

Condições de vida e saúde da população idosa do Município de Guaramiranga-CE

doi: 10.5123/S1679-49742011000200008

Life and Health Conditions of the Old Population of the Municipality of Guaramiranga-CE

Maria Auxiliadora Bessa Santos

Secretaria Municipal da Saúde, Guaramiranga-CE, Brasil

Inês Echenique Mattos

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever condições de vida e saúde dos idosos do Município de Guaramiranga, Ceará. **Metodologia:** estudo seccional de base populacional, com instrumento de coleta de dados adaptado do Projeto SABE; análise descritiva mediante distribuições de frequência, com emprego do teste qui-quadrado para verificar presença de associações. **Resultados:** população de estudo constituída por 438 idosos, com predomínio de mulheres na faixa etária de 60-69 anos e escolaridade baixa; idade, presença de doença crônica e prática de atividade física mostraram associação com saúde auto-referida; a prevalência de deficiência visual foi de 73,9%, enquanto a auditiva foi de 29,1%, e 31,1% relataram problemas articulares; a idade mostrou associação com dificuldades na realização das atividades de vida diária. **Conclusão:** o estudo traça um perfil bastante aproximado das condições de vida e saúde da população idosa de Guaramiranga e pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas municipais voltadas a esse grupo.

Palavras-chave: população idosa; condições de saúde; saúde auto-referida, fatores sociodemográficos; epidemiologia.

Summary

Objective: to describe the living and health conditions of the elder population of the municipality of Guaramiranga, State of Ceará, Brazil. **Methodology:** a cross-sectional population-based study with data collection tool adapted from the SABE Project; descriptive analysis through frequency distributions, and the chi-square test to verify the presence of associations. **Results:** the study population consisted of 438 elderly people, mostly women, aged between 60 to 69 years, and with low education; age, presence of chronic disease, and physical activity were associated with self-reported health; the prevalence of visual impairment was of 73.9%, while that of hearing impairment was of 29.1%, and 31.1% reported joint problems; age was associated with difficulties in performing daily living activities. **Conclusion:** the study draws fairly approximate profile of the life and health conditions of the elderly population of Guaramiranga and may contribute to the development of municipal public policies aimed at this group.

Key words: elder population; health conditions; self-reported health; socio-demographic factors; epidemiology.

Endereço para correspondência:

Rua Joaquim Alves Nogueira, 409, Guaramiranga-CE, Brasil. CEP: 62766-000

E-mail: auxiliadorabessa@bol.com.br

Introdução

Inicialmente percebido nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional é, atualmente, um fenômeno mundial. No Brasil, esse incremento do número de idosos passou a acontecer ao final do século XX.¹ A queda da fecundidade, aliada ao aumento da expectativa de vida e à redução da mortalidade, vem determinando o processo de envelhecimento da população.²

O aumento significativo da população de idosos tem sido motivo de preocupação, pelas implicações que pode trazer ao atendimento das necessidades básicas desse grupo etário,¹ antecipando-se novas demandas para os serviços de saúde e aumentos consideráveis nos custos de programas sociais e sanitários.³

O aumento significativo da população de idosos tem sido motivo de preocupação, pelas implicações que pode trazer ao atendimento das necessidades básicas desse grupo etário.

Em estudo que avaliou a assistência geriátrica ambulatorial,⁴ constatou-se que o sistema de saúde brasileiro não está estruturado para atender a demanda crescente do grupo populacional com mais de 60 anos de idade, contribuindo para que muitos idosos tenham seu primeiro atendimento hospitalar quando a doença já se encontra em estágio avançado, aumentando os custos e diminuindo as chances de melhor prognóstico.

As mudanças verificadas na composição etária da população tornam necessário o desenvolvimento de políticas públicas específicas para o idoso, visando promover seu bem-estar físico, social, econômico e psicológico. A deficiência na atenção a problemas de saúde típicos da terceira idade tem contribuído para o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em nosso país. Estudo com população idosa de São Paulo-SP observou que 53,3% relataram hipertensão, 31,7% problemas em ossos e articulações e 17,9% disseram-se diabéticos.⁵

O presente estudo busca conhecer as condições de vida e saúde da população idosa de Guarimiranga-CE. Acredita-se que seus resultados fornecerão subsídios para a implantação e implementação de ações e servi-

ços voltados a esse grupo populacional, constituindo-se um instrumento de gestão para o desenvolvimento de políticas públicas do sistema local de saúde e das demais secretarias municipais que compõem a microrregião da Saúde do Estado do Ceará.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo transversal para conhecer as condições de vida e saúde da população idosa do município de Guarimiranga, Estado do Ceará, no ano de 2007.

O município de Guarimiranga, situado na região serrana, a 110km da capital, está inserido na IV Microrregião da Saúde do Ceará (Baturité) e conta com população total de 6.027 habitantes, dos quais 596 (9,9%) são idosos. Possui um hospital de pequeno porte, com atendimento em clínica médica, obstétrica e pediátrica no primeiro nível da assistência, cuja referência secundária para saúde materno-infantil é o Hospital Polo do Município de Baturité; e para clínica médica, urgência e emergência, traumatologia-ortopedia e cirurgia geral, o Hospital Polo de Aracoiaba. As demais especialidades são referenciadas para as unidades de saúde da Macrorregião de Fortaleza-CE. O Município apresenta 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família, composta por três equipes. Além das ações e serviços ofertados pela Atenção Básica, vigilância à saúde e assistência hospitalar, o município também oferece atendimento ambulatorial em neurologia e faz referências de outras consultas especializadas e exames complementares por meio da Central de Regulação do SUS (Cresus).

A população elegível para o estudo foi constituída por 527 indivíduos de 60 anos e mais de idade, que representavam todos os idosos residentes em Guarimiranga, cadastrados em listagem nominal pelas equipes da Saúde da Família do município no ano de 2007.

Para coleta dos dados, realizou-se inquérito domiciliar que identificou os indivíduos com 60 anos de idade e mais, convidados a participar do estudo. Aqueles que o aceitaram e assinaram o termo de consentimento informado foram entrevistados com base em um questionário estruturado.

O instrumento de coleta de dados do estudo teve como base o questionário do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE).⁵

Para fins do estudo, procedeu-se, inicialmente, uma redução do questionário original, sendo mantidas apenas as perguntas que abordavam questões de interesse desta investigação. Com esse questionário resumido, foi realizado um estudo-piloto em 50 idosos residentes no Município de Baturité, também inserido na IV Microrregião da Saúde do Ceará, situado a aproximadamente 12km de Guarimiranga. Após avaliação dos resultados do estudo-piloto, foram efetuadas pequenas adaptações no questionário resumido de forma a propiciar melhor entendimento e aplicabilidade do instrumento utilizado na investigação.

As seguintes variáveis foram consideradas: socioeconômicas – incluindo renda mensal individual, escolaridade, ocupação, situação conjugal –; demográficas – sexo, idade (faixa etária), estado conjugal –; morbidades autorreferidas – hospitalização por doenças do coração, dificuldades sensoriais da visão e audição –; hipertensão arterial; diabetes; doenças crônicas do pulmão; osteoporose; problemas nas articulações e perdas de elementos dentários (relato de perda de um ou mais dentes); assim como a saúde autorreferida – estado de saúde, comparação do próprio estado de saúde com a saúde de seus pares e/ou de seus amigos da mesma idade –; atividades de vida diária (AVD) – dificuldade para caminhar, dificuldade de sair sozinho e para executar tarefas domésticas leves, dificuldade para comer sozinho –;⁶ estilo de vida, hábitos de vida saudável – prática de atividade física de lazer (mínimo de duas vezes por semana), alimentação saudável (consumo de frutas e/ou verduras quatro ou mais vezes por semana) e tabagismo.

Participaram da coleta de dados dez entrevistadores, todos pertencentes à equipe de profissionais de nível superior da Secretaria Municipal da Saúde, que receberam treinamento teórico e prático com a finalidade de unificar as abordagens e sistemática de trabalho. As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos idosos, sendo entrevistados todos os que foram encontrados e aceitaram participar do estudo.

A análise descritiva da distribuição das variáveis do estudo foi efetuada a partir da determinação de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas, e de distribuições de frequência para as variáveis categóricas. O teste estatístico do qui-quadrado foi empregado para avaliar a existência de associação entre condições de saúde autorreferidas, variáveis socioeconômicas e demográficas, morbida-

des autorreferidas e dependência para a realização de atividades da vida diária.

As análises estatísticas foram efetuadas com o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences – SPSS 12.0.

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, sob o nº 216/07 – CAAE: 0005.0.031.000-08.

Resultados

A população de estudo foi constituída por 438 idosos, 83,1% dos 527 cadastrados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Em relação aos indivíduos não entrevistados, nove idosos (1,7%) haviam falecido, 26 (4,9%) se recusaram a responder e 54 (10,2%) não foram encontrados em seu domicílio. Nesta última situação, em alguns casos, ninguém foi encontrado na residência; em outros, algum morador referiu que o idoso havia viajado para casa de outros familiares em Fortaleza ou em cidades vizinhas.

A média de idade dos idosos entrevistados foi de 72,0 anos: para o sexo masculino, a média de idade foi de 72,0; e para o sexo feminino, correspondeu a 71,5 anos.

Na Tabela 1, encontram-se as principais características sociodemográficas dos idosos de Guarimiranga. Entre os entrevistados, 47,5% encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos, sendo que menos de 20,0% tinham 80 anos ou mais. A maioria dos entrevistados, 60,3%, eram mulheres. A metade dos homens entrevistados era analfabeta, enquanto entre as mulheres predominou o ensino fundamental incompleto. Eram viúvas 36,0% das mulheres, enquanto 71,3% dos homens eram casados ou tinham uma companheira. A maioria dos idosos vivia acompanhada.

Na Tabela 2, podemos observar que um maior número de homens idosos declarou saúde autorreferida excelente/boa, enquanto entre as mulheres ocorreu o contrário. A saúde autorreferida regular ou ruim mostrou-se associada à idade: enquanto entre os idosos de 60-69 anos, mais de 50,0% consideraram sua saúde excelente ou boa, apenas 31,0% entre aqueles de 80 anos e mais assim o fizeram. Com relação à autorreferência a doenças crônicas, 55,0% dos ido-

Tabela 1 - Distribuição da população idosa segundo características sociodemográficas em Guaramiranga-CE, Brasil, 2007

Características	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária						
60 – 69	74	42,5	134	50,8	208	47,5
70 – 79	65	37,4	80	30,3	145	33,1
80 e +	35	20,1	50	18,9	85	19,4
Escolaridade^a						
Analfabeto	87	50,0	100	37,9	187	42,7
Fundamental incompleto	76	43,7	142	53,8	218	49,8
Fundamental completo ou +	11	6,3	22	8,3	33	7,5
Ocupação^a						
Aposentado	148	85,1	235	89,0	383	87,4
Agricultor	17	9,8	8	3,0	25	5,7
Outros	9	5,2	21	8,0	30	6,8
Renda mensal individual						
Até 1 salário mínimo	150	86,2	226	85,6	376	85,8
2 salários mínimos ou +	24	13,8	38	14,4	62	14,2
Estado conjugal^a						
Casado(a) companheiro(a)	124	71,3	135	51,1	259	59,1
Viúva	26	14,9	95	36,0	121	27,6
Outros	24	13,8	34	12,9	58	13,2
Vive atualmente						
Sozinho	15	8,6	19	7,2	34	7,7
Acompanhado(a)	159	91,4	245	92,8	404	92,2
TOTAL	174	39,7	264	60,3	438	100,0

a) teste do χ^2 : valor de $p \leq 0,05$.

so se declararam hipertensos, 16,0% informaram ser diabéticos e 8,1% referiram doenças crônicas do pulmão. Essas três condições crônicas, assim como o relato de internação prévia por doenças do coração, mostraram-se associadas à condição de saúde autorreferida regular ou ruim.

Aproximadamente 24% dos idosos informaram praticar atividade física pelo menos duas vezes à semana. A prática de atividade física mostrou-se associada à saúde autorreferida excelente ou boa. A prevalência de tabagismo entre os idosos correspondeu a 25,3% e os ex-fumantes predominaram entre os entrevistados. A variável fumo não se mostrou associada à condição de saúde autorreferida, quando a análise foi efetuada considerando as três categorias: fumante; não fumante;

e ex-fumante. As variáveis sociodemográficas analisadas, igualmente, não apresentaram associação com a condição de saúde autorreferida pela população de estudo (Tabela 3).

A prevalência global de deficiência visual autorreferida entre os idosos de Guaramiranga foi de 73,9%; e de deficiência auditiva, de 29,1%. A prevalência autorreferida de problemas articulares foi de 31,1% no conjunto da população. Para osteoporose, a prevalência autorreferida foi de 4,6%. Um elevado número de idosos referiu perda de elementos dentários. Ao se examinar a distribuição por faixa etária (Tabela 4), verifica-se que a presença dessas condições de saúde é maior à medida que aumenta a idade, embora para perdas auditivas não tenha sido observada significância

Tabela 2 - Distribuição da condição de saúde autorreferida da população idosa, segundo sexo, faixa etária e morbididades autorreferidas selecionadas em Guaramiranga-CE. Brasil, 2007

Variáveis	Condição de saúde				χ ² p valor
	Excelente/Boa		Regula/Ruim		
	N	%	N	%	
Sexo (n=438)					0,067
Masculino	92	52,9	82	47,1	
Feminino	116	43,9	148	56,1	
Idade (n=438)					<0,001
60 – 69	116	55,8	92	44,2	
70 – 79	66	45,5	79	54,5	
80 e +	26	30,6	59	69,4	
Hipertensão arterial (n=436)					0,001
Sim	96	40,0	144	60,0	
Não	110	56,1	86	43,9	
Diabetes (n=432)					0,024
Sim	24	34,8	45	65,2	
Não	180	49,6	183	50,4	
Doenças crônicas do pulmão (n=433)					<0,001
Sim	6	17,1	29	82,9	
Não	201	50,5	197	49,5	
Hospitalização por doença do coração (n=417)					<0,001
Sim	3	12,5	21	87,5	
Não	199	50,6	194	49,4	

Tabela 3 - Estilo de vida e características sociodemográficas da população idosa, segundo condição de saúde autorreferida em Guaramiranga-CE. Brasil, 2007

Variáveis	Saúde auto-referida				χ ² p-valor
	Excelente/Boa		Regular/Ruim		
	N	%	N	%	
Prática de atividade física no mínimo 2 vezes por semana					0,009
Sim	61	58,7	43	41,3	
Não	147	44,0	187	56,0	
Tabagismo					0,077
Sim	63	56,8	48	43,2	
Não (nunca fumou)	58	44,3	73	55,7	
Não (ex-fumante)	87	44,4	109	55,6	
Escolaridade					0,487
Analfabeto	95	50,8	92	49,2	
Fundamental incompleto	98	45,0	120	55,0	
Fundamental completo e mais	15	45,5	18	54,5	
Renda mensal individual					0,692
Até 1 salário- mínimo	180	47,9	196	52,1	
2 salários mínimos e mais	28	45,2	34	54,8	
Estado conjugal					0,075
Casado(a)/companheiro(a)	133	51,4	126	48,6	
Viúvo(a)	47	38,8	74	61,2	
Outros	28	48,3	30	51,7	

estatística. Em relação ao sexo (Tabela 5), observou-se maior prevalência de dificuldade visual entre as mulheres.

A prevalência de dificuldades para caminhar foi de 33,1% e uma proporção similar de idosos referiu dificuldades para sair sozinho. Um número menor de idosos referiu dificuldades para a realização de tarefas domésticas leves (19,9%) e para comer sozinho (11,0%). Ao se analisar a distribuição por faixa etária, observa-se que a proporção de idosos com dificul-

dades para a realização dessas duas tarefas aumenta com a idade, sendo essas diferenças estatisticamente significativas. A prevalência de dificuldades em todas as quatro atividades, entre os idosos de 80 anos e mais, correspondeu a mais do que o dobro daquela observada entre indivíduos de 60-69 anos (Tabela 4). Na análise por sexo, só foi observada associação estatisticamente significativa nas dificuldades para caminhar e sair sozinho, referidas pelas mulheres com maior frequência (Tabela 5).

Tabela 4 - Distribuição da população idosa por faixa etária, segundo dificuldades sensoriais, problemas ósteo-articulares e perda de elementos dentários e perguntas selecionadas relativas a atividades da vida diária em Guaramiranga-CE. Brasil, 2007

Variáveis	Faixa etária						χ^2 p-valor
	60 – 69		70 – 79		80 e +		
	N	%	N	%	N	%	
Dificuldade visual	159	76,4	90	62,9	73	85,9	0,000
Dificuldade auditiva	50	24,2	46	31,7	31	36,9	0,067
Osteoporose	4	2,0	12	8,3	4	4,8	0,021
Problemas nas articulações	50	24,2	51	35,2	35	41,2	0,007
Perda de elementos dentários	204	98,1	143	99,3	79	92,9	0,009
Dificuldade para caminhar	44	21,2	49	33,8	52	61,2	0,000
Dificuldade para sair sozinho	45	21,6	47	32,4	55	64,7	0,000
Dificuldade para executar tarefas domésticas leves	23	11,1	27	18,6	37	43,5	0,000
Dificuldade para comer sozinho(a)	12	5,8	23	15,9	13	15,3	0,004

Tabela 5 - Distribuição da população idosa por sexo, segundo dificuldades sensoriais, problemas ósteo-articulares e perda de elementos dentários e perguntas selecionadas relativas a atividades da vida diária em Guaramiranga-CE. Brasil, 2007

Variáveis	Sexo				χ^2 p-valor
	Masculino		Feminino		
	N	%	N	%	
Dificuldade visual	113	65,7	209	79,2	0,002
Dificuldade auditiva	55	31,6	72	27,5	0,353
Osteoporose	4	2,3	16	6,2	0,063
Problemas nas articulações	46	26,4	90	34,2	0,085
Perda de elementos dentários	173	99,4	253	96,2	0,035
Dificuldade para caminhar	46	26,4	99	37,5	0,016
Dificuldade para sair sozinho	45	25,9	102	38,6	0,006
Dificuldade para executar tarefas domésticas leves	35	20,1	52	19,7	0,915
Dificuldade para comer sozinho(a)	16	9,2	32	12,1	0,337

Discussão

O maior desafio na atenção à saúde da pessoa idosa consiste em contribuir para que – a despeito das progressivas limitações possíveis – os indivíduos sejam capazes de redescobrir possibilidades e desfrutar da melhor qualidade de vida possível. O estudo do envelhecimento como processo do ciclo de vida é, atualmente, um dos principais pontos de atenção dos agentes sociais e governamentais, bem como área médica geral.

Se a Atenção Básica em Saúde é a porta de entrada do sistema, faz-se necessário que ela se torne cada vez mais fortalecida e vigilante sobre a saúde da população, de forma a captar e acompanhar os idosos adequadamente, garantindo a equidade e integralidade das ações de saúde voltadas a ela.

Em estudo realizado com a população idosa de São Carlos-SP, foi observado o predomínio da faixa etária de 60-69 anos (61,4%) e um alto percentual de analfabetismo (50,0%).⁷ Esses resultados são similares aos aqui observados para Guaramiranga. Naquela investigação, contudo, o percentual de analfabetismo foi maior entre as mulheres do município paulista, enquanto em nosso estudo, predominou em pessoas do sexo masculino. Os elevados percentuais de analfabetismo em ambos os estudos indicam, afinal, a necessidade do estímulo à alfabetização desse grupo populacional.

Em outro estudo que avaliou as relações entre saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil,⁶ foi constatado que, em termos da distribuição da população e de acordo com a situação no mercado de trabalho, a maioria dos homens (68,46%) estava aposentada. A renda pessoal mensal dos idosos que trabalhavam apresentou mediana de R\$610,00, enquanto a dos aposentados foi de R\$350,00. Situação similar foi observada em Guaramiranga, onde a maioria dos idosos do sexo masculino está aposentada e referiu renda mensal de até um salário-mínimo.

Entre os idosos de Guaramiranga, as variáveis sociodemográficas analisadas não se mostraram associadas à saúde autorreferida. Entretanto, em um inquérito de base populacional realizado em Bambuí-MG, a escolaridade, a renda mensal e o estado conjugal apresentaram associações estatisticamente significativas com a saúde autorreferida.⁸ É importante destacar, entretanto, a homogeneidade da renda no conjunto da população idosa de Guaramiranga, uma

dificuldade para evidenciar diferenças possíveis de se atribuir a esse fator.

Estudo qualitativo realizado no Rio de Janeiro observou que muitos idosos, mesmo sendo portadores de doenças crônicas, consideravam-se pessoas saudáveis e referiam gozar de boa saúde.⁹ Em Guaramiranga, a maioria dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes *mellitus* referiu saúde entre regular e ruim. A saúde autorreferida é um dos indicadores mais utilizados em estudos gerontológicos porque se acredita que possa predizer, de forma consistente, a mortalidade e a queda da capacidade funcional.^{5,10-12} Assim, é importante que todos os fatores que se mostraram associados à saúde autorreferida sejam acompanhados com atenção, de forma a servir de fundamento à implantação/implementação de políticas públicas voltadas à promoção da saúde dessa população.

Estudo de base populacional realizado com idosos de duas cidades de Minas Gerais evidenciou elevado percentual de fumantes e ex-fumantes entre os indivíduos do sexo masculino.¹³ Saúde autorreferida ruim e capacidade funcional prejudicada mostraram-se associadas ao tabagismo em uma dessas cidades, porém não na outra. Em Guaramiranga também foi observado alto percentual de tabagistas e ex-tabagistas na população idosa, porém não se observou associação entre essa condição e relato de saúde regular/ruim.

Estudos realizados pelo Instituto de Saúde de São Paulo mostram que, em determinadas populações, 1/5 das pessoas entre 65 e 74 anos de idade e 1/3 das que têm 75 anos e mais apresentam algum grau de incapacidade física e/ou sensorial – entre artrites, osteoporose, deficiências cognitivas de memória e/ou linguagem, deficiências visuais e auditivas – que ocasionou desmotivação e desinteresse por atividades rotineiras e comprometeu a comunicação e as relações interpessoais.¹⁴ No presente estudo, também se observou associação entre idade e deficiências visuais e auditivas. É importante ressaltar a baixa prevalência de osteoporose, o que não seria de se esperar em uma população dessa faixa etária. Como a abordagem do estudo sobre a presença de doenças foi baseada na autorreferência do idoso, a falta de acesso ao exame diagnóstico – no caso, a densitometria óssea – poderia ser responsável pelo resultado observado.

O sexo tem se mostrado fortemente associado à ocorrência da dependência, com as mulheres apresentando maior risco em relação aos homens.¹⁵⁻¹⁸ Entre os

idosos de Guaramiranga, também se observou que o sexo feminino apresenta maior dificuldade em realizar determinadas atividades da vida diária, em relação ao sexo masculino. É possível observar, contudo, entre os homens, que a distribuição por faixa etária tendeu mais em direção às idades mais avançadas, o que não é usual, ocorrendo o oposto entre as mulheres, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Como o avanço da idade é um fator de risco para a dependência, esse achado poderia ter contribuído para a maior probabilidade de dependência apresentada pelas idosas neste trabalho, ressaltando, porém, que as idades médias dos dois grupos apresentaram valores bastante próximos.

Alguns aspectos positivos deste estudo foram o treinamento dos entrevistadores, que possibilitou padronizar a abordagem, a realização do estudo-piloto com a introdução de adaptações que favoreceram melhor entendimento das questões, a aplicação de um instrumento já validado no país e a cobertura alcançada pelo inquérito.

Como limitações, citamos a autorreferência das morbidades com possibilidade de viés de informação. Um exemplo é a informação relativa à osteoporose,

para a qual foi observada prevalência extremamente baixa na população de estudo. Os idosos do município não têm acesso ao exame de densitometria óssea e, portanto, um diagnóstico dessa condição, fato que pode ter contribuído para uma importante subestimação da prevalência dessa condição entre os idosos de Guaramiranga.

Outra limitação diz respeito aos idosos não encontrados em casa para serem entrevistados, que corresponderam a 10% da população de estudo. Essa perda poderia ter introduzido um viés de seleção diferencial no estudo caso os idosos encontrados no domicílio apresentassem características diferentes, em relação aos não encontrados, como serem mais jovens, mais doentes ou estarem acamados. Todavia, esses dois grupos não diferiram nas características sociodemográficas disponíveis no cadastro da Saúde da Família em Guaramiranga. Os autores acreditam que a cobertura, entre outras características do presente estudo, trace um perfil bastante aproximado das condições de vida e saúde da população idosa em Guaramiranga possa contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde do idoso neste como em outros municípios da região.

Referências

1. Wong LR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. 2006;23(1):5-26.
2. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;13(3):725-733.
3. Paes NA. A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias na população idosa brasileira. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2004;15(4):223-241.
4. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência Ambulatorial Geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39(2):311-318.
5. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005;8(2):315-319.
6. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(3):759-771.
7. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(6):157-185.
8. Lima-Costa ME, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Revista de Saúde Publica*. 2004;38(6):827-834.
9. Freire Jr RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*. 2005;9(16):147-158.
10. Lee Y, Sinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2003;37:63-76.

11. Mccurry SM, Gibbons LE, Bond GE, Rice MM, Graves AB, Kukuli WA et al. Older adults and functional decline: a cross-cultural comparison. *International Psychogeriatrics*. 2002;14(2):161-179.
12. Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação à saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2008;17(3):187-194.
13. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa ME. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(9):1925-1934.
14. Neves LF, Chen SR. Atenção à saúde do idoso com deficiência. São Paulo: Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada, Secretaria Municipal de Saúde 2002 (acessado durante o ano de 2008) [Monografia na internet] Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/deficiencia/0010/Saude_idoso_com_deficiencia.pdf.
15. Rosa TEC, Benicio MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2003;37(1):40-48.
16. Reyes-Ortiz CA, Ostin GV, Pelaez M, Ottenbacher KJ. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006; 42:21-33.
17. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS; Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(11):2781-2788.
18. Costa EF, Nakatani AYK. Capacidade de idosos para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;19(1):43-48.

Recebido em 24/11/2009
Aprovado em 10/09/2010