

Saúde Coletiva

Editorial Bolina

editorial@saudecoletiva.com.br

ISSN (Versión impresa): 1806-3365

BRASIL

2007

Maria Lúcia Lebrão

O ENVELHECIMENTO NO BRASIL: ASPECTOS DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA
E EPIDEMIOLÓGICA

Saúde Coletiva, bimestral, año/vol. 4, número 017

Editorial Bolina

São Paulo, Brasil

pp. 135-140

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>



O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica

O presente artigo aborda os principais aspectos que envolvem o envelhecimento da população brasileira, e traz uma reflexão sobre a necessidade de mudança de paradigma das políticas assistenciais direcionadas às pessoas idosas com ênfase na saúde pública.

Descritores: Envelhecimento, Epidemiologia, Políticas públicas.

The present article approaches the main aspects that involve the aging of the Brazilian population and brings a reflection on the necessity of change of paradigm of the directed politics to elderly people with emphasis in the public health.

Descriptors: Aging, Epidemiology, Public politics.

El actual artículo acerca a los aspectos principales que implican el envejecimiento de la población brasileña y trae una reflexión en la necesidad del cambio del paradigma de la política dirigida a los adultos mayores con énfasis en la salud pública.

Descritores: Envejecimiento, Epidemiologia, Políticas públicas.



Maria Lúcia Lebrão

Médica. Professora Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública/USP. Coordenadora do Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento.
mllebr@usp.br



Recebido: 12/08/2007

Aprovado: 03/09/2007

INTRODUÇÃO

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

A estrutura por idade e sexo de uma população, em um 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 100 anos. É essa estrutura que condiciona a evolução da população, no sentido do seu crescimento, ou não, pois o que determina esse crescimento é a fecundidade e a mortalidade que, por sua vez, são fatores que estão diretamente relacionados à idade e sexo¹.

A população brasileira, assim como a da América Latina e Caribe, vêm 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 altas natalidade e mortalidade para outro, primeiramente com baixa mortalidade e a seguir, baixa fecundidade. Isso levou a um envelhecimento da população.

ABORDANDO A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

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 representação gráfica da distribuição da população segundo idade e sexo, ou seja, a pirâmide populacional, em intervalo de tempo de 50 anos, dá a visão dessa grande modificação.

A uma pirâmide de forma piramidal, com base larga, paredes inclinadas e ápice pontiagudo, segue-se outra com forma que caminha a passos largos para o que se convencionou cha-

mar de “barril” ou “bala de canhão”. 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.

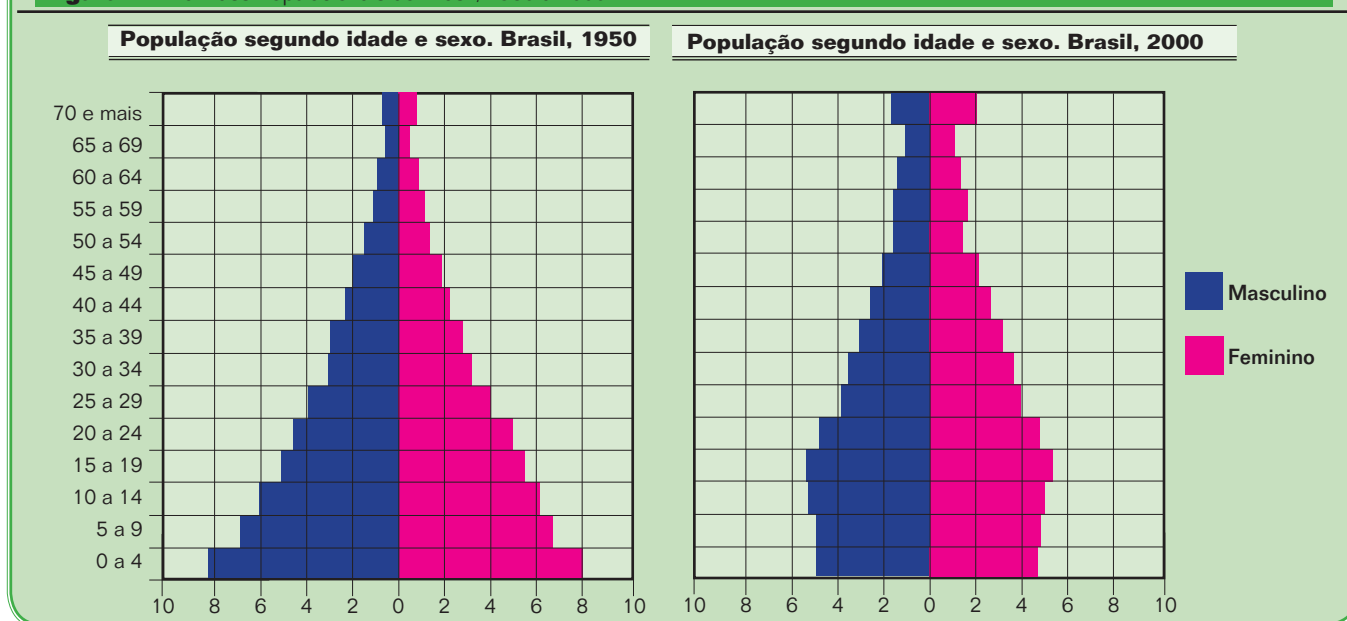
De maneira esquemática, pode-se dividir os países, quanto à sua transição demográfica, em três tipos: os de iniciação precoce da transição; os de iniciação tardia e aqueles que ainda não iniciaram a sua transição. No primeiro grupo estão, por exemplo, os países europeus ocidentais, que fizeram a sua transição há séculos. No segundo grupo estão os países da América Latina e Caribe, que iniciaram esse processo há cerca de 50 anos. E, finalmente, os países africanos, que ainda não iniciaram seu processo de transição demográfica, ou seja, ainda têm uma estrutura jovem de população.

Embora o envelhecimento da população brasileira já pudesse ser prenunciado no início do século XX, pela queda da mortalidade, só por volta de 1950 é que esse fenômeno se estabeleceu realmente, com o declínio brutal da fecundidade, que passou de 6,2 filhos por mulher em 1940 para apenas 2,3 em 2000 e 2,1 em 2003.

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. Alguns estados brasileiros já vivem essa situação, por exemplo, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que têm taxas de fecundidade de 1,7 filhos por mulher.

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 cresça mais rapidamente do que a população abaixo de 60 anos, haverá um maior envelhecimento. E é exatamente

Figura 1: Pirâmides Populacionais do Brasil, 1950 a 2000.



Fonte: Datasus, 2007 (Disponível em www.datasus.gov.br)

isso que estamos vendo ocorrer no Brasil. Na tabela 1 podem-se observar as taxas de crescimento das populações de 60 anos e mais, e total. 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 total².

Tabela 1. Taxas de crescimento da população brasileira, idosa e total, em diferentes épocas

1950-60		1980-90		2015-25	
60 anos e +	Total	60 anos e +	Total	60 anos e +	Total
0,038	0,030	0,027	0,019	0,043	0,008

Fonte: Palloni e Peláez, 2003²

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.

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 estavam determinados 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; os países da América Latina e Caribe estão ficando velhos antes de serem ricos”⁴.

Nenhum país na América Latina apresenta uma história e um contexto institucional similares. Ao contrário: em quase todos os países, um processo de envelhecimento altamente comprimido começa a ocorrer no meio de economias frágeis, níveis crescentes de pobreza, aumentando, mais do que diminuindo, as desigualdades sociais e econômicas e, contraindo, mais do que expandindo, o acesso aos serviços e recursos coletivamente financiados².

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 II Guerra Mundial, principalmente aquela relativa à sobrevivência na primeira infância³. Na figura 2 pode ser observada a diferença temporal na transição demográfica dos países desenvolvidos e dos em desenvolvimento. O que ocorreu em mais de 200 anos na Europa Ocidental está acontecendo em poucas décadas na América Latina.

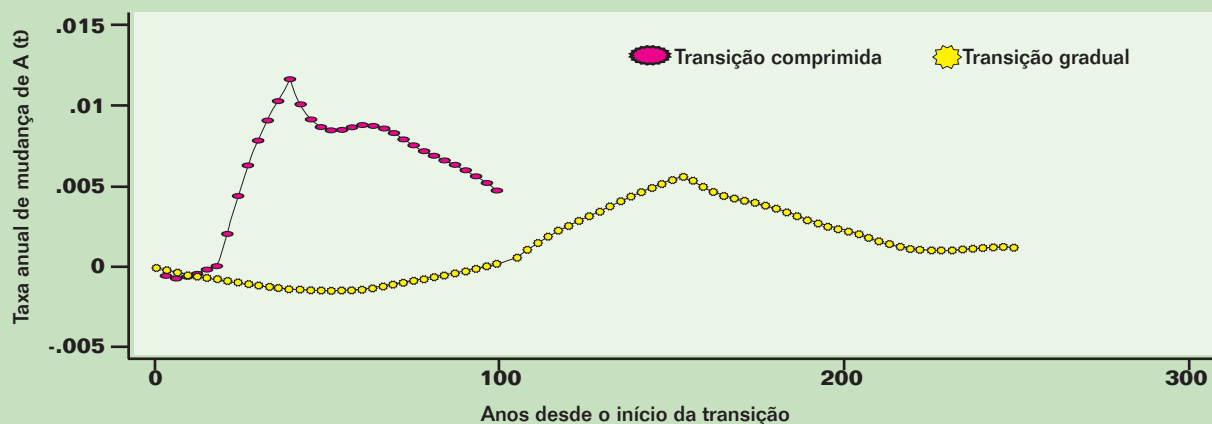
O crescimento da população idosa na América Latina está mais ligado às descobertas revolucionárias relativas às questões médicas e de saúde pública, principalmente a diminuição da mortalidade infantil que começou depois de 1930, e não, necessariamente, às melhorias nos padrões gerais de vida. Portanto, os idosos da região foram expostos à desnutrição e outras doenças, em uma etapa precoce da vida, diferentemente do que ocorreu nos países industrializados que foram testemunho de um aumento estável dos padrões de vida. Acredita-se que tais questões possam ter efeitos fisiológicos duradouros que podem afetar consideravelmente o estado de saúde dos adultos⁴.

Em resumo, a região está envelhecendo “prematuramente”, a composição por estado de saúde e incapacidade pode piorar e tornar-se desfavorável mais cedo do que tarde, e as redes familiares e domésticas estão perdendo terreno antes que mecanismos sociais para efetuar as transferências institucionais sejam adequadamente estabelecidos.

Um fenômeno que acompanha o envelhecimento da população é a feminização da velhice. As mulheres vivem mais do que os homens em quase todas as partes do mundo. Por exemplo, para idades de 65 anos e mais, havia 75 homens para cada 100 mulheres na Europa em 2005. No Brasil, o censo de 2000 acusou, para a mesma faixa etária, 82 homens para cada 100 mulheres e o Estudo SABE, no Município de São Paulo, mostrou, no mesmo período, a existência de 179 mulheres para cada 100 homens de 75 anos e mais.

Várias são as explicações para esse fenômeno como dife-

Figura 2: Tempo de transição demográfica nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.



Fonte: Palloni e Peláez, 2000⁴

renças biológicas (por exemplo: o fator de proteção conferido por hormônios femininos em relação à isquemia coronariana); diferenças de exposição às causas de risco de trabalho; diferenças no consumo de álcool e tabaco, que estão sabidamente associados às causas de mortes mais freqüentes na faixa etária acima dos 45 anos, como neoplasias e doenças do aparelho circulatório; diferenças de atitudes em relação à doença e incapacidade (as mulheres são mais atentas ao aparecimento de sintomas e sinais)⁶.

No entanto, ao mesmo tempo em que as mulheres têm a vantagem de viverem por mais tempo, elas estão mais expostas que os homens à violência doméstica e discriminação no acesso à educação, renda, alimentos, trabalho significativo, cuidado da saúde, heranças, medidas de segurança social e poder político. Essas desvantagens cumulativas significam que as mulheres têm comparativamente aos homens, maior possibilidade de serem pobres e de apresentarem incapacidades e múltiplos problemas de saúde nas idades mais longevas⁷.

Usando dados do Estudo SABE (pesquisa longitudinal para traçar as condições de vida e saúde dos idosos residentes no Município de São Paulo, realizada por meio de entrevistas domiciliares em 2000 e 2006)⁸ de 2000, Santos⁷, mostrou que embora a esperança de vida seja maior para as mulheres, a proporção dessa esperança de vida sem incapacidade é maior para o sexo masculino.

Devido à maior expectativa de vida das mulheres e da tendência dos homens de casarem com mulheres mais jovens e de recasarem se suas esposas morrerem, 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.

O papel tradicional das mulheres como cuidadoras da família, pode também contribuir para sua crescente pobreza e má saúde na idade avançada. Algumas mulheres são forçadas a desistir de empregos remunerados para exercer suas responsabilidades de cuidadoras. Outras, nunca tiveram acesso a empregos remunerados por conta de seu trabalho em tempo integral em papéis de cuidadoras não remuneradas, olhando as crianças, pais idosos, esposos doentes e netos. Assim, a provisão do cuidado da família é, freqüentemente, executada em detrimento da segurança econômica e boa saúde da mulher cuidadora na idade mais tardia⁷.

Concomitantes a essas mudanças demográficas ocorrem outras mudanças no comportamento da mortalidade e morbidade da população. Essas mudanças deram origem ao conceito de transição epidemiológica proposto por Omran⁹. 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 ao aumento das doenças não-transmissíveis. A Figura 3 mostra a evolução da mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas e causas externas.

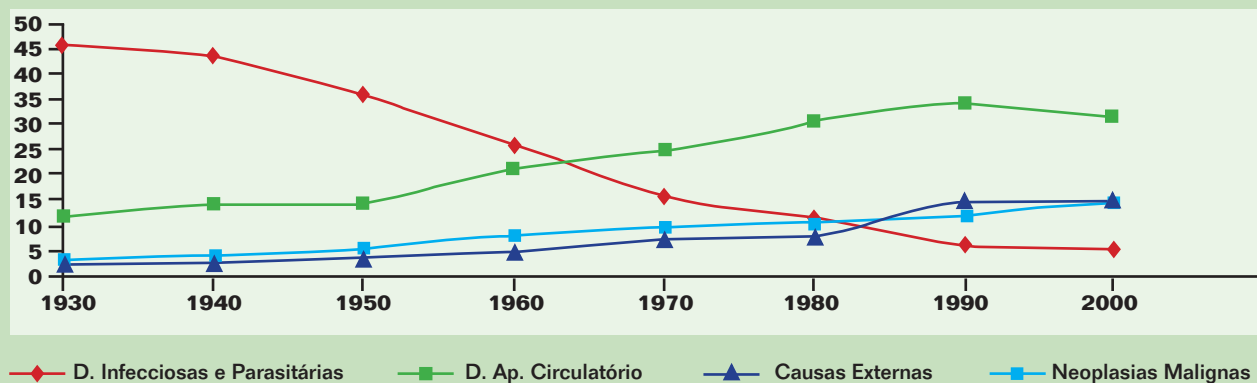
Alguns autores utilizam o termo "transição da saúde", pois dizem que, a rigor, estão envolvidos dois aspectos básicos da saúde nas populações humanas. Por um lado, está a transição das condições de saúde, isto é, os processos de saúde e doença que definem o perfil epidemiológico de uma população, expressado 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 saúde¹⁰. A transição da atenção à saúde tem influído de maneira importante sobre a transição epidemiológica, pois as novas tecnologias têm sido aplicadas à população por meio do sistema de atenção à saúde. Um dos mecanismos para as mudanças nas principais causas de morte tem sido a redução dos coeficientes de letalidade de algumas doenças (coeficiente de letalidade é igual ao número de óbitos por determinada causa dividido pelo número de doentes pela mesma causa).

A transição demográfica e a transição epidemiológica não são a mesma coisa, pois a transição epidemiológica implica em mudanças nos padrões de morbidade, além da mortalidade, havendo uma relação fundamental entre elas, pois a queda inicial da mortalidade se concentrou nas causas de mortes infecciosas.

Por outro lado, a queda da fecundidade afeta a estrutura da população por idades e repercute no perfil de morbidade, já que 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, freqüentemente, em morte, para um estado crônico que as pessoas sofrem durante longos períodos da vida¹⁰.

Omran estabeleceu algumas proposições em relação à transição epidemiológica. A primeira aponta a premissa de que a

Figura 3: Evolução das Causas de Mortalidade (%). Brasil, 1930 – 2000



Fonte: Radis/www.datasus.gov.br

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. Nesse momento ocorrem três sucessivos estágios da transição epidemiológica⁹.

1º. Idade da pestilência e da fome: caracterizada não por mudanças nas taxas médias de mortalidade, mas por uma estagnação das taxas de óbitos em níveis extremamente altos por um período que se acredita que tenha sido de milhares de anos. Durante esse estágio as taxas de morte flutuaram em níveis altos entre picos e depressões em resposta a epidemias que periodicamente devastavam as populações. Os “grandes matadores” nessa época incluíam gripe, pneumonia, diarreia, varíola, tuberculose e outras doenças relacionadas. Crianças e recém-nascidos eram dizimados por essas doenças, embora as mulheres em idade reprodutiva também enfrentassem um alto risco por causa das complicações da gravidez e do parto. Uma vez que a maior parte das causas durante esse período tendia a atingir principalmente os jovens, os efeitos na sobrevivência eram profundos de tal modo que a expectativa de vida oscilava entre 20 e 40 anos⁹;

2º. Idade da regressão das pandemias: é uma fase de transição caracterizada mais pelas rápidas mudanças nos componentes de nossa história epidemiológica. Durante esse estágio, os picos e depressões da mortalidade eram alisados inicialmente por rápidos incrementos em saneamento e padrões de vida com medidas médicas e de saúde pública contribuindo significativamente, com a melhoria das condições de saúde e sociais. Aqueles que poderiam ter sucumbido às doenças infecciosas e parasitárias sobreviveram dos anos iniciais para idades adultas e velhas onde eles enfrentam os elevados riscos de morrer de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. Como as doenças degenerativas e infecciosas tendem a matar nos extremos opostos da estrutura etária, a transformação nas causas de morte durante essa era resultou na redistribuição dos óbitos dos jovens para os mais velhos. Os efeitos mais favoráveis na sobrevivência foram, dessa forma, concentrados entre os recém-nascidos, as crianças e mulheres em idade reprodutiva. Durante esse estágio, a esperança de vida ao nascer aumentou para cerca de 50 anos⁹;

3º. Idade das doenças degenerativas e doenças causadas pelo homem: tem sido descrito basicamente como uma fase de platô na história epidemiológica, onde se alcançou um nível de equilíbrio na mortalidade, mas consideravelmente mais baixo do que aquele do primeiro estágio. Neste estágio, o ritmo do declínio nas taxas de mortalidade através das estruturas etárias diminui assim que os limites teóricos dos declínios da mortalidade são alcançados. As principais causas de morte para a população são as ditas doenças e agravos crônicos não transmissíveis, tais como doenças cardíacas, cerebrovasculares, neoplasias que tendem a matar em idades próximas do que se acreditava ser o fim do “span vital” (limite biológico da vida humana ou animal). O efeito na longevidade é uma esperança de vida para a população que alcança sete décadas, e das quais se esperavam poucas

mudanças no futuro⁹.

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 passo lento 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, 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. Assim, Olshansky¹¹ definiu o que chamou de quarto estágio, ou seja, a

idade das doenças degenerativas retardadas, representada por:

- a) rápido declínio das taxas de mortalidade, que estão concentradas principalmente nas idades avançadas, e que ocorrem em ritmos semelhantes para homens e mulheres;
- b) o padrão etário da mortalidade por causa permanece o mesmo do terceiro estágio, mas a distribuição etária das mortes por doenças degenerativas é desviada, progressivamente, para as idades mais velhas;
- c) os aumentos relativamente rápidos na sobrevivência são concentrados entre a população em idades avançadas. Neste estágio, as principais causas degenerativas de morte que prevaleciam durante o terceiro estágio da transição permanecem como os “grandes matadores”, mas o risco de morrer dessas doenças está redistribuído para idades ainda mais velhas¹¹.

Na América Latina, no entanto, esse processo de transição epidemiológica não pode ser considerado de forma tão linear como o fizeram os autores anteriores. Frenk¹⁰ propõe um novo modelo denominado “polarizado prolongado”, que explicaria, em parte, a situação de saúde vivida pelo Brasil e que seria composto dos seguintes traços:

- **Superposição de etapas:** ao contrário da teoria original da transição epidemiológica, que pressupõe uma seqüência unidirecional dos padrões de morbimortalidade, na América Latina as diferentes etapas não se sucedem, mas, sim, superpõem-se. Embora o Brasil tenha uma proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório bastante alta (31,2%), a proporção por doenças infecciosas e parasitárias ainda é bem diferente da dos países desenvolvidos - 5,5% para o Brasil contra 0,4% na Áustria;
- **Contra-transição:** os movimentos de contra-fluxo em vários países da América Latina têm sido freqüentes, como mostra, entre nós, por exemplo, o retorno da febre amarela e da dengue;
- **Transição prolongada:** os processos anteriormente descritos, mostram que não há uma resolução clara do processo de transição. Os países em desenvolvimento continuam em uma situação de morbimortalidade mista, onde continua existindo uma grande incidência de infecções comuns, sem que se chegue ao predomínio completo das doenças crônicas, ao contrário dos países industrializados, que também passaram por essa superposição de etapas em que coexistiram os dois tipos de morbidade. A diferença é o caráter prolongado dessa superposição em alguns países latino-americanos;
- **Polarização epidemiológica** – a persistência das desigualdades sociais faz com que haja heterogeneidade nas etapas vividas pelos diferentes grupos sociais, convivendo padrões pré-transicionais, em algumas regiões com padrões de morbi-

“A TRANSIÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE TEM INFLUÍDO DE MANEIRA IMPORTANTE SOBRE A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, POIS AS NOVAS TECNOLOGIAS TÊM SIDO APLICADAS À POPULAÇÃO ATRAVÉS DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE”

dade pós-transicional.

Essas situações golpeiam os países em desenvolvimento mais duramente. Embora essas noções continuem lutando com as doenças infecciosas, má-nutrição e complicações do parto, elas são confrontadas 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 incapacidade¹².

E quais são as conseqüências desse envelhecimento para um país não desenvolvido 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 frente e tenderá à “retangularização”, 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 sobrevivência 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 – mover-se-iam 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 for aceito 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 (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 idades¹³.

Tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, as doenças e agravos crônicos não transmissíveis são significativos, podendo causar incapacidade e reduzida qualidade de vida nos idosos. Ações de promoção da saúde e mudanças de hábitos podem diminuir as conseqüências dessas doenças, como vem ocorrendo nos EUA, com a redução das taxas de incapacidade em relação ao esperado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Atuando em função dessa mudança de paradigma a Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão¹³. Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. A palavra “ativo”, refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. A meta desse Programa é desenvolver políticas que assegurem “a obtenção da melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível”. A abordagem do envelhecimento ativo proporciona uma base para o desenvolvimento de estratégias locais, nacionais e globais sobre a população que está envelhecendo¹³.

Na conclusão do documento, a OMS enfatiza que as propostas de políticas e as recomendações são de pouca utilidade, a não ser que ações subseqüentes sejam implementadas e mais, que a hora de agir é agora¹³.

Referências

1. Berquó ES. Fatores estáticos e dinâmicos – mortalidade e fecundidade. In: Santos JLF, Levy MSF, Szmrecsányi T, (org) Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise. São Paulo: TA Queiroz 1991:21-85
2. Palloni A, Peláez M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO (org). O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde 2003:13-32
3. Palloni A, Peláez M. Estudo SABE: relatório de trabalho. Washington 2000.
4. Palloni A, Pinto-Aguirre G, Peláez

- M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. International Journal of Epidemiology, 2002; 31:762-771.
5. United Nations Organization Demographic Yearbook. Washington 2002.
6. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Revista de Saúde Pública, 1987; 21(3): 225-33.
7. Santos JLF. Análise da sobrevivência sem incapacidades. In: Lebrão ML, Duarte YAO (org). O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abor-

- dagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde 2003:167-81. Disponível em http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_sabe.pdf.
8. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o Estudo SABE no Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol, 2005; 8(2):127-41.
9. Omran A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1971; 49 (1): 509-38p.
10. Frenk J, Frejka T, Bobadilha JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, José M. La transición epidemiológica en

América Latina. Bol of Sanit Panam, 1991; 111(6).

11. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1986; 64(3).
12. World Health Organization. Health and Ageing. A discussion paper. Geneva, 2001.
13. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2005. 60p.