



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Hainzenreder Cardoso, Juliani; Soares Dias da Costa, Juvenal
Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de
saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 6, 2010, pp. 2871-2878
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017464024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde

Epidemiological characteristics, functional capacity and factors associated with elders in a private health insurance

Juliani Hainzenreder Cardoso ¹
Juvenal Soares Dias da Costa ¹

Abstract This cross-sectional study aimed to trace the epidemiological profile of elders associated to a private healthcare insurance and to check their functional capacity, through the Barthel index and associated factors. The population of the study included all associates of the insurance over 60 years old. The data was collected with two self-answered questionnaires: one about family socioeconomic factors and another related to individual health issues. Regarding the functional capacity among the 254 aged participants, four (1.6%) individuals presented total dependence, one (0.4%) was seriously dependent, one (0.4%) was moderately dependent, 29 (11.4%) were somewhat dependent, and 219 (86.2%) were classified as independent. Thus, the variable was added in such way that 86.2% had been classified as independents and 13.8% (CI95%: 9.5 to 18.0) as dependents. The adjusted analysis showed that only age remained associated to the outcome. Results showed that the individuals over 80 years old presented greater probability of functional incapacity. It was also pointed that in populations with improved socioeconomic conditions there is the possibility of survival bias.

Key words *Elder health, Demographic aging, Cross-sectional studies, Daily life activities, Functional status*

Resumo O presente estudo transversal objetivou traçar o perfil epidemiológico dos idosos associados a um plano de saúde e verificar a capacidade funcional dos indivíduos, através do Índice de Barthel, e os fatores associados. A população deste estudo incluiu todos os associados do plano (titulares e seus respectivos dependentes), pertencentes à faixa etária de 60 anos ou mais. Para a coleta de dados, foram utilizados dois questionários: um socioeconômico familiar e outro individual de saúde. Ambos os instrumentos foram autorrespondidos. Quanto à capacidade funcional entre 254 participantes idosos, quatro (1,6%) indivíduos apresentavam dependência total, uma (0,4%) pessoa com dependência grave, uma (0,4%) moderada, 29 (11,4%) leve e 219 (86,2%) foram classificados como independentes. Assim, a variável foi agregada de forma que 86,2% foram classificados como independentes e 13,8% (IC95% 9,5 a 18,0) com dependência. Na análise ajustada, apenas idade manteve-se associado ao desfecho. Os resultados mostraram que os indivíduos a partir dos 80 anos apresentaram maior probabilidade de incapacidade funcional. Apontou-se, também, que em populações com condições socioeconómicas mais elevadas existe a possibilidade de viés de sobrevivência.

Palavras-chave *Saúde do idoso, Envelhecimento da população, Estudos transversais, Atividades da vida diária, Capacidade funcional*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Av. Unisinos 950. 93022-000 São Leopoldo RS.
juliani.h@terra.com.br

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, que tem acontecido mais lentamente nos países desenvolvidos acompanhado pelo crescimento econômico e pela elevação do nível de bem-estar. Nos países em desenvolvimento, tal processo tem ocorrido de maneira mais abrupta e não foi acompanhado pelas melhorias das condições de vida.¹

No Brasil, os dados demográficos dos últimos censos apontam um crescimento da população idosa, em termos tanto absolutos quanto proporcionais. Entre 1991 e 2000, observou-se que o percentual de idosos no país cresceu 35% a mais do que o restante da população^{2,3}.

Esse fenômeno expressa a maior longevidade para a população, determinando um novo perfil de morbimortalidade, que se caracteriza por um aumento de doenças crônicas não transmissíveis. Em geral, a partir dos 60 anos de idade, a população apresenta doenças crônicas e múltiplas.⁴

Contudo, apesar da presença de enfermidades, muitos idosos levam uma vida perfeitamente normal, com suas doenças controladas e sem limitações que os impeçam de viver de forma independente^{4,5}. Na verdade, o conceito de saúde do idoso está relacionado com sua capacidade funcional, ou seja, a possibilidade de cuidar de si mesmo, de determinar e executar atividades da vida cotidiana, com autonomia e independência, mesmo apresentando morbidades. Nessa perspectiva, o bem-estar na velhice ou saúde está relacionado ao resultado de uma interação entre várias dimensões, que compreendem saúde física, psicosocial, suporte familiar e independência econômica. Assim, mesmo que os idosos apresentem uma ou mais doenças crônicas, se mantiverem essas enfermidades controladas por meio de tratamentos adequados, conseguirem manter sua autonomia, sendo felizes e integrados socialmente, poderão ser considerados pessoas idosas saudáveis⁵.

Os indivíduos idosos, por apresentarem múltiplas necessidades, que perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante, utilizam mais os serviços de saúde, bem como provocam o aumento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares. Esse quadro configura-se um desafio para as autoridades quanto ao planejamento, gerência e prestação de serviços, tornando extremamente importante o conhecimento das necessidades e condições de vida desse grupo etário^{3,4,6}.

A partir do início da década de 1980, as operadoras de planos de saúde começaram a perce-

ber a importância de conhecerem os padrões de ocorrência de doenças em seus associados, a fim de trabalhar mais efetivamente em ações preventivas, que estão diretamente relacionadas à redução dos gastos com tratamentos que poderiam ser evitados e com a melhora do nível de saúde dessas pessoas.

A Cooperativa dos Usuários de Serviços de Saúde do Vale do Rio dos Sinos (Coopersinos) é o plano de saúde dos funcionários e professores da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), localizada no município de São Leopoldo, região do Vale do Rio dos Sinos, no estado do Rio Grande do Sul. A adesão do funcionário/professor ao plano de saúde da Coopersinos é livre, e na condição de associado, conta com cobertura para atendimento ambulatorial, internação com obstetrícia e odontologia.

Nos últimos anos, aumentaram a preocupação e o interesse em se trabalhar com ações e programas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Porém, a cada nova discussão, o fato de não se conhecerem os padrões de distribuição das doenças entre seus associados prejudicava a decisão sobre a implementação dessas iniciativas. Portanto, com o propósito de fornecer subsídios para o planejamento de ações e programas de prevenção de doenças e promoção da saúde, o estudo teve por objetivo traçar o perfil epidemiológico dos idosos associados ao Plano de Saúde da Coopersinos e verificar a capacidade funcional dos indivíduos, através do Índice de Barthel, e alguns fatores associados.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo transversal entre outubro de 2005 e maio de 2006 que, através de censo, investigou diversas características dos associados do plano de saúde da Cooperativa dos Usuários de Serviços de Saúde do Vale do Rio dos Sinos. O presente estudo descreve características da população idosa da Coopersinos.

A população deste estudo incluiu todos os associados da Coopersinos (titulares e seus respectivos dependentes), pertencentes à faixa etária de 60 anos ou mais. O número de associados nesta faixa etária era de 370. Foram excluídos do estudo 14 associados, dentre titulares que estavam exercendo atividade de estudo e/ou pesquisa fora da universidade e seus respectivos dependentes, bem como associados que faleceram ou se desligaram do plano antes da aplicação do questionário. A população considerada como ele-

gível para o estudo foi de 356 indivíduos, sendo 98 titulares (28,0%) e 258 dependentes (72,0%).

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: um questionário socioeconômico familiar e um questionário individual de saúde. Ambos os questionários foram autorrespondidos e tinham formatos padronizados e pré-codificados. Os entrevistadores e os supervisores foram devidamente treinados para todas as etapas do trabalho.

A capacidade funcional dos idosos, desfecho utilizado no estudo, foi avaliada através do Índice de Barthel. O Índice de Barthel compreende dez itens de mobilidade que constituem as atividades básicas da vida diária (ABVD): vestir-se, banhar-se, alimentar-se, fazer a higiene pessoal, levantar-se da cama e sentar-se numa cadeira, controlar bexiga e intestino, utilizar o banheiro, caminhar e subir escadas. Os itens que constituem o índice foram adaptados em forma de questões para estas serem autorrespondidas. Os pontos de corte definidos para esse índice foram: de 0 a 15 pontos – dependência total; de 20 a 35 pontos – dependência grave; de 40 a 55 pontos – dependência moderada; de 60 a 95 pontos – dependência leve; e 100 pontos – independente. O Índice de Barthel tem demonstrado forte confiabilidade interexaminadores (0,95) e confiabilidade teste-reteste (0,89), bem como fortes correlações (0,74 a 0,80) com outras medidas de incapacidade física⁷. A variável capacidade funcional foi agregada em duas categorias: ausência de incapacidade (independência) e presença de incapacidade (representada pelos indivíduos com dependência total até leve).

Como variáveis socioeconômicas investigaram-se escolaridade, renda familiar *per capita* em salários mínimos e classe econômica conforme os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep)⁸. Para essa variável foram coletadas informações como grau de instrução do chefe da família, posse de alguns bens materiais e pagamento de empregada mensalista. As variáveis demográficas incluídas no estudo foram: sexo, idade e estado civil.

Prática de atividade física, tabagismo e consumo de álcool foram as variáveis que representaram os hábitos de vida da população estudada. Essas variáveis foram coletadas a partir de questões utilizadas por Monteiro *et al*⁹ no estudo de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevista telefônica, com pequenas adaptações⁹. Considerou-se como praticante de atividade física no lazer o indivíduo que informava realizá-la no mínimo três vezes por semana, por pelo menos trinta minutos. O

consumo de bebidas alcoólicas foi estabelecido em razão das quantidades consideradas de risco pela Organização Mundial da Saúde, ou seja, consumo diário de bebida alcoólica maior que duas doses para homens e uma dose para mulheres, sendo que uma dose equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose padrão de bebida destilada¹⁰.

Algumas doenças características da faixa etária do estudo foram investigadas: presença de convulsões, perda de visão, perda de audição, asma ou bronquite, hipertensão arterial, **diabetes mellitus**, hipercolesterolemia, doença do coração, osteoporose, catarata, câncer, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, dores reumáticas, varizes. Foi criada uma variável que expressava o número de doenças referidas em cada indivíduo. Também pesquisou-se a presença de sintomas depressivos utilizando-se a versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS-15), adequada para serem respondidas mediante autocompletamento. O ponto de corte estabelecido foi a partir de seis pontos para se considerar como caso¹¹.

Investigou-se a saúde oral dos idosos através de edentulismo autorreferido¹². Incluiu-se a medida de autopercepção do indivíduo quanto ao seu estado de saúde. A autopercepção de saúde é um indicador bastante utilizado em pesquisas gerontológicas porque prediz de forma robusta e consistente a mortalidade e o declínio funcional, refletindo uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológicas, psicossocial e social. Além disso, apresenta confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde¹³.

Os dados foram ingressados através do Programa Epi-Info versão 6.0, em dupla digitação para a detecção de erros de digitação. A análise dos dados foi realizada no software SPSS versão 13.0. As associações foram investigadas considerando-se as razões de prevalência, os intervalos de confiança em 95% e os testes estatísticos. A análise ajustada foi realizada através de Regressão de Poisson no Programa Stata seguindo modelo teórico hierarquizado (Figura 1)¹⁴. Ingressaram no modelo as variáveis que alcançaram níveis de significância de até 20%. Na análise ajustada, na passagem de um nível para outro mantiveram-se as variáveis que obtiveram valores menores do que 5% nos testes estatísticos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Um total de 254 idosos respondeu ao questionário, totalizando um percentual de 29,0% de perdas.

Em relação às variáveis socioeconômicas, a análise mostrou que 76,2% dos indivíduos pertenciam às classes A e B1, 62,4% recebiam renda familiar maior do que seis salários mínimos e 52,2% apresentavam mais de 11 anos de escolaridade (Tabela 1).

Quanto às variáveis demográficas, observou-se que 55,5% das pessoas eram do sexo feminino e 59,8% eram casados. A idade dos entrevistados variou de 60 a 94 anos, verificando-se 55,1% na faixa etária dos 60 aos 69 anos, 29,5% entre 70 e 79 anos e 15,4% com 80 anos ou mais.

Os dados referentes aos hábitos de vida demonstraram que 62,6% da população estudada não praticava atividade física, 44,0% era constituída por ex-fumantes ou fumantes e 17,3% consumia álcool em excesso.

Em relação à presença de algumas doenças, a análise apontou que 36,2% das pessoas apresentavam quatro ou mais problemas de saúde e 11,3% referiram sintomas depressivos. O edentulismo foi referido por 19,4% dos indivíduos. Quanto à autopercepção de saúde, 78,6% classificaram sua saúde como muito boa ou boa.

Quanto à capacidade funcional entre 254 participantes idosos, quatro (1,6%) indivíduos apresentavam dependência total, uma (0,4%) pessoa com dependência grave, uma (0,4%) moderada, 29 (11,4%) leve e 219 (86,2%) foram classificados como independentes. Assim, a variável foi agregada de forma que 86,2% foram classificados como independentes e 13,8% (IC95% 9,5 a 18,0) como portadores de dependência. A análise bruta mostrou que os indivíduos com até quatro anos de escolaridade tinham prevalência de incapacidade funcional três vezes mais frequente do que aqueles de escolaridade elevada.

Constatou-se uma relação direta entre prevalência de incapacidade funcional e idade. Assim, à medida que os grupos etários se elevavam, aumentavam as prevalências do desfecho; esse achado mostrou teste de tendência linear significativo ($p<0,01$). Nas pessoas com 80 anos ou mais, foram observadas as maiores prevalências de incapacidade funcional. Os indivíduos solteiros, viúvos ou separados apresentaram maior prevalência de incapacidade funcional.

Os indivíduos classificados como sedentários tinham quase três vezes mais probabilidade de incapacidade funcional do que os que praticava-

vam atividade física. Contudo, os indivíduos que referiram consumo de álcool em excesso apresentaram prevalências menores.

Constatou-se que na medida em que os indivíduos apresentavam maior número de doenças ou eram classificados com depressão, aumentava a prevalência de incapacidade funcional.

Em relação às condições de saúde oral, a análise revelou que edentulismo estava associado com incapacidade funcional.

Os respondentes que referiram estado de saúde de regular, ruim ou muito ruim tiveram prevalência de incapacidade funcional mais elevada. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis: renda familiar, classe econômica, sexo e tabagismo.

Na análise ajustada, apenas a idade manteve-se associada ao desfecho. Os resultados mostraram que os indivíduos a partir dos 80 anos apresentaram maior probabilidade de incapacidade funcional.

Discussão

A principal limitação do presente estudo foi o percentual de perdas e recusas, que alcançou 29,0% dos participantes previstos. As principais dificuldades enfrentadas foram a localização dos indivíduos, a disponibilidade para aplicação dos questionários e a resistência em fornecer informações socioeconômicas e de saúde para o plano de saúde ao qual estão associados. Deve-se considerar que esse tipo de investigação realizada por um plano de saúde não é uma iniciativa comum. As pessoas, mesmo recebendo esclarecimentos, podem não estar acostumadas e ficam inseguras, podendo até se equivocar e relacionar a coleta dessas informações com um possível reajuste de valores ou restrições nos atendimentos. Mesmo com a ampla divulgação da pesquisa e de seus objetivos, nem todos os indivíduos se sensibilizaram e aderiram ao estudo proposto. Contudo, a tabulação dos dados referentes a perdas e recusas demonstrou que as características gerais desses idosos não foram diferentes das encontradas no restante da população. Identificou-se, entre as perdas, que 56,9% de idosos eram do sexo feminino, 47,1% pertenciam à faixa etária dos 60 aos 69 anos de idade e 72,5% eram compostos de associados dependentes. Assim, as perdas e recusas demonstraram ser aleatórias, e os resultados aqui apresentados não parecem decorrer de viés de seleção.

Outras considerações a respeito dos aspectos metodológicos desse estudo devem ser destaca-

das, como a utilização de questões de morbidade autorreferida, que podem subestimar a preva-

Tabela 1. Prevalência de incapacidade funcional segundo o Índice de Barthel, de acordo com variáveis socioeconômicas, demográficas, morbidades associadas e hábitos de vida. Coopersinos, 2006.

Variável	N (%)	Prevalência de incapacidade (%)	Razão de prevalência	Intervalo de confiança	p-valor
Classe econômica					0,39
Classe A	66 (30,8)	10,6	1,0		
Classe B1	76 (35,5)	9,2	0,87	0,32 - 2,35	
Classe B2	44 (20,6)	18,2	1,71	0,67 - 4,39	
Classe C	28 (13,1)	17,9	1,68	0,58 - 4,86	
Renda familiar					0,98
> 10 SM	61 (30,7)	11,5	1,0		
6,01 a 10 SM	63 (31,7)	12,7	1,11	0,43 - 2,87	
3,01 a 6 SM	51 (25,6)	13,7	1,20	0,45 - 3,19	
3 ou menos SM	24 (12,1)	12,5	1,09	0,31 - 3,87	
Escolaridade					0,06
14 anos ou mais	89 (36,6)	7,9	1,0		
De 11 a 13 anos	38 (15,6)	10,5	1,34	0,42 - 4,30	
De 08 a 10 anos	42 (17,3)	16,7	2,12	0,79 - 5,65	
De 05 a 07 anos	33 (13,6)	15,2	1,93	0,66 - 5,65	
Até 04 anos	41 (16,9)	26,8	3,41	1,43 - 8,16	
Sexo					0,35
Masculino	113 (44,5)	12,4	1,0		
Feminino	141 (55,5)	14,9	1,20	0,64 - 2,26	
Idade					<0,01
De 60 a 69 anos	140 (55,1)	4,3	1,0		
De 70 a 79 anos	75 (29,5)	12,0	2,80	1,04 - 7,57	
80 anos em diante	39 (15,4)	51,3	11,97	5,16 - 27,73	
Estado civil					<0,01
Casado ou em união	152 (59,8)	8,6	1,0		
Solteiro, viúvo, separado	102 (40,2)	21,6	2,52	1,33 - 4,77	
Atividade física					<0,01
Sim	95 (37,4)	6,3	1,0		
Não	159 (62,6)	18,2	2,89	1,24 - 6,70	
Tabagismo					0,21
Não	141 (56,0)	16,3	1,0		
Ex-fumante e atual	111 (44,0)	10,8	0,66	0,35 - 1,27	
Bebida excesso					0,01
Não	187 (82,7)	16,6	1,0		
Sim	39 (17,3)	2,6	0,15	0,02 - 1,10	
Sintomas depressivos					<0,001
Não	202 (88,7)	9,0	1,0		
Sim	27 (11,3)	44,4	4,96	2,72 - 9,05	
Quantidade doenças crônicas					<0,001
Até 01 doença	62 (24,4)	6,5	1,0		
02 doenças	58 (22,8)	1,7	0,27	0,03 - 2,32	
03 doenças	42 (16,5)	9,5	1,48	0,39 - 5,58	
04 ou mais doenças	92 (36,2)	28,3	4,38	1,61 - 11,93	
Edentulismo					<0,001
Não	125 (80,6)	7,2	1,0		
Sim	30 (19,4)	33,3	4,63	2,06 - 10,38	
Autopercepção de saúde					<0,001
Muito bom	63 (25,0)	4,8	1,0		
Bom	135 (53,6)	11,9	2,49	0,75 - 8,23	
Regular, ruim e muito ruim	54 (21,4)	29,6	6,22	1,92 - 20,22	

lência de doenças, devido a problemas de memória e/ou ausência de diagnóstico. Ainda outro aspecto a ser considerado é que o delineamento transversal da pesquisa pode apresentar viés de causalidade reversa, pois inexistem informações temporais dos fatores estudados, o que não permite distinguir a precedência entre causa e efeito.

Entretanto, os estudos transversais são instrumentos excelentes para se diagnosticarem situações epidemiológicas, contribuindo para a formulação de políticas e ações de saúde¹⁵. E a análise do presente estudo foi rigorosa, utilizando-se a Regressão de Poisson como técnica de ajuste entre as variáveis, pois ela apresenta as

medidas de efeito como razões de prevalência, evitando-se problemas de estimativas proporcionados pelas razões de *odds*¹⁶.

Diferentemente de outras pesquisas conduzidas no Brasil, que foram realizadas com base populacional^{2,4,17,18}, o presente estudo investigou uma população associada a um plano de saúde, mostrando diferenças quanto à escolaridade (52,2% apresentavam mais de 11 anos de escolaridade) e à renda familiar (62,4% recebiam renda familiar maior do que seis salários mínimos). Além disso, a presente pesquisa utilizou o Índice de Barthel para avaliar capacidade funcional, enquanto os demais estudos utilizaram escala de

Tabela 2. Regressão de Poisson segundo modelo de análise hierarquizado para incapacidade funcional de acordo com Índice de Barthel. Coopersinos, 2006.

Variável	Razão de prevalência	Intervalo de confiança	p-valor
Escolaridade*			0,93
14 anos ou mais	1,0		
De 11 a 13 anos	0,80	0,23 - 2,80	
De 08 a 10 anos	1,41	0,48 - 4,11	
De 05 a 07 anos	1,06	0,33 - 3,45	
Até 04 anos	1,11	0,39 - 3,11	
Idade*			< 0,0001
De 60 a 69 anos	1,0		
De 70 a 79 anos	3,06	0,71 - 13,15	
80 anos em diante	8,64	1,64 - 45,63	
Estado civil*			0,20
Casado ou em união	1,0		
Solteiro, viúvo, separado	1,60	0,78 - 3,29	
Atividade física**			0,27
Sim	1,0		
Não	1,74	0,65 - 4,65	
Bebida excesso**			0,25
Não	1,0		
Sim	0,31	0,04 - 2,30	
Sintomas depressivos***			0,76
Não	1,0		
Sim	1,20	0,37 - 3,89	
Quantidade de doenças crônicas***			0,47
Até 01 doença	1,0		
02 doenças	2,21	0,02 - 2,15	
03 doenças	6,13	0,65 - 58,06	
04 ou mais doenças	3,45	0,41 - 29,07	
Edentulismo***			0,14
Não	1,0		
Sim	2,12	0,78 - 5,74	
Autopercepção de saúde****			0,08
Muito bom	1,0		
Bom	2,18	0,68 - 7,51	
Regular, ruim ou muito ruim	3,70	1,06 - 12,89	

* Todas as variáveis do primeiro nível foram ajustadas entre elas; ** Variáveis ajustadas entre elas e por idade; *** Variáveis ajustadas entre elas e por idade; **** Ajustada por idade.

atividades da vida diária ou questionário de avaliação funcional multidimensional. Portanto, não foi possível realizar comparações, apenas aproximações da realidade.

A capacidade funcional em estudos da população idosa vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população. Neste estudo, a prevalência de algum grau de dependência para realizar atividades da vida diária foi de 13,8%, sendo que a maioria dos participantes (11,4%) apresentou incapacidade classificada como leve. De maneira geral, os resultados são semelhantes aos referidos pela OMS, que calcula uma prevalência de 10% de dependência na população mundial. No entanto, ao considerar os estudos brasileiros já referidos anteriormente, foram observadas prevalências maiores de incapacidade nessas populações. Na pesquisa realizada no município de Guatambu (SC), em que foi aplicado o Índice de Barthel para determinar o grau de incapacidade, a prevalência de algum tipo de dependência foi de 30,5%¹⁹. Na cidade de São Paulo, 47,0% dos idosos referiram algum grau de dependência¹⁸; em Fortaleza, a prevalência encontrada foi de 47,7%¹⁷. Um estudo de coorte com duração de dois anos conduzido na cidade de São Paulo²⁰ e um censo realizado no município de São Carlos (SP)⁴ indicaram prevalências de 66,4% e 76,4%, respectivamente.

Quanto à presença de morbidades crônicas, a análise desagregada da variável incluída no presente estudo mostrou que 23 (9,1%) indivíduos não referiram nenhuma doença. Esse resultado foi menor do que os resultados verificados por outros pesquisadores. Em inquérito domiciliar realizado na cidade de São Paulo, com 1.602 idosos, 14% não referiram nenhuma doença¹⁸. Em estudo de base populacional conduzido em Fortaleza com 667 idosos, 17,6% não apresentavam doença crônica alguma¹⁷. O estudo realizado com base nos dados coletados em 1998 pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que teve a participação de 29.976 idosos de todo o Brasil, demonstrou que 31% dos participantes

não mencionaram doenças crônicas². Por sua vez, a presença de morbidades foi maior em outros estudos. Num censo conduzido em 2003 no bairro periférico Cidade Aracy, município de São Carlos, no estado de São Paulo, com 523 idosos, foi verificado que 5,5% dos entrevistados não referiram presença de doença crônica⁴.

Outra diferença em relação às características da amostra foi a percepção da saúde. A percepção da própria saúde é um indicador robusto do estado de saúde dos idosos². Neste trabalho, 78,6% dos participantes classificaram sua saúde como muito boa ou boa. Outros estudos referidos apontaram uma avaliação mais pessimista dos idosos quanto a sua saúde^{2,4,19}.

Poucos estudos transversais exploraram associações entre incapacidade funcional e exposições. No estudo realizado em Guatambu (SC), foram encontradas associações entre incapacidade funcional e sexo, idade, escolaridade, qualidade de vida, autopercepção de saúde, situação ocupacional e acidentes com sequelas¹⁹. No estudo transversal conduzido em São Paulo no ano de 1989, observaram-se associações entre escolaridade, situação ocupacional, situação de propriedade do domicílio, faixa etária, composição familiar multigeracional, histórico de internação nos últimos seis meses, presença de problemas de visão, hipertensão arterial sistêmica, história de doença cerebrovascular, classificação de “caso” no rastreamento de saúde mental, não visitar parentes ou amigos e apresentar uma visão pessimista da própria saúde²¹. Contudo, na presente investigação revelou-se associação apenas para o grupo etário acima de 80 anos, expressando que a incapacidade funcional em populações com condições de vida razoáveis (ou boas) fica retardada pelo tempo. Assim, pode-se sugerir que o provimento de aparelhos de suporte e cuidado para a população idosa se concentre nesse grupo etário. Além disso, pode-se sugerir que estudos posteriores, com populações de características socioeconômicas semelhantes, desloquem para 65 anos o limite inferior da faixa etária que caracteriza a população idosa no Brasil.

Colaboradores

JH Cardoso e JSD Costa participaram da elaboração do projeto, da coleta de dados, da análise dos dados e da redação do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos à Cooperativa dos Usuários de Serviços de Saúde do Vale do Rio dos Sinos e à Universidade do Vale do Rio dos Sinos, que financiaram este trabalho.

Referências

1. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):759-771.
2. 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 Amostras de Domicílios. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):735-743.
3. Veras RP. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Uerj; 1994.
4. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saude Publica* 2004; 20(6):1575-1585.
5. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):793-798.
6. Veras RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):705-715.
7. O'Sullivan SB, Schmitz TJ, editores. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
8. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep). *Critérios de Classificação Econômica no Brasil*. [acessado 2005 jul 15]. Disponível em: http://www.anep.org.br/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf
9. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Florindo AA, Figueiredo ICR, Bernal R, Silva NN. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saude Publica* 2005; 39(1):47-57.
10. World Health Organization (WHO). *Diet, nutrition and prevention of chronic diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2003.
11. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saude Publica* 2005; 39(6):918-923.
12. Locker D. *Oral health indicators and determinants for population health surveys*. Toronto: Community Dental Health Services Research Unit, University of Toronto; 2001.
13. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica* 2004; 38(6):827-834.
14. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 224-47.
15. Abramson JH. Cross-sectional studies. In: Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS, editors. *Oxford textbook of public health*. New York: Oxford University Press; 1997. p. 517-535.
16. Barros AJD, Hirakata UM. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *Bmc Medical Research Methodology* 2003; 3(21):1-13.
17. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica* 1999; 33(5):445-453.
18. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica* 1993; 27(2):87-94.
19. Santos KA. *Fatores associados com a capacidade funcional em idosos do município de Guatambu, SC* [dissertação]. São Leopoldo: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2006.
20. Ramos LR, Toniolo Neto J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, Paola CR, Santos FC, Bilton T, Ebel SJ, Macedo MB, Almada CM, Nasri F, Miranda RD, Gonçalves M, Santos AL, Fraietta R, Vivacqua I, Alves ML, Tudisco ES. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saude Publica* 1998; 32(5):397-407.
21. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica* 2003; 37(1):40-48.

Artigo apresentado em 18/06/2007

Aprovado em 30/11/2007

Versão final apresentada em 13/12/2007