro (2010) para analisar e responder a estas indagações.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar o perfil social, econômico e demográfico dos idosos com deficiência ou incapacidade motora no Brasil e Nordeste em 2010.

Os objetivos específicos são:

- i. Avaliar a prevalência de deficiência e/ou incapacidade motora em idosos no Brasil e, especificamente, na região Nordeste do País;
- ii. Analisar quais as condições sociodemográficas dos idosos com deficiência motora em seus diversos níveis;
- iii. Analisar a influência dos aspectos e características domiciliares na vida do idoso nordestino com incapacidade motora em 2010.
- iv. Fornecer subsídios aos gestores de políticas públicas que aprimorem as condições de resposta às dificuldades ocasionadas pelos diversos níveis de deficiência motora destes idosos.

Este trabalho está apresentado em cinco capítulos, além das referências consultadas: (1) Introdução; (2) Revisão de Literatura, na qual apresenta-se uma síntese do estado da arte sobre os vários aspectos pertinentes a este trabalho, que envolvem a população idosa, suas características sociodemográficas e a deficiência motora; (3) Metodologia utilizada, envolvendo considerações sobre o fonte e banco de dados utilizado, variáveis em estudo e métodos estatísticos para a análise dos dados; (4) Resultados e Discussões; e (5) Considerações Finais, onde são apresentadas as conclusões e as principais implicações do trabalho e dos resultados.

II REVISÃO DE LITERATURA

2.1 AS TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA POPULAÇÃO IDOSA NO MUNDO E NO BRASIL

As reduções das taxas anuais de crescimento da população mundial, assim como do seu incremento absoluto, foram decorrentes, sem dúvida, do rápido e acentuado declínio dos níveis de fecundidade (BRITO, 2007). Essa queda nas taxas de fecundidade em diversos países do mundo e no Brasil indica uma nítida tendência à diminuição do ritmo de crescimento de suas populações a um nível abaixo do necessário para que, à médio prazo, o número de nascimentos reponha o número de óbitos. A passagem de elevadas para reduzidas taxas de natalidade e mortalidade trouxe, aos pesquisadores da comunidade científica e governos, o debate sobre a transição demográfica, suas consequências e as importantes mudanças que ela implica nas estruturas populacionais (VACONCELOS, 2012).

Ainda segundo Vasconcelos (2012), antes do início do processo de Transição Demográfica, os países geralmente apresentam taxas de natalidade elevadas, bem estabilizadas, e taxas de mortalidade elevadas, porém com leves oscilações, de forma que as taxas de crescimento vegetativo dessas populações mantêm-se baixas e geram estruturas etárias jovens. Na fase inicial do processo de transição demográfica, os níveis de mortalidade caem e os de natalidade continuam em níveis elevados. Como consequência, o ritmo de crescimento populacional acelera-se e a estrutura etária da população torna-se ainda mais jovem. Mas a partir do momento em que, além da queda das taxas de mortalidade, observa-se a redução dos níveis de natalidade e a diminuição das taxas de crescimento da população, a estrutura etária inicia sua mais importante alteração: o seu processo de envelhecimento populacional (CERQUEIRA, 2010).

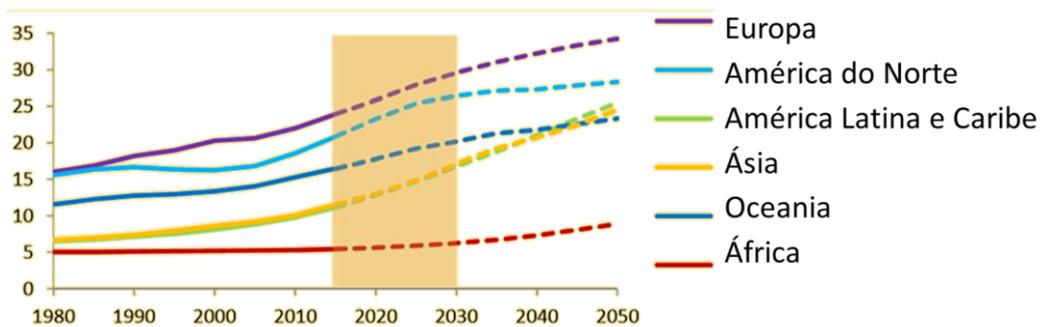
As análises das “pirâmides” etárias, durante a transição demográfica, mostram um importante envelhecimento desta população e, os efeitos desta mudança serão percebidos nos vários setores econômicos e sociais. Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento populacional vem acontecendo há décadas, de forma progressiva. Uma grande parte do mundo em desenvolvimento alcançou etapas avançadas da transição demográfica durante o século XX e nos primeiros anos do

século XXI, num ritmo maior que países europeus ou norte-americanos (Canadá e Estados Unidos) (BRENES-CAMACHO, 2009).

A Figura 1 apresenta a proporção de idosos em relação à população total dos continentes. Esta proporção reflete o grau de envelhecimento de uma população. Desde 1980, devido às altas proporções de idosos, a Europa e a América do Norte lideravam o ranking dos continentes, seguidas pela Oceania, com a 3ª menor proporção de idosos. Já as populações da América Latina, Caribe e da Ásia apresentaram uma evolução semelhante, porém mais atrasadas no que se refere às trajetórias de seus processos de envelhecimento. Nos últimos anos da projeção realizada pela Organização das Nações Unidas – ONU, observa-se uma discreta diminuição no ritmo do envelhecimento populacional, principalmente na América do Norte e um importante aumento do percentual de idosos de 60 anos e mais na América Latina, Caribe e Ásia. Contudo, em 2050, os idosos ainda deverão responder, de acordo com as projeções, por 55% da população total do planeta (BRITO, 2010). Esse retrato da transição demográfica mundial reflete, em parte, a transição demográfica no Brasil.

O Brasil e a América Latina encontram-se em plena transição demográfica, com efeitos positivos tanto em relação aos países desenvolvidos, quanto em relação aos países muito menos desenvolvidos, o que pode representar uma grande vantagem competitiva para o desenvolvimento econômico e social da Região. O Brasil pode ser descrito como um cenário clássico do fenômeno da transição demográfica e apresenta um comportamento semelhante à média da América Latina (ALVES 2008).

Gráfico 1. Proporção de idosos de 60 anos e mais, em relação à população total, segundo os grandes continentes, 1980-2050 (%)



Fonte: ONU, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2015 Revision.

Nos países que não foram beneficiados pelos aspectos positivos da Revolução Industrial e nos quais só tardiamente tiveram início as tentativas de desenvolvimento econômico autônomo, também se verificaram, nas últimas cinco décadas, mudanças importantes nos padrões de morbidade (ARAUJO, 2012). Entre os anos 1940 e 1960, o Brasil experimentou um declínio significativo da mortalidade, mantendo-se a fecundidade em níveis bastante altos, produzindo, assim, uma população quase-estável jovem e com rápido crescimento (WONG, 2006).

No processo de transição demográfica no Brasil destacam-se quatro fases distintas (Camarano et al., 2014; Wong, 2006; Rigotti, 2012). A primeira, que se estendeu do final do século XIX até próximo à década de 1930, exibiu uma população com taxas de natalidade e de mortalidade relativamente altas e uma importante influência da imigração internacional. Na segunda fase, a partir de 1950, a população brasileira começou a apresentar um declínio das taxas de mortalidade e da influência sofrida pela imigração internacional, forte característica da primeira fase. A diminuição das taxas de mortalidade sofreram influência dos resultados de campanhas de vacinação, investimentos dos governos na melhoria do sistema sanitário e de saúde, entre outros. Num contexto posterior, chega-se à terceira fase, ocorrida a partir de 1990, que se dá pela influência da diminuição das taxas de natalidade e da manutenção dos menores índices de mortalidade. Contextos socioeconômicos são aqui considerados, tais como: aumento da idade média ao casar e de se ter filhos, maior inserção das mulheres no mercado de trabalho e nos sistemas de educação formal e profissional, fato que acarretou em maior atraso nas idades médias das gestações e uma quantidade menor de filhos tidos por mulher. Ao final do século XX, na quarta fase, após a estabilização de baixos índices de natalidade e mortalidade, acentua-se a tendência do envelhecimento populacional, ocasionando uma mudança nas concentrações populacionais de cada faixa etária e maior carga sobre o sistema previdenciário e de saúde devido à maior concentração de idosos. Ora, as conjunturas são radicalmente opostas: na etapa 1 porque as taxas natalidade e mortalidade são muito altas; e na etapa 4 porque as mesmas taxas se equalizam em valores baixos. Cada uma dessas situações força a composição populacional a se moldar diferentemente.

Num estudo descritivo, com dados dos Censos Demográficos de 1950 a 2010 e estimativas da dinâmica demográfica publicadas pelo IBGE e pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), Vasconcelos (2012) notou o aumento da razão

de dependência de idosos no decorrer da segunda metade do século XX e início do XXI, além da diminuição, neste mesmo período, da razão de dependência dos jovens. O índice de envelhecimento praticamente quadruplicou nestes 60 anos. Em meio a esse processo, é importante considerar a forte influência que a diminuição da Taxa de Fecundidade Total (6,2 a 1,9) e da Taxa Bruta de Mortalidade (19,7 para 6,1) tem sobre o processo de envelhecimento da população brasileira. Após uma redução da Taxa de Crescimento Anual, de quase metade (2,5 para 1,2), em 30 anos, algumas projeções da ONU (2006) indicam que o Brasil se apresenta inserido num cenário internacional do estudo da transição demográfica, como portador de uma população que estaria caminhando em direção ao crescimento zero, ainda nesse século, em 2075 (BRITO, 2010).

Apenas para contabilizar o processo de envelhecimento no Brasil, notem que o Censo Demográfico Brasileiro de 2010 contabilizou, recentemente, que o Brasil possui cerca de 190.755.799 habitantes (IBGE, 2010). Pessoas com 65 anos de idade ou mais correspondiam a 4,8% dos habitantes brasileiros em 1991, passando para 5,9%, em 2000, e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

Em consonância com a Transição Demográfica surge a Transição Epidemiológica que, ao contrário da primeira, que sofre mais com influência direta da redução da fecundidade, recebe mais influência direta da redução da mortalidade (OMRAM, 1982). Além disso, observa-se a queda da morbimortalidade por doenças infecciosas transmissíveis e elevação da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A gradual e progressiva melhora nos níveis de saúde dos países do hemisfério norte se acentuou a partir das transformações sociais associadas à revolução industrial, que resultaram em mudanças sensíveis na disponibilidade de alimentos, nas condições de moradia e em medidas de saneamento básico. Todas essas alterações nos padrões de morbidade e mortalidade desses países ajudaram Omram (1971) a definir o processo da transição epidemiológica.

Em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 46% do total de óbitos e foram reduzidas para 7% em 1985. As doenças do aparelho circulatório representavam 12% em 1930, sendo majoradas a 33% em 1985 (PRATA, 1992). Ressalta-se aqui a complexidade deste processo, inclusive em sua ocorrência no Brasil, no qual se observou uma dupla carga de doenças. De um lado, o perfil da morbidade

aproxima-se do observado em países desenvolvidos, com predomínio das doenças cardiovasculares e das neoplasias. No outro, persistem algumas doenças infecciosas e parasitárias e observa-se ainda o surgimento de novas epidemias, como a Aids, ou o ressurgimento de outras, como a dengue e as leishmanioses em áreas urbanas (LIMA-COSTA, 2004).

Não obstante este cenário sobre as doenças, oferecido pela transição epidemiológica, principalmente no que se refere aos idosos, serviços específicos mostram-se muito mais necessários do que já eram, tais como: a criação de novos planos de saúde, previdência privada, serviços de domicílio coletivo para idosos, como as Instituições de Longa Permanência (ILP), adaptações e melhorias no acesso e nos transportes públicos, supermercados e hospitais. Apesar de grandes avanços normativos e institucionais, muito ainda precisa ser feito para que a velhice seja associada não só a uma vida ativa, saudável, mas igualmente, bem cuidada (CAMARANO et al, 2010).

Segundo Carvalho e Garcia (2003) e Wong (2006), o envelhecimento da população brasileira está ocorrendo, claramente, num ritmo mais acelerado que aquele registrado nos países desenvolvidos. Este quadro requer atenção especial às implicações sociais e do ponto de vista da saúde pública que possam ocorrer com esta transição. Hoje, é corriqueira a presença de idosos no trânsito, nos centros de compras, nas igrejas, nos grupos de excursões, enfim, estão em número expressivo por todos os lugares. Este cenário de aumento da presença de idosos nas diversas esferas da sociedade mostra, sem dúvida, que o Brasil está em patente processo de envelhecimento de sua população. No período de 1970 a 2010, o Índice de Envelhecimento (IE) – que mede a velocidade do processo de envelhecimento populacional teve um aumento progressivo, fato também observado nas suas diferentes regiões e unidades federativas (CLOSS & SCHWANKE, 2012).

Brito (2010) alertou que uma transição tão acelerada pode levar o Brasil a ser, rapidamente, um país com condições demográficas semelhantes aos dos países desenvolvidos e com condições sociais e econômicas que não ultrapassam aquelas dos países em desenvolvimento. Será um país “idoso”, contudo sem riqueza. Por isso é importante ter a atenção correta às adequadas aplicações de políticas públicas para que o país possa seguir para um melhor destino social.

Uma boa inserção social (acesso a planos de saúde, boa alimentação, boa moradia, lazer, bons serviços de transporte), tanto do idoso, quanto da população em geral, depende não só da renda do indivíduo, mas também da capacidade das cidades em oferecer tais serviços. E, devido aos processos de transição demográfica e epidemiológica vividos pelo Brasil, nas últimas décadas, Veras (2008) faz referência a uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade de um modo geral, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições.

Uma melhor distribuição de renda e a redução da desigualdade e da pobreza foram observadas durante as duas últimas décadas no Brasil e mudanças sociais importantes foram fundamentais para este cenário mais favorável para a população. Isso, certamente também é um cenário favorável para os idosos.

Segundo Andrade (2013), essas mudanças estão associadas tanto ao contexto das políticas macroeconômicas, ressaltando o controle inflacionário e a estabilização econômica que permitiram a retomada do crescimento, como também ao contexto institucional que preconizou as políticas sociais. A melhor distribuição de renda parece ser, então, um cenário promissor para a boa qualidade de vida dos idosos, principalmente para os que fazem uso de medicamentos mais caros ou de uso contínuo ou que tenham limitações em suas Atividades de Vida Diária, visto que, em um nível contextual, a desigualdade de renda exerceu uma grande influência sobre a limitação de atividades em idosos de 60 anos e mais, pesquisados a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 2008 (DE LIMA, 2014). Além da relação entre a renda e limitação funcional, ainda foram identificadas importantes proporções de doenças cardiovasculares (Hipertensão e outras manifestações cerebrovasculares) e crônico-degenerativas (Artrites), como fatores fortemente relacionados com a limitação funcional.

2.2 O IDOSO E A DEFICIÊNCIA MOTORA: PONTOS DE CONVERGÊNCIA

De acordo com estudo de Neri (2004), a análise dos dados sobre a deficiência no Brasil, durante os anos de 1991 a 2000, pode dar a impressão de que o número de

deficientes aumentou em enormes escalas, talvez pela mudança dos instrumentos de coleta de informações é que pode ter gerado esse aumento. Além do censo demográfico brasileiro, outros censos realizados na América Latina também abordam o tema da incapacidade funcional e oferecem boas condições de pesquisa, embora haja algumas limitações das perguntas em alguns casos (GONZÁLEZ, 2014).

Como fora escrito no capítulo anterior, De Lima (2014) verificou que, com processo biológico de envelhecimento relacionado à idade, começam a se manifestar diversas condições e enfermidades crônicas que podem produzir limitações funcionais. O processo de envelhecimento resulta na existência de uma proporção cada vez mais alta da população com um risco elevado de desenvolver estas enfermidades crônicas e degenerativas e, por conseguinte, de ter uma maior necessidade de ajuda, seja financeira ou de pessoas, devido às limitações funcionais (BRENES-CAMACHO, 2009). Esses efeitos fazem parte da descrição da transição em saúde que são: “Substituição” das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas, além da atração da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e da alteração de predomínio de mortalidade para morbidade.

Num estudo publicado em 2008, que relaciona expectativa de vida de idosos e incapacidade funcional, Camargos et al. (2008) identificaram, através de dados da PNAD 2003, que, aos 60 anos, a expectativa de vida dos homens estava em torno dos 19 anos e, dentre esses homens, 39% apresentavam incapacidade funcional leve, 21% incapacidade moderada e 14% incapacidade funcional grave. A expectativa de vida das mulheres era de 22 anos, também para a idade de 60 anos, e 56%, 32% e 18% com incapacidades funcionais leve, moderada e grave, respectivamente.

É importante salientar que o termo incapacidade motora tem diversas classificações e não só determina que o indivíduo não consiga realizar uma tarefa específica. Em 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs, em paralelo à Classificação Internacional das Doenças (CID), a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, que é uma classificação do impacto da doença. Esse modelo apresenta três dimensões: a deficiência, a incapacidade e a desvantagem. A deficiência é definida como qualquer perda ou anomalia em uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. A incapacidade constituía qualquer restrição ou falta de habilidade, decorrente de uma deficiência, para

desempenhar uma atividade da maneira ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano. A desvantagem seria uma consequência de uma deficiência ou incapacidade que ocasiona uma limitação no desempenho de um papel social que é normal (dependendo da idade, sexo e fatores culturais) para o indivíduo. Para o IBGE (2015), a referência para caracterizar a incapacidade é a presença de, pelo menos, uma das deficiências investigadas ou a presença de alguma ou de grande dificuldade para enxergar, para ouvir ou para locomover-se. De acordo com Alves et. al. (2008), a incapacidade funcional é definida pela dificuldade ou pela necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas, necessárias para a vida independente na comunidade e tarefas relacionadas à mobilidade. Em 2001, a OMS estabeleceu uma nova abordagem conceitual para a incapacidade por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Esse compêndio mostrou que uma mesma patologia diagnosticada em diferentes indivíduos não causaria necessariamente as mesmas repercussões funcionais. Nota-se aqui a complexidade de todo o processo saúde-doença e suas diversas repercussões na vida do indivíduo com relação ao seu bem-estar de maneira completa. Isso porque, na CIF por exemplo, não só a estrutura afetada pode servir de uma barreira para o indivíduo idoso, neste caso. Segundo Farias (2005), o modelo da CIF consegue identificar a complexidade da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva mais abrangente, considerando as atividades que um indivíduo que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social.

Segundo Veras (2008), quanto maior a carga de doenças e incapacidades nos idosos de baixa renda ou nos idosos residentes em cidades com pequena oferta de serviços públicos de saúde, maior será a necessidade de utilização dos serviços particulares de saúde gerando uma perspectiva mais comprometedora da renda do idoso. Desta forma, os idosos parecem estar à mercê de um sistema de saúde que não alcança suas necessidades de estrutura, custo e de inovação. Esta situação reforça a importância de entender o quanto o nível salarial do idoso nordestino pode ajudá-lo a superar as dificuldades impostas neste caso.

Na elaboração de políticas para os idosos, baseadas em qualidade de vida, um ponto muito importante é a abordagem e identificação de sua capacidade funcional que é, naturalmente, diminuída ou perdida com o avançar dos anos. Várias pesquisas abordadas neste estudo identificaram que as políticas públicas realizadas para melhoria

da atenção ao idoso estão defasadas, são de alto custo e, por várias vezes, inacessíveis à esta parcela da população. Com o aumento dos gastos públicos em saúde, percebe-se uma necessidade considerável da atenção dos gestores de políticas públicas e de pesquisadores da área de saúde, além da importância do aumento de estudos técnicos e científicos nesta área (BERENSTEIN et al., 2008).

Na abordagem das incapacidades funcionais nos idosos do Brasil, a auto percepção de saúde é o fator mais fortemente relacionado a elas, seguida das doenças crônicas (ALVES, 2010). Num estudo realizado em três Unidades Básicas de Saúde no Rio Grande do Sul/RS, que incluiu uma amostra de 1.081 sujeitos, Azevedo et al. (2013, p. 1775) identificaram que “a percepção da qualidade de vida foi inferior em mulheres, pessoas mais velhas, de classe social baixa e que não viviam com companheiro e com alguma doença crônica”. A auto percepção do estado de saúde apresentou-se pior em 89% dos idosos que relataram presença de doenças crônicas, baixa escolaridade, menor ocupação laboral e redução das práticas de atividade física (CARVALHO et al, 2012).

Já Alves et al. (2007) investigaram a relação entre as doenças crônicas e a capacidade funcional dos residentes do município de São Paulo, em 2000, por meio de análise dos dados oriundos do *Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe* (Projeto SABE). Os autores observaram que as condições crônicas exerciam significativa influência na dependência funcional e que a doença cardíaca, a doença pulmonar, a hipertensão e a artropatia apresentaram os maiores valores de correlação. Todas essas doenças podem gerar algum tipo de deficiência motora seja leve, média ou mais grave, além de serem necessários vários cuidados de acordo com as suas complexidades e gravidades.

Uma outra análise realizada com os dados do Projeto SABE identificou alta associação entre a capacidade funcional, o nível de escolaridade e a renda com a boa ou ruim auto percepção de saúde, com diferenciais de risco entre os sexos (ALVES & RODRIGUES, 2005). O nível de renda certamente apresenta forte influência na capacidade de resposta do idoso com algum comprometimento em sua saúde, no acesso ao atendimento, para custear o tratamento e medicação e para, por vezes, manter o sustento do lar onde vive. Assim, torna-se apropriado ter o entendimento sobre as condições de renda e de nível de instrução destes idosos com deficiência motora, já que são fortes indicadores de auto percepção de boa saúde entre esta parcela da população.

Um estudo realizado por Azevedo et al. (2013), para avaliar a qualidade de vida entre os usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que eram portadores de doenças crônicas e que buscavam atendimento da Universidade Católica de Pelotas, identificou que a percepção de boa qualidade de vida foi inferior em mulheres, pessoas mais velhas, de classe social baixa, que não viviam com companheiro e portadoras de alguma doença crônica. Esses são fatores que, certamente, dificultariam o custo de vida de qualquer pessoa, principalmente no caso dos idosos.

O estudo de Berenstein et al. (2008) identificou que o aumento da proporção de idosos poderia gerar um aumento expressivo nos custos, especialmente para grupos de doenças que são mais prevalentes nessa faixa de idade, tais como doenças cardíocirculatórias e neoplasias, além de outras que podem levar a quadros de deficiência motora, seja leve ou grave. Os autores sugeriram ainda repensar as formas de cuidados para as doenças crônicas e reduzir o foco nas internações como principal alternativa de tratamento para as pessoas idosas. A internação hospitalar prolongada, como é sabido, pode levar a outras situações de risco para o paciente idoso, como infecções e/ou atraso no início da reabilitação, caso seja necessária, além de ser bem dispendiosa, seja para o idoso, para a família, para o Sistema Único de Saúde (SUS) ou para o plano de saúde privado.

Uma outra questão que, geralmente, está vinculada às pessoas que têm doenças crônicas é o arranjo familiar onde vivem. Os arranjos familiares são importantes porque influenciam a condição para o idoso superar as dificuldades impostas pelas doenças crônicas para realizarem suas Atividades da Vida Diária (AVDs). Em uma revisão narrativa, Camargos et al. (2011) identificaram que melhores condições socioeconômicas e de saúde, idade mais avançada e ausência de filhos parecem contribuir para que o idoso more sozinho. De acordo com o IBGE (2007), o número de idosos que moram sozinhos no Brasil vem crescendo linearmente e alcançou 13,2% desse segmento em 2006. Somente a população da faixa etária de 60 anos e mais representou 40,3% dos domicílios unipessoais brasileiros.

No que se refere às condições de renda do idoso trabalhador, ou seja, daquele que não é dependente de programas de transferência de renda, o estudo realizado por Riani et al. (2014) identificou que, 19,1% dos homens idosos desempenhavam algum trabalho laboral durante o período da pesquisa e que apenas 3,6% das mulheres

encontravam-se na mesma situação. Essa pesquisa utilizou como fonte de dados a Pesquisa por Amostra de Domicílio de Minas Gerais (PAD-MG) de 2011. A pesquisa também identificou que uma parcela importante dos idosos exerce alguma atividade laboral e que a maneira da inserção no mercado de trabalho baseia-se em diferentes características como: sexo, local de residência, raça, escolaridade, entre outros aspectos. Um efeito também encontrado é que o estado de saúde e o bem-estar social têm relação direta com a capacidade produtiva e, conseqüentemente, com a renda do indivíduo. Isso porque, quanto maior o nível de saúde da pessoa, melhores condições têm para desempenhar seu trabalho, seja doméstico ou de ofício e, assim, captar sua renda (ANDRADE et al., 2013). Ainda neste estudo, os autores perceberam um efeito de diminuição da desigualdade socioeconômica com relação ao acesso à saúde primária como o Programa de Saúde da Família (PSF), apesar das desigualdades regionais que o estudo abordou. Ainda em relação à renda do idoso, outro ponto importante a ser mencionado é a existência de suporte financeiro seja pela própria aposentadoria¹, seja pelo próprio salário – caso ainda esteja trabalhando ou seja pelo recebimento de benefício por invalidez permanente.

A desigualdade de renda cria uma sociedade segregada que se divide, de acordo com seus interesses, cada um de acordo com seu nível social. O pouco acesso aos serviços de saúde, bens, educação e saneamento básico são fatores associados a um pior estado de saúde dos idosos, que por sua vez também afeta a capacidade de geração de rendimentos (NORONHA, 2007). Observa-se que todas essas situações dificultam a vida do idoso com relação à sua independência e autonomia na sociedade. Este idoso, que mantém sua independência e autodeterminação – capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia – deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas (VERAS, 2008). Neste contexto este estudo tem como objetivo pesquisar e analisar as características dos idosos com deficiência motora, seus aspectos domiciliares, que possam influenciar em independência e possibilidade de lidar com esse processo tão complexo.

¹ O suporte financeiro será concedido ao trabalhador segurado que, estando ou não em gozo de auxílio doença, for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência enquanto permanecer nessa condição. A verificação da condição de incapacidade permanente é realizada mediante exame médico-pericial, a cargo da previdência social, podendo o segurado, às suas expensas, estar acompanhado de um médico de sua confiança (BRASIL, 1999).

III METODOLOGIA

3.1 FONTE DE INFORMAÇÃO

A fonte de informação utilizada foi a do Censo Demográfico Brasileiro, realizado no ano de 2010. O Censo Demográfico Brasileiro é uma pesquisa domiciliar realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com uma frequência de realização decenal e cobertura nacional. Na edição de 2010, foram realizados questionamentos sobre deficiências motoras, visuais, auditivas e mentais. A pergunta específica que teve seus resultados analisados foi sobre a deficiência motora em diversos graus de intensidade. O questionamento foi: “tem dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus? ”. Esta pergunta se restringiu à maneira de como o indivíduo questionado se considerava deficiente ou não-deficiente ou considerava alguém da família como deficiente ou não-deficiente.

A população-alvo foi definida como a população idosa de 60 anos ou mais, portadora de deficiência, residente no Brasil e, em uma análise posterior e mais aprofundada, no Nordeste.

As análises foram realizadas no banco de dados de pessoas e de domicílios através do programa de análises estatísticas IBM SPSS (Statistics), versão 20 (Licença: 4B6MINO86Z4L...EXGST8). Os bancos de dados tiveram suas análises ponderadas pelo PESO (Variável V0010). Também foram utilizados o Microsoft Excel, versão 2013/365, (Licença: 00201-xxxx-xxxx-AA204), e o XLSTAT 2015, como suplemento do Microsoft Excel.

3.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável resposta considerada foi a “Dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus” (V0616), que tem 04 (quatro) níveis de intensidade, do mais leve ao mais severo: 1- “Não, nenhuma dificuldade”; 2- “Sim, alguma dificuldade”; 3 – “Sim, grande dificuldade”; e 4 – “Sim, não consegue de modo algum”. As análises das variáveis explicativas foram feitas em relação aos diferentes níveis de acometimento descritos e captados pela variável-resposta. Os casos considerados como ignorados pelo IBGE foram retirados da análise; por isso, podem ser encontradas pequenas diferenças nas populações totais, mas estas não geram erro ou dano à eficácia das análises. Somente na Tabela 1 os casos ignorados estão enumerados.

Realizou-se, inicialmente, uma análise descritiva dos dados sociodemográficos e de incapacidade dos idosos através dos dados do Censo Demográfico (IBGE) do ano de 2010 e, em seguida, realizou-se a análise de correspondência e análise das razões de chance entre as variáveis mais correlacionadas.

Analísaram-se variáveis de pessoas como: sexo; nível de instrução (não determinado, superior completo, médio completo e superior incompleto, fundamental completo e médio incompleto, sem instrução e fundamental incompleto); Estado Civil (desquitado(a) ou separado(a) judicialmente, divorciado(a), solteiro(a), casado(a), viúvo(a)); - esta variável sofreu uma reclassificação das categorias: desquitado(a) ou separado(a) judicialmente, divorciado(a) e viúvo foram agrupados na categoria “alguma vez casado(a)”; Faixa etária decenal (60 a 69, 70 a 79 anos e 80 anos e mais). A variável Renda foi categorizada em faixas salariais de acordo com o Salário Mínimo vigente no período de referência do censo, que era de R\$ 510,00 (quinhentos e dez reais).

Variáveis do domicílio também foram analisadas como: Unidade da Federação (UF) – inicialmente no Brasil e, já em seguida, para o Nordeste; Situação de domicílio (Urbano e Rural). O IBGE considera urbana aquela em que os domicílios se localizam nas áreas urbanas, internas ao perímetro urbano de uma cidade ou vila, com definição por Lei Municipal. As áreas urbanas são classificadas em área urbanizada e área não urbanizada. Os domicílios de situação rural são aqueles localizados nas áreas rurais que não fazem parte da circunscrição urbana definida pela lei do município em questão.

Foram analisadas também variáveis sobre as condições de moradia, como: Número de banheiros no domicílio² e Espécie de Domicílio.

No caso da variável espécie de domicílio, as categorias “casa de cômodos, Cortiço ou cabeça de porco, Oca ou maloca, Tenda ou barraco, Dentro de estabelecimento, Outro (vagão, trailer, gruta, etc.), Hotel, Pensão e similares com morador, Alojamento de trabalhadores com morador, Penitenciária, Presídio ou casa de detenção com morador e Outro com morador” foram reunidos na Espécie de domicílio, agora denominada, Outros. Este agrupamento foi feito devido à pequena expressividade dos dados coletados e por não estarem centrados no foco da pesquisa no que se refere à Espécie de Domicílio.

A variável “Densidade de moradores por dormitório” (a divisão do total de moradores pelo número de dormitórios do domicílio particular permanente) e a variável Espécie da unidade doméstica³ - (Unipessoal, Nuclear, Estendida e Composta) também foram analisadas.

Ainda no que se refere às variáveis de domicílio, as informações básicas sobre as características dos domicílios particulares permanentes, segundo o IBGE (2013), são importantes para se conhecer as condições de moradia e os níveis de qualidade de vida da população. Por isso, a escolha das variáveis deu-se devido ao forte conceito encontrado nas referências de que não é apenas a incapacidade funcional ou deficiência que tem alto impacto na vida do idoso. Isto reforça a necessidade de se estudar essas variáveis de domicílio já que fora identificado que a capacidade do idoso em superar as dificuldades de saúde, renda, ou domicílio, também dependem das condições sociais da sociedade na qual ele vive (GONZÁLEZ, 2014).

² Esta variável teve as subcategorias de 5 banheiros em diante, agregadas na subcategoria “Cinco ou mais banheiros”. O número de banheiros foi considerado como uma variável de alta relevância em função das análises efetuadas com resultados de censos anteriores, que mostrou grande correlação desta variável com a renda domiciliar, e, portanto, uma informação com grande poder de estratificação socioeconômica, podendo ser usada no planejamento de amostras de pesquisas domiciliares.

³ A espécie da unidade doméstica existente no domicílio particular foi classificada como: Unipessoal - quando constituída por uma única pessoa; Nuclear - quando constituída somente por: um casal; um casal com filho(s) (por consanguinidade, adoção ou de criação) ou enteado(s); uma pessoa (homem ou mulher) com filho(s) (por consanguinidade, adoção ou de criação) ou enteado(s), independentemente da pessoa que foi indicada como responsável pelo domicílio; Estendida - quando constituída somente pela pessoa responsável com pelo menos um parente, formando uma família que não se enquadre em um dos tipos descritos como nuclear; ou Composta - quando constituída pela pessoa responsável, com ou sem parente(s), e com pelo menos uma pessoa sem parentesco agregado(a), pensionista, convivente, empregado(a) doméstico(a), parente do(a) empregado(a) doméstico(a).

Dessa maneira, o conhecimento das condições sociodemográficas dos idosos e de seus domicílios será de grande valia para estudos posteriores e para as políticas públicas que propõem a promoção de melhorias para a vida do idoso no que se refere ao escopo deste estudo.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Aplicou-se o teste “Qui-quadrado” para detectar associações entre as variáveis sociodemográficas e a intensidade da incapacidade. O teste Qui Quadrado, simbolizado por X^2 , é um teste de hipóteses com objetivo de avaliar a associação existente entre variáveis qualitativas. É um teste não paramétrico, ou seja, não depende de parâmetros populacionais, como média e variância. O princípio básico deste método é comparar proporções, isto é, as possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um certo evento. Evidentemente, pode-se dizer que dois grupos se comportam de forma semelhante se as diferenças entre as frequências observadas e as esperadas em cada categoria forem muito pequenas, próximas a zero (TRIOLA, 2008).

O teste Qui Quadrado, portanto, é utilizado para verificar se a frequência com que um determinado acontecimento observado em uma amostra se desvia significativamente ou não da frequência com que ele é esperado. Além disso, compara a distribuição de diversos acontecimentos em diferentes amostras, a fim de avaliar se as proporções observadas destes eventos mostram ou não diferenças significativas ou se as amostras diferem significativamente quanto às proporções desses acontecimentos (TRIOLA, 2008).

As pressuposições necessárias para aplicar o teste devem satisfazer as seguintes condições: os grupos devem ser independentes; as unidades em cada grupo são selecionadas aleatoriamente; as observações devem ser frequências ou contagens; cada observação pertence a uma e somente uma categoria e a amostra deve ser relativamente grande.

O teste foi realizado considerando o cruzamento da variável-resposta (deficiência motora) com todas as variáveis explicativas (sociodemográficas e de domicílio). O nível de significância *de 5%* foi escolhido para esta pesquisa. Houve

significância estatística em todas as relações entre a variável resposta e as variáveis explicativas.

Após as análises descritivas, foi aplicada a técnica de análise de correspondência. Este é um método utilizado para analisar dados qualitativos. Ela respeita diretamente as condições estatísticas do teste qui-quadrado. É utilizada para avaliar se as informações contidas nas tabelas de contingência têm interdependência ou não entre as linhas e as colunas. No gráfico gerado pela análise, os pontos de linha que estão juntos indicam linhas que têm perfis semelhantes (distribuições condicionais) através das colunas (JOHNSON & WICHERN, 2007). A análise de correspondência também analisa essa relação das informações contidas na tabela e oferece ao observador uma resposta gráfica desta afinidade (Mingoti, 2010). O programa utilizado para a Análise de Correspondência foi o Microsoft Excel através do suplemento estatístico do XLSTAT 2015.

A análise de correspondência foi empreendida objetivando perceber a semelhança dos perfis da variável dependente (variável resposta - “dificuldade em caminhar ou subir degraus) e das independentes. Nessa etapa do trabalho foram utilizadas as variáveis independentes de pessoas (sexo, faixa etária, estado civil e renda em salários mínimos) e as variáveis de domicílio (Situação de Domicílio, Número de Banheiros e Espécie de Unidade Doméstica). Para a criação da tabela de contingência, necessária para a análise de correspondência, os níveis de deficiência motora também foram renomeados da seguinte maneira: Alguma dificuldade em caminhar e subir degraus, foi renomeada para DEF1; Grande dificuldade em caminhar e subir degraus para DEF2 e, “Não consegue de modo algum caminhar ou subir degraus para DEF3, a qual se situa nos resultados iniciais. Para a análise foram utilizados os números absolutos de cada variável de interesse em relação às DEF1, 2 e 3.

Em seguida, a fim de observar as intensidades das influências das variáveis independentes sobre a dependente, em forma de razão de chances, foi aplicada a técnica de regressão logística. Esta é uma técnica estatística muito utilizada e tem como objetivo produzir, a partir de um conjunto de observações, um modelo que permita a predição de valores tomados por uma variável categórica, frequentemente binária, a partir de uma série de variáveis explicativas contínuas e/ou binárias. A regressão logística é amplamente usada em ciências médicas e sociais, e tem outras

denominações, como modelo logístico, modelo logit, e classificador de máxima entropia. Em comparação com as técnicas conhecidas em regressão, em especial a regressão linear, a regressão logística distingue-se essencialmente pelo fato da variável-resposta ser categórica.

Assim, a técnica de regressão logística foi utilizada para verificar as chances de ocorrência da deficiência ou incapacidade motora em relação às diversas variáveis de pessoas e de domicílio consideradas no estudo. Na definição dos parâmetros da regressão logística, a variável dependente foi dicotomizada (nenhuma deficiência ou alguma deficiência) e a análise considerou “alguma deficiência” como sucesso (1). A variável “Posição na Ocupação de Trabalho” não foi incluída na modelagem da análise de Regressão logística devido à cobertura de apenas 24,6% das respostas.

Após a definição da categoria de referência de cada variável independente e após o teste de vários métodos de análise, o método de seleção de variáveis para o modelo foi o de retroceder de Wald (*backward*), que foi escolhido por oferecer o resultado mais condizente com os achados científico-literários.

IV RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise dos dados foram elaboradas tabelas e gráficos das diversas relações entre os níveis de incapacidade e as variáveis estudadas. É importante lembrar que ao escrever “incapacidade motora”, está-se referindo à dificuldade de caminhar e/ou subir degraus, que é o termo encontrado no âmbito da pesquisa.

Este estudo apresenta inicialmente um retrato sobre a população idosa em âmbito nacional, depois em relação à região Nordeste, foco de objeto deste estudo. As análises e resultados preliminares a seguir são baseados nas Tabelas 1 a 5 que mostram a população total, de idosos, incapacidade motora e taxas – Brasil e Unidade da Federação.

A Tabela 1 apresenta diversos resultados sobre a população idosa nas diversas regiões do país. A taxa de idosos nas regiões do Brasil foi identificada na seguinte sequência: regiões Sul e Sudeste nas primeiras e segundas colocações, respectivamente (120 e 118 idosos/mil habitantes). A região Nordeste foi identificada como a terceira região do país com maior proporção de idosos (103 idosos/mil habitantes), estando as regiões Centro-Oeste (88,10 idosos/ mil habitantes) e a Norte (68,16 idosos/ mil habitantes) com as menores taxas de idosos em 2010.

A região Sudeste detinha a maior população total (80.364.410 habitantes) e representava a segunda região com a maior taxa de idosos (118,6 idosos/mil habitantes). E, apesar da região Sul ter, em 2010, sua população total quase 4 vezes menor do que a da região Sudeste (27.386.891 habitantes), a região Sul, no entanto tinha a maior taxa de idosos (120,1 idosos/mil habitantes). Apesar de estar na terceira posição com relação à taxa de idosos (102,7 idosos/mil habitantes), e abaixo da média nacional, a região Nordeste amargava a primeira colocação com relação às taxas de idosos com alguma deficiência (371 idosos/mil habitantes).

No cômputo total os dados do Censo mostram que a região Nordeste detém 29,8% dos idosos brasileiros com alguma deficiência, o que representa 2.022.792 idosos, 37,1% do total de idosos desta região. Considerando a análise em relação aos diversos níveis de deficiência motora verifica-se que as taxas médias nordestinas

estavam mais altas do que em qualquer outra região do Brasil e diante dessa magnitude do número de idosos com alguma deficiência e da maior quantidade de estudos encontrados sobre deficiência estarem voltados para os idosos do Sudeste do Brasil, esta pesquisa teve seu foco direcionado a reforçar o conhecimento do quadro sociodemográfico dos idosos com deficiência motora no Nordeste Brasileiro.

No contexto das UF da região Nordeste, destacam-se como os piores cenários os dos estados do Rio Grande do Norte e de Alagoas com as maiores taxas de incapacidade motora (idosos que não conseguiam caminhar ou subir degraus). Os estados do Nordeste praticamente lideravam nas taxas de incapacidade motora dos idosos em relação outros estados brasileiros. Para cada mil idosos, 16,3 (MA), 17,9 (BA), 18,3 (PI), 21,1 (SE), 21,2 (CE), 21,3 (PB), 21,8 (PE), 23,2 (RN) e 23,2 (AL), não conseguiam de modo algum caminhar ou subir escadas. O Distrito Federal era a Unidade da Federação com menores taxas de idosos com deficiência motora em todos os níveis de deficiência, exceto para os idosos que não conseguem de modo algum caminhar ou subir degraus. Neste nível de deficiência, o Estado de Rondônia tinha a menor taxa (12,5 idosos/mil idosos). No Amapá, foi encontrada a maior taxa de idosos com incapacidade motora: 23,5 idosos/mil idosos.

Numa segunda observação da taxa de idosos, percebe-se uma diferença entre os níveis, de acordo com as regiões, quando se acrescenta na análise os idosos com alguma deficiência motora, seja leve, moderada ou grave (Gráfico 2). O que é percebido é que os perfis entre as taxas variam e as regiões ou unidades federativas não ocupam a mesma posição em relação àquela ocupada em termos de percentual de idosos em relação à população total. A Região Nordeste destaca-se com a maior expressividade de idosos com algum grau de deficiência, ultrapassando as demais Regiões, mesmo tendo a 3ª colocação em proporção de idosos quando comparada às outras regiões e à média nacional.

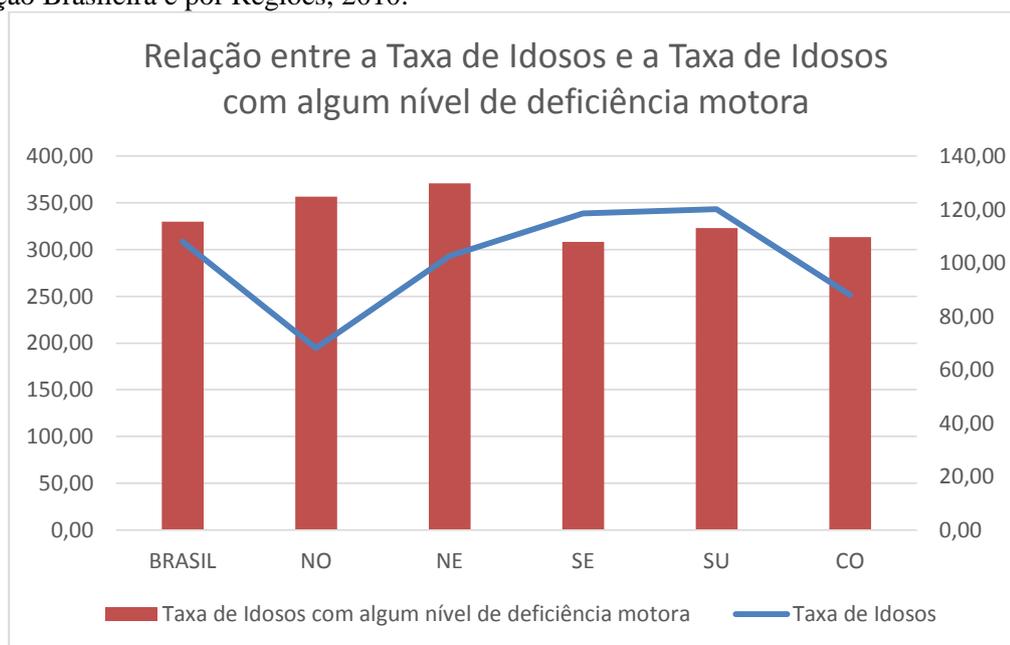
Esse cenário reforça o que foi encontrado na análise da população idosa com deficiência que indica a Região Nordeste como a 1ª região com a maior taxa de idosos deficientes.

UF	População Total	População de Idosos com pelo menos algum nível de Deficiência					Taxa de Idosos com algum nível de Deficiência					Taxa de Idosos que tem alguma dificuldade				
		População Total de Idosos	nível de Deficiência	Sim, não consegue de modo algum	Sim, grande dificuldade	Sim, alguma dificuldade	Não, nenhuma dificuldade	Ignorado	Taxa de Idosos	Taxa de Idosos com algum nível de Deficiência	Taxa de Idosos que não conseguem de modo algum	Taxa de Idosos que tem, grande dificuldade	Taxa de Idosos que tem, alguma dificuldade	Taxa de Idosos que não, nenhuma dificuldade		
Região Norte	15.864.454	1.081.255	385.809	15.938	120.607	249.264	695.261	185	68,2	356,8	14,7	111,5	230,5	643,0		
Rondônia	1.562.409	112.765	35.228	1.407	10.318	23.503	77.537	0	72,2	312,4	12,5	91,5	208,4	687,6		
Acre	733.559	46.799	17.475	690	5.550	11.235	29.314	10	63,8	373,4	14,7	118,6	240,1	626,4		
Amazonas	3.483.985	210.173	78.249	3.197	23.786	51.266	131.897	27	60,3	372,3	15,2	113,2	243,9	627,6		
Roraima	450.479	24.781	8.180	339	2.552	5.289	16.601	0	55,0	330,1	13,7	103,0	213,4	669,9		
Pará	7.581.051	534.460	196.949	7.889	62.651	126.409	337.370	141	70,5	368,5	14,8	117,2	236,5	631,2		
Amapá	669.526	34.734	13.362	815	4.501	8.046	21.372	0	51,9	384,7	23,5	129,6	231,6	615,3		
Tocantins	1.383.445	117.543	36.366	1.601	11.249	23.516	81.170	7	85,0	309,4	13,6	95,7	200,1	690,6		
Região Nordeste	53.081.950	5.452.124	2.022.792	108.936	656.563	1.257.293	3.428.723	609	102,7	371,0	20,0	120,4	230,6	628,9		
Maranhão	6.574.789	567.658	211.757	9.252	66.239	136.266	355.890	11	86,3	373,0	16,3	116,7	240,0	626,9		
Piauí	3.118.360	331.772	125.536	6.066	41.835	77.635	206.236	0	106,4	378,4	18,3	126,1	234,0	621,6		
Ceará	8.452.381	909.216	344.720	19.253	109.533	215.934	564.496	0	107,6	379,1	21,2	120,5	237,5	620,9		
Rio Grande do Norte	3.168.027	343.442	127.406	7.971	43.342	76.093	216.036	0	108,4	371,0	23,2	126,2	221,6	629,0		
Paraíba	3.766.528	451.102	170.316	9.624	54.257	106.435	280.773	13	119,8	377,6	21,3	120,3	235,9	622,4		
Pernambuco	8.796.448	936.758	360.016	20.425	120.833	218.758	576.690	52	106,5	384,3	21,8	129,0	233,5	615,6		
Alagoas	3.120.494	276.169	114.038	6.420	40.585	67.033	162.131	0	88,5	412,9	23,2	147,0	242,7	587,1		
Sergipe	2.068.017	185.999	67.242	3.921	22.363	40.958	118.654	103	89,9	361,5	21,1	120,2	220,2	637,9		
Bahia	14.016.906	1.450.008	501.761	26.004	157.576	318.181	947.817	430	103,4	346,0	17,9	108,7	219,4	653,7		
Região Sudeste	80.364.410	9.527.271	2.936.113	157.061	908.357	1.870.695	6.589.140	2018	118,6	308,2	16,5	95,3	196,4	691,6		
Minas Gerais	19.597.330	2.311.084	734.454	38.677	237.952	457.825	1.576.475	155	117,9	317,8	16,7	103,0	198,1	682,1		
Espírito Santo	3.514.952	364.862	119.956	6.829	39.546	73.581	244.896	10	103,8	328,8	18,7	108,4	201,7	671,2		
Rio de Janeiro	15.989.929	2.079.502	676.244	34.769	205.725	435.750	1.402.737	521	130,1	325,2	16,7	98,9	209,5	674,6		
São Paulo	41.262.199	4.771.823	1.405.459	76.786	425.134	903.539	3.365.032	1332	115,6	294,5	16,1	89,1	189,3	705,2		
Região Sul	27.386.891	3.289.766	1.062.374	51.332	338.712	672.330	2.227.169	223	120,1	322,9	15,6	103,0	204,4	677,0		
Paraná	10.444.526	1.172.153	377.428	18.207	119.170	240.051	794.668	57	112,2	322,0	15,5	101,7	204,8	678,0		
Santa Catarina	6.248.436	656.133	213.691	9.784	70.210	133.697	442.363	79	105,0	325,7	14,9	107,0	203,8	674,2		
Rio Grande do Sul	10.693.929	1.461.480	471.255	23.341	149.332	298.582	990.138	87	136,7	322,5	16,0	102,2	204,3	677,5		
Região Centro-Oeste	14.058.094	1.238.471	388.247	19.397	120.929	247.921	850.080	144	88,1	313,5	15,7	97,6	200,2	686,4		
Mato Grosso do Sul	2.449.024	239.593	74.918	4.149	24.357	46.412	164.675	0	97,8	312,7	17,3	101,7	193,7	687,3		
Mato Grosso	3.035.122	240.417	73.387	3.189	22.407	47.791	166.975	55	79,2	305,2	13,3	93,2	198,8	694,5		
Goiás	6.003.788	560.450	182.485	8.908	56.876	116.701	377.932	33	93,3	325,6	15,9	101,5	208,2	674,3		
Distrito Federal	2.570.160	198.011	57.457	3.151	17.289	37.017	140.498	56	77,0	290,2	15,9	87,3	186,9	709,5		
Total Brasil	190.755.799	20.588.887	6.795.335	352.664	2.145.168	4.297.503	13.790.373	3179	107,9	330,0	17,1	104,2	208,7	669,8		

Tabela 1 - População Total, de Idosos, Incapacidade Motora e Taxas, Brasil e Unidades da Federação, 2010.

Fonte: Dados do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

Gráfico 2 - Taxa de Idosos e de Idosos com algum grau de deficiência motora, pela população Brasileira e por Regiões, 2010.



Fonte: Dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 - IBGE

4.1 O IDOSO DEFICIENTE E SUAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Quanto às características do indivíduo idoso e sua relação com a deficiência motora (Tabela 2), encontrou-se, para a população brasileira, que a maior parte dos idosos sem deficiência era do sexo feminino, com idade 60 a 69 anos e que ainda estavam casados (as). Esses idosos ainda tinham pouco capital educacional já que 74,6% deles não tinham instrução ou tinham apenas o nível fundamental incompleto e somente 6,9% deles tinham o nível superior completo. Em sua maioria (56,3%) recebiam uma renda de até um salário mínimo e, dos que trabalhavam, 21% eram empregados com carteira assinada e 16% dos empregados não tinham carteira assinada.

Tabela 2 - Idosos segundo o nível de deficiência motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao indivíduo, Brasil, 2010.

	Nº Deficientes				Deficientes				
	TOTAL IDOSOS				Deficientes		Alguma Dificuldade	Grande Dificuldade	Nº consegue modo algum
	População	%	População	%	População	%	%	%	%
Sexo									
Masculino	9.148.577	44,4%	6.753.636	73,8%	2.394.941	26,2%	16,8%	7,9%	1,5%
Feminino	11.437.136	55,6%	7.036.738	61,5%	4.400.398	38,5%	24,2%	12,4%	1,9%
Faixa Etária									
60 a 69 anos	11.353.951	55,2%	8.628.263	76,0%	2.725.688	24,0%	16,7%	6,6%	0,7%
70 a 79 anos	6.314.630	30,7%	3.925.349	62,2%	2.389.281	37,8%	24,2%	12,0%	1,7%
80 anos ou mais	2.917.132	14,2%	1.236.762	42,4%	1.680.370	57,6%	30,0%	21,8%	5,8%
Estado Civil									
Casado(a)	10.632.845	51,7%	7.726.238	72,7%	2.906.607	27,3%	18,1%	8,0%	1,2%
Alguma vez casado(a)	1.410.469	6,9%	1.008.627	71,5%	401.842	28,5%	18,9%	8,5%	1,0%
Viúvo(a)	5.640.126	27,4%	3.112.208	55,2%	2.527.918	44,8%	26,7%	15,3%	2,8%
Solteiro(a)	2.902.274	14,1%	1.943.303	67,0%	958.971	33,0%	20,6%	10,5%	2,0%
Nível de instrução									
Sem instrução e fundamental incompleto	15.362.885	74,6%	9.672.529	63,0%	5.690.356	37,0%	23,1%	12,1%	1,9%
Fundamental completo e médio incompleto	1.756.168	8,5%	1.294.243	73,7%	461.925	26,3%	17,7%	7,4%	1,2%
Médio completo e superior incompleto	2.026.014	9,8%	1.597.988	78,9%	428.026	21,1%	14,4%	5,6%	1,2%
Superior completo	1.420.833	6,9%	1.210.080	85,2%	210.753	14,8%	10,6%	3,4%	0,8%
Não determinado	19.814	0,1%	15.535	78,4%	4.279	21,6%	15,2%	5,6%	0,8%
Renda em Salários Mínimos									
Até 1/2	2.840.866	13,8%	1.996.121	70,3%	844.745	29,7%	19,6%	8,9%	1,3%
1/2 a 1	8.758.619	42,5%	5.183.099	59,2%	3.575.520	40,8%	24,6%	13,7%	2,4%
1 a 2	3.935.832	19,1%	2.653.397	67,4%	1.282.435	32,6%	21,1%	10,1%	1,4%
2 a 5	3.124.321	15,2%	2.366.908	75,8%	757.413	24,2%	16,5%	6,7%	1,0%
5 e mais	1.926.075	9,4%	1.590.850	82,6%	335.225	17,4%	12,3%	4,2%	0,9%
Posição na ocupação no trabalho principal									
Empregados com carteira de trabalho assinada	1.106.536	21%	941.705	85%	164.831	15%	11,1%	3%	0%
Militares e funcionários públicos estatutários	239.299	5%	206.006	86%	33.293	14%	10,6%	3%	0%
Empregados sem carteira de trabalho assinada	866.421	16%	693.540	80%	172.881	20%	14,9%	5%	0%
Conta própria	2.017.546	38%	1.651.910	82%	365.636	18%	13,5%	4%	0%
Empregadores	188.052	4%	169.561	90%	18.491	10%	7,6%	2%	0%
Não remunerados	164.578	3%	113.471	69%	51.107	31%	21,6%	9%	1%
Trabalhadores na produção para o próprio consumo	722.738	14%	525.446	73%	197.292	27%	20,3%	7%	0%

Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações dos dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

Tabela 3 - Idosos segundo o nível de deficiência motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao indivíduo, Nordeste, 2010.

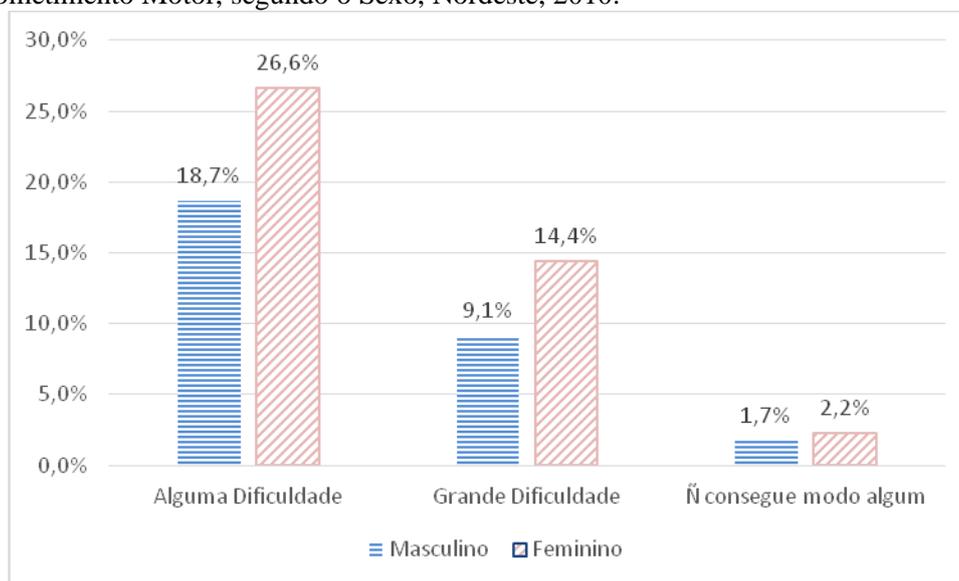
	Nº Deficientes				Deficientes				Nº consegue modo algum
	TOTAL IDOSOS				Deficientes		Alguma Dificuldade	Grande Dificuldade	
	População	%	População	%	População	%	%	%	
Sexo									
Masculino	2.437.666	44,7%	1.718.342	70,5%	719.324	29,5%	18,7%	9,1%	1,7%
Feminino	3.013.849	55,3%	1.710.380	56,8%	1.303.469	43,2%	26,6%	14,4%	2,2%
Faixa Etária									
60 a 69 anos	2.913.923	53,5%	2.116.245	72,6%	797.678	27,4%	19,1%	7,6%	0,7%
70 a 79 anos	1.671.916	30,7%	976.406	58,4%	695.510	41,6%	26,3%	13,4%	1,9%
80 anos ou mais	865.677	15,9%	336.071	38,8%	529.606	61,2%	30,3%	24,2%	6,7%
Estado Civil									
Casado(a)	2.698.089	49,5%	1.840.418	68,2%	857.671	31,8%	20,8%	9,6%	1,4%
Alguma vez casado(a)	265.610	4,9%	179.084	67,4%	86.526	32,6%	21,1%	10,1%	1,3%
Viúvo(a)	1.400.399	25,7%	714.690	51,0%	685.709	49,0%	28,3%	17,4%	3,3%
Solteiro(a)	1.087.420	19,9%	694.531	63,9%	392.889	36,1%	22,3%	11,8%	2,0%
Nível de instrução									
Sem instrução e fundamental incompleto	4.514.331	82,8%	2.728.954	60,5%	1.785.377	39,5%	24,3%	13,1%	2,1%
Fundamental completo e médio incompleto	304.465	5,6%	208.157	68,4%	96.308	31,6%	20,8%	9,2%	1,7%
Médio completo e superior incompleto	405.202	7,4%	303.062	74,8%	102.140	25,2%	17,1%	6,9%	1,2%
Superior completo	225.096	4,1%	186.737	83,0%	38.359	17,0%	12,1%	4,0%	0,9%
Não determinado	2.419	0,0%	1.811	74,9%	608	25,1%	20,3%	3,4%	1,4%
Renda em Salários Mínimos									
Até 1/2	661.724	12,1%	453.747	68,6%	207.977	31,4%	20,8%	9,5%	1,1%
1/2 a 1	3.179.222	58,3%	1.855.830	58,4%	1.323.392	41,6%	25,1%	14,0%	2,5%
1 a 2	886.666	16,3%	572.678	64,6%	313.988	35,4%	22,8%	11,1%	1,5%
2 a 5	435.833	8,0%	317.475	72,8%	118.358	27,2%	18,3%	7,7%	1,2%
5 e mais	288.075	5,3%	228.993	79,5%	59.082	20,5%	14,1%	5,2%	1,3%
Posição na ocupação no trabalho principal									
Empregados com carteira de trabalho assinada	177.275	13,2%	147.989	83,5%	29.286	16,5%	12,0%	4,1%	0,4%
Militares e funcionários públicos estatutários	54.860	4,1%	46.201	84,2%	8.659	15,8%	12,1%	3,4%	0,3%
Empregados sem carteira de trabalho assinada	209.083	15,6%	163.547	78,2%	45.536	21,8%	16,2%	5,3%	0,3%
Conta própria	477.443	35,6%	373.306	78,2%	104.137	21,8%	16,2%	5,4%	0,2%
Empregadores	28.382	2,1%	24.865	87,6%	3.517	12,4%	9,9%	2,3%	0,2%
Não remunerados	39.284	2,9%	26.300	66,9%	12.984	33,1%	22,9%	9,7%	0,4%
Trabalhadores na produção para o próprio consumo	356.131	26,5%	261.675	73,5%	94.456	26,5%	20,1%	6,4%	0,1%

Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações dos dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

Quanto às características do indivíduo idoso residente na região Nordeste (Tabela 3), encontrou-se que a maior expressividade de idosos sem deficiência motora era do sexo feminino (55,3%), com 60 a 69 anos, que que ainda estavam casados (as) (49,5%). Trata-se de um perfil semelhante ao conjunto da população brasileira. Ainda numa comparação com os idosos da população brasileira, os da região Nordeste abrangiam menos capital educacional, visto que 82,8% deles não tinham instrução ou tinham até o nível fundamental incompleto e somente 4,1% deles conseguiram alcançar o nível superior completo. Com relação à renda que recebiam, 70,4% apresentavam uma renda de até um salário mínimo e, dos que trabalhavam, 13,2% eram empregados com carteira assinada, em contraste com 15,6% sem carteira assinada.

Os dados apresentados no Gráfico 3 mostram que, no Nordeste, pertencem ao contingente feminino os maiores percentuais de idosos que apresentam alguma incapacidade motora, independentemente do grau.

Gráfico 3 - Percentual de idosos com algum nível de deficiência motora, por Nível de Comprometimento Motor, segundo o Sexo, Nordeste, 2010.



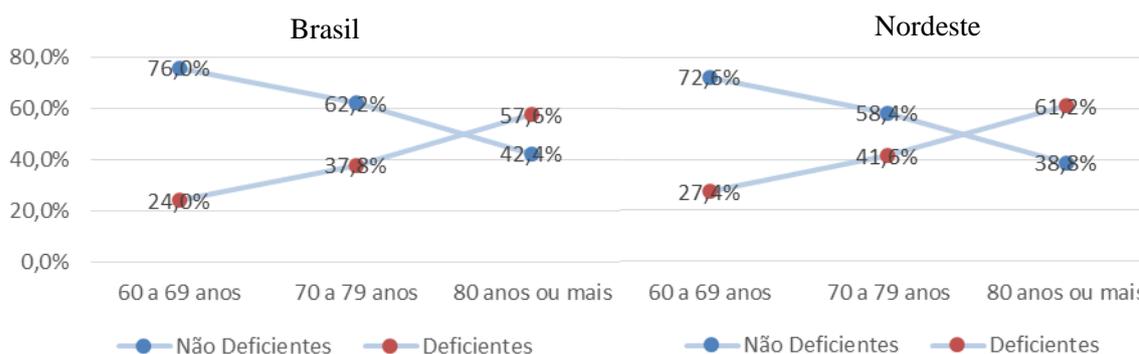
Fonte: Dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 - IBGE

O menor diferencial por sexo estava no grupo de idosos com comprometimento mais grave, ou seja, que não conseguiam de modo algum caminhar e/ou subir degraus. Estavam neste nível (muito comprometedor) para a realização das atividades da vida diária, 1,7% dos idosos e 2,2% das idosas nordestinas. No entanto, ao analisar os graus de deficiência motora mais leves, existia uma predominância muito expressiva das idosas. Pelo menos no que se refere às informações colhidas pelo Censo Demográfico

Brasileiro sobre deficiências motoras, este cenário fortalece as estimativas que também mostraram que as mulheres idosas vivem mais, porém percebem mais sua saúde como sendo ruim do que idosos do sexo masculino (CAMARGOS et al., 2008).

Na análise da variável idade, percebe-se claramente a inversão percentual dos idosos sem deficiência e com alguma deficiência motora à medida em que a idade avança em suas faixas decenais (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Percentual de idosos sem deficiência e com algum nível de deficiência motora, Brasil e Nordeste, 2010.



Fonte: Dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

As curvas do Gráfico 4 mostram (da esquerda para a direita), primeiramente o percentual brasileiro dos idosos com alguma deficiência, de acordo com faixas etárias e, em seguida, o percentual do Nordeste. Embora houvesse uma semelhança com os padrões brasileiros, os percentuais de idosos nordestinos com alguma deficiência eram mais elevados em todas as faixas etárias, em comparação com a média nacional.

Outra temática preocupante é a relação entre a deficiência motora dos idosos e as condições educacionais, medidas a partir do nível de instrução (Tabela 3). O Censo Demográfico Brasileiro identificou que pelo menos 2.728.954 idosos do Nordeste não tinham instrução ou nem tinham completado o nível fundamental e mais de um terço deles (39,5%) tinham alguma deficiência motora para caminhar ou subir degraus. Dos idosos sem o nível fundamental completo ou sem instrução alguma, 13,1% tinham grande dificuldade para caminhar ou subir degraus. No andamento do maior nível educacional seguinte, idosos com nível superior completo 3,4% tinham grande dificuldade em caminhar ou subir degraus. Um percentual menor que a média nacional (5,6%), mas que representa uma quantidade menor de idosos nordestinos sem nível superior completo e com importantes limitações motoras. Isso pode estar refletindo o

quão baixo estava o nível de qualificação educacional desses idosos, fossem deficientes ou não. Além disso, reflete uma situação de pouco acesso à educação, ou acesso apenas aos primeiros anos de educação formal revelando a situação precária à qual os idosos estavam expostos durante as fases de infância, adolescência e adulta jovem.

No Censo 2010 foi incluído um quesito para saber se a responsabilidade do domicílio era somente de um morador ou era compartilhada com outro, ou ainda, outros. No entanto, foi necessária a indicação de um responsável, mesmo que esta responsabilidade fosse compartilhada. Dos 12.581.530 idosos brasileiros indicados como responsáveis pelo domicílio, 32,10% tinham pelo menos alguma dificuldade em caminhar e/ou subir degraus e pelo menos 9,9% relataram grande dificuldade em realizar essas simples atividades. Já no Nordeste, dos 3.397.612 idosos também indicados como responsáveis pelo domicílio, 36,2% tinham pelo menos alguma dificuldade em caminhar e/ou subir degraus e pelo menos 11,5% apresentavam grande dificuldade em realizar essas simples atividades. Percebeu-se aqui um padrão semelhante entre a população brasileira e nordestina, a despeito de diferenças nos percentuais.

Ainda para os idosos que tinham grande dificuldade para caminhar ou subir degraus, 20,5% da indicação da responsabilidade do domicílio foi para o pai, a mãe, o padrasto, a madrasta, o (a) sogro (a) ou outro parente do idoso. Interessante dado porque se pôde encontrar idosos “jovens” que tinham grande dificuldade em caminhar ou subir degraus e ainda moravam com parentes mais velhos. Achado este que reforça ainda a possibilidade de transferência da responsabilidade do idoso para outro parente pelo cuidado do domicílio. É importante salientar que, sendo o parente mais velho, é mais provável que este também já tenha suas dificuldades físicas naturais da idade avançada, sejam dificuldades na própria locomoção ou de membros superiores, seja a presença de doenças na coluna vertebral ou cardiocirculatórias.

As informações sobre renda também foram avaliadas à luz da incidência de seus efeitos sobre o indivíduo idoso e que são, por vezes, consequências da capacidade de compra suportada por sua renda. Encontrou-se um percentual de 70,4% dos idosos do Nordeste que tinham, em 2010, uma renda de até um salário mínimo. No Brasil esse nível salarial representava 56,3% dos idosos brasileiros. Isso já demonstra outra

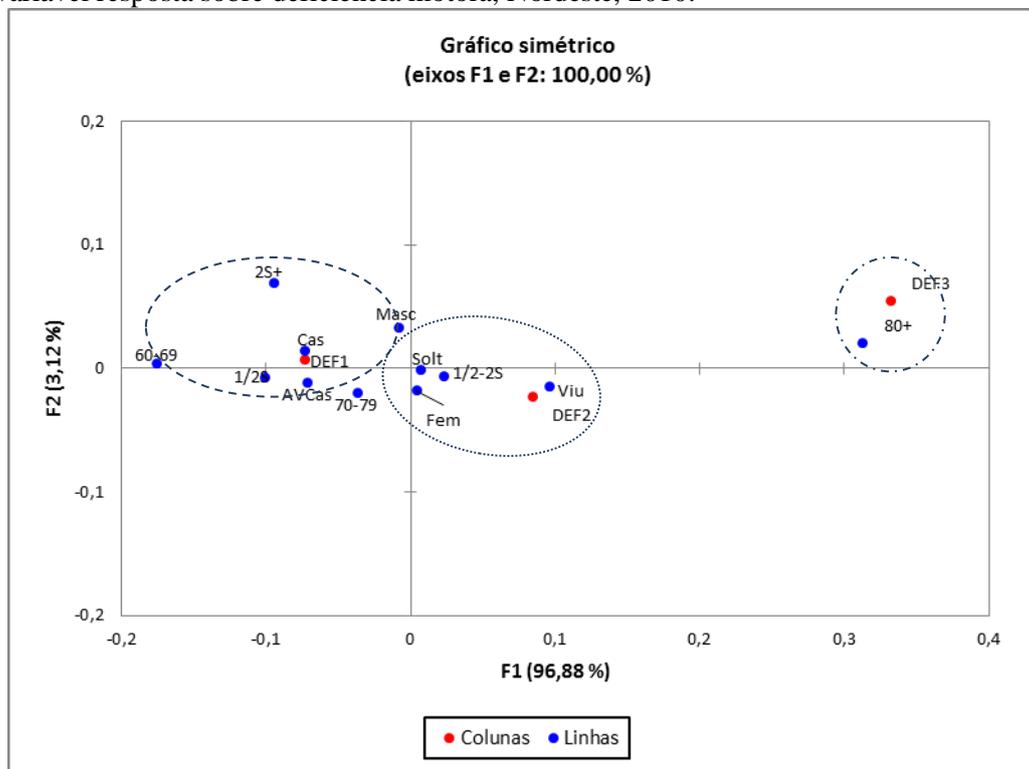
situação desfavorável para os idosos do Nordeste. Dos idosos que recebiam de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, 14% tinham grande dificuldade em caminhar ou subir degraus e 2,5% deles, não conseguiam realizar essas tarefas. Parece um baixo percentual, mas ao observar os números, percebe-se que são muitos idosos já que são 446.462 e 79.669 com grande dificuldade e com impossibilidade de caminhar ou subir degraus, respectivamente.

Todavia um cenário preocupante de vulnerabilidade social destes idosos é com relação à posição no trabalho principal. Pelo menos 15,6% dos idosos nordestinos trabalhavam sem carteira assinada, em torno de 209.083 idosos. Desses, 21,8% dos que trabalhavam sem carteira assinada tinham algum tipo de deficiência motora (45.536). Ao verificar os idosos que trabalhavam sem remuneração, 33,1% tinham pelo menos alguma deficiência motora para caminhar ou subir degraus. Essas duas condições de trabalho não ofereciam, pelo menos naquele espaço de tempo, para os idosos, quaisquer garantias sociais relativas à Previdência Social ou a seguro, em caso de desemprego ou acidentes pessoais, em suas casas ou de trabalho, porque pareciam estar, pelo menos à época da pesquisa, fora da proteção do Ministério do Trabalho. Identificaram-se, ainda, 25.583 idosos (5,4%), dentre aqueles que trabalhavam por conta própria, com grande dificuldade em caminhar ou subir degraus, além de 11.067 (5,3%), dentre aqueles idosos que trabalhavam sem carteira assinada nessas condições de grande dificuldade em caminhar ou subir degraus. Dos idosos que recebiam uma renda de até um salário mínimo (70,4%), 23,5% deles tinham grande dificuldade em caminhar ou subir escada e 3,6% não conseguiam fazê-lo de modo algum. Neste caso eram pelo menos 87.125 idosos nessas difíceis condições.

Nos resultados da análise de correspondência nota-se, primeiramente, associação entre a DEF3, a mais comprometedoras das deficiências, e os idosos com 80 anos e mais. Diga-se uma relação que tende a ser associada quase que exclusivamente. Já em vista da DEF2 foram achadas afinidades com idosos (as) solteiros (as), viúvos (as), que ganham de $\frac{1}{2}$ a 2 salários mínimos e uma relação mais próxima das idosas (sexo feminino) do que dos idosos (sexo masculino). Nas cercanias do nível de deficiência DEF1 – idosos com alguma dificuldade em caminhar ou subir degraus – os idosos (sexo masculino) foram mais associados. Além disso, idosos casados, alguma vez casados, que estavam na faixa etária de “60 a 79” foram mais associados a este nível de deficiência. Uma observação sobre a relação entre a DEF1 e a renda foi o

intervalo bem definido entre a remuneração, seja por trabalho ou por aposentadoria do idoso. Idosos com renda de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo e com renda de 2 salários mínimos ou mais foram associados a este nível de deficiência.

Gráfico 5 - Correspondência entre as variáveis Sexo, Faixa Etária, Estado Civil, Renda e a variável resposta sobre deficiência motora, Nordeste, 2010.



Fonte: Dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

4.2 OS DOMICÍLIOS DOS IDOSOS E SUAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

No que se refere às características do domicílio onde viviam os idosos, no âmbito do Brasil (Tabela 4), a maior concentração de idosos – 84,1% era nos domicílios urbanos, sendo casas (87,9%) e apartamentos (9,9%) os tipos de moradia mais representativos. Além disso, eram indicados como pessoa responsável pelo seu domicílio (61,1%) ou tinham seu (sua) cônjuge como responsável (8,5%). A maioria dos domicílios tinha pelo menos um ou dois banheiros (60,5% e 24,3% respectivamente), mas uma pequena parcela dos domicílios não tinha, em sua abrangência, um banheiro sequer (5,4%). Em contrapartida, a densidade entre moradores e cômodos apresentou-se como uma melhor condição já que 46,6% dos idosos tinham uma densidade de 1 morador por dormitório e 43,2% apenas dois

moradores por dormitório. No entanto, essa variável não permite dizer se o idoso vivia exclusivamente só, se não for associada a quantidade de cômodos por domicílio. Por vezes o idoso tem companhia diurna de um cuidador, familiar ou amigo.

No que se refere às características do domicílio onde viviam os idosos do Nordeste (Tabela 5), a maior concentração de idosos viviam em domicílios na zona urbana – 71,7% apesar de ser menor do que era no âmbito da população brasileira (84,1%). Não havia muita diferença com relação à indicação da pessoa responsável pelo seu domicílio entre o Brasil e o Nordeste. O idoso continuava responsável pelo domicílio em mais de 60% dos domicílios, seja no Brasil ou no Nordeste. Contudo, nos domicílios do Nordeste, concentravam-se os domicílios do tipo casas (93,9%) como tipo de moradia mais representativo e, em segundo lugar, apartamentos (4,9%). A maior parte dos domicílios tinha pelo menos um ou dois banheiros (62,0% e 17,1% respectivamente), mas uma parcela quase 3 vezes maior - em comparação com os dados para o Brasil - dos domicílios não tinha, em sua abrangência, um banheiro sequer (13,6%). O percentual de domicílios nordestinos com 2, 3, 4 banheiros também diminuiu em comparação com a média nacional, o que pode representar uma condição socioeconômica mais deficitária dos domicílios dos idosos desta região. Enquanto a concentração de domicílios com menos banheiros era maior no Nordeste do que no Brasil, a concentração de domicílios com 2 ou mais banheiros foi maior no Brasil do que no Nordeste. Na mesma direção, a densidade entre moradores e cômodos apresentou-se com uma condição inferior em comparação com a média nacional. Ora, o cenário de 41,5% dos domicílios com uma densidade de um morador por dormitório e 45,1% com apenas dois moradores por dormitório, demonstra boas condições de conforto para os idosos que vivem nesses domicílios. Podem estar dormindo com o (a) cônjuge, com um filho ou parente, ou com um cuidador ou ainda na casa dos filhos. O que esses dados podem estar expressando é uma condição em que o idoso teria um bom lugar, em casa, para descansar ou receber cuidados, caso necessitasse.

Tabela 4 - Idosos segundo o nível de deficiência motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao domicílio, Brasil, 2010.

	Deficientes										
	TOTAL IDOSOS				Deficientes		Alguma Dificuldade		Grande Dificuldade		Ñ consegue modo algum
	População	%	População	%	População	%	%	%	%		
Situação de domicílio											
Urbano	17.319.451	84,1%	11.581.268	66,9%	5.738.183	33,1%	20,8%	10,6%	1,8%		
Rural	3.266.262	15,9%	2.209.106	67,6%	1.057.156	32,4%	21,5%	9,6%	1,3%		
Tipo de espécie											
Casa	18.090.000	87,9%	11.984.126	66,2%	6.105.874	33,8%	21,3%	10,8%	1,7%		
Casa de vila ou em condomínio	263.290	1,3%	184.900	70,2%	78.390	29,8%	19,5%	8,9%	1,4%		
Apartamento	2.031.235	9,9%	1.523.527	75,0%	507.708	25,0%	16,9%	6,8%	1,3%		
Asilo, orfanato e similares com morador	109.330	0,5%	37.961	34,7%	71.369	65,3%	29,7%	20,0%	15,6%		
Outros	90.806	0,4%	59.075	65,1%	31.731	34,9%	21,6%	11,0%	2,4%		
Relação de parentesco com o responsável pelo domicílio											
Pessoa responsável pelo domicílio	12.581.530	61,1%	8.542.815	67,9%	4.038.715	32,1%	21,3%	9,9%	0,9%		
Cônjuge ou companheiro(a) de sexo diferente	4.859.538	23,6%	3.446.685	70,9%	1.412.853	29,1%	19,1%	8,5%	1,5%		
Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo	979	0,0%	800	81,7%	179	18,3%	16,0%	2,2%	0,0%		
Filho(a), Enteado(a), Genro ou Nora	174.797	0,8%	138.218	79,1%	36.579	20,9%	12,4%	6,6%	1,9%		
Pai, mãe, padrasto, madrasta ou Sogra(a)	2.011.692	9,8%	1.081.123	53,7%	930.569	46,3%	23,4%	17,3%	5,6%		
Outro parente	814.619	4,0%	517.194	63,5%	297.425	36,5%	19,2%	13,0%	4,3%		
Empregado(a) Doméstico(a) e/ou parente dele(a)	17.669	0,1%	15.163	85,8%	2.506	14,2%	10,4%	3,0%	0,8%		
Individual em domicílio coletivo	124.891	0,6%	48.377	38,7%	76.514	61,3%	28,0%	19,0%	14,3%		
Número de banheiros											
Zero banheiros	1.097.342	5,4%	695.919	63,4%	401.423	36,6%	23,9%	11,3%	1,4%		
Um banheiro	12.357.352	60,5%	7.946.541	64,3%	4.410.811	35,7%	22,5%	11,6%	1,7%		
Dois banheiros	4.973.467	24,3%	3.510.843	70,6%	1.462.624	29,4%	18,7%	9,0%	1,7%		
Três banheiros	1.416.524	6,9%	1.088.029	76,8%	328.495	23,2%	15,2%	6,5%	1,5%		
Quatro banheiros	387.697	1,9%	313.982	81,0%	73.715	19,0%	12,4%	5,3%	1,3%		
Cinco ou mais banheiros	201.696	1,0%	169.231	83,9%	32.465	16,1%	10,7%	4,1%	1,3%		
Densidade entre Moradores e Dormitório											
Até 1	9.515.658	46,6%	6.251.389	65,7%	3.264.269	34,3%	22,4%	10,6%	1,4%		
De 1 a 2	8.820.205	43,2%	6.049.169	68,6%	2.771.036	31,4%	19,6%	10,1%	1,8%		
De 2 a 3	1.539.476	7,5%	1.038.569	67,5%	500.907	32,5%	19,4%	11,0%	2,2%		
De 3 a 4	357.928	1,8%	244.803	68,4%	113.125	31,6%	19,2%	10,5%	1,9%		
4 e mais	200.814	1,0%	140.617	70,0%	60.197	30,0%	18,5%	9,9%	1,6%		
Especie da unidade doméstica											
Unipessoal	2.696.888	13,2%	1.616.613	59,9%	1.080.275	40,1%	26,8%	12,2%	1,0%		
Nuclear	10.031.810	49,0%	7.119.366	71,0%	2.912.444	29,0%	19,2%	8,7%	1,2%		
Estendida	7.131.943	34,9%	4.615.680	64,7%	2.516.263	35,3%	21,0%	11,9%	2,4%		
Composta	593.111	2,9%	386.254	65,1%	206.857	34,9%	19,8%	11,9%	3,2%		

Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações dos dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

Tabela 5 - Idosos segundo o nível de deficiência motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao domicílio, Nordeste, 2010.

	TOTAL IDOSOS		Ñ Deficientes		Deficientes		Deficientes		Ñ consegue modo algum	
	População	%	População	%	População	%	Alguma Dificuldade	Grande Dificuldade		
							%	%	%	
Situação de domicílio										
Urbano	3.911.019	71,7%	2.425.422	62,0%	1.485.597	38,0%	23,2%	12,6%	2,2%	
Rural	1.540.496	28,3%	1.003.300	65,1%	537.196	34,9%	22,8%	10,5%	1,5%	
Tipo de especie										
Casa	5.116.145	93,9%	3.191.730	62,4%	1.924.415	37,6%	23,3%	12,3%	2,0%	
Casa de vila ou em condomínio	43.053	0,8%	27.545	64,0%	15.508	36,0%	23,0%	11,5%	1,5%	
Apartamento	265.427	4,9%	195.361	73,6%	70.066	26,4%	17,9%	6,8%	1,8%	
Asilo, orfanato e similares com morador	10.883	0,2%	3.521	32,4%	7.362	67,6%	29,2%	23,3%	15,1%	
Outros	15.772	0,3%	10.404	66,0%	5.368	34,0%	21,0%	10,9%	2,1%	
Relação de parentesco com o responsável pelo domicílio										
Pessoa responsável pelo domicílio	3.397.612	62,3%	2.169.109	63,8%	1.228.503	36,2%	23,6%	11,5%	1,0%	
Cônjuge ou companheiro(a) de sexo diferente	1.271.803	23,3%	847.642	66,6%	424.161	33,4%	21,8%	9,8%	1,7%	
Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo	254	0,0%	157	61,8%	97	38,2%	31,1%	7,1%	0,0%	
Filho(a), Enteado(a), Genro ou Nora	52.495	1,0%	40.403	77,0%	12.092	23,0%	13,4%	7,5%	2,1%	
Pai, mãe, padrasto, madrastra ou Sogro(a)	478.359	8,8%	226.772	47,4%	251.587	52,6%	24,4%	20,5%	7,7%	
Outro parente	234.034	4,3%	136.424	58,3%	97.610	41,7%	21,0%	15,4%	5,3%	
Empregado(a) Doméstico(a) e/ou parente dele(a)	3.968	0,1%	3.184	80,2%	784	19,8%	13,2%	4,8%	1,8%	
Individual em domicílio coletivo	12.991	0,2%	5.030	38,7%	7.961	61,3%	26,8%	21,3%	13,2%	
Número de banheiros										
Zero banheiros	740.485	13,6%	467.128	63,1%	273.357	36,9%	23,8%	11,6%	1,5%	
Um banheiro	3.365.589	62,0%	2.057.278	61,1%	1.308.311	38,9%	24,0%	12,9%	2,0%	
Dois banheiros	929.605	17,1%	602.194	64,8%	327.411	35,2%	21,7%	11,3%	2,3%	
Três banheiros	266.474	4,9%	191.110	71,7%	75.364	28,3%	18,0%	8,2%	2,1%	
Quatro banheiros	79.773	1,5%	61.538	77,1%	18.235	22,9%	14,2%	7,2%	1,5%	
Cinco ou mais banheiros	48.764	0,9%	39.307	80,6%	9.457	19,4%	12,4%	5,3%	1,7%	
Densidade entre Moradores e Dormitório										
Até 1	2.252.432	41,5%	1.359.192	60,3%	893.240	39,7%	25,5%	12,5%	1,7%	
De 1 a 2	2.448.152	45,1%	1.574.071	64,3%	874.081	35,7%	21,8%	11,7%	2,2%	
De 2 a 3	545.514	10,0%	358.266	65,7%	187.248	34,3%	20,3%	11,7%	2,4%	
De 3 a 4	123.596	2,3%	84.261	68,2%	39.335	31,8%	18,4%	11,2%	2,2%	
4 e mais	60.995	1,1%	42.764	70,1%	18.231	29,9%	17,9%	10,3%	1,8%	
Especie da unidade doméstica										
Unipessoal	611.906	11%	342202	56%	269641	44%	29%	14%	1%	
Nuclear	2.321.090	42,7%	1.543.244	66%	777.702	33,5%	21,9%	10,2%	1,4%	
Estendida	2.299.349	42,3%	1.410.016	61,3%	888.971	38,7%	22,7%	13,3%	2,6%	
Composta	205.500	3,8%	127.459	62,0%	78.001	38,0%	21,0%	13,2%	3,8%	

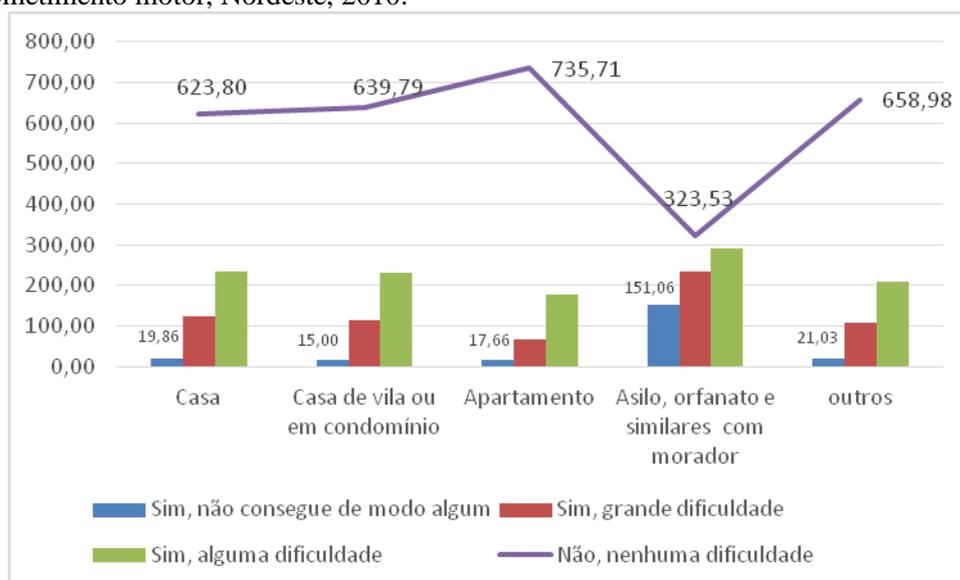
Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações dos dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

Por um outro lado a quando os domicílios estão associados ao aumento de sua densidade para 2 a 3 ou 3 a 4 moradores por dormitório, isso pode indicar condições de moradia mais difíceis para a população do Nordeste e, provavelmente, para os seus idosos, que agora passam a ter de dividir seus dormitórios com mais de uma pessoa.

Na avaliação do Tipo de espécie de domicílio do idoso nordestino, os resultados chamam atenção para a condição de moradia em asilos, orfanatos e similares (Gráfico 6) porque diferem, em seus percentuais, em relação aos níveis de deficiência motora. Enquanto os idosos que não tinham dificuldade para caminhar ou subir escada estão, em sua maioria, em casas, casas de vila, em condomínios ou apartamentos, os maiores percentuais de idosos deficientes (67,6%) foram encontrados nos asilos, orfanatos e similares. Tivessem eles alguma ou grande dificuldade ou a impossibilidade de caminhar ou subir degraus. Para cada mil idosos que tem grande dificuldade para, ou não conseguem caminhar ou subir degraus, pelo menos 383,99 deles, estavam vivendo em asilos, orfanatos e similares.

Gráfico 6 - Taxa da De

deficiência motora em Idosos por espécie de domicílio, em relação aos níveis de comprometimento motor, Nordeste, 2010.



Fonte: Dados do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 - IBGE

É uma situação que gera certa preocupação se os ambientes não forem adaptados às necessidades dos idosos ou tranquilizadora se assim o forem. Certamente uma boa condição de adaptação dos ambientes onde este idoso deficiente esteja morando é necessária para que suas atividades, as que podem realizá-las, possam ser feitas de maneira mais segura ou com menos dificuldade. Além disso, os idosos com deficiência motora, nos níveis mais intensos, também necessitarão de reabilitação e, por vezes, de assistência nutricional, médica, odontológica. O acesso a este tipo de assistência gera um custo para o idoso ou para seus familiares o que, certamente, requererá recursos financeiros para tal fim. Pode ser que o idoso que viva em asilos não tenha esse aporte financeiro ou a instituição não disponha de tantos recursos ambulatoriais. Daí a pertinência de calcular a taxa (por mil idosos) e relacionar com os níveis de deficiência, de acordo com as espécies de domicílio (Gráfico 6).

De cada mil idosos incapazes de caminhar ou subir degraus, que viviam em casas, observou-se que somente 20 estavam presentes nessa espécie de moradia contra 151 que viviam em asilos, orfanatos e similares. Um número 7,6 vezes maior de idosos que não estavam juntos de sua família, já que dormiam nos domicílios desta espécie. Um aspecto importante que este Gráfico 6 ilustra também é a necessidade de aplicação de boas políticas públicas para organizar e facilitar o fomento dessas instituições, sejam públicas ou privadas e melhorar as leis que normatizam esse tipo de serviço. O que se espera, com o passar dos anos e com o envelhecimento da população brasileira, é que

sejam melhorados e ampliados não só os serviços de saúde para os idosos com deficiência motora, mas também que os setores educacionais, de previdência, de lazer e emprego, mantenham sua oferta numa maneira que este grupo, tão necessitado de cuidados especiais, possa fazer parte e se manter útil e gerando, caso ainda possa e/ou deseje, sua própria renda.

Ao considerar, no entanto, outras variáveis, o comportamento entre as duas populações, de acordo com o achado na análise do número de banheiros e da densidade entre moradores e dormitórios, já perde um pouco de sua semelhança.

Um percentual de 60,5% dos domicílios brasileiros, tinha pelo menos 1 banheiro e, nos domicílios do Nordeste, encontrou-se um percentual de 62,0%. No entanto, ainda foram apontados que em 5,4% dos domicílios brasileiros e 14,6% dos nordestinos, onde moravam idosos, não existiam um banheiro sequer em sua residência. Esse percentual representa em torno de 740.485 idosos em domicílios nessas pobres condições sanitárias. No Nordeste, 12,9% dos idosos que moravam em domicílios que tinham pelo menos um banheiro, apresentavam grande dificuldade em caminhar ou subir degraus. Em condições mais difíceis estavam 11% dos idosos que moravam em domicílios nos quais não havia banheiro. Além de terem grande dificuldade em caminhar ou subir degraus, nestas condições, teoricamente, faziam-no com muito esforço para poder realizar suas necessidades básicas de higiene.

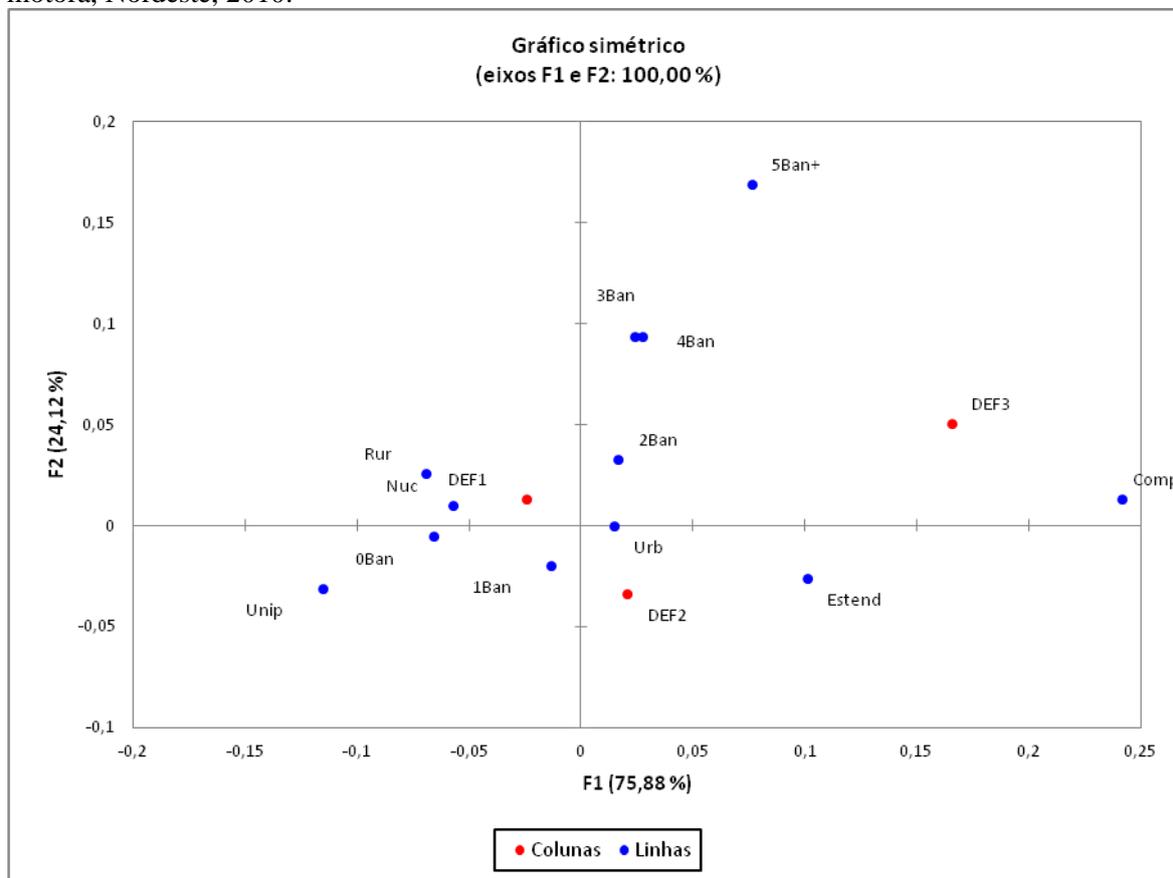
No que se refere à densidade entre morador e dormitório (Tabela 5), as condições foram consideradas mais favoráveis, visto que 41,5% dos idosos do Nordeste brasileiro, teoricamente, tinham seu próprio cômodo para dormir e 45,1% deles dividiam o dormitório com uma pessoa que, geralmente, era seu ou sua cônjuge ou outro parente.

Na análise da espécie da unidade doméstica, o Censo Demográfico Brasileiro de 2010 identificou um percentual de 13,2% dos domicílios do Brasil como sendo unipessoal. Uma proporção um pouco maior do que a do Nordeste (11,3%). No entanto, 44,1% dos domicílios unipessoais eram moradas de idosos com alguma deficiência motora, representando um percentual um pouco maior que o nacional (40,1%). Nessa categoria de domicílios, 13,8%, abrigavam idosos com grande dificuldade em caminhar ou subir degraus. Em que pese a situação dos domicílios unipessoais, um percentual considerável representava os domicílios nucleares e estendidos no Nordeste (42,7% e

42,3% respectivamente) e pelo menos 1/3 de cada espécie de domicílio, abrigava idosos com alguma dificuldade em caminhar ou subir degraus.

Nas correlações através da análise de correspondência das variáveis de domicílio (Gráfico 7) com as DEF⁴ 1, 2 e 3, atina-se para associações entre idosos com DEF1 e domicílios tanto em regiões urbanas quanto rurais. Verificou-se também que a ausência de banheiros foi mais associada do que um número bem maior deles (2 a 4 banheiros). Outra variável com correspondência foi a de domicílios nucleares. Já no panorama da DEF2, encontraram-se afinidades com domicílios estendidos, de ambientes urbanos, de 1 a 2 banheiros. Longe dos arredores de todos os níveis de deficiência, mas mais próximo da DEF3, os domicílios compartilhados.

Gráfico 7 - Correspondência entre as variáveis de domicílio e a variável resposta sobre deficiência motora, Nordeste, 2010.



Fonte: Dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

⁴ Para a análise de correspondência, os níveis de deficiência motora também foram renomeados da seguinte maneira: Alguma dificuldade em caminhar e subir degraus, (DEF1); Grande dificuldade em caminhar e subir degraus (DEF2) e, “Não consegue de modo algum caminhar ou subir degraus (DEF3). Para a análise foram utilizados os números absolutos de cada variável de interesse em relação às DEF1, 2 e 3.

4.3 ANÁLISE DAS RAZÕES DE CHANCE PARA PRESENÇA DE DEFICIÊNCIA MOTORA EM IDOSOS DO NORDESTE

A Tabela 6 apresenta as razões de chances estimadas pela análise de regressão logística. Verificou-se que as idosas, sexo feminino, reportaram 1,6 vez mais chance de ter alguma deficiência motora em relação ao sexo masculino. Analisando a idade por etário decenal, constatou-se uma tendência crescente nas razões de chances a medida que aumenta a idade dos idosos. Quando comparados com as faixas etárias mais baixas (60 a 69 anos), os idosos com 70 a 79 anos apresentaram 1,6 mais chances de ter alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus. Entre idosos com 80 anos ou mais esta chance passa a ser 3,3 vezes maior. Esse resultado reforça os achados de Camargos (2015) e de Alves (2004) sobre a maior expectativa de vida dos idosos, porém com mais tempo de saúde ruim e velhice com incapacidade ou restrições de atividades.

Tabela 6. Análise das Razões de Chance para presença de deficiência motora em Idosos, Nordeste, 2010.

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
					Lower	Upper
Sexo						
Masculino						
Feminino	0,48	0,002	0,000	1,614	1,608	1,621
Grupo Etário						
60 a 69 anos						
70 a 79 anos	0,478	0,002	0,000	1,613	1,606	1,619
80 anos e mais	1,194	0,003	0,000	3,300	3,282	3,318
Estado Civil						
Casado(a)						
Alguma vez casado(a)	0,094	0,005	0,000	1,099	1,089	1,109
Viúvo(a)	0,160	0,002	0,000	1,174	1,168	1,180
Solteiro(a)	0,034	0,003	0,000	1,034	1,029	1,039
Aposentado						
Sim	0,194	0,003	0,000	1,214	1,208	1,221
Não						
Trabalhando						
Sim						
Não	0,460	0,004	0,000	1,584	1,571	1,597
Renda em SM						
Até 1/2 SM	0,114	0,008	0,000	1,121	1,103	1,139
de 1/2 até 1 SM	0,066	0,006	0,000	1,068	1,056	1,081
de 1 até 2 SM	0,145	0,003	0,000	1,156	1,148	1,164
mais de 2 SM						
Nível de Instrução						
Sem Instrução ou Fund. Incomp.	1,015	0,006	0,000	2,759	2,727	2,792
até médio completo	0,560	0,006	0,000	1,751	1,729	1,774
Outros	0,487	0,050	0,000	1,628	1,475	1,797
Superior completo						
Situação de Domicílio						
Rural						
Urbano	0,190	0,002	0,000	1,209	1,204	1,214
Espécie da unidade doméstica						
Nuclear						
Unipessoal	0,193	0,003	0,000	1,213	1,205	1,220
Extendida	-0,001	0,002	0,697	0,999	0,995	1,003
Composta	0,068	0,005	0,000	1,071	1,060	1,082

Fonte: Resultado da análise dos Dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro (IBGE), 2010

As condições do (a) idoso (a) solteiro (a) (RC=1,03) ou de ter sido alguma vez casado (a) (RC=1,09) – separado (a) ou divorciado (a) – demonstraram maiores chances de ter deficiência motora comparado aos atualmente casados. No entanto, os viúvos (as) apresentaram uma razão de chances 1,17 vez maior de ter deficiência motora em relação aos (às) idosos (as) casados (as). Parece que a condição de estar casado (a) poderia ser um fator de proteção contra uma percepção ruim de sua saúde motora ou. O fato de se ter um (a) companheiro (a), de certa forma, serviria como um fator atenuante das dificuldades impostas por esta condição de deficiência. No entanto, a falta de informação sobre o início da deficiência ou da incapacidade motora, não indica a se a incapacidade e/ou deficiência motora ocorreu antes ou durante a vida no casamento. Por isso a necessidade de se ter esta informação

Analizou-se, ainda, os aspectos das condições de trabalho e renda, como: se o idoso trabalhava no período da semana de referência, o recebimento de aposentadoria e a renda em salários mínimos. No aspecto do recebimento ou não de aposentadoria, a condição de beneficiário mostrou uma chance 1,2 vez maior do idoso ter deficiência motora do que para os idosos não aposentados. E para os idosos que não estavam trabalhando, a chance de ter deficiência motora foi 1,58 vez maior do que para aqueles que ainda estavam trabalhando.

Observou-se ainda que, quanto menor o nível de instrução, maior foi a proporção de idosos com condições de deficiência motora. Não ter instrução ou ter até o nível fundamental incompleto, implicou numa chance 2,75 vezes maior de o idoso ter uma deficiência motora, em relação aos que tinham nível superior completo. A chance tendeu a diminuir consideravelmente ao observar as condições do idoso que tinha até o nível médio completo (1,75). Este achado, que corrobora os estudos de Alves (2010), é interessante porque, quanto maior o capital educacional, maior a possibilidade de o idoso ter uma melhor renda e, conseqüentemente, maior acesso à informação, a melhoria do seu estilo de vida e de seus hábitos saudáveis, além da possibilidade de adoção de melhores hábitos de saúde e melhoria ao acesso aos serviços de saúde, principalmente os privados. Este cenário melhora sua capacidade de superar as dificuldades impostas por uma situação de deficiência motora. Esse efeito também reforça os achados de Gonzalez e Stang (2014), que afirmam que a capacidade do idoso em superar as dificuldades de saúde também depende das condições sociais e de renda nas quais ele vive.

No âmbito das análises do domicílio, idosos que moravam em áreas urbanas tinham 1,2 vez mais chances de ter ou reportar alguma deficiência motora, em relação aos idosos no meio rural. E, para a espécie da unidade doméstica, o idoso morando num domicílio considerado composto, teve 1,07 vez mais chances de ter deficiência motora em relação aos idosos moradores em domicílios nucleares. A condição de idosos morando em um domicílio considerado como estendido não implicou condições protetoras ou não protetoras já que não foram estatisticamente significantes nesta análise ($p > 0,697$). A condição de morar sozinho revelou uma chance 1,2 vez maior deste idoso ter deficiência motora em relação ao idoso que morava em condição de moradia nuclear. Percebe-se que morar com outro parente, sem ser o cônjuge, não parecia ser um fator de muita influência para o idoso que tinha alguma deficiência motora. Em consonância com Camargos (2007) e Camargos (2011), possivelmente os idosos que moram sozinhos tenham melhores condições de renda e, apesar de estarem mais propensos a ter deficiência motora, teriam mais chance de receber cuidado formal, comparativamente àqueles que residem com outras pessoas.

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu visualizar as alterações demográficas surgidas através da influência do processo de envelhecimento populacional do Brasil e da região Nordeste, e em especial para os idosos que tinham alguma deficiência motora em 2010.

Um aspecto interessante sobre a informação relativa à deficiência motora é que no Censo de 2010 não havia a informação sobre o início da deficiência ou se o indivíduo já nasceu com a deficiência ou incapacidade permanente em caminhar ou subir degraus. Este dado também é muito importante para as interpretações descritivas visto que existe uma grande diferença entre a pessoa já nascer com uma deficiência ou incapacidade motora, tê-la adquirido em sua fase de vida produtiva, ou na já na vida idosa. Outro fator que pode influenciar na qualidade da informação é a pessoa que indica o idoso com deficiência. Se foi o próprio idoso que respondeu, que foi indicado como incapaz. A informação de se houve ou não um diagnóstico médico para tal também fortaleceria a qualidade das informações fornecidas ao IBGE. Certamente essas informações dariam muito mais condições de realização de perfis epidemiológicos mais precisos quanto à incapacidade motora da população idosa.

Como a finalidade geral desta pesquisa foi identificar um perfil social, econômico e demográfico dos idosos portadores de incapacidade motora no Brasil e Nordeste em 2010, foi identificada que, no Brasil, a prevalência de deficiência e/ou incapacidade motora em idosos foi representada por uma taxa de 330 idosos com alguma deficiência para cada mil idosos. O país apresentou ainda, para cada mil idosos, 17 idosos que não conseguiam caminhar ou subir degraus, 104 idosos com grande dificuldade para executar essa tarefa e 208 idosos com alguma dificuldade em caminhar ou subir degraus. Esses dados refletem o grau da incapacidade motora nacional. Quanto ao Nordeste, sua taxa de idosos com alguma deficiência era de 371 idosos para cada mil idosos desta região. Na esfera da incapacidade, para cada mil idosos, a região tinha 20 idosos que não conseguiam caminhar ou subir degraus, 120 com grande dificuldade de realizar tal tarefa e 230 idosos com alguma dificuldade. Nos dois aspectos aqui relatados, os idosos do Nordeste tinham uma maior prevalência de deficiência ou incapacidade motora. Tanto no Brasil, mas principalmente no Nordeste, o alto contingente de idosos com deficiência e incapacidades motora implica em diversas

situações dificultadoras para as atividades da vida diária desta parcela da população. Sabe-se que um idoso já tem dificuldades impostas por diversas situações, de acordo com a sua capacidade de dar resposta a elas. Essa capacidade depende de fatores próprios do idoso e também de seus domicílios.

Quanto às características relativas ao idoso, a maior relação de chances para os idosos terem deficiência motora foi para idosos do sexo feminino, com faixa etária de 80 anos e mais, que já estavam viúvos (as). Além disso, o nível de instrução mais relacionado com a deficiência motora era o dos idosos sem instrução ou com nível fundamental incompleto. Esse pobre cenário educacional não é um fator que auxilia o quanto poderia este idoso em seu nível de renda, acesso à informação, a serviços de saúde entre outros.

O cenário de pouca instrução da população idosa, que vai sobreviver por muitos mais anos, é fruto do baixo nível da educação pública e das redes sociais em que os idosos, então jovens, estavam inseridos em sua idade educacional. Não dar a seriedade específica para o cuidado e para a atenção à essa população seria injusto com uma população que foi tão importante para a construção deste país. Uma demanda importante é a necessidade do governo de entender como preencher esta lacuna, de maneira a diminuir as diferenças e melhorar o acesso às informações relativas aos serviços de saúde disponíveis e necessários para a melhoria do quadro clínico do idoso com incapacidade motora. Quanto mais informação o idoso tiver sobre sua condição física, mais terá condições de entender, não só seu quadro clínico, mas também o quanto a deficiência motora interfere na sua vida diária, nas suas relações familiares, no acesso ao seu ambiente de trabalho, locais de atividades de lazer, entre outros.

Nessas condições, entende-se que o pouco capital educacional também reflete em seus níveis de renda. Identificou-se que os idosos recebiam uma renda de até um salário mínimo e, dos que trabalhavam, 21% eram empregados com carteira assinada e 16% dos empregados não tinham carteira assinada e estavam dentro de uma situação de vulnerabilidade socioeconômica. No Nordeste, dos idosos que ainda trabalhavam e não tinham carteira assinada, 5,3% tinham grande dificuldade em caminhar. Outro ponto que chama para si a atenção é o que mais de 3.800 idosos que tinham grande dificuldade em caminhar ou subir escadas ainda trabalhavam, mas não eram remunerados.

No que se refere às características do domicílio onde viviam os idosos do Nordeste, a maior concentração de idosos viviam em domicílios na zona urbana (71,7%). Além disso foram, em sua maioria, indicados como pessoa responsável pelo seu domicílio. Seja no Brasil ou no Nordeste, domicílios do tipo casas foram indicados como tipo de moradia mais representativo (87,9% e 93,9% respectivamente) e tinham pelo menos um ou dois banheiros. Ainda foram encontrados, no Nordeste, domicílios que não tinham, em sua abrangência, um banheiro sequer (13,6%). O pequeno percentual de domicílios com 2, 3 ou 4 banheiros pode representar uma condição socioeconômica mais complexa dos domicílios dos idosos nordestinos quanto à utilização do banheiro. E isso é muito pior quando se refere a idosos com deficiência motora. No Nordeste, 12,9% dos domicílios com 1 banheiro pelo menos, abrigavam pelo menos 432 mil idosos com grande dificuldade em caminhar ou subir escadas e 66.804 idosos que não conseguiam caminhar ou subir escadas moravam nesse tipo de domicílios. Num outro contexto, a densidade entre moradores e cômodos apresentou-se com uma condição inferior, em comparação com a média nacional, demonstrando razoáveis condições de conforto para os idosos que viviam nesses domicílios, pelo menos no que se refere ao dormitório, pois poderiam estar dormindo com o (a) cônjuge, com um filho ou parente, ou com um cuidador ou ainda na casa dos filhos.

O país encontra-se em transição, em rápido processo de envelhecimento, e novos desafios se apresentam, como ampliar e aprimorar a atenção à saúde e às condições de domicílios dos idosos e em especial, os idosos nordestinos. É complexo idealizar a situação de um idoso, em processo de reabilitação de uma fratura no fêmur (consequência corriqueira nos idosos que foram vítimas de quedas), por exemplo, que tenha que se deslocar por uma distância maior, visto que em seu domicílio não tem banheiro, ou o mesmo não tem um banheiro em seu quarto. Ou se esse episódio for à noite, madrugada. Por isso é essencial que na elaboração de políticas públicas para as áreas sociais – especialmente para a área da saúde –, se considere o diferencial da população idosa do Nordeste com relação à deficiência motora e suas condições de domicílio. Incentivos para aquisição de materiais de construção para ampliação, reformas, ou adaptação dos domicílios para os idosos que tem dificuldade em caminhar ou subir degraus são, no mínimo, o primeiro passo a ser dado em busca da melhoria da qualidade de vida desses idosos e de seus familiares. É importante lembrar que os programas de imunização no Brasil foram deficientes e ainda mais na região Nordeste

nos anos 50, poderia ter influenciado na quantidade de idosos com deficiência e incapacidade motora visto que, os idosos com 60 a 69 anos, nasceram naquela década. Estes idosos, por sua vez, já cresceram tentando se adaptar às condições impostas pela própria deficiência motora, as quais se tornaram muito mais dificultadoras se associadas a este quadro de pouco informação, baixo capital educacional, baixa renda, encontrado nos idosos nordestinos com deficiência e incapacidade motora.

As diferenças sociais, culturais e econômicas entre as regiões brasileiras exigem do governo programas políticos específicos que auxiliem o idoso, não só a aprender a prevenir doenças, esperar até que as pessoas já estejam doentes, mas também a dar uma boa resposta às necessidades específicas de uma vida com deficiência motora, sejam respostas em nível socioeconômico do indivíduo como do seu domicílio, e é isto que esperamos deste estudo. E as condições favoráveis, surgidas da dinâmica demográfica, devem ser seriamente levadas em conta na definição destas políticas públicas. Uma redefinição de prioridades nas políticas públicas aplicadas principalmente às questões de saúde, tendo em vista o novo padrão demográfico e o envelhecimento da estrutura populacional do Brasil e do Nordeste, na alocação de recursos, pode aumentar o nível dos ganhos sociais e econômicos, a médio e longo prazos, e esta é uma necessidade imperativa. Melhoria no acesso ao transporte público, acessibilidade, atividades específicas para o idoso, campanhas de conscientização da população relativas ao respeito ao idoso e ao idoso com deficiência e que os instrua sobre seus direitos e como terem a possibilidade de gozá-los completamente.

Outro ponto que não pode deixar de ser abordado é a necessidade da aproximação dos gestores públicos à comunidade acadêmica e de pesquisa. Existe uma grande quantidade de trabalhos e estudos relacionados à qualidade de vida dos idosos, entretanto a quantidade de estudos sobre a qualidade de vida da população idosa com deficiência e incapacidade motora deve acompanhar o intenso envelhecimento da população. Por isso a demografia não pode estar distante das esferas executivas e legislativas dos programas de governos federais, estaduais e municipais. Além disso, o aumento de diversificação do financiamento privado ou público para estudos que visem analisar a população idosa do Nordeste com relação à deficiência motora e suas implicações em suas vidas serão muito úteis e de grande valia para dimensionar a real necessidade desta população em especial. Isso trará aos gestores públicos um diagnóstico da situação atual dos idosos, possibilitando ações que visem atender correta

e eficientemente as futuras demandas, além de existir, finalmente, uma coerência entre necessidades de saúde e o sistema de atenção à saúde. Dessa maneira, o idoso poderá seguir em direção à uma condição de completo bem-estar físico, mental e social e não puramente a uma circunstância de falta de doença ou de enfermidade motora.

ANEXOS

Tabela 2 - Idosos segundo o nível de deficiência motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao indivíduo, Brasil, 2010.(completa)

	Deficientes														
	TOTAL IDOSOS				Deficientes								Nº consegue modo algum		
	População		%		População		%		População		%		População		%
Sexo															
Masculino	9.148.577	44,4%	6.753.636	73,8%	2.394.941	26,2%	1.534.598	16,8%	724.817	7,9%	135.527	1,5%			
Feminino	11.437.136	55,6%	7.036.738	61,5%	4.400.398	38,5%	2.762.905	24,2%	1.420.354	12,4%	217.139	1,9%			
Faixa Etária															
60 a 69 anos	11.353.951	55,2%	8.628.263	76,0%	2.725.688	24,0%	1.896.142	16,7%	754.414	6,6%	75.131	0,7%			
70 a 79 anos	6.314.630	30,7%	3.925.349	62,2%	2.389.281	37,8%	1.525.567	24,2%	755.572	12,0%	108.142	1,7%			
80 anos ou mais	2.917.132	14,2%	1.236.762	42,4%	1.680.370	57,6%	875.795	30,0%	635.184	21,8%	169.392	5,8%			
Estado Civil															
Casado(a)	10.632.845	51,7%	7.726.238	72,7%	2.906.607	27,3%	1.926.903	18,1%	855.453	8,0%	124.251	1,2%			
Alguma vez casado(a)	1.410.469	6,9%	1.008.627	71,5%	401.842	28,5%	267.104	18,9%	120.354	8,5%	14.384	1,0%			
Vívuo(a)	5.640.126	27,4%	3.112.208	55,2%	2.527.918	44,8%	1.505.260	26,7%	865.585	15,3%	157.074	2,8%			
Solteiro(a)	2.902.274	14,1%	1.943.303	67,0%	958.971	33,0%	598.236	20,6%	303.778	10,5%	56.957	2,0%			
Nível de instrução															
Sem instrução e fundamental incompleto	15.362.885	74,6%	9.672.529	63,0%	5.690.356	37,0%	3.541.669	23,1%	1.852.764	12,1%	295.923	1,9%			
Fundamental completo e médio incompleto	1.756.168	8,5%	1.294.243	73,7%	461.925	26,3%	311.036	17,7%	129.100	7,4%	21.789	1,2%			
Médio completo e superior incompleto	2.026.014	9,8%	1.597.988	78,9%	428.026	21,1%	291.047	14,4%	113.508	5,6%	23.471	1,2%			
Superior completo	1.420.833	6,9%	1.210.080	85,2%	210.753	14,8%	150.739	10,6%	48.681	3,4%	11.333	0,8%			
Não determinado	19.814	0,1%	15.535	78,4%	4.279	21,6%	3.012	15,2%	1.117	5,6%	150	0,8%			
Renda em Salários Mínimos															
Até 1/2	2.840.866	13,8%	1.996.121	70,3%	844.745	29,7%	556.130	19,6%	252.786	8,9%	35.829	1,3%			
1/2 a 1	8.758.619	42,5%	5.183.099	59,2%	3.575.520	40,8%	2.158.175	24,6%	1.204.228	13,7%	213.117	2,4%			
1 a 2	3.935.832	19,1%	2.653.397	67,4%	1.282.435	32,6%	831.040	21,1%	396.326	10,1%	55.069	1,4%			
2 a 5	3.124.321	15,2%	2.366.908	75,8%	757.413	24,2%	515.762	16,5%	210.059	6,7%	31.592	1,0%			
5 e mais	1.926.075	9,4%	1.590.850	82,6%	335.225	17,4%	236.395	12,3%	81.771	4,2%	17.059	0,9%			
Posição na ocupação no trabalho principal															
Empregados com carteira de trabalho assinada	1.106.536	21%	941.705	85%	164.831	15%	122.551	11,1%	38.120	3%	4.160	0%			
Militares e funcionários públicos estatutários	239.299	5%	206.006	86%	33.293	14%	25.304	10,6%	7.238	3%	751	0%			
Empregados sem carteira de trabalho assinada	866.421	16%	693.540	80%	172.881	20%	129.516	14,9%	41.337	5%	2.029	0%			
Conta própria	2.017.546	38%	1.651.910	82%	365.636	18%	273.370	13,5%	87.501	4%	4.764	0%			
Empregadores	188.052	4%	169.561	90%	18.491	10%	14.385	7,6%	3.675	2%	430	0%			
Não remunerados	164.578	3%	113.471	69%	51.107	31%	35.618	21,6%	14.418	9%	1.071	1%			
Trabalhadores na produção para o próprio consumo	722.738	14%	525.446	73%	197.292	27%	146.727	20,3%	49.567	7%	998	0%			

Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações dos dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

Tabela 3 - Idosos segundo o nível de deficiência motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao indivíduo, Nordeste, 2010. (completa)

	Ñ Deficientes				Deficientes				Ñ consegue modo algum			
	TOTAL IDOSOS		População		Deficientes		Alguma Dificuldade		Grande Dificuldade		População	
	População	%	População	%	População	%	População	%	População	%	População	%
Sexo												
Masculino	2.437.666	44,7%	1.718.342	70,5%	719.324	29,5%	455.191	18,7%	222.667	9,1%	41.466	1,7%
Feminino	3.013.849	55,3%	1.710.380	56,8%	1.303.469	43,2%	802.102	26,6%	433.897	14,4%	67.470	2,2%
Faixa Etária												
60 a 69 anos	2.913.923	53,5%	2.116.245	72,6%	797.678	27,4%	555.609	19,1%	222.006	7,6%	20.063	0,7%
70 a 79 anos	1.671.916	30,7%	976.406	58,4%	695.510	41,6%	439.637	26,3%	224.735	13,4%	31.138	1,9%
80 anos ou mais	865.677	15,9%	336.071	38,8%	529.606	61,2%	262.048	30,3%	209.823	24,2%	57.735	6,7%
Estado Civil												
Casado(a)	2.698.089	49,5%	1.840.418	68,2%	857.671	31,8%	562.281	20,8%	257.759	9,6%	37.631	1,4%
Alguma vez casado(a)	265.610	4,9%	179.084	67,4%	86.526	32,6%	56.131	21,1%	26.915	10,1%	3.480	1,3%
Víúvo(a)	1.400.399	25,7%	714.690	51,0%	685.709	49,0%	395.937	28,3%	243.436	17,4%	46.336	3,3%
Solteiro(a)	1.087.420	19,9%	694.531	63,9%	392.889	36,1%	242.945	22,3%	128.455	11,8%	21.489	2,0%
Nível de instrução												
Sem instrução e fundamental incompleto	4.514.331	82,8%	2.728.954	60,5%	1.785.377	39,5%	1.097.235	24,3%	591.424	13,1%	96.718	2,1%
Fundamental completo e médio incompleto	304.465	5,6%	208.157	68,4%	96.308	31,6%	63.182	20,8%	28.060	9,2%	5.066	1,7%
Médio completo e superior incompleto	405.202	7,4%	303.062	74,8%	102.140	25,2%	69.187	17,1%	27.920	6,9%	5.033	1,2%
Superior completo	225.096	4,1%	186.737	83,0%	38.359	17,0%	27.197	12,1%	9.076	4,0%	2.086	0,9%
Não determinado	2.419	0,0%	1.811	74,9%	608	25,1%	492	20,3%	83	3,4%	33	1,4%
Renda em Salários Mínimos												
Até 1/2	661.724	12,1%	453.747	68,6%	207.977	31,4%	137.725	20,8%	62.796	9,5%	7.456	1,1%
1/2 a 1	3.179.222	58,3%	1.855.830	58,4%	1.323.392	41,6%	797.261	25,1%	446.462	14,0%	79.669	2,5%
1 a 2	886.666	16,3%	572.678	64,6%	313.988	35,4%	202.045	22,8%	98.766	11,1%	13.177	1,5%
2 a 5	435.833	8,0%	317.475	72,8%	118.358	27,2%	79.691	18,3%	33.654	7,7%	5.013	1,2%
5 e mais	288.075	5,3%	228.993	79,5%	59.082	20,5%	40.573	14,1%	14.887	5,2%	3.622	1,3%
Posição na ocupação no trabalho principal												
Empregados com carteira de trabalho assinada	177.275	13,2%	147.989	83,5%	29.286	16,5%	21.348	12,0%	7.231	4,1%	707	0,4%
Militares e funcionários públicos estatutários	54.860	4,1%	46.201	84,2%	8.659	15,8%	6.624	12,1%	1.852	3,4%	183	0,3%
Empregados sem carteira de trabalho assinada	209.083	15,6%	163.547	78,2%	45.536	21,8%	33.944	16,2%	11.067	5,3%	525	0,3%
Conta própria	477.443	35,6%	373.306	78,2%	104.137	21,8%	77.458	16,2%	25.583	5,4%	1.096	0,2%
Empregadores	28.382	2,1%	24.865	87,6%	3.517	12,4%	2.797	9,9%	664	2,3%	56	0,2%
Não remunerados	39.284	2,9%	26.300	66,9%	12.984	33,1%	8.998	22,9%	3.812	9,7%	174	0,4%
Trabalhadores na produção para o próprio consumo	356.131	26,5%	261.675	73,5%	94.456	26,5%	71.433	20,1%	22.644	6,4%	379	0,1%

Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações dos dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

	Nº Deficientes				Deficientes							
	TOTAL IDOSOS		Deficientes		Alguma Dificuldade		Grande Dificuldade		Nº consegue modo algum			
	População	%	População	%	População	%	População	%	População	%	População	%
Situação de domicílio												
Urbano	17.319.451	84,1%	11.581.268	66,9%	5.738.183	33,1%	3.595.094	20,8%	1.833.102	10,6%	309.987	1,8%
Rural	3.266.262	15,9%	2.209.106	67,6%	1.057.156	32,4%	702.409	21,5%	312.068	9,6%	42.679	1,3%
Tipo de espécie												
Casa	18.090.000	87,9%	11.984.126	66,2%	6.105.874	33,8%	3.851.430	21,3%	1.951.324	10,8%	303.120	1,7%
Casa de vila ou em condomínio	263.290	1,3%	184.900	70,2%	78.390	29,8%	51.310	19,5%	23.386	8,9%	3.694	1,4%
Apartamento	2.031.235	9,9%	1.523.527	75,0%	507.708	25,0%	342.523	16,9%	138.567	6,8%	26.618	1,3%
Asilo, orfanato e similares com morador	109.330	0,5%	37.961	34,7%	71.369	65,3%	32.510	29,7%	21.846	20,0%	17.013	15,6%
Outros	90.806	0,4%	59.075	65,1%	31.731	34,9%	19.575	21,6%	9.967	11,0%	2.189	2,4%
Relação de parentesco com o responsável pelo domicílio												
Pessoa responsável pelo domicílio	12.581.530	61,1%	8.542.815	67,9%	4.038.715	32,1%	2.682.233	21,3%	1.244.537	9,9%	111.946	0,9%
Cônjuge ou companheiro(a) de sexo diferente	4.859.538	23,6%	3.446.685	70,9%	1.412.853	29,1%	929.880	19,1%	411.781	8,5%	71.192	1,5%
Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo	979	0,0%	800	81,7%	179	18,3%	157	16,0%	22	2,2%	-	0,0%
Filho(a), Enteado(a), Genro ou Nora	174.797	0,8%	138.218	79,1%	36.579	20,9%	21.672	12,4%	11.592	6,6%	3.316	1,9%
Pai, mãe, padrasto, madrasta ou Sogro(a)	2.011.692	9,8%	1.081.123	53,7%	930.569	46,3%	470.059	23,4%	347.124	17,3%	113.384	5,6%
Outro parente	814.619	4,0%	517.194	63,5%	297.425	36,5%	156.715	19,2%	105.900	13,0%	34.809	4,3%
Empregado(a) Doméstico(a) e/ou parente dele(a)	17.669	0,1%	15.163	85,8%	2.506	14,2%	1.833	10,4%	527	3,0%	147	0,8%
Individual em domicílio coletivo	124.891	0,6%	48.377	38,7%	76.514	61,3%	34.953	28,0%	23.689	19,0%	17.872	14,3%
Número de banheiros												
Zero banheiros	1.097.342	5,4%	695.919	63,4%	401.423	36,6%	262.020	23,9%	124.218	11,3%	15.185	1,4%
Um banheiro	12.357.352	60,5%	7.946.541	64,3%	4.410.811	35,7%	2.778.112	22,5%	1.427.575	11,6%	205.124	1,7%
Dois banheiros	4.973.467	24,3%	3.510.843	70,6%	1.462.624	29,4%	931.764	18,7%	446.274	9,0%	84.586	1,7%
Três banheiros	1.416.524	6,9%	1.088.029	76,8%	328.495	23,2%	215.092	15,2%	91.842	6,5%	21.561	1,5%
Quatro banheiros	387.697	1,9%	313.982	81,0%	73.715	19,0%	48.183	12,4%	20.647	5,3%	4.885	1,3%
Cinco ou mais banheiros	201.696	1,0%	169.231	83,9%	32.465	16,1%	21.493	10,7%	8.257	4,1%	2.715	1,3%
Densidade entre Moradores e Dormitório												
Até 1	9.515.658	46,6%	6.251.389	65,7%	3.264.269	34,3%	2.127.186	22,4%	1.005.512	10,6%	131.571	1,4%
De 1 a 2	8.820.205	43,2%	6.049.169	68,6%	2.771.036	31,4%	1.724.954	19,6%	886.907	10,1%	159.175	1,8%
De 2 a 3	1.539.476	7,5%	1.038.569	67,5%	500.907	32,5%	298.790	19,4%	168.877	11,0%	33.240	2,2%
De 3 a 4	357.928	1,8%	244.803	68,4%	113.125	31,6%	68.676	19,2%	37.655	10,5%	6.794	1,9%
4 e mais	200.814	1,0%	140.617	70,0%	60.197	30,0%	37.059	18,5%	19.861	9,9%	3.277	1,6%
Especie da unidade doméstica												
Unipessoal	2.696.888	13,2%	1.616.613	59,9%	1.080.275	40,1%	723.215	26,8%	329.516	12,2%	27.544	1,0%
Nuclear	10.031.810	49,0%	7.119.366	71,0%	2.912.444	29,0%	1.922.971	19,2%	870.760	8,7%	118.713	1,2%
Estendida	7.131.943	34,9%	4.615.680	64,7%	2.516.263	35,3%	1.497.436	21,0%	849.983	11,9%	168.844	2,4%
Composta	593.111	2,9%	386.254	65,1%	206.857	34,9%	117.156	19,8%	70.511	11,9%	19.190	3,2%

Tabela 4 - Idosos segundo o nível de deficiência motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao domicílio, Brasil, 2010. (completa)

Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações dos dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

	Ñ Deficientes				Deficientes							
	TOTAL IDOSOS				Deficientes		Alguma Dificuldade		Grande Dificuldade		Ñ consegue modo algum	
	População	%	População	%	População	%	População	%	População	%	População	%
Situação de domicílio												
Urbano	3.911.019	71,7%	2.425.422	62,0%	1.485.597	38,0%	905.647	23,2%	494.224	12,6%	85.726	2,2%
Rural	1.540.496	28,3%	1.003.300	65,1%	537.196	34,9%	351.646	22,8%	162.340	10,5%	23.210	1,5%
Tipo de especie												
Casa	5.116.145	93,9%	3.191.730	62,4%	1.924.415	37,6%	1.193.462	23,3%	629.340	12,3%	101.613	2,0%
Casa de vila ou em condomínio	43.053	0,8%	27.545	64,0%	15.508	36,0%	9.891	23,0%	4.971	11,5%	646	1,5%
Apartamento	265.427	4,9%	195.361	73,6%	70.066	26,4%	47.401	17,9%	17.975	6,8%	4.690	1,8%
Asilo, orfanato e similares com morador	10.883	0,2%	3.521	32,4%	7.362	67,6%	3.183	29,2%	2.535	23,3%	1.644	15,1%
Outros	15.772	0,3%	10.404	66,0%	5.368	34,0%	3.317	21,0%	1.719	10,9%	332	2,1%
Relação de parentesco com o responsável pelo domicílio												
Pessoa responsável pelo domicílio	3.397.612	62,3%	2.169.109	63,8%	1.228.503	36,2%	802.439	23,6%	390.937	11,5%	35.127	1,0%
Cônjuge ou companheiro(a) de sexo diferente	1.271.803	23,3%	847.642	66,6%	424.161	33,4%	277.871	21,8%	124.353	9,8%	21.937	1,7%
Cônjuge ou companheiro(a) do mesmo sexo	254	0,0%	157	61,8%	97	38,2%	79	31,1%	18	7,1%	-	0,0%
Filho(a), Enteado(a), Genro ou Nora	52.495	1,0%	40.403	77,0%	12.092	23,0%	7.051	13,4%	3.915	7,5%	1.126	2,1%
Pai, mãe, padrasto, madrastra ou Sogro(a)	478.359	8,8%	226.772	47,4%	251.587	52,6%	116.669	24,4%	98.279	20,5%	36.639	7,7%
Outro parente	234.034	4,3%	136.424	58,3%	97.610	41,7%	49.178	21,0%	36.111	15,4%	12.321	5,3%
Empregado(a) Doméstico(a) e/ou parente dele(a)	3.968	0,1%	3.184	80,2%	784	19,8%	523	13,2%	190	4,8%	71	1,8%
Individual em domicílio coletivo	12.991	0,2%	5.030	38,7%	7.961	61,3%	3.484	26,8%	2.761	21,3%	1.716	13,2%
Número de banheiros												
Zero banheiros	740.485	13,6%	467.128	63,1%	273.357	36,9%	176.101	23,8%	85.855	11,6%	11.401	1,5%
Um banheiro	3.365.589	62,0%	2.057.278	61,1%	1.308.311	38,9%	808.951	24,0%	432.556	12,9%	66.804	2,0%
Dois banheiros	929.605	17,1%	602.194	64,8%	327.411	35,2%	201.499	21,7%	104.719	11,3%	21.193	2,3%
Três banheiros	266.474	4,9%	191.110	71,7%	75.364	28,3%	48.029	18,0%	21.740	8,2%	5.595	2,1%
Quatro banheiros	79.773	1,5%	61.538	77,1%	18.235	22,9%	11.322	14,2%	5.717	7,2%	1.196	1,5%
Cinco ou mais banheiros	48.764	0,9%	39.307	80,6%	9.457	19,4%	6.030	12,4%	2.578	5,3%	849	1,7%
Densidade entre Moradores e Dormitório												
Até 1	2.252.432	41,5%	1.359.192	60,3%	893.240	39,7%	573.507	25,5%	282.423	12,5%	37.310	1,7%
De 1 a 2	2.448.152	45,1%	1.574.071	64,3%	874.081	35,7%	534.261	21,8%	286.960	11,7%	52.860	2,2%
De 2 a 3	545.514	10,0%	358.266	65,7%	187.248	34,3%	110.563	20,3%	63.621	11,7%	13.064	2,4%
De 3 a 4	123.596	2,3%	84.261	68,2%	39.335	31,8%	22.712	18,4%	13.891	11,2%	2.732	2,2%
4 e mais	60.995	1,1%	42.764	70,1%	18.231	29,9%	10.890	17,9%	6.269	10,3%	1.072	1,8%
Especie da unidade doméstica												
Unipessoal	611.906	11%	342202	56%	269641	44%	178347	29%	84407	14%	6887	1%
Nuclear	2.321.090	42,7%	1.543.244	66%	777.702	33,5%	509.383	21,9%	236.405	10,2%	31.914	1,4%
Estendida	2.299.349	42,3%	1.410.016	61,3%	888.971	38,7%	522.662	22,7%	305.741	13,3%	60.568	2,6%
Composta	205.500	3,8%	127.459	62,0%	78.001	38,0%	43.100	21,0%	27.144	13,2%	7.757	3,8%

Tabela 5 - Idosos segundo o nível de deficiência motora, segundo variáveis sociodemográficas relativas ao domicílio, Nordeste, 2010. (completa)

Fonte: Elaborada pelo autor com base nas informações dos dados básicos do Censo Demográfico Brasileiro, 2010 – IBGE

REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz, **A transição demográfica e a janela de oportunidade**, 2008. Disponível em: < <http://pt.braudel.org.br/pesquisas/arquivos/downloads/a-transicao-demografico-e-a-janela-de-oportunidade.pdf> >. Acesso em: 14 Jul. 2015.

ALVES, Luciana Correia; RODRIGUES, Roberto Nascimento. **Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil**. Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 17, n. 5-6, June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000500005>.

ALVES, Luciana Correia et al. **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, Ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800019>

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. **Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. **Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 mar. 2015. Epub 07-Maio-2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000300010>.

ANDRADE, Mônica Viegas, NORONHA, Kenya Valéria Micaela de Souza, MENEZES, Renata de Miranda, SOUZA, Michelle Nepomuceno, REIS, Carla de Barros, MARTINS, Diego Resende, GOMES, Lucas, **Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008**, Economia Aplicada, v. 17, n. 4, 2013, pp. 623-645

ARAUJO, José Duarte de. **Polarização epidemiológica no Brasil**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 Mai. 2015. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400002>.

AZEVEDO, Ana Lucia Soares de et al. **Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Setembro. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134812>.

BARBOSA, Maria de Fátima Miranda, **Envelhecimento populacional: um diagnóstico dos idosos institucionalizados, em Natal/RN**, Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, 2014. Disponível em: <https://sigaa.ufrn.br/sigaa/public/programa/documentos.jsf?lc=pt_BR&id=5570&idTipo=1>. Acesso em 17 Mar. 2015.

BERENSTEIN, Cláudia Koepfel; WAJNMAN, Simone. **Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, Out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000011>.

BERQUÓ, Elza, **Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FIM DO SÉCULO, 1996, Brasília. Anais, Brasília, 1996. p. 16-34.

BRASIL. Decreto nº 3.048 de 6 de maio de 1999. Diário Oficial da União, **Regulamento da Previdência Social**, Brasília, seção VI, subseção I, art. 43, 07 de maio de 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em 27 Jan. 2015.

BRENES-CAMACHO, Gilbert, **El ritmo de la convergencia del envejecimiento poblacional en América Latina: Oportunidades y retos**, Revista Latinoamericana de Población, ano 3, número 4-5, p. 9-26, 2009. Disponível em: <http://www.alapop.org/2009/index.php?option=com_content&view=article&id=671&Itemid=324>. Acesso em: 28 Jan. 2015.

BRITO, Fausto, **A transição demográfica no contexto internacional**, TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 307, Belo Horizonte, UFMG/Cedeplar, Setembro de 2007, 29p. Disponível em: < <http://cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20317.pdf>>. Acesso em: 20 Mar. 2015.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. Rev. bras. estud. popul., São Paulo , v. 25, n. 1, p. 5-26, June 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982008000100002>.

BRITO, Fausto, **A reinvenção da transição demográfica: envelhecer antes de enriquecer?**, TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 401, Belo Horizonte, UFMG/Cedeplar, Setembro de 2010. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20401.pdf>>. Acesso em: 20 Mar. 2015.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos, **Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG), 2007**, Tese, Belo Horizonte, MG, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG, 2008. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/2008/Mirela_Castro_Santos_Camargos.pdf>. Acesso em: 17 Mar. 2015.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto Nascimento. **Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, Abril. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400015>.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; RODRIGUES, Roberto Nascimento; MACHADO, Carla Jorge. **Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho**. Rev. bras. estud. popul., São Paulo, v. 28, n. 1, Junho 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982011000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Jan. 2015, <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982011000100012>.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; GONZAGA, Marcos Roberto. **Live longer and better? Estimates of healthy life expectancy in the Brazilian population.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1460-1472, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701460&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Agosto 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00128914>.

CAMARANO, Ana Amélia, et al, **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** / Livro (Organizadora) – Rio de Janeiro: Ipea, 2010. 350 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 17 Mar. 2015.

CARVALHO, J.A.M. e GARCIA, R.A., **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 3, 2003, p. 725-733.

CARVALHO, Fabrício Franco et al. **Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte.** Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200011>.

CERQUEIRA, Marília Borborema Rodrigues, **Envelhecimento populacional e população institucionalizada – um estudo de caso dos asilos do município de montes claros**, [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte/MG, UFMG/Cedeplar, 2003. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2003/Marilia_Borborema_Rodrigues_Cerqueira.pdf>. Acesso em 16 Mar. 2015.

CERQUEIRA, Cezar Augusto; MACIEL, Diêgo Bezerra de Melo, **Investigação dos perfis dos estabelecimentos escolares nordestinos: uma aplicação do grade of membership**, Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG –Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/tema_1/abep2010_2173.pdf>. Acesso em 16 Ago. 2015.

CHAIMOWICZ, Flávio; GRECO, Dirceu B., **Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte**, Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 5, Oct. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89101999000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Jan. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101999000500004>.

CLOSS, Vera Elizabeth; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. **A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Mar. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300006>.

DE LIMA, A.L.B. and de Lima, K.C., **Activity Limitation in the Elderly People and Inequalities in Brazil**, 2014. Open Access Library Journal, 1: e739. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4236/oalib.1100739>>. Acesso em: 18 Mar. 2015.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. **A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas**. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 8, n. 2, p. 187-193, Jun. 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 jul. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.

FORMIGA, Maria Célia de Carvalho, SILVEIRA, Kalline Fabiana, RAMOS, Paulo César Formiga, COSTA, Nilma Dias Leão, **Octogenários da Região Nordeste do Brasil: Concentração Espacial e Perfil Sociodemográfico**, Trabalho apresentado no XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/ST38\[863\]ABEP2012.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/ST38[863]ABEP2012.pdf)>. Acesso em 25 Jun 2015.

GONZÁLEZ, Daniela; STANG, Fernanda. **Las personas con discapacidad en América Latina a 20 años de los consensos de El Cairo: la necesidad de información para políticas y programas**, Trabalho apresentado no VI Congresso da Associação Latinoamericana de População, realizado em Lima, Perú, de 12 a 15 de agosto de 2014. Disponível em: <http://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/s1420536_es.pdf>. Acesso em: 21 de jan. 2015.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**, 2007. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015471711102013171529343967.pdf>>. Acesso em: 17 Mar. 2015.

IBGE. **Projeção da população do Brasil. Revisão 2008.** Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>, Acesso em 12 Jul. 2010.

IBGE. **Metodologia do censo demográfico 2010**, 2013. Rio de Janeiro, 712 p. - (Relatórios metodológicos, ISSN 0101-2843; v. 41). Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/499CV>>. Acesso em: 17 Mar. 2015.

JOHNSON, Richard A. e WICHERN, Dean W., **APPLIED MULTIVARIATE STATISTICAL ANALYSIS**, 6^a.ed. New Jersey, Pearson Education, Inc., 2007, p. 716-739.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; PEIXOTO, Sérgio Viana; GIATTI, Luana. **Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000)**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.13, n.4, 2004, p. 21–228.

MINGOTI, Sueli Aparecida, **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**, 2^a reimpressão 2010, Belo Horizonte, Editora UFMG, 2005, p.257-266.

NERI, M.C. e SOARES, W.L., **Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência**, R. bras. Est. Pop., Campinas, v. 21, n. 2, p. 303-321, jul./dez. 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol21_n2_2004/vol21_n2_2004_9arti_go_p303a321.pdf>. Acesso em: 16 Mar. 2015.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza, ANDRADE, Mônica Viegas, **O efeito da distribuição de renda sobre o estado de saúde individual no Brasil**, pesquisa e planejamento econômico – ppe, v.37, n.3, dez 2007. Disponível em: <<http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/viewFile/103/1020>>. Acesso em: 28 Jan. 2015.

OMRAM A. R. **The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change**. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1971; 49(4):509-583.

OMRAM, A. R., **The epidemiologic Transition**, International Encyclopédia of Population, New York: The Free Press, 1982. p. 172-183

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), **Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. World Population Prospects: The 2015**, Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015%20Highlights_excerpt%20for%201%20October_4.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2015.

PRATA, Pedro Reginaldo. **A transição epidemiológica no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, Jun 1992. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000200008>.

RIANI, J. L. R., MARINHO, K. R. L., FERREIRA, F. P. M., CAMARGOS, M. C. S., **Mercado de trabalho e diferenciais de rendimento da população idosa – Minas Gerais (Brasil), 2011**, Trabalho apresentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado em Lima, Perú, de 12 a 15 de agosto de 2014. Disponível em: http://www.alapop.org/Congreso2014/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2014_FINAL5.pdf. Acesso em: 22 maio 2015.

RIGOTTI, José Irineu Rangel, **Transição Demográfica**, Educ. Real., Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 467-490, maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/edreal/v37n2/08.pdf>> Acesso em: 22 jun. 2015.

ROWLAND, Donald T., *Demographic Methods and Concepts*, 4ª.ed. New York, Oxford University Press, 2010, p.45-71.

TRIOLA, Mario F., *Introdução à Estatística*, 10ª.ed. Rio de Janeiro, LTC Editora, 2008, p. 472-477

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. **Transição demográfica: a experiência brasileira**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>.

VERAS, Renato. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 3, Junho, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.

WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, J. A.. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas.** Rev. bras. estud. popul., São Paulo , v. 23, n. 1, p. 5-26, jun. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982006000100002>.