

Projeto Passo Fundo-RS: indicadores de saúde de participantes de um grupo de terceira idade

Project Passo Fundo: social and health indicators of elderly participants of an informal group

*Júlio César Stobbe**

*Nair Mônica do Nascimento***

*Neide Bruscatto****

*Jacqueline da Costa Escobar Piccoli*****

*Luciano Marcelo Backes******

*Ivana Beatrice Mânica da Cruz******

Resumo

O objetivo do artigo é descrever os indicadores socioeconômicos, culturais e da saúde de indivíduos que freqüentam um grande grupo de terceira idade de Passo Fundo-RS, comparando adultos (GA < 60 anos) com idosos (GI > 60 anos), e comparar indicadores de saúde com os dos idosos descritos no Relatório do Idoso (Remi - RS). O estudo foi do tipo transversal, observacional, descritivo-analítico, de base comunitária, não probabilístico. Os dados foram coletados por entrevista estruturada e, adicionalmente, foram realizados exames físicos e laboratoriais. Dos 452 indivíduos investigados, 86,5%, são mulheres e 13,5%, homens. A maioria era natural de Passo Fundo e de etnia brasileira. A idade do grupo foi 65,4 ± 9,4 anos (32-89). Desses, 113 (25%) eram adultos (GA) e 338 (75%), idosos

- * Médico clínico geral; chefe do Serviço de Emergência do Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo); mestre em Clínica Médica pela PUCRS; doutorando em Clínica Médica na PUCRS.
- ** Pedagoga; mestre em Gerontologia Social pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.
- *** Nutricionista; mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da PUCRS.
- **** Bióloga; mestre em Gerontologia Biomédica pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia na PUCRS, Brasil; doutoranda em Biologia Celular e Molecular na PUCRS.
- ***** Residente do Serviço de Cardiologia do Hospital São Vicente de Paulo (Passo Fundo).
- ***** Bióloga; mestre e Doutora em Genética e Biologia Molecular pela Ufrgs; professora Adjunta do Instituto de Geriatria e Gerontologia e da Faculdade de Biociências na PUCRS.

Recebido em set. 2004 e avaliado em nov. 2004

(> 60 anos, GI). GA e GI foram então comparados. Idosos apresentavam uma pressão arterial sistólica significativamente maior, sendo as demais variáveis biológicas similares entre os grupos. Idosos apresentaram um maior número de indivíduos não alfabetizados (GA = 3,6%, GI = 10,1%), aposentados (GA = 36,3%, GI = 72,5%), imunizados (GA = 32,7%, GI = 87,0%), com uma audição regular-ruim, osteoporose (GA = 21,2%, GI = 32,0%), hipertensão (GA = 44,2%, GI = 56,2%), infarto (IAM) (GA = 2,7%, GI = 10,4%) e doenças osteoarticulares (GA = 24,8%, GI = 35,2%). A comparação com os idosos do Remi mostrou que esta amostra possuía menor renda, era composta por não alfabetizados, tabagistas, cardíacos, com doenças pulmonares. Ocorreu prevalência maior de osteoporose e neoplasias. Os resultados mostram a ocorrência de diferenças regionais nos indicadores de saúde de idosos, sugerindo que podem ser importantes para o estabelecimento de programas preventivos regionais.

Palavras-chave: envelhecimento, doenças crônico-degenerativas, idoso.

Introdução

Em termos históricos, o acúmulo de conhecimento científico sobre o envelhecimento e o tratamento da pessoa idosa é relativamente novo. Os próprios termos “gerontologia” e “geriatria” podem também ser considerados recentes, uma vez que o primeiro foi cunhado há cerca de um século por Élie Metchnikoff e o segundo, em 1909, pelo médico norte-americano Ignaz L. Nascher.

O fato de se saber pouco sobre envelhecimento provavelmente se deve ao tempo de vida humano ter começado

a se estender para idades mais avançadas somente nos últimos sessenta anos. Portanto, estudos na área gerontológica tiveram seu florescer durante a segunda metade do século XX (BRANCH, 1984; FRIED, 2000).

A importância dessas investigações está baseada no grande aumento do número de idosos em populações de países desenvolvidos e em desenvolvimento (UNITED, 2001). De acordo com a projeção estatística, o Brasil terá para o ano de 2025 a sexta maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de sessenta anos (CARVALHO FILHO e NETTO, 2000). O aumento explosivo dos idosos brasileiros num período relativamente curto é considerado um dos processos mais acelerados do envelhecimento populacional mundial. Estima-se, assim, que, entre 1960 e 2020, ocorrerá um crescimento de 760% no número de idosos e de 166% no de jovens (CHAIMOWICKZ, 1997).

Além da expectativa de vida geral que é uma avaliação demográfica, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu a definição de expectativa de vida saudável da população (Healthy Life Expectancy - Hale). Esse indicador é o equivalente de anos que indivíduo vive desde o seu nascimento livre de qualquer doença crônico-degenerativa. Tal indicador é baseado nas taxas de mortalidade e prevalência de distribuição de indivíduos saudáveis na população.

Segundo a OMS, hoje o tempo de vida médio que o indivíduo brasileiro do sexo masculino vive sem nenhuma doença é de 52,2 anos de idade e do sexo feminino, 61,1 anos de idade, estando no trigésimo

lugar em relação aos países do continente americano, com pode ser visto na Tabela 1. O Hale também mostra que o Brasil tem uma percentagem de expectativa de vida perdida sem saúde de 20,2 anos, ou seja, por cerca de duas décadas o brasileiro vive com algum tipo de morbidade. Essa con-

dição acarreta um grande impacto para o sistema previdenciário, de saúde, social e, mesmo, para a família e para o indivíduo, uma vez que, este necessariamente, fará uso de medicamentos e necessitará de outros tipos de tratamento para minimizar os problemas associados à perda de saúde.

Tabela 1. Expectativa de vida saudável (Health Age Life Expectance, em anos) em países do continente americano

Lugar	País	Homens	Mulheres
1 ^o	Canadá	68,2	71,6
2 ^o	Estados Unidos	66,4	68,8
3 ^o	Cuba	64,7	68,5
4 ^o	Chile	64,4	67,8
5 ^o	Costa Rica	62,6	67,0
6 ^o	México	62,6	65,0
7 ^o	Panamá	61,2	66,9
8 ^o	Uruguai	61,2	68,3
9 ^o	Jamaica	61,2	64,5
10 ^o	Barbados	61,0	67,6
11 ^o	Argentina	60,6	65,7
12 ^o	República Dominicana	59,4	64,8
13 ^o	Trinidad e Tobago	58,9	62,0
14 ^o	Santa Lúcia	58,9	62,4
15 ^o	Saint Kitts and Nevis	58,8	62,8
16 ^o	São Vicente e Grenadides	57,5	62,2
17 ^o	Venezuela	57,1	65,0
18 ^o	Antigua e Barbuda	56,9	62,6
19 ^o	Equador	56,6	62,4
20 ^o	Belize	56,3	61,5
21 ^o	Granada	56,0	59,0
22 ^o	Paraguai	55,4	61,9
23 ^o	Colômbia	55,3	62,1
24 ^o	Peru	54,7	60,1
25 ^o	Bahamas	54,7	62,5
26 ^o	Nicarágua	61,3	54,4
27 ^o	Suriname	54,2	60,7
28 ^o	El Salvador	53,7	61,2
29 ^o	República Dominicana	53,0	59,8
30 ^o	Brasil	52,2	61,1
31 ^o	Honduras	52,1	59,6
32 ^o	Guiana	51,6	56,7
33 ^o	Guatemala	51,4	57,2
34 ^o	Bolívia	48,0	53,6
35 ^o	Haiti	38,5	47,3

Fonte: WHO <<http://www.who.org>>

Entretanto, entender o perfil da pessoa idosa não é uma tarefa fácil, visto ser um grupo altamente heterogêneo. Desse modo, estudos latino-americanos e brasileiros que investiguem idosos que vivem em diferentes regiões geográficas são fundamentais, sobretudo aqueles que permitam a comparação com outras investigações já implementadas.

A fim de contribuir no entendimento da realidade e dos indicadores sociais e de saúde do idoso gaúcho, o presente artigo descreve as condições metodológicas gerais do Projeto Passo Fundo - RS, faz a descrição inicial de indicadores socioeconômicos, culturais e da saúde dos idosos participantes, além de comparar tais indicadores com os dos idosos gaúchos investigados pelo Conselho Estadual do Idoso em parceria com 14 instituições universitárias do estado, descritos no Relatório Estadual Multidimensional do Idoso (Remi - RS, 1997) e no Projeto Gravataí - RS (FLORES, 2003; CRUZ, 2004).

Material e métodos

Um estudo transversal, observacional, descritivo-analítico, de base comunitária e não probabilístico foi realizado com vistas à implementação de uma investigação de corte em um subgrupo populacional. A abordagem metodológica foi similar à utilizada por Flores (2003) e Cruz (2004) na implementação do Projeto Gravataí - RS.

População e amostra

Sujeitos que participam de atividades sociais informais no grupo de Divisão de Apoio à Terceira Idade (Dati) da Prefei-

tura Municipal de Passo Fundo - RS, perfazendo um total de 1 204 participantes na época em que foi realizado este estudo, foram convidados a fazer parte do estudo. A escolha do município de Passo Fundo para a realização desta investigação justifica-se pelos seguintes aspectos: 1) possui características geográficas, étnico-culturais diferenciadas daquelas dos idosos que residem na região Metropolitana de Porto Alegre - RS; 2) representa um pólo regional de saúde que abrange diversos municípios da região Norte do estado; 3) apresenta condições logísticas, incluindo pessoal treinado, condições para a realização de exames físicos e laboratoriais etc. para a realização de uma investigação similar à previamente realizada no Projeto Gravataí - RS. O cálculo do tamanho da amostra foi estabelecido segundo Barbata (1994), utilizando-se um erro-padrão de 5% ($\epsilon = 0,05$).

Instrumentos de avaliação

Para a coleta e a comparação dos dados foi adotado um instrumento de avaliação similar ao do Projeto Gravataí, descrito em Cruz (2004) e Flores (2003). Esse instrumento incluiu um conjunto de variáveis similares às investigadas no Remi - RS e abordou as seguintes questões: situação socioeconômica, estrutura familiar, condições de saúde física e cognitiva. O instrumento foi aplicado na forma de uma entrevista estruturada. Escores adicionais incluíram avaliação do perfil nutricional (recordatório 24 horas), do risco nutricional, por meio do Nutritional Screening Instrument (NSI), e da autonomia do idoso, por meio da aplicação da escala

de Atividade de Vida Diária (AVD), instrumentos já validados (REUBEN, 1995; KATZ, DOWNS e CASH, 1970). Variáveis clínicas e antropométricas também foram investigadas e são descritas em detalhes em Flores (2003).

Análise estatística

Além da estatística descritiva, procurou-se verificar a existência de diferenças da amostra investigada em relação aos resultados do Remi - RS ($n = 7821$) e aos do Projeto Gravataí ($n = 1158$) através do teste do qui-quadrado.

Aspectos éticos

Os resultados apresentados neste artigo fazem parte de um projeto previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Resultados

As características gerais do município de Passo Fundo, onde foi realizado o estudo, são apresentadas na Tabela 2. As tabelas 3 e 4 descrevem a naturalidade e etnia relatada dos idosos que compuseram a amostra, respectivamente. Como pode ser observado, cerca de um terço dos integrantes era natural de Passo Fundo e o restante, oriundo de outros municípios do estado.

Tabela 2. Dados gerais do município de Passo Fundo

Características	Descrição	Dados
Geográficas	Área total	759,40 km ²
	Latitude	29°15'39''
	Longitude	52°24'32''
	Altitude	687 m
	Clima	Temperado (subtropical úmido)
	Temperatura média anual	17,5 °C
Demográficas	Indivíduos com ≥ 60 anos	15 471
	Total da população residente	168 458
Infra-estrutura na área de saúde	Hospitais gerais	4
	Leitos hospitalares	799
Principais causas de óbito	Doenças cardiovasculares	22,58
	Neoplasias	16,82
	Sistema respiratório	13,95
	Causas externas	10,00
	Doenças do aparelho digestivo	4,97
	Doenças infecciosas e parasitárias	4,68
	Outras causas	27,00

Fonte: IBGE <www.pmpf.rs.gov.br/cidadde/dados>

Tabela 3. Naturalidade dos idosos participantes do projeto

Local regional	n	%
Passo Fundo	159	35,2
Marau	20	4,4
Soledade	18	4,0
Erechim	18	4,0
Carazinho	13	2,9
Getúlio Vargas	11	2,4
Ernestina	9	2,0
Tapejara	9	2,0
Coxilha	8	1,7
Guaporé	8	1,7
Sarandi	8	1,7
Cruz Alta	7	1,5
Encantado	7	1,5
Lagoa Vermelha	7	1,5
Nova Prata	7	1,5
Sertão	7	1,5
Palmeira das Missões	6	1,3
Santa Bárbara do Sul	5	1,1
Taquari	4	0,9
Vacaria	4	0,9
Veranópolis	4	0,9
Nova Bassano	4	0,9
Bento Gonçalves	3	0,7
Cachoeira do Sul	3	0,7
Colorado	3	0,7
Constantina	3	0,7
Selbach	3	0,7
Outros	94	21,0
Total	452	100

Tabela 4. Etnia auto-relatada pelos idosos participantes do projeto

Etnia	n	%
Brasileira	182	40,3
Italiana	178	39,4
Alemã	60	13,3
Polonesa	11	2,4
Espanhola	8	1,8
Indígena	3	0,7
Açoriana	2	0,4
Africana	1	0,2
Outros	7	1,5
Total	452	100

Características gerais da amostra

A avaliação foi feita em 452 indivíduos, dos quais 86,5% eram do sexo feminino (391) e 13,5%, do masculino (61). A idade média do grupo foi de $65,4 \pm 9,4$ anos (entre 32 a 89 anos). O número de indivíduos com idade inferior a sessenta anos foi de 113, perfazendo 25% da amostra. Este grupo apresentou uma idade média de $54,2 \pm 4,7$ anos (32 a 59 anos). Da amostra, 338 indivíduos (75%) tinham idade superior a sessenta anos, apresentando uma idade média de $69,3 \pm 6,3$ (60 a 89 anos).

Características antropométricas, bioquímicas e fisiológicas foram avaliadas nos grupos etários investigados, cujos resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Comparação entre as características gerais da amostra indivíduos adultos e idosos participantes do projeto

Variáveis	Adultos Média ± dp*	Idosos Média ± dp*	p
Peso (kg)	69,9 ± 17,6	69,6 ± 12,6	0,836
Altura (cm)	153,9 ± 21,7	155,8 ± 11,2	0,232
IMC (kg/m ²)	28,6 ± 6,0	28,6 ± 4,9	0,955
Cintura (cm)	98,7 ± 79,8	93,8 ± 17,0	0,293
Pressão arterial sistólica (mm Hg)	125,8 ± 30,6	138,0 ± 24,8	< 0,000
Pressão arterial diastólica (mm Hg)	78,3 ± 17,6	79,1 ± 14,2	0,630
Glicose (mg/dL)	81,2 ± 37,4	81,8 ± 30,0	0,875
Colesterol total (mg/dL)	189,0 ± 69,2	199,1 ± 58,0	0,130
Triglicerídeos (mg/dL)	105,0 ± 57,8	109,4 ± 54,9	0,470
HDL-colesterol (mg/dL)	51,3 ± 17,7	52,1 ± 14,9	0,611
LDL-colesterol (mg/dL)	115,4 ± 50,4	122,3 ± 44,0	0,164

* dp = desvio-padrão

A análise dos resultados mostrou que, com exceção dos níveis médios de pressão arterial sistólica (PAS), que foram maiores no grupo de idosos, as demais variáveis apresentaram valores médios similares entre os dois grupos. Em ambos os grupos, verificou-se que os níveis médios de IMC estavam acima do ponto de corte de 25 kg/m². Em contrapartida, os níveis de HDL-c de ambos os grupos apresentaram

níveis médios que podem ser considerados altos.

Indicadores sociais e de saúde

Uma comparação de variáveis indicadores da condição social e de saúde foi feita na amostra investigada, comparando-se o grupo de adultos com o dos idosos, cujos resultados são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6. Comparação entre variáveis de indicadores sociais e de saúde de indivíduo adultos (n = 113; 25%) e idosos (n = 338; 75%) participantes do projeto

Variáveis	Especificação	Adultos	Idosos	p*
Socioeconômicas, culturais e familiares	Renda (salários mínimos)	Sem renda	10 (8,9)	0,103
		< 2	73 (64,6)	
		2 a 5	25 (22,1)	
		> 5	5 (4,4)	
	Escolaridade	Não alfabetizado	4 (3,6)	0,012
		Alfabetizado	58 (51,3)	
		Fundamental	36 (31,9)	
		Médio	11 (9,7)	
	Estado civil	Superior	4 (3,5)	0,002
		Casado	59 (52,2)	
		Víuvo	33 (29,2)	
		Solteiro	13 (11,5)	
	Situação funcional (aposentado)	Outro	8 (7,1)	< 0,000
		Sim	41 (36,3)	
		Não	72 (63,7)	
			245 (72,5)	
			93 (27,5)	

Médico-sanitárias	Imunização para gripe	Sim	37 (32,7)	294 (87)	< 0,000
		Não	76 (67,3)	44 (13)	
	Consumo diário de medicamentos	Sim	90 (79,64)	283 (83,7)	0,113
		Não	23 (20,36)	55 (16,27)	
Estilo de vida	Risco nutricional (NSI)	Baixo	58 (51,4)	188 (55,6)	0,138
		Moderado	40 (35,4)	94 (27,8)	
		Alto	15 (13,3)	56 (16,6)	
	Tabagismo (homens)	Fuma	1 (16,7)	10 (17,2)	0,124
		Não fuma	5 (83,3)	20 (36,4)	
		Ex-fumante	0 (0)	25 (45,5)	
	Tabagismo (mulheres)	Fuma	13 (12,1)	25 (8,8)	0,734
		Não fuma	81 (75,7)	225 (79,5)	
		Ex-fumante	13 (12,2)	33 (11,7)	
Autonomia do idoso Avaliação global	AVD	Autônomo	112 (99,1)	335 (99,1)	0,717
		Dependente	1 (0,9)	3 (0,9)	
	Autopercepção da saúde	Muito boa ou boa	60 (53,1)	165 (48,8)	0,318
		Regular	47 (41,6)	152 (45)	
		Ruim ou muito ruim	6 (5,3)	21 (6,2)	
	Autopercepção da visão	Muito boa ou boa	29 (25,7)	93 (27,5)	0,223
		Regular	64 (56,6)	172 (50,9)	
		Ruim ou muito ruim	20 (17,7)	73 (21,6)	
	Autopercepção da audição	Muito boa ou boa	78 (69,1)	163 (48,2)	0,002
		Regular	25 (22,1)	130 (38,5)	
		Ruim ou muito ruim	10 (8,8)	45 (13,3)	
Morbidades metabólicas	Diabetes <i>mellitus</i>	Sim	22 (19,5)	46 (13,6)	0,132
		Não	91 (80,5)	292 (86,4)	
	Osteoporose	Sim	24 (21,2)	108 (32)	0,030
		Não	89 (78,8)	230 (68)	
	Dislipidemias	Sim	35 (31)	116 (34,3)	0,514
		Não	78 (69)	222 (65,7)	
Morbidades cardiovasculares	Hipertensão	Sim	50 (44,2)	190 (56,2)	0,027
		Não	63 (55,8)	148 (43,8)	
	<i>Angina Pectoris</i>	Sim	13 (11,5)	55 (16,3)	0,220
		Não	100 (88,5)	283 (83,7)	
	Infarto agudo do miocárdio	Sim	3 (2,7)	35 (10,4)	0,011
		Não	110 (97,3)	303 (89,6)	
	AVC (Derrame)	Sim	4 (3,5)	22 (6,5)	0,241
		Não	109 (96,5)	316 (93,5)	
	Trombose venosa	Sim	2 (1,8)	11 (3,3)	0,414
		Não	111 (98,2)	327 (96,7)	
Morbidades psiquiátricas Neoplasias prévias Outras doenças prevalentes em idosos	Doenças psiquiátricas	Sim	4 (3,5)	10 (3)	0,758
		Não	109 (96,5)	328 (97)	
	Geral	Sim	5 (4,4)	17 (5)	0,796
		Não	108 (95,6)	321 (95)	
	Úlceras gástricas	Sim	18 (15,9)	58 (17,2)	0,762
		Não	95 (84,1)	280 (82,8)	
	Constipação	Sim	40 (35,4)	129 (38,2)	0,599
		Não	73 (64,6)	209 (61,8)	
	Asma	Sim	6 (5,3)	21 (6,2)	0,726
		Não	107 (94,7)	317 (93,8)	
	DPOC	Sim	13 (11,5)	51 (15,1)	0,345
		Não	100 (88,5)	287 (84,9)	
	Doença ósseo-articular	Sim	28 (24,8)	119 (35,2)	0,041
		Não	85 (75,2)	219 (64,8)	
	Alergias	Sim	33 (29,2)	107 (31,7)	0,626
		Não	80 (70,8)	231 (68,3)	

* p ≤ 0,05

Quanto à análise das variáveis socioeconômicas, observou-se que os idosos apresentavam um significativo maior número de indivíduos não alfabetizados ou com baixa escolaridade, eram aposentados e viúvos em relação ao grupo de adultos. Quanto aos indicadores médico-sanitários, uma frequência significativamente maior de idosos relatou ter sido imunizada contra gripe.

Quanto às variáveis relacionadas com o estilo de vida e de autonomia, não foram observadas diferenças significativas entre os adultos e idosos investigados. Já, na avaliação global de saúde, um maior número de idosos relatou possuir uma audição regular, ruim ou muito ruim quando comparados com os adultos. As

demais variáveis não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos etários.

Na análise do perfil de morbidades, os idosos relataram uma frequência significativamente maior de osteoporose, HAS, IAM e doenças osteoarticulares do que adultos.

Comparação dos indicadores sociais e de saúde entre idosos de Passo Fundo, Gravataí e os idosos participantes do Remi - RS

Os dados comparados do Projeto Passo Fundo e Remi - RS podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7. Comparação entre variáveis do perfil global da saúde do idoso analisado pelo Relatório Multidimensional do Idoso do Rio Grande do Sul e participantes do projeto

Variáveis		Especificação	Remi	Projeto	p*	
Socioeconômicas, culturais e familiares	Renda (salários mínimos)	Sem renda	10,7	4,8	< 0,000	
		< 2	53,5	72,5		
		2 a 5	19,4	21,0		
		> 5	16,5	1,8		
	Escolaridade	Não alfabetizado	19,8	10,1	< 0,000	
		Alfabetizado	8,2	61,5		
		Fundamental	66,4	21,9		
		Médio	3,1	5,3		
	Estado civil	Superior	2,5	1,2	**NS	
		Casado	45,3	38,6		
		Viúvo	43,1	48,8		
		Solteiros	6,6	5,7		
		Outro	5,0	6,9		
Autonomia do idoso Avaliação global	AVD	Autônomo	29,2	17,2	**NS	
		Dependente	13,4	8,8		
	Autopercepção da saúde	Muito boa ou boa	86,9	99,1	< 0,000	
		Regular	-	-		
	Autopercepção da visão	Ruim ou muito ruim	35,9	48,8	**NS	
		Muito boa ou boa	49,6	45,0		
		Regular	14,0	6,2		
	Autopercepção da audição	Ruim ou muito ruim	30,0	27,5	**NS	
		Muito boa ou boa	45,1	50,9		
		Regular	24,0	21,6		
			Ruim ou muito ruim	65,7	48,2	< 0,000

* $p \leq 0,05$

** $p > 0,05$ (NS = Não significativo)

A comparação dos indicadores socioeconômicos mostrou que, quanto à renda, entre os idosos analisados havia um menor número de indivíduos sem renda ou com renda maior que cinco salários mínimos em relação aos idosos analisados no Remi - RS. Em relação à escolaridade, a maioria dos idosos aqui estudados relatou ter realizado estudos domésticos, o que foi significativamente diferente. Entretanto, também foi observada uma frequência menor de idosos não alfabetizados em relação aos idosos gaúchos investigados no Remi - RS. A análise da avaliação global de saúde apontou que idosos do Projeto Passo Fundo relataram com frequência significativamente maior ter uma audição regular em relação aos idosos gaúchos investigados.

Discussão

O presente estudo investigou os principais indicadores de saúde numa amostra de idosos participantes de um grupo de atividades informais. Apesar de apresentar algumas limitações, ou seja, não ser uma amostra probabilística, portanto não representativa do município, a escolha da amostra ocorreu pela facilidade de acesso aos indivíduos e da infra-estrutura organizacional do grupo, o que permitirá, no futuro, outros estudos, como, por exemplo, de intervenção.

Outro fator que pode ser considerado um viés de seleção é o grande número de mulheres, entretanto esse número, após os sessenta anos de idade, está aumentando progressivamente, chegando, em algumas regiões, a dois terços da população (CHAIMOWICKZ, 1997). Portanto, a proporção

sexual encontrada espelha a realidade populacional.

Na análise da procedência, percebe-se que a maioria da população é procedente de municípios vizinhos a Passo Fundo e com uma diversidade étnica auto-relatada múltipla, o que influencia de forma direta os fatores antropoculturais e genéticos, que sabidamente influenciam para um envelhecimento bem-sucedido (CRUZ, 2004). Tais diferenças ocorreram de forma bastante significativa entre o estudo de Gravataí e o de Passo Fundo.

Comparando-se o grupo de idosos com o de adultos, percebeu-se que não houve diferenças significativas no fator renda, demonstrando a importância dos ganhos do idoso no apoio da família (CAMARANO, 2001). O item escolaridade demonstrou que os idosos de Passo Fundo teriam um grau de instrução menor quando comparados ao dos adultos, fato que pode ser ocasionado por múltiplos fatores, como dificuldades maiores ao acesso durante a infância, necessidade de mão-de-obra pela família, baixo nível cultural da família de origem e outros.

Na relação das variáveis antropométricas, podem-se observar valores similarmente elevados nos dois grupos se forem considerados os valores de referência da OMS. O valor de 28,6 kg/m² encontrado poderia, assim, ser considerado como sobrepeso, aumentando o risco de morbimortalidade por inúmeras doenças, como as cardiovasculares e tumores em geral (CALLE, 2003). Cabe salientar que um número extenso de estudos tem sugerido outro ponto de corte para o IMC em idosos (BURR, 1998; CHUMLEA, 1987; DELARUE, 1994; PERISSINOTTO,

2002). No caso, pelo padrão de referência descrito por Kuczmarski (2000), o IMC adequado para o sexo masculino estaria entre 22,4 a 27,1 kg/m² e, para o sexo feminino, entre 21,7 a 28,4 kg/m². Utilizando-se esses pontos de corte, a amostra aqui descrita apresentaria níveis médios de IMC dentro do esperado. Entretanto, estudos complementares que padronizem com maior acurácia tais valores de IMC para a população brasileira idosa precisam ser realizados.

Uma metanálise a partir de três estudos transversais brasileiros foi conduzida por Batista e Rissin (2003). Os resultados demonstraram que, inversamente ao declínio da desnutrição infantil, ocorreu um aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade nos adultos. De qualquer modo, sugere-se que estudos epidemiológicos adicionais sejam realizados a fim de mapear se níveis alterados de IMC não estariam relacionados com a evolução e/ou prevalência de doenças crônico-degenerativas que afetam a população gaúcha e brasileira.

Comparando-se os valores do HDL-c com os do estudo de Gravataí, percebeu-se que, nos indivíduos estudados em Passo Fundo, esse valor era cerca de 10 mg/dL ($44,50 \pm 8,28$ mg/dL) menor. Se essa diferença se deve a fatores genéticos ou ambientais, não será discutido no momento, mas futuras análises dos dados obtidos poderão elucidar a incógnita. Além de se saber que o HDL-c elevado tem um papel protetor em indivíduos de meia-idade, tal relação parece divergir em alguns estudos em idosos; outros, como o Projeto Veranópolis e os estudos de Curb (2204), demonstram que o papel é protetor. Re-

ferentemente à variável pressão arterial, observou-se uma significativa diferença entre os grupos, fato esse já bem descrito em razão do envelhecimento do sistema cardiovascular (CHEITLIN, 2003).

Os resultados apontaram para diferenças epidemiológicas importantes entre as três amostras comparadas, principalmente em relação ao risco nutricional, autonomia, e morbidades prévias. Nesses pode ser salientada a menor prevalência do hábito do tabagismo em Passo Fundo quando comparada com o de Gravataí e com o projeto Remi, podendo ser considerado um indicador positivo para a saúde populacional.

Diferenças significativas também foram observadas na comparação da escala de Atividade de Vida Diária (AVD), pois o número de dependentes foi maior nos idosos do Rio Grande do Sul se comparados com os do Remi. Isso pode ser considerado um viés de seleção haja vista que no Projeto Passo Fundo somente foram avaliados indivíduos que estão fora do domicílio, em atividade grupal informal. Sabe-se que a escala de AVD é um importante preditor de morbidade (ISHIZAKI, 2003).

Fatos que explicariam melhores indicadores de saúde na população idosa de Passo Fundo poderiam incluir uma maior facilidade de diagnóstico e o acesso mais fácil aos serviços de saúde. Dessa forma, os resultados sugerem a ocorrência de diferenças regionais de relevância epidemiológica, frisando a importância de investigações regionalizadas para detectar fatores de risco que afetam o idoso e, assim, do desenvolvimento de programas de saúde orientados para uma prevenção e manipulação mais adequadas.

Abstract

Objectives: to describe the health and social indicators of subjects that participated of a informal social group in Passo Fundo - RS, Brazil, comparing adults (AG < 60) and elderly (EG ≥ 60) and to compare health indicators with the elderly described in the Relatório do Idoso (REMI - RS). **Material and Methods:** the study was transversal, observational and analytical-descriptive, with community base and no probabilistic. The data were collected from structured interview as well as physical and laboratorials tests. **Results and Conclusions:** 452 subjects were investigated, 86,5% females and 13,5% males. The majority was natural from Passo Fundo with Brazilian ethnic composition. The age group was $65,4 \pm 9,4$ years (32 – 89). 113 (25%) were adults (GA) and e 338 (75%) elderly (> 60 anos, GI). GA and GI were also compared. GI presented higher blood systolic pressure than GA. The other biological variables were similar between groups. The GI presented a higher number of subjects illiterate (GA = 3,6%, GI = 10,1%), retired (GA = 36,3%, GI = 72,5%), immunized (GA = 32,7%, GI = 87,0%), with regular-poor hearing, osteoporosis (GA = 21,2%, GI = 32,0%), hypertension (GA = 44,2%, GI = 56,2%), infarction (GA = 2,7%, GI = 10,4%) and osteo-articular diseases (GA = 24,8%, GI = 35,2%). The elderly comparison with REMI's elderly show that the sample here analyzed has less: income, smoking, cardiovascular and pulmonary diseases. Occurred higher prevalence of osteoporosis and neoplasia. The result shows the occurrence of regional differences among health indicators suggesting that those

could be important to implement the regional preventive policies.

Key words: aging, chronic-degenerative diseases, elderly.

Referências

- BARBETA, P. *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 57-61.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Nutritional transition in Brazil: geographic and temporal trends. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, suppl. 1, p. 181-191, 2003.
- BRANCH, L. G. et al. A prospective study of functional status among community elders. *Am. J. Public Health*, v. 74, p. 266-268, 1984.
- BURR, M. L.; PHILLIPS, K. M. Anthropometric norms in the elderly. *British J Nutr.*, v. 51, p. 165-169, 1984.
- CALLE, E. E. et al. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U. S. adults. *N. Engl J. Méd.*, v. 348, n. 17, Apr. 24, 2003.
- CAMARANO, A. A. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. IPEA. Texto para discussão n. 830, Rio de Janeiro, 2001.
- CARVALHO FILHO E. T.; NETTO, N. P. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- CHAIMOWICKZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
- CHEITLIN, M. D. Cardiovascular physiology: changes with aging. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, v. 12, p. 9-13, 2003.
- CHUMLEA, W. C.; ROCHE, A. F.; MUKHERJEE, D. *Nutritional assessment of the elderly through anthropometry*. Columbus, Ohio: Ross Laboratories, 1987.
- CRUZ, I. B. M. et al. Projeto Gravataí – um estudo longitudinal e interdisciplinar sobre o

envelhecimento: descrição da escolha do município. Famed, 2004.

CURB, J. D. et al. A prospective study of HDL cholesterol and cholesteryl ester transfer protein gene mutations and the risk of coronary heart disease in the elderly. *J. Lipid Res.*, 16, Feb. 2004. (no prelo).

DELARUE, J. et al. Anthropometric values in an elderly French population. *British J. Nutr.*, v. 71, p. 295-302, 1994.

FLORES, G. A. L. et al. Indicadores de saúde dos idosos participantes do Projeto Gravataí. *Rev. de Medicina da PUC-RS*, Porto Alegre, v. 13, n. 4, p. 393-399, 2003.

FRIED, L. P. Epidemiology of aging. *Epidemiol Rev.*, v. 22, n. 1, 2000.

ISHIZAKI, T. et al. Active life expectancy based on activities of daily living for older people living in a rural community in Japan. *Geriatrics and Gerontology International*, v. 3, p. 78-82, 2003.

KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R. Progress in development of the index of the ADL. *The Gerontologist*, p. 20-30, 1970.

KUCZMARSKI, M. F.; KUCZMARSKI, R. J.; NAJJAR, M. Descriptive anthropometric reference data for older Americans. *J. Am Diet. Assoc.*, v. 100, n. 1, p. 59-66, 2000.

PERISSINOTTO, E. et al. Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. *British J. of Nutri.*, v. 87, p. 177-86, 2002.

REMI - RS. Estudo multidimensional de suas condições de vida. Porto Alegre, 1997.

REUBEN, D. B.; GREENDALE, G. A.; HARRISON, G. G. Nutrition screening in older persons. *Journal of the American Geriatric Society*, v. 43, p. 415-425, 1995.

UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. *World population prospects: the 2000 revision*. Department of Economic and Social Affairs. New York, Feb., 2001.

Endereço

Ivana Beatrice Mânica da Cruz
Av. Ipiranga, 6690, 3º andar
CEP 90610-000
Porto Alegre - RS
E-mail: dacruz@pucrs.br

Agradecimentos

Agradecemos à Fapergs, ao CNPq e à Capes, por bolsas e auxílios à pesquisa, e aos pesquisadores e estudantes que contribuíram para a realização do estudo. Este estudo faz parte do Projeto CNPq/Plano Sul de Pesquisa nº 400195/1999-2.