

O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico

Low-income senior citizens in the Municipality of São Carlos, São Paulo State, Brazil: an epidemiological survey

Adriana Barbieri Feliciano ¹
Suzana Alves de Moraes ¹
Isabel Cristina Martins de Freitas ¹

Abstract

This study focuses on the health profile of the elderly population in São Carlos, São Paulo State, Brazil, in 2003. The study population consisted of a sample over 60 years of age (n = 523) registered with the Family Health Program and the Unified National Health System. Point and interval prevalence of disabilities and chronic non-communicable diseases and cognitive status were estimated (95%CI). The study population was predominantly female with low education; 24.8% lacked any kind of retirement pension; 43.6% presented a low level of social integration; 46.7% required some form of help for 1 to 3 routine activities; 74.9% presented 1 to 5 chronic non-communicable diseases; and 56.2% scored under 24 on a cognitive test. Some 87.0% had sought health care and 22.4% required some kind of inpatient care. The results confirmed the need for improved professional training, adequacy of health services, and effective public policy to provide qualified health care for the elderly population.

Aging; Aging Health; Cross-Sectional Studies

Introdução

No século passado, a possibilidade das pessoas morrerem no auge de sua idade produtiva era um fato bastante concreto. O cenário atual mostra-se diferente, pois, conforme a região do mundo, a probabilidade de sobrevivência a partir dos sessenta anos vem aumentando progressivamente.

A iniquidade das políticas locais, em diversas regiões do mundo, ganha visibilidade, pois as possibilidades de envelhecimento estão estreitamente relacionadas ao acesso a condições dignas de vida e renda. Esse acesso, inclusive, poderá ser um fator determinante da qualidade de com que se vai envelhecer.

Sabe-se que o processo de envelhecimento é marcado por profundas mudanças biológicas e de comportamento. Entretanto, esta fase não tem de estar, necessariamente, acompanhada de doenças, de limitações para o desempenho de atividades cotidianas e de incapacidades definitivas ^{1,2,3,4,5,6}.

Se, por um lado, o envelhecimento populacional trouxe os benefícios de uma maior longevidade, por outro, trouxe um novo perfil de morbi-mortalidade, caracterizado por um aumento (acúmulo) de doenças crônico-degenerativas ^{7,8,9}.

O aumento relativo da população idosa, além de mudanças somáticas e de alterações psíquicas, próprias da idade, tem levado o ido-

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

Correspondência
A. B. Feliciano
Núcleo de Epidemiologia, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Rua Ambrósio dos Santos 433, São Carlos, SP 13562-000, Brasil. leadrir@uol.com.br

so a enfrentar situações novas, entre as quais destacam-se: aposentadorias precárias, diminuição dos recursos econômicos, perda de entes queridos, diminuição da capacidade física e da libido, alterações da auto-estima e perda da posição social.

As dificuldades, principalmente aquelas observadas na rotina diária dos grandes centros podem levar o idoso à solidão, ao isolamento social, à alienação, ao desespero, ao declínio da saúde física e mental e ao enfrentamento, cada vez mais concreto, da situação de morte^{10,11,12,13}.

É sabido que pessoas que vivem em situação econômica precária estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer, quadro este que se intensifica em populações mais desprotegidas ou vulneráveis, como crianças e idosos.

Diante dessa conjuntura, enfrenta-se hoje, no Brasil, a inadequação do setor saúde, no que tange a recursos humanos, materiais, tecnológicos e alternativos para lidar com as características do envelhecimento, especialmente no que se refere ao perfil de doenças que acometem os idosos.

Com o propósito de oferecer subsídios para o planejamento local de ações de saúde, o presente estudo teve por objetivo traçar o perfil da condição de vida e saúde da população idosa, residente em uma região caracterizada como de baixa renda, e localizada no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil.

Material e métodos

O estudo foi delineado como um estudo de prevalência, sendo desenvolvido no ano de 2003, em um bairro periférico (Cidade Aracy) do Município de São Carlos – cidade da região central do Estado de São Paulo, Brasil – onde predominam pessoas classificadas como de baixa renda.

A população de referência foi constituída pelo universo de indivíduos residentes na área supra citada, e pertencentes à faixa etária de sessenta anos e mais (n = 612). A identificação foi procedida por meio dos cadastros do Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou do Cadastro Nacional para o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), nos locais onde não havia cobertura pelo PSF ou PACS.

Após a exclusão de 17 indivíduos, por erros de cadastramento, e de 72, para os quais não foi possível a obtenção de informações (mudanças de endereço, recusas, óbitos ou hospitalizações prolongadas), a população efetivamente estudada foi composta por 523 participantes, mediante a assinatura de termo de consentimento.

A coleta de dados foi realizada no domicílio, por meio de entrevistas estruturadas (Instrumentos 1 e 2), sendo aplicadas por uma equipe de dez entrevistadores, devidamente treinados:

- Instrumento 1: O “*Miniexame do Estado Mental*” (MEEM), por meio do qual aferiu-se a capacidade cognitiva dos idosos, foi composto por questões relacionadas a distúrbios de memória, estresse, ansiedade, depressão e possível estado de demência. A pontuação das questões que originaram os escores obtidos no teste, para cada participante, seguiu as recomendações propostas pelo Projeto EPIDOSO^{11,14} e SABE (Saúde Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe)^{15,16}.

- Instrumento 2: O “*Inquérito Domiciliar para Detecção de Morbidade, Incapacidades e Estilo de Vida*”, permitiu a caracterização socio-demográfica, bem como a aferição da morbidade, das queixas, das incapacidades, da assistência à saúde dos idosos e das variáveis relacionadas ao estilo de vida. Esse instrumento foi elaborado utilizando-se como referência o questionário usado no Projeto EPIDOSO^{11,14}.

As variáveis necessárias para o conhecimento do perfil de vida e saúde dos idosos no presente estudo, compuseram o seguinte elenco: *variáveis sócio-demográficas; hábitos de vida; morbidade referida e atividades da vida diária; capacidade cognitiva; acesso a serviços de saúde; suporte familiar; assistência domiciliar e avaliação subjetiva da condição de saúde*. Para o processamento e análise dos dados foram utilizados dois programas: EPIDATA versão 2.1.b. e Epi Info versão 6.04d.

A prevalência para as condições: “morbidade referida”, “capacidade cognitiva” e “incapacidades” foi estimada por ponto e por intervalos, sendo tais intervalos construídos com 95% de confiança.

Resultados

Caracterização sócio-demográfica

Os resultados apresentados na Tabela 1 permitiram identificar que 61,4% dos idosos pertenciam a faixas etárias de 60 a 69 anos. Trata-se de uma população com 50,0% de analfabetos. Torna-se importante destacar que o analfabetismo e a baixa escolaridade foram maiores entre as mulheres, com cerca de 62,0% de mulheres e 50,0% de homens analfabetos. Com relação à participação em alguma atividade de trabalho com remuneração, 82,8% relataram não exercer tal atividade, enquanto que entre os que exerciam alguma atividade, a distribuição

Tabela 1

Número e porcentagem de idosos segundo características sócio-demográficas. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2003.

Características sócio-demográficas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)						
60-64,9	66	27,5	96	34,0	162	31,0
65-69,9	73	30,4	86	30,4	159	30,4
70-74,9	49	20,4	53	18,7	102	19,5
75-79,9	29	12,1	29	10,2	58	11,0
80-84,9	13	5,4	12	4,2	25	4,8
85 e +	10	4,2	7	2,5	17	3,3
Total	240	100,0	283	100,0	523	100,0
Escolaridade						
Analfabeto	118	49,8	174	61,7	292	56,3
1-3 anos	64	27,0	72	25,5	136	26,2
4-7 anos	48	20,3	30	10,6	78	15,0
8 ou +	7	3,0	6	2,1	13	2,5
Total	237	100,0	282	100,0	519	100,0
Atividade remunerada						
Sim	60	25,1	30	10,6	90	17,2
Não	179	74,9	253	89,4	432	82,8
Total	239	100,0	283	100,0	522	100,0
Aposentadoria						
Sim	193	81,1	199	70,3	392	75,2
Não	45	18,9	84	29,7	129	24,8
Total	238	100,0	283	100,0	521	100,0
Estado marital						
Vive com companheiro (a)	181	75,4	141	49,8	322	61,6
Não vive com companheiro (a)	59	24,6	142	50,2	201	38,4
Total	240	100,0	283	100,0	523	100,0
Convívio familiar*						
Mora sozinho	30	13,1	34	11,5	64	12,2
Mora com filhos	125	54,6	154	54,4	279	53,3
Mora com netos	63	27,5	92	32,5	155	29,6
Mora com bisnetos	5	2,2	5	1,8	10	1,9
Mora com amigos/parentes	6	2,6	11	3,9	17	3,3
Diverte-se						
Sim	128	53,3	167	59,0	295	56,4
Não	112	46,7	116	41,0	228	43,6
Total	240	100,0	283	100,0	523	100,0

* Para esta variável, com exceção da primeira categoria, foi utilizada a técnica de múltiplas respostas para a obtenção das frequências absolutas e relativas.

segundo o sexo foi de 25,1% para os homens e apenas 10,6% das mulheres. Quanto ao estado marital, cerca de 50,0% das mulheres relataram ter um companheiro, enquanto, entre os homens, esta distribuição mostrou-se bastante diferente, com 75,4% convivendo com uma companheira. Quanto à convivência dos idosos com pessoas de outras gerações, observou-se que pouco mais da metade (53,3%) convivia com os filhos e, outros 30,0% conviviam com netos. Destaca-se o fato de que 12,2% desses idosos referiram morar sozinhos. Quanto às atividades sociais relacionadas à recreação e ao lazer, pouco mais da metade desses idosos (56,4%) informou praticar essas atividades, sendo que tal distribuição, em participantes dos sexos feminino e masculino foi, respectivamente, 59,0%, e 53,3%.

Hábitos de vida

Em relação aos principais hábitos (Tabela 2), 38,0% referiram fumar atualmente e, cerca de 25,0% relataram tal hábito no passado. Os tipos de tabacos mais relatados foram o cigarro comum e o de palha. Quanto ao uso de bebida alcoólica, este hábito foi relatado com maior frequência entre os homens. Quanto à prática de atividade física, em geral, cerca de 83,0% dos idosos informaram não adotar essa prática, e esta distribuição, segundo o sexo, indicou maior

inatividade entre as mulheres. A prática de “caminhada” foi a atividade física mais relatada pelos participantes do estudo.

Morbidade referida

Entre as doenças referidas (Tabela 3), as de mais alta prevalência entre os participantes foram: a hipertensão arterial (61,0%), os problemas de coluna (60,0%) e os problemas de má circulação (35,0%). A classificação dessas doenças, segundo o sexo, apontou o diabetes mellitus (22,3%) e a obesidade (20,1%) como de maior prevalência entre as mulheres, enquanto que, entre os homens, as respectivas prevalências foram 16,3% e 8,8%. Por outro lado, os participantes do sexo masculino relataram a catarata, o reumatismo, o acidente vascular cerebral, a úlcera do estômago, o infarto e a asma com maior frequência que as do sexo feminino. Com relação ao número de eventos crônicos, 75,0% dos idosos referiram de um a cinco diferentes tipos desses eventos; cerca de 20,0% informaram mais que cinco doenças crônicas, enquanto que apenas 5,5% referiram “nenhuma doença”.

Atividades da vida diária

Quanto à capacidade funcional ou autonomia para as atividades da vida diária (AVD) (Tabela

Tabela 2

Número e porcentagem de idosos segundo sexo e hábitos de vida. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2003.

Hábitos de vida	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fumo						
Sim	114	47,5	84	29,8	198	37,9
Não	56	23,3	141	50,0	197	37,7
Ex-fumante	70	29,2	57	20,2	127	24,3
Total	240	100,0	282	100,0	522	100,0
Uso de bebida alcoólica						
Nunca bebeu	50	20,8	160	56,9	210	40,3
Diário	20	8,3	3	1,1	23	4,4
Semanal	25	10,4	4	1,4	29	5,6
Mensal	31	12,9	19	6,8	50	9,6
Não bebe atualmente	114	47,5	95	33,8	209	40,1
Total	240	100,0	281	100,0	521	100,0
Atividade física						
Sim	52	21,7	39	13,8	91	17,4
Não	188	78,3	243	86,2	431	82,6
Total	240	100,0	282	100,0	522	100,0

Tabela 3

Prevalências e intervalos de confiança para incapacidades, estado cognitivo e principais doenças não transmissíveis em idosos. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2003.

Variáveis	Masculino			Feminino			Total		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Estado cognitivo									
0 a 23 pontos	102	42,7	36,3-49,2	191	67,7	61,9-73,2	293	56,2	51,9-60,5
24 e mais pontos	137	57,3	50,8-63,7	91	32,3	26,8-38,1	228	43,8	39,5-48,1
Morbidade referida*									
Reumatismo	46	19,2	14,4-24,7	72	25,5	20,5-31,0	118	22,6	19,1-26,5
Bronquite	37	15,4	11,1-20,6	43	15,2	11,2-19,9	80	15,3	12,4-18,7
Asma	13	5,4	2,9-9,1	10	3,5	1,7-6,4	23	4,4	2,9-6,7
Hipertensão arterial	126	52,5	46,0-59,0	193	68,2	62,4-73,6	319	61,0	56,7-65,2
Má circulação	82	34,2	28,2-40,5	106	37,5	31,8-43,4	188	35,9	31,9-40,2
diabetes mellitus	39	16,3	11,8-21,5	63	22,3	17,6-27,7	102	19,5	16,3-23,3
Acidente vascular cerebral	33	13,8	9,7-18,8	25	8,9	5,9-12,9	58	11,2	8,7-14,3
Prisão de ventre	60	25,1	19,7-31,1	95	33,7	28,2-39,5	155	29,8	25,9-33,9
Catarata	67	28,0	22,4-34,2	76	26,9	21,8-32,4	143	27,4	23,7-31,5
Problemas de coluna	140	58,6	52,0-64,9	178	62,9	57,0-68,5	318	60,9	56,6-65,1
Excesso de peso	21	8,8	5,5-13,1	57	20,1	15,6-25,3	78	14,9	12,0-18,3
Perda de peso	31	12,9	8,9-17,8	38	13,6	9,8-18,1	69	13,3	10,5-16,6
Problemas do coração	48	20,1	15,2-25,7	86	30,4	25,1-36,1	134	25,7	22,0-29,7
Infarto	17	7,1	4,2-11,1	12	4,3	2,2-7,3	29	5,6	3,8-8,0
Úlcera de estômago	27	11,3	7,5-15,9	24	8,5	5,5-12,4	51	9,8	7,4-12,7
Câncer	5	2,1	0,7-4,8	11	3,9	2,0-6,8	16	3,1	1,8-5,0
Quantidade de eventos									
Nenhuma doença	17	7,2	4,3-11,3	11	4,1	2,0-7,1	28	5,5	3,8-8,0
De 1 a 5 doenças	181	77,0	71,1-82,2	198	73,1	67,4-78,3	379	74,9	70,8-78,6
Mais de 5 doenças	37	15,7	11,3-21,0	62	22,9	18,0-28,3	99	19,6	16,3-23,4
Atividades da vida diária									
Independente	66	28,1	22,4-34,3	55	19,9	15,3-25,0	121	23,6	20,1-27,6
Ajuda para 1 a 3 atividades	116	49,4	42,8-55,9	123	44,4	38,5-50,5	239	46,7	42,3-51,1
Ajuda para 4 a 6 atividades	27	11,5	7,7-16,3	55	19,9	15,3-25,0	82	16,0	13,0-19,5
Ajuda para 7 e mais atividades	26	11,1	7,4-15,8	44	15,9	11,8-20,7	70	13,7	10,9-17,0

* Variável com múltiplas respostas.

3), 23,6% dos participantes relataram completa independência, enquanto 13,7% referiram dependência parcial ou total para mais de sete atividades. A dependência para mais de sete atividades, entre as mulheres (16,0%), foi maior que entre os homens (11,1%). A frequência de independência total foi de 19,9% entre as mulheres e 28,1% entre os homens.

Capacidade cognitiva

Na avaliação da capacidade cognitiva (Tabela 3), pouco mais da metade dos idosos apresentou escores menores que 24 pontos. Entre os participantes que apresentaram escores infe-

riores a 24 pontos, 68,0% eram do sexo feminino e 43,0% do masculino.

Acesso a serviços

Entre os idosos estudados, 22,4% precisaram passar por algum tipo de internação nos últimos dois anos (Tabela 4). Neste caso, a necessidade das mulheres foi maior que a dos homens, com 24,0% e 21,0%, respectivamente. Quanto ao acesso ou procura por serviços de saúde, 87,0% dos idosos relataram ter procurado algum serviço de saúde nos últimos seis meses. Quanto à utilização de medicamentos, 67,0% dos participantes informaram seu uso

Tabela 4

Número e percentagem de idosos segundo sexo, acesso a serviços de saúde, convênio, uso de medicamentos e internação. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2003.

Indicadores de acesso a serviços de saúde	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Procurou serviços nos últimos 6 meses						
Sim	201	83,8	253	89,7	454	87,0
Não	39	16,3	29	10,3	68	13,0
Total	240	100,0	282	100,0	522	100,0
Utiliza serviços públicos de saúde						
Sim	229	95,4	268	95,4	497	95,4
Não	11	4,6	13	4,6	24	4,7
Total	240	100,0	281	100,0	521	100,0
Usa medicamentos regularmente						
Sim	143	59,6	209	73,9	352	67,3
Não	97	40,4	74	26,1	171	32,7
Total	240	100,0	283	100,0	523	100,0
Esteve internado nos últimos 2 anos						
Sim	50	20,8	67	23,7	117	22,4
Não	190	79,2	216	76,3	406	77,6
Total	240	100,0	283	100,0	523	100,0

de forma regular. Na comparação por sexo, as distribuições de tal uso foram 74,0% para o sexo feminino e 60,0% para o masculino.

Suporte familiar e assistência domiciliar

Quanto ao apoio domiciliar (Tabela 5), cerca de 48,0% dos idosos referiram contar com os filhos e 39,6% com seus cônjuges (para aqueles que possuíam companheiro ou companheira). 71,0% dos participantes informaram receber, em suas casas, cuidados domiciliares, que, em grande parte, foram prestados pelos agentes comunitários de saúde (68,0%), seguindo-se o cuidado prestado por profissional de enfermagem (11,0%) e por médico (10,0%).

Percepção da condição de saúde

Quanto à autopercepção do estado de saúde (Tabela 6), 40,0% o classificaram como “Bom” e 45,0% como “Regular”. Apenas 4,0% o consideraram “Excelente” e 10,0% “Péssimo”.

Discussão

Levando-se em consideração que os dados do presente estudo foram obtidos da quase totali-

dade do universo de elegíveis (houve apenas cerca de 10,0% de perdas), os resultados aqui apresentados não parecem ter sido decorrentes de vícios de seleção.

O predomínio de mulheres na população do estudo, como esperado em relação à composição demográfica de idosos (maior probabilidade de sobrevivência entre as mulheres) foi também semelhante aos resultados encontrados em outros estudos^{5,11,17,18,19,20}.

Por outro lado, a maior sobrevivência de mulheres em idades avançadas poderia ser decorrente de: (a) diferenças na exposição aos riscos ocupacionais; (b) maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens; (c) diferenças no consumo de tabaco e álcool e (d) diferenças de atitudes em relação às doenças, ou seja, as mulheres utilizam os serviços de saúde com maior frequência.

O resultados relativos ao nível de escolaridade refletem um dos aspectos da desigualdade social no país. A situação de analfabetismo pode, por si só, ser considerada um fator de limitação para a sobrevivência e para a qualidade de vida. As diferenças no nível de alfabetização, entre os sexos, refletem a organização social do começo do século que bloqueou o acesso à escola aos mais pobres e às mulheres. O amplo acesso aos meios de alfabetização, além

de uma questão de cidadania, poderia propiciar maior receptividade, por parte destes idosos, aos programas de educação em saúde, e também alguma proteção contra as disfunções cognitivas que os afetam com frequência^{5,20}.

Em relação às características de composição familiar, a condição de vida encontrada entre os idosos residentes na periferia do Município de São Carlos, mostrou que metade deles tem convivido em lares multigeracionais. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Coelho Filho et al.¹⁹, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, que relataram 75,3% de idosos da periferia vivendo em lares multigeracionais. Alguns autores têm comentado sobre a mudança da composição familiar: antes famílias numerosas conviviavam no mesmo ambiente domiciliar e a figura do idoso representava um *status* social elevado. Esta característica correspondia à estrutura familiar que se conformou com o estilo de vida agrário do início do século XX. Entretanto, o grande deslocamento de pessoas da zona rural para a zona urbana, em busca de melhores condições de vida, levou o idoso a duas situações: (a) permanência no meio rural com perda de suporte familiar, ou (b) migração para os grandes centros urbanos, onde esse idoso passou a viver em bairros mais periféricos, em condições mais precárias e na dependência geralmente do cônjuge, filhos ou netos^{4,5,19,20}.

Os idosos estudados (90,0%) referiram que seu principal "cuidador" é uma pessoa da família, com destaque para o companheiro, a companheira e os filhos. No caso de idosos que moram sozinhos, o cuidado familiar fica reduzido a 50,0%, com quase 20,0% deles afirmando que não recebem nenhum suporte e outros 25,0% contam com o apoio de instituições, voluntários e agentes comunitários de saúde. Nesse novo cenário de conformação de família foi acrescentado mais um importante encargo: o de cuidar de seus idosos.

No presente estudo, mais da metade dos idosos estudados (56,4%), referiu realizar ati-

vidades de distração ou lazer. As mulheres mostraram maior facilidade de inserção nessas atividades do que os homens. Veras et al.²¹, em seu estudo sobre as Universidades da Terceira Idade, observaram que entre os matriculados, cerca de 80,0% eram do sexo feminino, comentando que a maior inserção das mulheres poderia estar relacionada às questões de construção de gênero em nossa cultura. É importante destacar que incentivar e proporcionar atividades de recreação e lazer constitui-se em estratégia efetiva para a redução do isolamento, da

Tabela 5

Número e percentagem de idosos segundo suporte familiar e assistência domiciliar. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2003.

Suporte familiar e assistência domiciliar	n	%
Quem é a pessoa que mais cuida		
Filhos	248	47,7
Cônjuge	206	39,6
Parentes	21	4,0
Amigos/vizinhos	16	3,1
Entidades assistenciais	10	1,9
Ninguém	19	3,7
Total	520	100,0
Recebe assistência domiciliar		
Sim	370	70,9
Não	152	29,1
Total	522	100,0
Quem presta a assistência domiciliar*		
Agente Comunitário de Saúde	389	67,7
Médico	56	9,7
Profissional de enfermagem	65	11,3
Assistência Comunitária/Igreja	36	6,3
Outros	29	5,0

*Para esta variável foi utilizada a técnica de múltiplas respostas para a obtenção das freqüências absolutas e relativas.

Tabela 6

Autopercepção da condição de saúde pelos idosos. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2003.

Percepção do estado de saúde	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Excelente	13	5,4	8	2,8	21	4,0
Bom	100	41,7	110	38,9	210	40,2
Regular	103	42,9	135	47,7	238	45,5
Ruim	24	10,0	30	10,6	54	10,3
Total	240	100,0	283	100,0	523	100,0

melhoraria da inserção do idoso no meio social e do desenvolvimento de novas habilidades, o que pode refletir diretamente na melhora da auto-estima e da condição de saúde. Segundo Veras et al.²¹, desenvolver projetos de centros de convivência, agrupando idosos em atividades culturais, de lazer ou esportivas, com a supervisão de profissionais qualificados representa uma alternativa de intervenção com o propósito de resgate social.

Quanto aos hábitos de vida, a maior prevalência do hábito de fumar, em relação ao de ingerir bebidas alcoólicas, principalmente entre os homens, pode refletir a questão cultural que se construiu na sociedade brasileira, onde, por exemplo, o aumento do hábito de fumar, entre as mulheres, só aconteceu após a década de 70, e em decorrência de diferentes movimentos culturais e sociais.

A maior prevalência de sedentarismo entre as mulheres, encontrada no presente estudo, poderia encontrar como possível explicação sua maior dependência para atividades da vida diária, em relação aos homens.

A população de idosos do estudo apresentou uma alta prevalência de doenças crônicas, que se destacou entre as mulheres. Achados semelhantes também foram relatados por Ramos^{4,11,22,23}, Coelho Filho et al.¹⁹, Firmo et al.²⁴ e teriam como possível explicação a maior representatividade de mulheres em populações idosas. Coelho Filho et al.¹⁹ referem que as doenças crônicas não representam marca exclusiva de sociedades industrializadas, e tendem a se acumular em qualquer região cuja população envelhece. Lessa²⁵, em estudo realizado em capitais brasileiras, detectou o rápido crescimento da mortalidade proporcional por doenças cérebro-vasculares, inclusive nas regiões mais pobres do país. Este panorama aponta para a real necessidade de fortalecimento das ações de promoção da saúde, a fim de que, mesmo diante do envelhecimento populacional progressivo, estes indicadores possam melhorar em futuro próximo.

Ramos⁴, Rosa et al.²⁶, Costa et al.¹⁷, Karsch²⁷ e Veras⁵ têm considerado que a incapacidade funcional é um dos principais agravos decorrentes do envelhecimento humano. Assim, se o idoso tem uma ou mais doenças crônicas, usa medicamentos e mantém seus problemas sob vigilância, isto pesará com menor intensidade sobre sua vida, ao contrário daqueles que apresentam comprometimento de sua capacidade funcional e dependem de alguém para executar algumas atividades da vida diária. De forma semelhante aos achados dos estudos supra citados, as mulheres, no presente estudo,

apresentaram maior dependência funcional que os homens, sendo tal dependência proporcional à idade. Menor autonomia na população do estudo (23,6%) em relação aos achados em populações idosas e residentes em áreas periféricas (51,0% e 52,3%) conforme citado, respectivamente, por Ramos et al.²³ e Coelho Filho et al.¹⁹, encontra, como possível explicação, a participação no estudo de idosos com maior índice de analfabetismo, que poderia contribuir para uma maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, para uma precária aderência às recomendações propostas e, em última instância, a um comprometimento de sua qualidade de vida.

Rosa et al.²⁶ consideraram que viver sozinho foi considerado fator de proteção contra a diminuição da capacidade funcional. O autor refere como possível explicação para estes achados, o delineamento transversal de seu estudo que poderia albergar o viés de causalidade reversa. Embora a investigação de associações não tenha sido proposta do presente estudo, resultados preliminares das análises de dados evidenciaram uma maior concentração de "solitários" nas categorias com maior autonomia funcional, o que está em consonância com os achados acima.

Ramos²³ afirma que é pressuposto básico a necessidade de se manter a autonomia total do idoso e, pelo maior tempo possível, recomendando que, neste sentido, a atenção básica, considerada a porta de entrada para os serviços de saúde, deve ser reorganizada para atender às necessidades desta população idosa que deverá contar, entre outros fatores, com a presença de profissionais devidamente treinados.

É importante destacar que o baixo desempenho cognitivo detectado no estudo pode estar relacionado à baixa escolaridade, fato este que interfere diretamente nos escores obtidos no MEEM, conforme relatado por Bertolucci²⁸. Coelho Filho et al.¹⁹, estudando o estado cognitivo de idosos que viviam na região periférica de Fortaleza, encontraram uma situação desfavorável, quando comparados aos idosos residentes em áreas centrais. Um aspecto importante quanto à capacidade cognitiva de idosos é o fato de que a idade avançada, e principalmente quando associada a outros fatores, como os estados mórbidos, depressão, ou mesmo a proximidade da morte, pode contribuir para uma maior deterioração da performance cognitiva. Torna-se oportuno destacar também que, um baixo desempenho cognitivo, pode ser decorrente de hipertensão arterial de longa duração, podendo, por outro lado, ser indicativo de lesões microvasculares da substância bran-

ca cerebral que, por sua vez, são preditores de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos^{29,30}.

Os resultados do presente estudo detectaram que 87,0% dos idosos haviam procurado por serviços de saúde nos últimos seis meses. Não é possível afirmar, contudo, se esses serviços conseguiram responder às suas reais necessidades. Costa et al.^{17,18,31} observaram em estudo realizado na população brasileira que os idosos mais pobres procuraram menos por serviços de saúde e, quando o fizeram relataram dificuldades em ser atendidos. A explicação mais plausível para uma grande proporção de procura por serviços de saúde no presente estudo poderia ser a maior facilidade de acesso, em decorrência da existência de duas unidades vinculadas ao PSF, uma unidade básica de saúde e uma unidade de pronto atendimento em regime de 24 horas. Quinze agentes comunitários de saúde compõem as duas equipes do PSF e realizam visitas domiciliares a aproximadamente três mil famílias que vivem nesta região. Essa estratégia de conformação da Atenção Básica representa um grande movimento de inclusão aos recursos de saúde para esta população^{32,33}.

Algumas considerações merecem ser destacadas: (a) o desenho transversal padece do viés conhecido como causalidade reversa, em virtude de não ser possível obter informações relacionadas à história natural das doenças e/ou dos eventos (estudos longitudinais); (b) a condição de baixa renda da população em estudo pode limitar a extrapolação dos resultados para a população idosa, em geral e (c) a aplicação de inquéritos em idosos com diferentes níveis

de debilidade pode favorecer o viés de memória, principalmente em relação à morbidade referida, podendo levar a prevalências subestimadas.

Apesar de algumas limitações apontadas, é possível afirmar que os resultados do presente estudo permitiram delinear o perfil de vida e saúde dos idosos que têm vivido em condições adversas. Torna-se necessário enfatizar que as questões relacionadas ao envelhecimento devem ocupar lugar de destaque na agenda dos gestores de saúde, de modo a propiciar uma adequada condução no planejamento dos serviços.

Por outro lado, os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na rede de atenção básica devem ser alvo de treinamento e capacitação continuados para se adequarem às necessidades da população idosa. Levando em consideração que o ambiente familiar constitui-se na principal fonte de apoio ao idoso, há que se estimular o fortalecimento das relações familiares com o propósito de se minimizarem as dificuldades e angústias vivenciadas por ambos, idosos e familiares.

Considerando-se que a estruturação das políticas públicas de saúde deve estar fundamentada no diagnóstico de problemas específicos, espera-se que os resultados do presente estudo possam subsidiar programas de promoção, prevenção e atenção ao idoso de baixa renda, residente no Município de São Carlos. Por meio de esforços conjuntos pode-se empenhar numa luta pela diminuição do impacto da desigualdade social e pelo direito de todos ao acesso a melhores condições de vida e saúde, de modo a se garantir um envelhecimento saudável.

Resumo

O presente estudo delineou o perfil de saúde de uma população idosa, residente em São Carlos, São Paulo, Brasil, no ano de 2003. A população do estudo (n = 523) foi constituída pelo universo de pessoas com sessenta anos e mais, cadastradas no Programa Saúde da Família e no Cartão Nacional de Saúde. A prevalência de incapacidades, doenças crônicas e estado cognitivo foi estimada por ponto e por intervalos, construídos com 95% de confiança. Os resultados do estudo mostraram um predomínio de mulheres com baixa escolaridade; 24,8% referiram não receber aposentadoria ou pensão; 43,6% relataram não participar de atividades de integração social; 46,7% necessitavam de ajuda para rea-

lizar de uma a três atividades da vida diária. Com relação à morbidade, 74,9% eram portadores de 1 a 5 doenças crônicas não transmissíveis e 56,2% alcançaram escores abaixo de 24 no teste cognitivo, 87% procuraram por serviços de saúde e 22,4% necessitaram de algum tipo de internação. Conclui-se pela necessidade de maior adequação dos profissionais e serviços de saúde para uma efetiva implementação de políticas públicas de atenção adequada aos idosos.

Envelhecimento; Saúde do Idoso; Estudos Transversais

Colaboradores

Todos os autores participaram efetivamente de todas as etapas de elaboração do presente artigo.

Referências

1. Neri AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papyrus; 1993.
2. Papaléo Netto M, Borgonovi N. Biologia e teorias do envelhecimento. In: Papaléo Netto M, organizador. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 44-59.
3. Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M, organizador. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 26-43.
4. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública 2003; 19:793-8.
5. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
6. Veras RP. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: Minayo MC, organizador. Os muitos brasis: saúde e população na década de oitenta. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995. p. 320-37.
7. Omran AR. The epidemiologic transition in the Americas. Maryland: Pan American Health Organization; 1996.
8. Schouri Jr. R, Ramos LR, Papaléo Netto M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho ETC, Papaléo Netto M, organizadores. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu. 1994. p. 9-29.
9. Banco Mundial. Brasil: novo desafio à saúde do adulto. Washington DC: Banco Mundial; 1991. (Série Mundial sobre Países).
10. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev Saúde Pública 1987; 21:211-24.
11. Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. Rev Saúde Pública 1998; 32:397-407.
12. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Rev Saúde Pública 1987; 21:225-33.
13. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev Saúde Pública 1987; 21:200-10.
14. Ramos LR, Simões E, Albert M. Dependence on daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality among elderly residents in Brazil: a two-year follow-up. J Am Geriatr Soc 2001; 49:1168-75.
15. Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones en salud pública – documentos técnicos. Santiago do Chile: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
16. Ventura MM, Bottino CMC. Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: Papaléo Netto M, organizador. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 174-89.
17. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. Cad Saúde Pública 2003; 19:745-57.
18. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Cad Saúde Pública 2003; 19:735-43.
19. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública 1999; 33:445-53.
20. Telarolli Jr. R, Machado JCMS, Carvalho F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública 1996; 30:485-98.
21. Veras RP. Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Universidade Aberta da Terceira Idade/Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1995.
22. Ramos LR, Saad PM. Morbidade da população idosa. In: Fundação SEADE, organizador. O idoso na grande São Paulo. São Paulo: Fundação SEADE; 1990. p. 161-72.
23. Ramos LR, Rosa TE, Oliveira ZM, Medina MC, Santos, FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública 1993; 27:87-94.
24. Firmo JOA, Barreto SM, Costa MFL. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older

- adults in the community. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:817-27.
25. Lessa I. Trends in relative mortality from cerebrovascular diseases in Brazilian states capitals. *Bull Pan Am Health Organ* 1995; 29:216-25.
26. Rosa TE, Benicio MH, Latorre MR, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:40-8.
27. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:861-6.
28. Bertolucci PHF, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O miniexame do estado mental em uma população geral. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; 52:1-7.
29. Alves-de-Moraes S, Szklo M, Knopman D, Sato R. The relationship between temporal changes in blood pressure and changes in cognitive function: atherosclerosis risk in communities (ARIC) Study. *Prev Med* 2002; 35:258-63.
30. Moraes AS, Szklo M, Tilling K, Sato R, Knopman D. Cognitive functioning as predictor of ischemic stroke incidence. *Epidemiology* 2003; 14:673-9.
31. Lima-Costa ME, Barreto S, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios – PNAD/98. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:813-24.
32. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:839-47.
33. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: normas e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

Recebido em 18/Fev/2004

Aprovado em 01/Jun/2004