

Lisiane M G Paskulin^I

Lucila A C Vianna^{II}

Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre

Sociodemographic profile and self-referred health conditions of the elderly in a city of Southern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a associação entre sexo e grupo etário com variáveis socioeconômicas e de saúde dos idosos.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado no Distrito Noroeste de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em 2004. Foram estudados indivíduos acima de 60 anos (N=292), selecionados por amostra probabilística em dois estágios. Os dados de variáveis socioeconômicas e demográficas foram coletados por inquérito domiciliar. As condições de saúde foram auto-referidas. Foram realizadas análises descritivas, de qui-quadrado de Pearson e tendência linear.

RESULTADOS: Entre os idosos, 67,8% eram do sexo feminino, 84% encontravam-se na faixa dos 60 aos 79 anos, 81% consideravam-se saudáveis. Em comparação com os homens, as mulheres moravam mais sozinhas ($p=0,046$), sem companheiro ($p<0,001$), tinham menor escolaridade ($p=0,021$); relatavam mais problemas de saúde ($p=0,003$) e uso de medicação sistemática ($p=0,016$); realizavam menos atividades físicas ($p=0,015$) e eram mais dependentes nas atividades de vida diária ($p<0,001$), recebiam menos aposentadoria ($p<0,001$), exerciam menos atividades remuneradas ($p=0,002$), mas se percebiam mais apoiadas pela rede social informal ($p=0,023$), consumiam menos bebidas alcoólicas ($p=0,003$) e não eram fumantes ($p<0,001$). Os mais idosos tinham menor escolaridade ($p<0,001$), piores condições econômicas ($p=0,004$), recebiam menos aposentadoria ($p<0,001$), não tinham companheiro ($p<0,001$), eram mais dependentes nas atividades de vida diária ($p<0,001$), mas se percebiam mais apoiados pela rede social informal ($p=0,014$) e não eram fumantes ($p<0,001$).

CONCLUSÕES: Foram evidenciadas diferenças quanto a gênero e grupo etário para variáveis socioeconômicas e de saúde, sendo piores para as mulheres e para os idosos mais velhos.

DESCRITORES: Saúde do idoso. Auto-avaliação (Psicologia). Autonomia pessoal. Perfil de saúde. Fatores socioeconômicos. Estudos transversais.

^I Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Enfermagem. Unifesp. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Lisiane M G Paskulin
Grupo de Estudos em Epidemiologia
Departamento de Enfermagem da Unifesp
R. Napoleão de Barros, 754. 2º andar – Secretaria PG
04024-002 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: paskulin@orion.ufrgs.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the association between gender and age groups and socioeconomic and health variables among older adults.

METHODS: Cross-sectional study carried out in a city in Southern Brazil, in 2004. Elderly over 60 years of age (N= 292) were selected through two-stage probabilistic sampling. Data from socioeconomic and demographic variables were collected through household survey. Health conditions were self-referred. Descriptive statistics, and Pearson's Chi-square test with linear-by-linear association model were used for data analysis.

RESULTS: Among the elderly, 67.8% were female, 84% were between 60 to 79 years and 81% considered themselves healthy. Compared to men, women were more likely to live alone (p=0.046), have no partner (p<0.001), be less educated (p=0.021), report more health conditions (p=0,003), use more medications (p=0.016), exercise less (p=0.015), be more dependent to perform activities of daily living (p<0.001), receive lower pension benefits (p<0,001), have less paid jobs (p=0.002). But women perceived themselves as having more social support (p=0.023), consumed less alcohol (p=0.003) and were not smokers (p<0.001). Those with more advanced age were less educated (p<0.001), had poorer economic conditions (p=0.004), received lower pension benefits (p<0,001), were less likely have a partner (p<0.001) and were more dependent to perform activities of daily living (p<0.001) but perceived themselves with more social support (p=0.014) and were not smokers (p<0.001).

CONCLUSIONS: Differences between gender and age group were evidenced and they were more marked among women and those with more advanced age.

KEY WORDS: Health of the elderly. Self assessment (Psychology). Personal autonomy. Health profile. Socioeconomic factors. Cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, o aumento da população idosa vem ocorrendo rapidamente e num contexto de pobreza.¹³ No Brasil, 8,6% da população total tem 60 ou mais anos de idade. As projeções das Nações Unidas indicam que, em 2050, 23,6% da população brasileira será de adultos idosos e o Brasil será um dos cinco países do mundo com mais de 50 milhões de idosos.

Esse novo perfil populacional, no qual se destaca o aumento do contingente de "idosos" e da proporção de idosos "mais idosos", tem feito surgir novas demandas, quando outras necessidades básicas da vida humana, tais como alimentação, moradia, saneamento, entre outras, ainda não foram atendidas.

As políticas de saúde do País relacionadas ao envelhecimento concretizaram-se por meio de uma prática centrada no tratamento das doenças crônico-degenerativas ou de suas complicações, pela assistência médica individual. Nesse contexto, muitos estudos têm

privilegiado a lógica clínica no âmbito dos serviços de saúde e investigando danos e fragilidades específicas que acometem os idosos. Esses estudos trouxeram significativas contribuições, mas é necessário ir além para garantir qualidade de vida nessa etapa do ciclo vital.

Para o planejamento de ações na área de saúde, o sistema, cuja lógica de atenção privilegie a integralidade, a equidade e a universalidade, deve ocupar-se da organização de estratégias de prevenção das doenças crônico-degenerativas e de promoção da saúde e não apenas de medidas terapêuticas para danos já instalados. A organização dessas estratégias deve ser compartilhada entre os sujeitos, suas famílias, serviços de saúde e governo.

Assim, identificar as necessidades de uma população idosa em expansão pode auxiliar no estabelecimento de políticas de saúde locais mais adequadas. Estudos epidemiológicos vêm sendo desenvolvidos, principalmente

na região Sudeste do Brasil.^{6,10,11,14} Estudo de maior porte foi realizado sobre idosos do Rio Grande do Sul.*

Visando conhecer o perfil de idosos residentes na comunidade e contribuir para o planejamento local de ações de saúde, o problema que norteou o presente estudo foi: existem diferenças nas condições de vida e nas percepções de saúde dos idosos mais jovens e mais velhos, e entre homens e mulheres. Assim, a presente pesquisa teve por objetivo avaliar se há associação entre sexo e grupo etário e as variáveis socioeconômicas e de saúde do idoso.

MÉTODOS

Segundo dados do Censo de 2000, a população total do município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, era de 1.360.590 indivíduos, 160.240 com 60 anos ou mais (11,7% da população). O Distrito Sanitário Noroeste, um dos 16 distritos da cidade, foi escolhido por ter a segunda maior proporção de idosos do município; são 20.302 habitantes idosos, correspondendo a 15,6% da população do distrito.**

Realizou-se pesquisa epidemiológica com desenho transversal, por meio de inquérito domiciliar. Foi obtida uma amostra probabilística em dois estágios: no primeiro, foram sorteadas as ruas do distrito de maneira sistemática; no segundo, sortearam-se os domicílios por numeração, considerando o início e o fim da rua e lados par e ímpar. Em cada uma das ruas foram identificados três idosos que preenchessem os critérios de inclusão do estudo: ter 60 anos ou mais, ter condições de responder ao instrumento de pesquisa, ser morador da área de abrangência do distrito e aceitar participar da pesquisa. Na ocorrência de identificação de um idoso que não preenchesse os critérios de inclusão, era repetido o mesmo processo de inquérito até encontrar-se um substituto que atendesse aos critérios definidos. Nos domicílios em que se encontraram dois ou mais indivíduos que respeitassem os critérios de inclusão, era realizado sorteio.

A amostra foi estabelecida considerando nível de significância de 0,05 e poder de 80% para detectar diferenças de 20 pontos percentuais nas comparações nas variáveis sexo e grupo etário. A estimativa do tamanho da amostra era de 294 sujeitos, prevendo 5% de perdas por problemas com os questionários. Foram contatados 385 idosos, 15 foram excluídos porque não tinham condições de responder às questões da entrevista e 76 não aceitaram participar do estudo (taxa

de recusa de 19,8%). Dois questionários não foram utilizados por serem de idosos residentes fora da área de abrangência do distrito. Portanto, participaram da pesquisa 292 idosos.

A coleta foi realizada no segundo semestre de 2004, tendo sido aplicado um questionário abrangendo variáveis demográficas (sexo e grupo etário), socioeconômicas (estado conjugal, arranjo domiciliar, escolaridade, atividade remunerada, aposentadoria ou pensão, prática religiosa, classe econômica, percepção de contar com rede de apoio social informal) e aspectos relacionados à saúde auto-referidos (percepção de saúde, problema de saúde, uso de medicação e uso de medicação alternativa, prática de atividade física, tabagismo, ingestão de bebida alcoólica e atividade de lazer), além da Escala de Atividades de Vida Diária (AVD) do *Older American Resources and Services*.⁷ A escala, utilizada no Brasil em estudos epidemiológicos,^{5,14,15} é composta por 14 atividades: utilizar telefone e transporte público, fazer compras, preparar refeições, fazer limpeza da casa, tomar medicamentos, lidar com finanças (atividades instrumentais); alimentar-se, vestir-se, cuidar da aparência, locomover-se, deitar/levantar da cama, banhar-se e ir ao banheiro em tempo (atividades básicas). Quanto ao grau de dependência, os idosos foram divididos em quatro categorias:¹⁴ independente (pontuação máxima nas atividades físicas e instrumentais); dependência leve (dependência em uma a três atividades); dependência moderada (dependência em quatro a seis atividades); e dependência severa (dependência em sete ou mais atividades).

A variável classe econômica foi trabalhada por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil, disponível na página eletrônica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa,*** com base num sistema de pontos obtidos a partir da posse de itens e do grau de instrução do chefe da família. Para análise dos dados, as classes foram agrupadas em quatro categorias: A (A1+A2), B (B1+B2), C e D (D+E).

A estratificação das faixas etárias foi: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais.

Os dados foram gerenciados por meio do programa SPSS 11.0. Foram realizadas análise descritiva com frequência absoluta e relativa, o teste de qui-quadrado de Pearson e o de qui-quadrado para tendência linear, para comparar as proporções das variáveis estudadas entre os sexos e os segmentos etários. O nível de significância considerado foi de 0,05.²

* Conselho Estadual do Idoso. Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida [relatório de pesquisa]. Porto Alegre; 1997.

** Observatório da Cidade de Porto Alegre [homepage na internet]. Porto Alegre; 2006 [Acesso em 20 Mar 2006]. Disponível em: <http://www.observapoa.com.br>

*** Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de Classificação Econômica Brasil. [Acesso em 26/2/2004] Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf

O projeto foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre e do Grupo Hospitalar Conceição. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado.

RESULTADOS

A maioria dos idosos (85,3%) encontrava-se na faixa dos 60 a 79 anos, com idade média de 71,3 anos ($dp=7,5$), 67,8% eram mulheres (Tabela 1). Não houve associação estatística entre sexo e grupo etário ($p=0,227$).

Em relação ao estado conjugal, 53,1% não tinham companheiro(a). Na análise da associação entre sexo e estado conjugal, observaram-se mais homens vivendo com companheiras, do que mulheres com companheiros ($p<0,001$).

A maior parte (43,6%) dos idosos possuía ensino fundamental (antigos primário e ginásio), dos quais 72,4% possuíam apenas o primário completo. Os homens possuíam maior escolaridade em relação às mulheres ($p=0,021$). Houve maior proporção de homens que mulheres, principalmente na categoria ensino médio e superior.

Quanto ao arranjo domiciliar, 78,1% moravam acompanhados, principalmente por familiares. Quanto aos resultados da análise estatística da associação de sexo com arranjo domiciliar, verificou-se que os homens ($p=0,046$) residiam em maior número acompanhados.

Da população estudada, 71,2% praticavam algum tipo de religião, porém sem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ($p=0,273$).

A maioria (83,6%) dos idosos era de aposentados e/ou pensionistas e 86,6% não exerciam atividades remuneradas na época da entrevista. Maior proporção de homens recebia aposentadoria, enquanto as mulheres se dividiam em aposentadas e pensionistas ($p<0,001$). Os homens exerciam mais atividades remuneradas que as mulheres ($p=0,002$).

Em relação à classe econômica, a maior concentração ficou na classe B (37,8%), mas sem diferenças estatisticamente significativas entre sexo e classe econômica ($p=0,179$).

Quanto ao apoio social informal, 50,5% dos participantes do estudo não se perceberam recebendo apoio. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre sexo e percepção de contar com rede de apoio social informal ($p=0,023$), maior entre as mulheres.

Quanto aos aspectos relacionados à saúde (Tabela 2), a maioria dos idosos (81%) considerava-se saudável;

30,8% referiram não ter problemas de saúde e 23,3% relataram não fazer uso de medicação sistemática. Observou-se associação de ser mulher com referência de problemas de saúde ($p=0,003$) e com referência de uso de medicação sistemática ($p=0,016$).

Em relação à utilização de medicação alternativa, 51,2% dos respondentes referiu fazer uso de chás e vitaminas, entre outros. Entretanto, não foi encontrada associação estatística entre sexo e uso de medicação alternativa ($p=0,198$).

Metade dos respondentes (51,4%) relatou realizar alguma atividade física regular, a mais frequente foi a prática de caminhadas. Os homens, de modo significativo, relataram praticar mais atividades físicas ($p=0,015$) do que as mulheres.

Entre as atividades de lazer, foram citadas com maior frequência (73,6%) aquelas realizadas no próprio domicílio (assistir televisão, ouvir rádio, ler jornal e livros e fazer trabalhos manuais); apenas 18,5% informaram realizar atividades em espaços coletivos. Não foi encontrada associação estatística entre sexo e atividades de lazer ($p=0,851$).

A maioria dos idosos afirmou nunca ter fumado e não consumir bebida alcoólica (58,2% e 57,7%, respectivamente). Quanto ao consumo de bebida alcoólica e tabagismo, observam-se diferenças estatisticamente significativas, com os homens consumindo mais bebidas que as mulheres ($p=0,003$) e sendo mais ex-fumantes do que as mulheres, que na sua maioria (73,2%) nunca fumaram ($p<0,001$).

No tocante às AVD, 63,2% dos idosos referiram ser independentes para realizá-las. Em relação ao resultado da análise estatística da associação com sexo, pode ser observado que os homens eram mais independentes que as mulheres ($p<0,001$).

Na Tabela 3, observa-se significância estatística ($p<0,001$) entre grupo etário e estado conjugal, com o número de idosos com companheiros diminuindo no segmento etário mais idoso. Também, idosos dos segmentos mais jovens possuíam maior escolaridade ($p<0,001$) e exerciam mais atividades remuneradas que os mais velhos ($p<0,001$).

Houve também associação entre grupo etário e tipo de rendimento ($p<0,001$). Havia mais idosos acima de 80 anos recebendo pensão e mais idosos de 60 a 69 anos sem receber aposentadoria nem pensão. Quanto à classe econômica, os idosos dos grupos entre 60 a 69 e 70 a 79 anos encontravam-se nas classes econômicas mais altas que os mais idosos ($p=0,004$), tendo sido observada uma tendência linear ($p=0,005$) para os idosos pertencerem a classes econômicas mais baixas à medida que envelheciam.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos idosos, segundo sexo. Porto Alegre, RS, 2004.

| Característica | Total | | Masculino | | Feminino | | p* |
|---|-------|-------|-----------|-------|----------|-------|--------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Grupo etário | | | | | | | 0,227 |
| 60 - 69 anos | 124 | 42,5 | 43 | 45,7 | 81 | 40,9 | |
| 70 - 79 anos | 125 | 42,8 | 42 | 44,7 | 83 | 41,9 | |
| 80 anos ou mais | 43 | 14,7 | 9 | 9,6 | 34 | 17,2 | |
| Total | 292 | 100,0 | 94 | 100,0 | 198 | 100,0 | |
| Estado conjugal | | | | | | | <0,001 |
| Tem companheiro | 137 | 46,9 | 68 | 72,3 | 69 | 34,8 | |
| Não tem companheiro | 155 | 53,1 | 26 | 27,7 | 129 | 65,2 | |
| Total | 292 | 100,0 | 94 | 100,0 | 198 | 100,0 | |
| Escolaridade | | | | | | | 0,021 |
| Analfabeto/ primário incompleto | 68 | 23,4 | 16 | 17,0 | 52 | 26,4 | |
| Primário completo/ ginásio | 127 | 43,6 | 37 | 39,4 | 90 | 45,7 | |
| Médio / superior | 96 | 33,0 | 41 | 43,6 | 55 | 27,9 | |
| Total | 291 | 100,0 | 94 | 100,0 | 197 | 100,0 | |
| Arranjo domiciliar | | | | | | | 0,046 |
| Reside só | 64 | 21,9 | 14 | 14,9 | 50 | 25,3 | |
| Reside acompanhado | 228 | 78,1 | 80 | 85,1 | 148 | 74,7 | |
| Total | 292 | 100,0 | 94 | 100,0 | 198 | 100,0 | |
| Prática religiosa | | | | | | | 0,273 |
| Sim | 208 | 71,2 | 63 | 67,0 | 145 | 73,2 | |
| Não | 84 | 28,8 | 31 | 33,0 | 53 | 26,8 | |
| Total | 292 | 100,0 | 94 | 100,0 | 198 | 100,0 | |
| Aposentadoria/pensão | | | | | | | <0,001 |
| Recebe aposentadoria | 193 | 66,1 | 77 | 81,9 | 116 | 58,6 | |
| Recebe pensão | 44 | 15,1 | 2 | 2,1 | 42 | 21,2 | |
| Recebe apos. e pensão | 7 | 2,4 | 0 | 0 | 7 | 3,5 | |
| Não recebe | 48 | 16,4 | 15 | 16,0 | 33 | 16,7 | |
| Total | 292 | 100,0 | 94 | 100,0 | 198 | 100,0 | |
| Atividade remunerada | | | | | | | 0,002 |
| Sim | 39 | 13,4 | 21 | 22,3 | 18 | 9,1 | |
| Não | 253 | 86,6 | 73 | 77,7 | 180 | 90,9 | |
| Total | 292 | 100,0 | 94 | 100,0 | 198 | 100,0 | |
| Classe econômica | | | | | | | 0,179 |
| Classe A | 22 | 7,6 | 7 | 7,6 | 15 | 7,7 | |
| Classe B | 109 | 37,9 | 43 | 46,7 | 66 | 33,7 | |
| Classe C | 97 | 33,7 | 27 | 29,4 | 70 | 35,7 | |
| Classe D + E | 60 | 20,8 | 15 | 16,3 | 45 | 23,0 | |
| Total | 288 | 100,0 | 92 | 100,0 | 196 | 100,0 | |
| Percepção de apoio social informal | | | | | | | 0,023 |
| Sim | 144 | 49,5 | 37 | 39,8 | 107 | 54,0 | |
| Não | 147 | 50,5 | 56 | 60,2 | 91 | 46,0 | |
| Total | 292 | 100,0 | 93 | 100,0 | 198 | 100,0 | |

Verificou-se ainda associação significativa entre grupo etário e percepção de contar com rede de apoio social informal, passando esse suporte a ser significativo no segmento de 80 anos ou mais ($p=0,014$).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários e prática religiosa ($p=0,156$) e entre os grupos etários e arranjo domiciliar ($p=0,086$).

Tabela 2. Aspectos relacionados à saúde dos idosos, segundo sexo. Porto Alegre, RS, 2004.

| Variável | Total | | Masculino | | Feminino | | p* |
|-----------------------------|-------|-------|-----------|-------|----------|-------|--------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Percepção de saúde | | | | | | | 0,118 |
| Saudável | 234 | 81,0 | 81 | 86,2 | 153 | 78,5 | |
| Doente | 55 | 19,0 | 13 | 13,8 | 42 | 21,5 | |
| Total | 289 | 100,0 | 94 | 100,0 | 195 | 100,0 | |
| Problemas de saúde | | | | | | | 0,003 |
| Sim | 202 | 69,2 | 54 | 57,4 | 148 | 74,7 | |
| Não | 90 | 30,8 | 40 | 42,6 | 50 | 25,3 | |
| Total | 292 | 100,0 | 94 | 100,0 | 198 | 100,0 | |
| Medicação sistemática | | | | | | | 0,016 |
| Sim | 224 | 76,6 | 64 | 68,1 | 160 | 80,8 | |
| Não | 90 | 23,4 | 30 | 31,9 | 38 | 19,2 | |
| Total | 292 | 100,0 | 94 | 100,0 | 198 | 100,0 | |
| Medicação alternativa | | | | | | | 0,198 |
| Sim | 149 | 51,2 | 43 | 45,7 | 106 | 53,8 | |
| Não | 142 | 48,8 | 51 | 54,3 | 91 | 46,2 | |
| Total | 291 | 100,0 | 94 | 100,0 | 197 | 100,0 | |
| Atividade física | | | | | | | 0,015 |
| Sim | 150 | 51,4 | 58 | 61,7 | 92 | 46,5 | |
| Não | 142 | 48,6 | 36 | 38,3 | 106 | 53,5 | |
| Total | 292 | 100,0 | 94 | 100,0 | 198 | 100,0 | |
| Atividade de lazer** | | | | | | | 0,851 |
| Espaço privado | 215 | 73,6 | 66 | 75,9 | 149 | 81,9 | |
| Espaço coletivo | 141 | 18,5 | 48 | 55,1 | 93 | 51,1 | |
| Não realiza | 23 | 7,9 | 7 | 7,4 | 16 | 8,1 | |
| Tabagismo | | | | | | | <0,001 |
| Fumante | 34 | 11,6 | 14 | 14,9 | 20 | 10,1 | |
| Ex-fumante | 88 | 30,1 | 55 | 58,5 | 33 | 16,7 | |
| Nunca | 170 | 58,2 | 25 | 26,6 | 145 | 73,2 | |
| Total | 292 | 100,0 | 94 | 100,0 | 198 | 100,0 | |
| Consumo de bebida alcoólica | | | | | | | 0,003 |
| Sim | 123 | 42,3 | 51 | 54,8 | 72 | 36,4 | |
| Não | 168 | 57,7 | 42 | 45,2 | 126 | 63,6 | |
| Total | 291 | 100,0 | 93 | 100,0 | 198 | 100,0 | |
| Atividades de vida diária | | | | | | | <0,001 |
| Independente | 184 | 63,2 | 78 | 83,0 | 106 | 53,8 | |
| Dependência leve | 71 | 24,4 | 12 | 12,8 | 59 | 29,9 | |
| Dependência moderada | 21 | 7,2 | 1 | 1,1 | 20 | 10,2 | |
| Dependência severa | 15 | 5,2 | 3 | 3,2 | 12 | 6,1 | |

* Qui-quadrado de Pearson

** Uma ou mais atividades por pessoa

Observam-se na Tabela 4 associações estatisticamente significativas ($p < 0,001$), tanto no teste de qui-quadrado de Pearson como na associação linear entre grupo etário com tabagismo e AVD.

No grupo de 60 a 69 anos, 51,6% fumavam ou eram ex-fumantes; a maioria com mais de 80 anos nunca fumou (86%). Em relação a grupo etário e AVD, os percentuais de independência se apresentaram inversamente proporcionais à idade. Todavia, o grupo de idosos acima de 80 anos apresentou maior percentual na dependência leve.

Observou-se ainda que à medida que aumentava a idade, ocorria redução na prática de atividade física ($p = 0,040$).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupo etário e as demais variáveis apresentadas na Tabela 4.

DISCUSSÃO

Estudos transversais apresentam limitações no tocante à identificação temporal de fatores estudados. Mesmo assim, a presente investigação permitiu obter um panorama dos idosos pesquisados num determinado momento.

Apesar de ter sido utilizado um inquérito domiciliar com amostra probabilística, não foi possível saber quão semelhantes e/ou diferentes eram os idosos que não participaram do estudo. Entretanto, foram coletados dados primários por uma equipe treinada especificamente para o presente estudo.

A taxa de recusas, superior à esperada, deveu-se à dificuldade em realizar entrevistas nos domicílios em razão da sensação de insegurança vivenciada pela população. Todavia, a recusa em participar ocorreu de forma relativamente homogênea nas ruas sorteadas.

Outra limitação foi a exclusão de idosos que não tinham condições de responder à entrevista em função de critérios metodológicos da pesquisa, que objetivava conhecer aspectos referentes à autopercepção.^{9,10}

A proporção de idosos por grupo etário nas faixas de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos foi praticamente a mesma. Este resultado difere de outras pesquisas realizadas sobre perfil de idosos em outras cidades^{5,11,14} e no Rio Grande do Sul,^{*} onde era maior a densidade dos idosos de grupos etários mais jovens (60 a 69 anos).

No entanto, é semelhante ao do censo de 2000 para a região Noroeste de Porto Alegre.^{**} Possivelmente, a diferença se deve ao aumento da expectativa de vida da população nos últimos anos, destacando-se a região Sul. Além disso, esses estudos são da década passada, considerando, ainda, o crescimento relativo maior da faixa etária dos 70-79 anos, comparando os dois últimos censos.^{***}

Apesar de diferenças nas categorizações utilizadas em outras pesquisas, observou-se melhor nível de escolaridade dos idosos da presente investigação em comparação com os de outras regiões.^{6,11,14,21} Esse pode ser um fator facilitador para as ações de educação em saúde e fator protetor para déficits cognitivos,^{6,22} apesar do gradiente existente e das diferenças observadas no presente estudo entre os sexos e grupos etários, discutidos a seguir.

A proporção de idosos que residiam sós foi superior à encontrada em outros estudos epidemiológicos,^{5,6,11,15} e se aproxima de percentuais de países desenvolvidos e da região central do município de São Paulo.¹⁴ Acredita-se ser este um efeito do rápido envelhecimento populacional brasileiro, mais acentuado na região sul, em função das suas condições econômicas diferenciadas em relação a muitas outras regiões brasileiras.

Apesar de a maioria dos idosos ter referido boa saúde, uma grande proporção relatou ser portador de doenças crônicas ou fazer uso de medicação sistemática, o que reforça a idéia de que a percepção de ser doente está mais relacionado às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos.

A manutenção da capacidade funcional do idoso é fundamental para a preservação de sua saúde.¹⁶ Na presente pesquisa, verificou-se que 63,2% dos idosos eram independentes na realização das AVD, apesar de 15 idosos não terem tido condições de responder à entrevista, tendo sido excluídos. Considerando que esses idosos eram dependentes para a realização das AVD, o total de sujeitos seria 307 e a proporção de idosos independentes seria 60%. Este resultado foi superior aos já obtidos em outros estudos,^{5,14} os quais apresentavam 52,3% e 53%, respectivamente, de idosos independentes; e em outro estudo,¹⁵ apenas 34% dos idosos era totalmente independentes. É possível que, no presente estudo, esse achado também esteja relacionado às melhores condições socioeconômicas do grupo estudado, como já observado em outra investigação.¹⁴

* Conselho Estadual do Idoso. Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida [relatório de pesquisa]. Porto Alegre; 1997.

** Observatório da Cidade de Porto Alegre [homepage na internet]. Porto Alegre; 2006 [acesso em 20 Mar 2006]. Disponível em: <http://www.observapoa.com.br>

*** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000. [Acesso em 27 ago 2006] Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>

Em relação ao sexo e estado conjugal, a proporção de idosas sem companheiro foi elevada. Além de elas viverem mais, há também as questões culturais, em que um novo casamento é mais comum entre os homens. Entretanto, esses padrões parecem estar se modificando pois, em comparação com os censos anteriores, a proporção de idosos casados cresceu, principalmente entre as mulheres.³

Maior proporção de homens com escolaridade mais elevada é similar a outros estudos.^{11,15} Isso reflete o contexto social do início do século passado, época em que as mulheres quase não freqüentavam a escola.

As mulheres, por sobreviverem mais e serem predominantemente viúvas ou solteiras, de modo geral moravam sós. Entretanto, o primordial não é o fato de morar só, mas as circunstâncias em que esta situação ocorre: por opção ou por falta de outra alternativa. A vulnerabilidade encontra-se na falta de apoio (formal e informal) e na segregação, que inclusive pode ocorrer nos lares multigeracionais.

A maioria das idosas brasileiras não tiveram trabalho remunerado em sua vida adulta,^{3,18} o que vem ao encontro dos achados da presente investigação. Observou-se maior proporção de idosas pensionistas e menor proporção de mulheres exercendo uma atividade remunerada ou mesmo recebendo aposentadoria, o que colabora para a maior dependência econômica das idosas.

Os achados de maior número de doenças crônicas reportadas e piores indicadores de independência entre as idosas são semelhantes a estudos realizados com os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD),^{1,19} apesar de terem utilizado diferentes categorizações.

Como em outros estudos, a proporção de mulheres que nunca fumaram é superior à dos homens, assim como a proporção de homens que deixaram de fumar é superior à de ex-fumantes mulheres.^{10,20} Também em relação ao consumo de bebida alcoólica, as mulheres bebiam menos que os homens.¹⁰ Tais diferenças podem estar relacionadas aos padrões culturais vivenciados por esses idosos em décadas passadas, quando o consumo de álcool e tabaco era aceito socialmente para os homens. Se por um lado essas questões socioculturais provocaram desigualdades entre as idosas, por outro, trouxeram alguns fatores protetores, como menor consumo de tabaco e álcool.

Outro fator de proteção para as mulheres seria contar com maior apoio da rede social informal. O estudo de Bambuí não encontrou diferenças significativas entre homens e mulheres na satisfação com as redes sociais,¹¹ embora tenha utilizado diferentes questões e realizado numa cidade do interior. As diferenças dessa investigação¹¹ para os achados do presente estudo talvez

possam estar relacionados aos padrões urbanos, a vínculos afetivos ou à maior dependência econômica das mulheres. É possível que os homens se sentissem mais responsáveis por fornecer do que por receber apoio em função de serem mantenedores de suas famílias, visto que, provavelmente, possuíam maiores remunerações com atividades laborais e aposentadorias.

No estudo “Saúde, bem-estar e envelhecimento” (SABE), observou-se que os homens também realizaram mais atividades físicas regulares que as mulheres.¹⁰ Entretanto, na presente investigação, praticamente a metade dos idosos manteve alguma atividade e naquele estudo a proporção foi de ¼. Enquanto a diferença entre os sexos parece estar vinculada a questões socioculturais e de dependência para as AVD, a diferença de proporções entre o número total de idosos que realizavam atividade física nas duas investigações poderia estar relacionada às condições ambientais e maior segurança do distrito, em comparação com uma grande metrópole como São Paulo.

Os achados da presente investigação confirmam que as questões de gênero determinam diferenças que não se minimizam na velhice, reforçando o conceito de heterogeneidade nesta etapa de vida. Essas diferenças devem ser consideradas no estabelecimento de ações de saúde para esse segmento da população.¹

A menor escolaridade com o avanço da idade poderia estar relacionada ao contexto social do período em que esses idosos estavam em fase escolar. Também, por muitos serem procedentes de cidades do interior do estado, onde a oferta de ensino formal era mais reduzida que nos centros urbanos maiores.

Os idosos dos segmentos mais velhos eram de classes econômicas mais baixas. No estudo SABE, a renda dos idosos também decrescia com a idade e os autores destacam que o aumento da expectativa de vida parece não ter garantido bem-estar aos idosos.⁴

Os idosos mais jovens eram os que mantinham alguma atividade remunerada, mesmo que alguns deles já fossem aposentados, e havia maior número de pensionistas no grupo etário mais idoso, formado predominantemente por mulheres. Estudo realizado sobre trabalho, saúde e envelhecimento,⁸ a partir dos dados da PNAD, também encontrou associação estatística entre idosos de grupos etários mais jovens e manutenção de atividade laboral. Acredita-se que manter uma atividade laboral nas idades avançadas deveria ser uma opção do indivíduo para manter-se ativo e sentir-se capaz de continuar atuando no mercado de trabalho, e não constituir necessidade econômica de complementação de renda.

A percepção dos idosos quanto a contar com rede de apoio social informal aumentava à medida que se tornam mais velhos. Talvez os idosos mais jovens, do

Tabela 3. Características socioeconômicas e demográficas dos idosos segundo grupo etário. Porto Alegre, RS, 2004.

| Característica | Total | | 60-69anos | | 70-79 anos | | >80anos | | p* |
|---|-------|-------|-----------|-------|------------|-------|---------|-------|----------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Estado conjugal | | | | | | | | | <0,001** |
| Tem companheiro | 137 | 46,9 | 69 | 55,6 | 58 | 46,4 | 10 | 23,3 | |
| Não tem companheiro | 155 | 53,1 | 55 | 44,4 | 67 | 53,6 | 33 | 76,7 | |
| Total | 292 | 100,0 | 124 | 100,0 | 125 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Escolaridade | | | | | | | | | <0,001** |
| Analfabeto/ primário incompleto | 68 | 23,4 | 22 | 17,9 | 28 | 22,4 | 18 | 41,9 | |
| Primário completo/ ginásio | 127 | 43,6 | 44 | 35,8 | 65 | 52,0 | 18 | 41,9 | |
| Médio / superior | 96 | 33,0 | 57 | 46,3 | 32 | 25,6 | 7 | 16,2 | |
| Total | 291 | 100,0 | 123 | 100,0 | 125 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Arranjo domiciliar | | | | | | | | | 0,086 |
| Reside só | 64 | 21,9 | 29 | 23,4 | 21 | 16,8 | 14 | 32,6 | |
| Reside acompanhado | 228 | 78,1 | 95 | 76,6 | 104 | 83,2 | 29 | 67,4 | |
| Total | 292 | 100,0 | 124 | 100,0 | 125 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Prática religiosa | | | | | | | | | 0,156 |
| Sim | 208 | 71,2 | 81 | 65,3 | 94 | 75,2 | 33 | 76,7 | |
| Não | 84 | 28,8 | 43 | 34,7 | 31 | 24,8 | 10 | 23,3 | |
| Total | 292 | 100,0 | 124 | 100,0 | 125 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Aposentadoria/pensão | | | | | | | | | <0,001** |
| Recebe aposentadoria | 193 | 66,1 | 76 | 61,3 | 89 | 71,2 | 28 | 65,1 | |
| Recebe pensão | 44 | 15,1 | 10 | 8,1 | 23 | 18,4 | 11 | 25,6 | |
| Recebe aposentadoria e pensão | 7 | 2,4 | 4 | 3,2 | 3 | 2,4 | 0 | 0 | |
| Não recebe | 48 | 16,4 | 34 | 27,4 | 10 | 8,0 | 4 | 9,3 | |
| Total | 292 | 100,0 | 124 | 100,0 | 125 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Atividade remunerada | | | | | | | | | 0,001** |
| Sim | 39 | 13,4 | 28 | 22,6 | 11 | 8,8 | 0 | 0 | |
| Não | 253 | 86,6 | 96 | 77,4 | 114 | 91,2 | 43 | 100,0 | |
| Total | 292 | 100,0 | 124 | 100,0 | 125 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Classe econômica | | | | | | | | | 0,004*** |
| Classe A | 22 | 7,6 | 17 | 13,7 | 3 | 2,5 | 2 | 4,8 | |
| Classe B | 109 | 37,8 | 51 | 41,1 | 48 | 39,3 | 10 | 23,8 | |
| Classe C | 97 | 33,7 | 31 | 25,0 | 46 | 37,7 | 20 | 47,6 | |
| Classe D + E | 60 | 20,8 | 25 | 20,2 | 25 | 20,5 | 10 | 23,8 | |
| Total | 288 | 100,0 | 124 | 100,0 | 122 | 100,0 | 42 | 100,0 | |
| Percepção de rede apoio social informal | | | | | | | | | 0,014 |
| Sim | 144 | 49,5 | 59 | 47,6 | 53 | 43,4 | 28 | 68,3 | |
| Não | 147 | 50,5 | 65 | 52,4 | 69 | 56,6 | 13 | 31,7 | |
| Total | 291 | 100,0 | 124 | 100,0 | 122 | 100,0 | 41 | 100,0 | |

* Qui-quadrado de Pearson

** Associação linear $p < 0,001$ *** Associação linear $p = 0,005$

Tabela 4. Aspectos relacionados à saúde de idosos, segundo grupo etário. Porto Alegre, RS, 2004.

| Variável | Total | | 60-69anos | | 70-79 anos | | >80anos | | p* |
|-----------------------------|-------|-------|-----------|-------|------------|-------|---------|-------|----------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Percepção de saúde | | | | | | | | | 0,271 |
| Saudável | 234 | 81,0 | 101 | 82,1 | 102 | 82,9 | 31 | 72,1 | |
| Doente | 55 | 19,0 | 22 | 17,9 | 21 | 17,1 | 12 | 27,9 | |
| Total | 289 | 100,0 | 123 | 100,0 | 123 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Problemas de saúde | | | | | | | | | 0,602 |
| Sim | 202 | 69,2 | 82 | 66,1 | 90 | 72,0 | 30 | 69,8 | |
| Não | 90 | 30,8 | 42 | 33,9 | 35 | 28,0 | 13 | 30,2 | |
| Total | 292 | 100,0 | 124 | 100,0 | 125 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Medicação sistemática | | | | | | | | | 0,224 |
| Sim | 224 | 76,6 | 89 | 71,8 | 101 | 80,8 | 34 | 79,1 | |
| Não | 68 | 23,3 | 35 | 28,2 | 24 | 19,2 | 9 | 20,9 | |
| Total | 292 | 100,0 | 124 | 100,0 | 125 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Medicação alternativa | | | | | | | | | 0,520 |
| Sim | 149 | 51,2 | 59 | 47,6 | 68 | 54,8 | 22 | 51,2 | |
| Não | 142 | 48,8 | 65 | 52,4 | 56 | 45,2 | 21 | 48,8 | |
| Total | 291 | 100,0 | 124 | 100,0 | 124 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Atividade física | | | | | | | | | 0,086** |
| Sim | 150 | 51,4 | 73 | 58,9 | 58 | 46,4 | 19 | 44,2 | |
| Não | 142 | 48,6 | 51 | 41,1 | 67 | 53,6 | 24 | 55,8 | |
| Total | 292 | 100,0 | 124 | 100,0 | 125 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Atividade de lazer *** | | | | | | | | | 0,247 |
| Esporte privado | 215 | 73,6 | 91 | 77,1 | 93 | 83,0 | 31 | 79,5 | |
| Esporte coletivo | 141 | 18,5 | 66 | 55,9 | 57 | 50,9 | 18 | 46,2 | |
| Não realiza | 23 | 7,9 | 6 | 4,8 | 13 | 10,4 | 4 | 9,3 | |
| Tabagismo | | | | | | | | | <0,001** |
| Fumante | 34 | 11,6 | 23 | 18,5 | 11 | 8,8 | 0 | 0 | |
| Ex-fumante | 88 | 30,1 | 41 | 33,1 | 41 | 32,8 | 6 | 14,0 | |
| Nunca | 170 | 58,2 | 60 | 48,4 | 73 | 58,4 | 37 | 86,0 | |
| Total | 292 | 100,0 | 124 | 100,0 | 125 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Consumo de bebida alcoólica | | | | | | | | | 0,393 |
| Sim | 123 | 42,3 | 58 | 46,8 | 49 | 39,5 | 19 | 37,2 | |
| Não | 168 | 57,7 | 66 | 53,2 | 75 | 60,5 | 27 | 62,8 | |
| Total | 291 | 100,0 | 124 | 100,0 | 124 | 100,0 | 43 | 100,0 | |
| Atividades de vida diária | | | | | | | | | <0,001** |
| Independente | 184 | 63,2 | 95 | 76,6 | 75 | 60,0 | 14 | 33,3 | |
| Dependência leve | 71 | 24,4 | 17 | 13,7 | 38 | 30,4 | 16 | 38,1 | |
| Dependência moderada | 21 | 7,2 | 8 | 6,5 | 10 | 8,0 | 3 | 7,1 | |
| Dependência severa | 15 | 5,2 | 4 | 3,2 | 2 | 1,6 | 9 | 21,4 | |
| Total | 291 | 100,0 | 124 | 100,0 | 125 | 100,0 | 42 | 100,0 | |

* Qui-quadrado de Pearson

** Associação linear p=0,040

*** Uma ou mais atividades por pessoa

**** Associação linear p<0,001

sexo masculino, que eram mais independentes funcionalmente e ainda mantinham atividade remunerada e/ou recebiam aposentadoria, consideravam-se mais fornecendo apoio do que recebendo.

A redução do tabagismo entre idosos com o aumento da idade também é descrito no estudo de Bambuí.²⁰ Os pesquisadores salientam, no entanto, que a redução da prevalência de tabagistas com a idade não significa redução do número total de idosos fumantes, reforçando a importância dos programas de cessação tabágica para qualquer grupo etário.

O número de independentes para as AVD diminuiu com a idade e quase 1/4 dos idosos com 80 anos ou mais estudados apresentavam dependência severa. Estudo¹⁷ sobre os fatores determinantes da capacidade funcional do idoso também encontrou um claro efeito de dependência entre AVD e faixa etária, com os idosos acima de 80 anos tendo até 36 vezes mais chance de serem dependentes. A redução da prática de atividade física com o aumento da idade deve estar relacionada à maior dependência para as AVD.

A diferença de percepção de saúde não foi significativa entre os sexos, nem tampouco entre os grupos etários. No estudo de Bambuí,¹² a auto-avaliação em saúde também não teve associação estatística significativa, porém verifica-se em ambas investigações que os idosos mais jovens e, em particular, os homens se avaliaram melhor. No SABE, os homens consideravam-se mais saudáveis que as mulheres. Foi também discutida no último trabalho citado a controvérsia relacionada ao fato de as mulheres reportarem auto-avaliação de saúde pior mas viverem mais.¹⁰ Esses autores interpretam o achado relacionando-o, entre outros, ao fato de que as mulheres, na sua avaliação, levam mais em conta limitações e condições não fatais.

Embora muitas sejam as velhices a necessitar de atenção diferenciada, o modelo de assistência à saúde atual tende a colocar todos os idosos numa mesma lógica de atendimento. A melhoria da qualidade de vida da população idosa, no entanto, requer mudança nesse modelo, respeitando a heterogeneidade desse grupo populacional. O novo modelo deve contemplar o desenvolvimento de ações de promoção da saúde fundamentadas no referencial do envelhecimento ativo

e o desenvolvimento de ações de prevenção, tratamento e reabilitação. O modelo deve ter por base as demandas específicas locais, contando com equipes multiprofissionais, por meio de rede de apoio social formal estruturada e integrada. Os resultados do presente estudo reforçam a percepção dos autores sobre a possibilidade de, também, estruturar redes de apoio entre os idosos. Essas redes, impulsionadas pelos serviços de atenção básica em saúde, ofereceriam oportunidades de socialização e estimulariam hábitos saudáveis por meio de atividades coletivas.

Numa perspectiva ampliada, as redes poderiam ainda fortalecer a participação comunitária com vistas à inclusão social, tais como o desenvolvimento de alternativas para redução do gradiente de escolaridade e possibilidades de renda. Permitiriam também auxiliar na identificação e reivindicação de entornos propícios ao envelhecimento, como previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006, melhorando as condições de acesso dos idosos, especialmente aqueles que residem sós e dos que apresentam dependência para as AVD.

Em nível local, ações em saúde que produzam efeitos positivos nos idosos incluem a qualificação das equipes de atenção básica e o preparo dos futuros profissionais para uma prática efetiva de cuidado integral ao idoso, respeitando os valores, a cultura e a escolaridade dessas pessoas. Essas ações devem, inclusive, ser monitoradas pela percepção de qualidade de vida e pela avaliação dos serviços de saúde pelos idosos, entre outros.

Partindo dessas constatações e recomendações, outras ações envolvendo os idosos, família e serviços podem ser sugeridas e instituídas, tendo como meta a efetivação das políticas relacionadas aos idosos.

Verificou-se neste estudo associação entre sexo e as variáveis estado conjugal, escolaridade, arranjo domiciliar, aposentadoria/pensão, atividade remunerada, percepção de apoio social informal, problemas de saúde, uso de medicação sistemática, atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica e AVD. Quanto aos grupos etários, observou-se associação com as variáveis estado conjugal, escolaridade, aposentadoria/pensão, atividade remunerada, classe econômica, percepção de contar com rede de apoio social informal, tabagismo e AVD.

REFERÊNCIAS

1. Barreto SM, Giatti L, Kalache A. Gender inequalities among older Brazilian adults. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(2):110-7.
2. Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.
3. Camarano AA, Kanso S, Melo JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 25-73.
4. Campino ACC, Cyrillo DC. Situação de ocupação e renda. In: Lebrão ML, Duarte Y, organizadores. SABE-Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p. 241-54.
5. Coelho-Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica*. 1999;33(5):445-53.
6. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas IC. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saude Publica*. 2004;20(6):1575-85.
7. Fillenbaum GG, Smyer MA. The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *J Gerontol*. 1981;36(4):428-34.
8. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):759-71.
9. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
10. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de Saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. SABE-Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento - o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p. 73-92.
11. Costa MFLL, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM, et al. The Bambuí health and ageing study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):126-35.
12. Costa MFLL, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2004;38(6):827-34.
13. McCracken K, Phillips D. International demographic transitions. In: Andrews GJ, Phillips DR, editores. Ageing and Place: Perspectives, Policy, Practice. London: Routledge; 2005.
14. Ramos R, Rosa TE, Oliveira ZM, Medina MC, Santos FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica*. 1993;27(2):87-94.
15. Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saude Publica*. 1998;32(5):397-407.
16. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):793-8.
17. Rosa TE, Benício MHA, Latorre MRO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica*. 2003;37(1):40-8.
18. Wanjaman S, Oliveira AM, Oliveira EL. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e conseqüências. In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos anos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 453-79.
19. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):383-91.
20. Peixoto SV, Firmo JO, Lima-Costa MF. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):745-53.
21. Piccini RX, Fachini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidade de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2006; 11(3):657-67.
22. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.

Artigo baseado na tese de doutorado de LMG Paskulin, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Unifesp, em 2007.

LMG Paskulin foi apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes -Processo n.º PQ1 00050/03-2; bolsa de doutorado).