

Epidemiologia do envelhecimento

Maria Lúcia Lebrão¹

A idéia do Brasil como um país jovem sempre esteve presente na nossa mente e desenhou o nosso horizonte. No entanto, de repente, nos percebemos grisalhos. A pergunta que se faz é: como isso aconteceu?

A estrutura por idade e sexo de uma população, num dado momento, é o resultado da sua dinâmica durante um longo período, isto é, do comportamento dos nascimentos, das mortes e das migrações nos últimos cem anos. É essa estrutura que condiciona a evolução da população, no sentido do seu crescimento, ou não, pois o que determina esse crescimento são a fecundidade e a mortalidade que, por sua vez, estão diretamente relacionados à idade e sexo (BERQUÓ, 1991)

A população brasileira, assim como a da América Latina e Caribe, vem sofrendo, nas últimas cinco décadas, transições decorrentes de mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade, em ritmos nunca vistos anteriormente. Essas mudanças fizeram com que a população passasse de um regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade para outro, primeiramente com baixa mortalidade e, a seguir, baixa fecundidade. Isso levou a um envelhecimento da população. Quando se compara a proporção de jovens (menores de 15 anos) no Brasil, no ano de 1940 – 42,6% - com a de 2000 – 29,6% e a proporção de idosos (60 anos e mais) nos mesmos anos, 4,1% e 8,6%, respectivamente, tem-se uma idéia das transformações sofridas pela nossa população.

A essas mudanças dá-se o nome de **transição demográfica**, que significa a passagem de um regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade para outro com baixa natalidade e baixa mortalidade.

Embora o envelhecimento da população brasileira já pudesse ser prenunciado no início do século 20, pela queda da mortalidade, só por volta de 1960 é que esse fenômeno se estabeleceu realmente, com a queda brutal da fecundidade, passando de 6,2 filhos por mulher em 1940 para apenas 2,01 em 2007 (DATASUS, 2007). Se atentarmos para o fato

de que 2,1 filhos por mulher é o valor de reposição da população, breve teremos uma população mais envelhecida ainda.

Dessa forma, o processo de envelhecimento depende, também, da dinâmica da população **mais jovem** que 60 anos: se esta população crescer tão ou mais rapidamente do que a população mais idosa, algumas questões como o apoio às pessoas idosas podem ser menos problemáticas, mesmo que o crescimento absoluto da população mais idosa tenha suas próprias conseqüências econômicas. O que importa é o **crescimento relativo** dos dois segmentos da população: na medida em que a população de 60 anos e mais cresça mais rapidamente do que a população abaixo de 60 anos, haverá um maior envelhecimento. E é exatamente isso que se vê ocorrer no Brasil. Desde as décadas de 50/60, o crescimento do contingente idoso é maior, supondo-se que chegue em 2015/25 a ser cinco vezes o da população total (PALLONI; PELÁEZ, 2003).

Dentro desse panorama, a parcela dos muito idosos, ou seja, aqueles com 80 anos e mais, tem um crescimento ainda maior do que as restantes, pois cresce cerca de 4% ao ano, isto é, a uma taxa de 0,04, bem maior do que o crescimento da população total (0,008).

O processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu muito tempo depois de eles terem adquirido padrões elevados de vida, reduzido desigualdades sociais e econômicas e implementado um número de estratégias institucionais para compensar os efeitos das desigualdades residuais, ao menos na área de acesso aos serviços de saúde. O desenvolvimento social e econômico na América do Norte e Europa Setentrional e Ocidental já estava determinado quando as demandas de uma sociedade que envelhecia (e mesmo as preocupações sobre isso) foram reconhecidas. Ou seja, "os países desenvolvidos primeiro ficaram ricos e depois envelheceram; nós estamos ficando velhos antes de ficarmos ricos" (WHO, 2001). Em quase todos os países da América Latina e Caribe, um processo de envelhecimento altamente comprimido começa a

¹Professora Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Contato: mllebr@usp.br

ocorrer no meio de economias frágeis, níveis altos de pobreza, desigualdades sociais e econômicas e, contraindo mais do que expandindo, o acesso aos serviços e recursos coletivamente financiados (PALLONI; PELÁEZ, 2003).

O cronograma relativamente comprimido do envelhecimento na região pode, em parte pelo menos, ser traçado pela revolução médica e de saúde pública que provocou o declínio da mortalidade há quase meio século. As pessoas que estão alcançando os 60 anos depois de 2000 são aquelas que vivenciaram todos os benefícios da tecnologia em saúde introduzida durante o período pós Segunda Guerra Mundial, principalmente aquela relativa à sobrevivência na primeira infância.

Portanto, os idosos da região nascidos anteriormente à Segunda Guerra, estiveram expostos à desnutrição e outras doenças em uma etapa precoce da vida, diferentemente do que sucede nos países industrializados que foram testemunhas de um aumento estável do padrão de vida. Acredita-se que essa exposição possa ter efeitos fisiológicos duradouros que podem afetar consideravelmente o estado de saúde dos adultos (PALLONI; PINTO-AGUIRRE; PELÁEZ, 2002).

Por causa da maior esperança de vida das mulheres e da tendência dos homens ao recasamento, as mulheres viúvas ultrapassam dramaticamente os homens viúvos em todos os países. Mulheres idosas que estão sozinhas são altamente vulneráveis à pobreza e isolamento social. Usando dados do Estudo "Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento" (SABE), Santos (2003), mostrou que a proporção da esperança de vida sem incapacidade para o sexo feminino é menor do que para o masculino às idades de 60 e 75 anos.

Concomitantes a essas mudanças demográficas ocorrem outras mudanças no comportamento da mortalidade e morbidade da população que deram origem ao conceito de **transição epidemiológica** proposto por Omran, em 1971 (OMRAN, 1971). Segundo o autor, a teoria da transição epidemiológica está focalizada na complexa mudança dos padrões de saúde e doença e nas interações entre esses padrões e seus determinantes e conseqüências. Essas mudanças dos padrões dizem respeito à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não-transmissíveis.

Há autores que preferem o termo "transição da saúde", pois dizem que, a rigor, estão envolvidos dois aspectos básicos da saúde nas populações huma-

nas. Por um lado, está a transição das condições de saúde, isto é, os processos de saúde e doença que definem o perfil epidemiológico de uma população, expressado em termos de morte, doença e invalidez. Por outro lado, está a resposta social organizada a essas condições, que se instrumentaliza por meio do sistema de atenção à saúde. A transição da atenção à saúde tem atuado de maneira importante sobre a transição epidemiológica, pois as novas tecnologias têm sido aplicadas à população através do sistema de atenção da saúde. Um dos mecanismos para as mudanças nas principais causas de morte tem sido a redução dos coeficientes de letalidade² de algumas doenças (FRENK *et al.*, 1991).

Embora transição demográfica e transição epidemiológica não sejam a mesma coisa, pois a transição epidemiológica implica em mudanças nos padrões de morbidade, além da mortalidade, há uma relação fundamental entre elas, pois a queda inicial da mortalidade se concentrou nas causas de morte infecciosas. Por outro lado, a queda da fecundidade afeta a estrutura da população por idades e repercute no perfil de morbidade, pois a proporção crescente de pessoas de idade avançada aumenta a importância das doenças crônicas e degenerativas. Dessa forma, as doenças passam de um processo agudo que termina em cura ou morte, para um estado crônico que as pessoas sofrem durante longos períodos da vida (FRENK *et al.*, 1991) e que quando não adequadamente controlados podem gerar incapacidades, comprometendo significativamente a qualidade de vida dessas pessoas.

Omran (1971), no seu trabalho a respeito da transição epidemiológica, estabelece cinco proposições. Na primeira delas o autor estabelece a premissa de que a mortalidade é fator fundamental na dinâmica populacional. A segunda propõe que, durante a transição, ocorrem mudanças de longa duração nos padrões de mortalidade e morbidade onde as pandemias de doenças infecciosas são gradualmente substituídas pelas doenças degenerativas e provocadas pelo homem como a forma mais importante de morbidade e a principal causa de morte.

No tempo em que essa teoria foi proposta acreditava-se que o declínio da mortalidade havia chegado ao nível mais baixo possível e os ganhos na esperança de vida caminhariam a passos lentos e, pensava-se que sete décadas de vida era o mais próximo desse limite. No entanto, dados internacionais de tendência da mortalidade específica por causas

² Coeficiente de letalidade é igual ao número de óbitos por determinada causa dividido pelo número de doentes pela mesma causa.

indicam que a maioria da queda dos coeficientes de mortalidade específica por idade está ocorrendo como um resultado do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares.

Porém, na América Latina, o processo de transição epidemiológica não pode ser considerado de forma tão linear como o fizeram autores anteriores. FRENK *et al.* (1991) chamam a atenção para a situação de saúde vivida pelo Brasil e que compreenderia superposição de etapas, ou seja, embora tenhamos doenças do desenvolvimento, ainda é grande a proporção de doenças de países não desenvolvidos. Enquanto há uma proporção bastante alta de óbitos por doenças do aparelho circulatório, a proporção de doenças infecciosas e parasitárias ainda é bem diferente da dos países desenvolvidos. Doenças que se pensava extintas, em dado momento retornam, como, por exemplo, a febre amarela e a dengue.

Essas situações golpeiam os países em desenvolvimento mais duramente. Embora esses países continuem lutando com as doenças infecciosas, má-nutrição e complicações do parto, eles são confrontados com o rápido crescimento das doenças não-transmissíveis. Essa “dupla carga da doença” comprime os já escassos recursos ao limite. A mudança das doenças transmissíveis para as não-transmissíveis ocorre rapidamente no mundo em desenvolvimento, onde doenças crônicas tais como doença do coração, câncer e depressão estão se tornando, rapidamente, as principais causas de morte e incapacidade (WHO, 2001).

Quais as conseqüências desse envelhecimento para um país em desenvolvimento como o nosso? Há várias opiniões sobre o que acontecerá com a saúde da população idosa. Uma delas diz que será possível que cada vez mais pessoas morram nas idades mais tardias; ou seja, a curva da mortalidade será empurrada para a frente, isto é, toda a coorte se movendo para o ponto de máxima idade ao morrer. Essa tendência será acompanhada pela curva da morbidade, de tal modo que haverá maior sobrevida sem incapacidade.

Uma segunda vertente acredita que conforme aumenta o tempo total de vida, as curvas da morbidade e incapacidade não acompanham e, portanto, mais anos serão vividos com má saúde ou dependência. Uma terceira opinião diz que a investigação científica pode levar a grandes incrementos da esperança de vida mediante a modificação dos processos de

envelhecimento. De acordo com essa teoria, as três curvas – mortalidade, morbidade e incapacidades – se moveriam paralelamente.

Ainda uma quarta linha é a de que as tendências da mortalidade, a freqüência das doenças crônicas e a conservação da autonomia poderiam ser influenciadas de maneira independente mediante intervenções que retardassem o início da doença ou reduzissem suas conseqüências incapacitantes. Se se aceita que as tendências da mortalidade, morbidade crônica e incapacidade têm possibilidades independentes de melhorar, então podem ser feitas ações específicas que influam sobre cada uma delas de maneira diferente. A prevenção primária (por exemplo, melhoria da nutrição e redução do consumo de fumo e álcool), com certeza poderia influir nos três fatores, retardando o início de doenças crônicas progressivas e aumentando a sobrevivência e a proporção de pessoas que sobrevivem sem doenças em determinadas idades (OMS, 1984).

Resultados do Estudo SABE, quando comparados dois grupos de mesma idade – 60 a 64 anos –, mas pertencentes a coortes diferentes, mostram um aumento nas doenças crônicas na coorte mais recente³.

Tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, as doenças crônicas são significativas e causa de incapacidade e reduzida qualidade de vida dos idosos. Ações de promoção da saúde e mudanças de hábitos podem diminuir as conseqüências dessas doenças, como vem ocorrendo nos EUA, com a queda das incapacidades em relação àquilo que era esperado.

Para sabermos que rumos as populações tomarão, teremos que esperar mais algumas décadas. Mas, uma coisa é certa: teremos que mudar o paradigma atual. A idéia de pessoas idosas associada a doenças e dependência tem que ser substituída por mudanças que os façam permanecer mais tempo ativos e independentes.

Referências Bibliográficas

- BERQUÓ, E.S. Fatores estáticos e dinâmicos – mortalidade e fecundidade. In: SANTOS, J.L.F.; LEVY, M.S.F.; SZMRECSÁNYI, T. (org) **Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise**. 1ª reimpressão. São Paulo: TA Queiróz, 1991 p 21-85
- DATASUS. Indicadores de Dados Básicos para a Saúde, 2007. Disponível em www.datasus.gov.br/cgi/idx2007/a05.htm. Acessado em janeiro de 2009.
- FRENK, J.; FREJKA, T.; BOBADILHA, J.L.; STERN, C.; LOZANO, R.; SEPULVEDA, J.M. La transición epidemiológica em América Latina. **Bol of Sanit Panam**, 111(6), 1991.
- OMRAN, A. **The epidemiologic transition: a theory**

³ Esses e outros dados a respeito dessa pesquisa podem ser encontrados no site www.fsp.usp.br/sabe

of the epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1971, 49 (Part 1): 509-538

ORGANIZACION Mundial de la Salud. **Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos.** Ginebra, 1984. Serie de Informes Técnicos, 706.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (org). **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p.13-32

PALLONI, A.; PINTO-AGUIRRE, G.; PELÁEZ, M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. **International Journal of Epidemiology** 31, 2002. p.762-771.

SANTOS JLF Análise da sobrevivência sem incapacidades. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (org). **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p.167-181

WORLD Health Organization. Health and Ageing. **A discussion paper.** Geneva, 2001.