

EVOLUÇÃO NAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

MARIA LÚCIA LEBRÃO
YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE
JAIR LÍCIO FERREIRA SANTOS
RUY LAURENTI

Resumo: O artigo apresenta alguns resultados referentes às mudanças sobre as condições de vida e saúde das pessoas de 60 anos e mais do Município de São Paulo, obtidas em duas ondas – 2000 e 2006 – do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – Sabe.

Palavras-chave: Envelhecimento. Estudo Sabe.

Abstract: The article presents some variables, and its changes, about living and health conditions of people of 60 years and more, collected in two waves – 2000 and 2006 – of the SABE study in the city of Sao Paulo.

Key words: Ageing. SABE Study.

É fato conhecido que a sociedade brasileira está envelhecendo. Tanto a mídia como as publicações científicas, em todo o mundo e também no Brasil, têm apresentado a preocupação com a iminência de desafios demográficos tais como a duplicação da população de 60 anos e mais do Censo 2000 até 2020 (IBGE). Porém, não são apenas as mudanças demográficas que determinam o futuro da sociedade. Esse é formado pelas escolhas e oportunidades individuais ou coletivas que ocorrem no transcorrer do tempo, que por sua vez sofrem influência dos recursos disponíveis e, em particular, do conhecimento. As mudanças populacionais devem ser consideradas no contexto de outras mudanças que afetam o conjunto da sociedade. O mercado e as políticas públicas são, de um lado, instrumentos efetivos para encorajar os comportamentos individuais e, de outro, as necessidades coletivas. Planejar o futuro com base, apenas, nas projeções demográficas pode ser um jogo perigoso. Outros fatores, particularmente aqueles relacionados à economia e às políticas públicas, podem ter um grande impacto sobre as populações. No futuro, os idosos provavelmente serão tão diversos como seus predecessores, em termos de saúde, situação financeira e origens étnicas, pois nem todos os grupos populacionais terão sido beneficiados pelo crescimento econômico passado e alguns segmentos serão extremamente vulneráveis. Por essa razão, é importante lançar um olhar no leque dessas diferenças (FRIEDLAND; SUMMER, 2005), o que pode

ser obtido por meio de estudos longitudinais que favoreçam a análise da variação das populações ao longo do tempo.

OBJETIVO GERAL

Analisar a evolução das condições de vida e saúde das pessoas idosas residentes no Município de São Paulo no intervalo de seis anos (2000 a 2006).

Os objetivos específicos são:

- verificar a evolução da coorte quanto a mortalidade e institucionalização;
- avaliar diferenciais de coorte e gênero com relação às condições sociodemográficas e situação laboral e de renda;
- avaliar diferenciais de coorte e gênero com relação ao estado de saúde e condição funcional.

O PROJETO SABE

O Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, também chamado Sabe, constituiu uma pesquisa multicêntrica desenvolvida em 2000 nos principais centros urbanos de sete países da América Latina e Caribe com o objetivo de traçar as condições de vida e saúde das pessoas idosas dessas regiões (ALBALA et al., 2005).

Esse estudo foi planejado, em parte, para colocar luz na carga das demandas de saúde que provavelmente emergirão de uma população que amadurece rapidamente. O estudo também foi motivado pela necessidade de antecipar o que se encontrará adiante, de modo que os países possam se planejar adequadamente para prevenir conseqüências mais negativas do processo de envelhecimento da população. Os países incluídos no Sabe são uma combinação daqueles que trazem boa representação dos vários estágios do envelhecimento na região, por um lado, e daqueles que, em tempo, podem propiciar recursos materiais e humanos requeridos para o levantamento, por outro. Quatro deles – Argentina, Barbados, Cuba e Uruguai – estão em estágios muito avançados do processo de envelhecimento, enquanto os outros três – Chile, México e Brasil – estão ligeiramente atrás, mas irão transpor, nessa ordem, uma escala que vai de intensa a reduzida velocidade de envelhecimento. Pode-se

argumentar que não se incluíram países cuja transição demográfica esteja ainda em estágios iniciais, tais como Bolívia, Peru, Guatemala ou Honduras. Este é certamente o caso. Devido aos recursos limitados, foi necessário escolher entre a representação de todos os estágios demográficos observáveis ou somente daqueles que irão transpor uma velocidade de envelhecimento de moderada para elevada (PALLONI; PELÁEZ, 2003).

METODOLOGIA

No Brasil, o Estudo Sabe foi desenvolvido no Município de São Paulo, onde se trabalhou com uma amostra ponderada para que fosse representativa da população urbana de 60 anos e mais (LEBRÃO; LAURENTI, 2005; SILVA, 2003).

A amostra foi composta por dois segmentos: o primeiro, resultante de sorteio, baseou-se em cadastro permanente de 72 setores censitários, disponível no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. Essa amostra foi tomada do cadastro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, composto por 263 setores censitários sorteados mediante amostragem por conglomerados, sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. Esse segmento correspondeu à amostra probabilística formada por 1.568 entrevistados. O segundo segmento, composto por 575 residentes nos distritos em que se realizaram as entrevistas anteriores, corresponde ao acréscimo efetuado para compensar a mortalidade na população de maiores de 75 anos e completar o número desejado de entrevistas nesta faixa etária. O número mínimo de domicílios sorteados no segundo estágio foi aproximado para 90. A complementação da amostra de pessoas de 75 anos e mais foi realizada por meio da localização de moradias próximas aos setores selecionados ou, no máximo, dentro dos limites dos distritos aos quais pertenciam os setores sorteados. A amostra final resultou em 2.143 pessoas com 60 anos e mais (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Passados seis anos da primeira coleta de dados, propôs-se a continuidade desse estudo, no Municí-

pio de São Paulo, transformando-o em um estudo longitudinal. Assim, buscou-se reentrevistar as pessoas idosas que haviam sido entrevistadas por ocasião da primeira coleta do Estudo Sabe em 2000. Participaram do estudo 1.115 pessoas de 65 anos e mais. A diferença foi composta por óbitos, institucionalizações, mudanças e recusas.

Inicialmente realizou-se uma busca dos óbitos constantes das bases de dados da Fundação Seade e Proaim por meio da comparação de nome, endereço, sexo e data de nascimento no período de 2000 a 2006. Para localizar os demais idosos, utilizaram-se os endereços constantes do questionário confirmados por uma equipe de “batedoras”. Para os não-localizados no endereço original, fez-se uma ampla busca por informações no próprio bairro (vizinhança e serviços como farmácias, mercados, igrejas, etc.) e com os dados extras constantes do questionário-base (telefones de recado, contato com filhos ou outros parentes). Ao final, utilizou-se a mídia escrita para auxiliar na localização dos restantes. Após intensa busca, considerou-se fechada a amostra, sendo o grupo não encontrado denominado *não-localizados*.

Os dados do Estudo Sabe, em 2000, foram colhidos simultaneamente nos sete países, por meio de entrevistas domiciliares, feitas com um instrumento constituído por 11 blocos temáticos: dados pessoais, avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, medicamentos, uso de serviços e acesso a eles; rede de apoio familiar e social, história laboral e fontes de ingresso, características da moradia, dados antropométricos e testes de equilíbrio, flexibilidade e mobilidade.¹

Em 2006, o instrumento utilizado em 2000 foi revisto, incluindo-se ou alterando-se questões cujas respostas não foram satisfatórias na primeira coleta de dados. Quando necessário, acrescentaram-se questões e instrumentos para obter as informações complementares aos objetivos propostos no estudo.

As entrevistas foram realizadas por mulheres, a maioria delas participante da primeira fase, em 2000. O treinamento nos dois momentos foi dado pela mesma equipe, mantendo-se os mesmos critérios, evitando, dessa maneira, a introdução de vieses.

RESULTADOS

EVOLUÇÃO DA AMOSTRA EM UM PERÍODO DE SEIS ANOS

A amostra final reentrevistada, composta por 1.115 pessoas idosas, foi resultado de extensa busca descrita na metodologia. A Tabela 1 apresenta os resultados de tal busca.

Tabela 1

Situação Final da Amostra do Estudo Sabe
Município de São Paulo – 2000-2006

Situação Final	Número de Idosos	%
Amostra em 2000 (A_{00})	2.143	100,0
Óbitos	649	30,3
Mudanças	191	8,9
Outros municípios	52	2,4
Não localizados	139	6,5
Idosos institucionalizados	11	0,5
Recusas	177	8,3
Entrevistas realizadas em 2006 (A_{06})	1.115	52,0

Fonte: Estudo Sabe.

Em pesquisas longitudinais, é fundamental que se consiga o acompanhamento da maior quantidade possível de participantes. Em uma cidade com as características de São Paulo, com sua expansão imobiliária crescente, em muitas ocasiões torna-se impossível obter informações a respeito de pessoas que se mudaram ou faleceram. Da amostra original, 6,5% dos idosos enquadraram-se no grupo de *não-localizados*, apesar de todos os esforços no sentido de encontrá-los.

Neste estudo, 2,4% dos idosos localizados haviam se mudado para outros municípios. Entre os idosos, frequentemente verifica-se a opção de mudança para outras localidades em busca de melhor qualidade de vida (menos poluição, menos violência, mais tranquilidade, menor custo de vida, etc.). Esse grupo compôs uma subamostra de acompanhamento para análise das mudanças em suas condições de vida e saúde. No entanto, deixou de fazer parte da amostra

original, em que o foco de atenção são os idosos residentes no Município de São Paulo.

A residência em instituições de longa permanência para idosos – ILPIs ainda não é uma prática comum nos países do hemisfério sul e particularmente na sociedade brasileira. Isso resulta de uma visão preconceituosa que costuma associar tal tipo de acolhimento a um local de exclusão, dominação e isolamento; um *depósito de velhos* ou ainda *um lugar para morrer*. Infelizmente, para muitos locais, isso ainda é uma realidade que deve, no entanto, ser modificada urgentemente. Com o aumento do número de pessoas idosas, a diminuição da taxa de fecundidade (no plano nacional, já inferior à taxa de reposição), a maior inserção da mulher no mercado de trabalho e a ausência de serviços assistenciais em número suficiente para idosos com maiores incapacidades, em futuro próximo, não existirá ajuda disponível para o cuidado de pessoas idosas que dele necessitem e a institucionalização poderá passar de uma opção a uma necessidade. Dessa forma, é cada vez mais necessário que o Estado e o próprio mercado ampliem seu leque de atuação, no que se refere aos cuidados de longa duração, à medida que as famílias tornam-se cada vez menos disponíveis para desempenhar o papel de “cuidadora” de seus membros mais dependentes.

Não existe, até o momento, uma fonte precisa e confiável do número de pessoas vivendo em instituições de longa permanência para idosos no país. Segundo Camarano (2007), coordenadora de uma pesquisa nacional sobre ILPIs atualmente em curso, uma aproximação desse dado pode ser obtida, por meio do Censo, do número de idosos residentes em domicílios coletivos, ou seja, cerca de 103 mil pessoas ou o equivalente a 0,8% da população.

Estudos mostram que os motivos mais apontados para a institucionalização dos idosos relacionam-se com: baixas condições financeiras, relações familiares conflituosas, atividades de lazer limitadas ou ausentes (DAVIM et al., 2004; BORN; BOECHAT, 2002). Entre os idosos brasileiros, as principais razões para aceitar residir em uma ILPI foram: falta de opção ou opção de terceiros (39,7%), ausência de um cuidador no caso de ser

dependente (17,5%) e incapacidade ou falta de desejo da família em assisti-lo (15,9%). Já 14,3% deles referiram que fariam essa opção para ter companhia ou ficar próximo de pessoas da mesma idade. Entre os que não aceitariam morar em uma ILPI as principais razões citadas foram acreditar que estas oferecem um tratamento inadequado (27,6%) e caber à família o cuidado das pessoas mais velhas (17,2%) (NERI, 2007).

No Estudo Sabe, a incidência de institucionalização foi de 0,5% (11 casos), sendo 9 mulheres e 2 homens. Apenas em dois casos o idoso foi responsável pela escolha da instituição, em todos os outros, a decisão coube aos parentes, em especial os filhos. Os principais motivos alegados para a institucionalização foram: necessidade de cuidados intensivos, permanência do idoso a maior parte do tempo sozinho em casa, conflitos familiares causados por sua presença e incapacidade para se autocuidar. Tal panorama reforça a necessidade de se repensar a estruturação dos serviços de cuidados prolongados. Possivelmente, a institucionalização de muitas dessas pessoas não teria ocorrido caso alguns serviços de apoio existissem e fossem, de fato, eficientes.

Com relação a “recusas” em participar da continuidade do estudo, houve um percentual de 8,3% em relação ao número inicial de 2.143 e de 11,8% em relação aos sobreviventes (1.494 idosos), o que é considerado aceitável para estudos deste tipo.

A maior proporção de não-localizados relacionou-se aos óbitos. As taxas de mortalidade nesse grupo populacional tendem a ser mais elevadas, o que pode ser observado pelos 30,3% de óbitos encontrados no intervalo de seis anos. Essa probabilidade tende a aumentar com o avançado da idade, o sexo masculino, ausência de escolaridade, o maior número de doenças, a exibição de três ou mais dificuldades nas atividades de vida diária (básicas ou instrumentais), a autopercepção de saúde referida como ruim, a presença de declínio cognitivo e entre aqueles que não foram capazes de realizar os testes de mobilidade, flexibilidade e equilíbrio (Tabela 2).

Tabela 2

Taxas de Mortalidade, segundo Variáveis Sociodemográficas e de Saúde Município de São Paulo – 2006

Variáveis	Em porcentagem	
	Taxas	
Faixa etária		
60 a 64 anos	11,6	
65 a 69 anos	21,4	
70 a 74 anos	17,9	
75 a 79 anos	33,2	
80 a 84 anos	45,6	
85 anos e mais	59,0	
Sexo		
Mulher	17,6	
Homem	28,6	
Escolaridade		
Sem escolaridade	31,1	
1 a 3 anos	20,7	
4 a 11 anos	20,1	
12 anos e mais	11,6	
Saúde auto-referida		
Excelente/Muito boa/Boa	17,6	
Regular	23,5	
Má	40,6	
Número de doenças referidas		
Nenhuma	14,0	
Uma	21,0	
Duas ou mais	27,3	
Presença de declínio cognitivo		
Sim	44,7	
Não	21,4	
Avaliação funcional (dificuldade no desempenho)		
<i>Atividades básicas de vida diária</i>		
Nenhuma	18,5	
Uma ou duas	27,7	
Três ou mais	60,7	
<i>Atividades instrumentais de vida diária</i>		
Nenhuma	10,5	
Uma ou duas	16,6	
Três ou mais	41,2	
Incapacidade para realizar testes (equilíbrio, mobilidade e flexibilidade)		
Sim	66,5	
Não	18,8	

Fonte: Estudo Sabe.

EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS

A Tabela 3 traz um perfil de evolução das condições sociodemográficas dos idosos do Município de São Paulo no período em análise.

Observa-se uma predominância das mulheres, confirmando o processo já muito discutido e preocupante de feminização da velhice. Tal fenômeno resulta da maior longevidade das mulheres, em especial nos estratos mais longevos. Comparativamente aos homens, a estrutura etária das mulheres é mais envelhecida: uma em cada quatro tem 75 anos ou mais (entre os homens, essa proporção é de um para cada cinco). O índice de feminilidade² é de 142, sendo de 133 entre os de 60 a 74 anos, aumentando para 179 entre os idosos de 75 anos e mais (LEBRÃO; LAURENTI, 2003).

Tabela 3

Distribuição dos Entrevistados, segundo Variáveis Sociodemográficas Município de São Paulo – 2000-2006

Variáveis	Em porcentagem	
	2000	2006
Sexo		
Mulher	58,6	61,0
Homem	41,4	39,0
Faixa etária		
60 a 64 anos	32,3	-
65 a 69 anos	26,8	26,1
70 a 79 anos	30,0	52,2
80 anos e mais	10,9	21,7
Estado marital		
Solteiro	4,9	4,2
Casado/Amasiado	57,0	50,7
Viúvo	29,5	39,7
Divorciado/Separado	8,5	5,3
Arranjo domiciliar		
Sozinho	13,0	15,9
Acompanhado	87,0	84,1

Fonte: Estudo Sabe.

Essa maior sobrevivência das mulheres, no entanto, não corresponde, necessariamente, a melhor qualidade de vida. Os problemas sociais, econômicos e de saúde dos idosos são, em grande parte, os das mulheres idosas. Ao se tornarem viúvas, têm maior dificuldade em contrair novo matrimônio, geralmente apresentam menores níveis de instrução e renda, maior frequência de queixas de saúde e mais condições incapacitantes, por essa razão, parte delas necessita de auxílio durante uma grande parte de sua velhice (CAMARANO, 2004; SANTOS, 2003). Em contrapartida, a elas também é atribuído o papel de cuidar do cônjuge, pais, outros parentes idosos e de filhos e netos, o que ocasiona um maior ônus físico, psíquico e social (NERI, 2007).

A distribuição do estado marital entre a população idosa muda rapidamente, sendo a viuvez normativa para as mulheres idosas. Neste estudo, observou-se que a proporção de pessoas idosas casadas ainda é maior do que a de viúvas, porém diminuiu em relação a 2000 (50,7%, em 2006, e 57,0%, em 2000), tendo aumentado expressivamente o número de viúvos (29,5% e 39,7%) e diminuído a proporção de divorciados e separados (8,5% e 5,3%).

Na Inglaterra, metade das mulheres de 65 anos e mais é viúva, esperando viver nessa condição, em média, nove anos. Há muitas pesquisas relacionando estado marital e saúde. Alguns resultados apontam que homens casados têm melhor saúde do que os solteiros ou previamente casados. Outros encontraram que divorciados/separados apresentam piores condições de saúde que os casados e isso se repete entre os homens solteiros, quando comparados aos casados. Entre as mulheres, observa-se uma rede de suporte social mais ampla, além de maior facilidade no desenvolvimento de novas relações de amizade. Os homens costumam ter uma rede de suporte menor e contato mais distante com filhos e outros membros da família. Quando viúvos, pode ocorrer um maior enfraquecimento nos contatos familiares e conseqüente diminuição do apoio social (ARBER, 2004; DAVIDSON, 2000).

Em relação aos arranjos domiciliares, aumentou a proporção das pessoas idosas que moram sozinhas (13,0%, em 2000, e 15,9%, em 2006). Em 2000, entre

os que residiam sós, muitos apresentavam dificuldades no desempenho das atividades básicas de vida diária e, apesar de necessitarem de um cuidador presencial para desempenhá-las, referiram não contar com qualquer auxílio (LEBRÃO; LAURENTI, 2003).

É importante ressaltar, no entanto, que existem alguns mitos populares em relação à co-residência. Ela não significa, necessariamente, ajuda real às necessidades apresentadas pelos idosos e também não deve ser sempre compreendida como uma “solidariedade imposta”, por necessidade dos idosos ou por necessidade dos filhos (CAMARANO et al., 2004). Apesar disso, ainda hoje, a família, em especial os filhos co-residentes, representam o maior potencial de ajuda para as pessoas idosas (SAAD, 2004).

Modificações que vêm ocorrendo no painel socioeconômico dos países latino-americanos têm levado muitos filhos a voltarem a residir na casa de seus pais, em geral acompanhados de sua nova família. Porém, ao contrário do que possa parecer, isso nem sempre está associado a um aumento no potencial de ajuda disponível. Em compensação, a maior sobrevivência aumenta o número de idosos mais fragilizados, com múltiplos problemas de saúde, e que, muitas vezes, são assistidos por outros idosos menos dependentes, no entanto, com um potencial de ajuda limitado. Com a saída dos mais jovens das casas, as famílias de três ou quatro gerações co-habitantes tendem a diminuir. Mudanças na mortalidade e na fecundidade, casamentos e a presença, cada vez mais freqüente, de divórcios e famílias de estilo alternativo afetam o balanço entre necessidades das pessoas idosas e a real disponibilidade de auxílio existente no contexto domiciliar (DUARTE, 2001).

Na Tabela 4 é possível observar que não parece haver diferença na média de filhos entre os homens idosos que vivem sós e os que vivem acompanhados, o mesmo não valendo para as mulheres. Isso pode ser influenciado pelo estado marital casado prevalecer entre os homens.

A mobilidade das pessoas idosas é sempre uma questão controversa na área da gerontologia. Nesse meio, prevalece a tendência a se considerar que a mudança de casa possa ser prejudicial para as pessoas idosas, dado o significado de sua residência de ori-

gem em termos de história de vida. Adicionalmente, as mudanças geralmente estão associadas à maior ocorrência de quedas nessa população, pela falta de familiaridade com o ambiente. Neste estudo, encontrou-se que 8,6% das mulheres e 5,8% dos homens moravam em outro local cinco anos antes da entrevista. Isso pode ser resultado da maior viuvez entre as mulheres, assim como de sua menor possibilidade de recasamento. Buscando confirmar tal hipótese, questionaram-se as razões dessas mudanças, apresentadas na Tabela 5.

Tabela 4

Número Médio de Filhos Vivos, por Sexo, segundo
Condição de Moradia
Município de São Paulo – 2006

Condição de Moradia	Mulheres	Homens	Total
Total	2,28	2,43	2,34
Sozinhos	1,94	2,33	2,04
Acompanhados	2,35	2,44	2,39

Fonte: Estudo Sabe.

Tabela 5

Principais Razões Referidas para Mudança de Residência
nos Últimos Cinco Anos, por Sexo
Município de São Paulo – 2006

Razões Referidas para Mudança	Em porcentagem		
	Mulheres	Homens	Total
Total	100,0	100,0	100,0
Estar perto dos filhos	19,2	2,9	14,3
Custo da moradia	17,4	2,2	12,9
Estar perto dos familiares	10,3	7,6	9,5
Condições arquitetônicas da moradia	2,1	17,5	6,7
Falecimento do cônjuge	5,4	1,6	4,3
Separação conjugal	2,1	6,5	3,4
União conjugal	1,8	2,6	2,1
Medo da violência/insegurança	2,9	0,0	2,0
Outras	38,8	57,5	45,0

Fonte: Estudo Sabe.

Observa-se maior preocupação das mulheres de permanecer perto de seus filhos ou de outros parentes, devido a maior laço afetivo ou por conta de viuvez ou separação. O custo da moradia também pesa no orçamento da mulher que, possivelmente, ficou só. Entre os homens, a principal razão referida relacionou-se às condições inadequadas da moradia anterior, possivelmente pela condição de maior dependência do idoso ou de sua companheira.

Na categoria “outros” apareceu, com frequência, a necessidade de mudança por questão imobiliária (venda da casa, compra de uma maior ou menor, entrega da casa, demolição, etc.), característica muito associada à grande movimentação imobiliária de uma cidade como São Paulo, onde casas em bairros antigos, hoje muito valorizados, são rapidamente transformadas em edifícios.

Com relação à situação laboral e de renda (Tabela 6), observa-se que, em 2000, 28,6% dos idosos ainda trabalhavam, tendo diminuído, esse contingente, em 2006, para 22,6%, por razões facilmente compreensíveis.

Segundo Wajnman, Oliveira e Oliveira (2004), do ponto de vista das tendências demográficas mais recentes, a estrutura etária da população brasileira economicamente ativa torna-se, a cada ano, mais envelhecida, o que significa que o peso relativo da população idosa tende a crescer continuamente e ainda por muitas décadas. A taxa anual de crescimento da população idosa economicamente ativa é estimada em 3,6% ao ano, enquanto para a população em geral estima-se um crescimento muito próximo do nível de reposição, ou seja, em torno de zero. De fato, projeta-se que, em duas décadas, a proporção de homens idosos desse grupo estará perto de 10% (quase o dobro dos 5,9% atuais) e a de mulheres idosas, em torno de 6% (atualmente são 3,4%). Assim, esse será o grupo a pressionar o mercado por geração de empregos, com o incremento de aproximadamente 300 mil idosos/ano à população economicamente ativa. Em termos proporcionais, as pessoas de 60-64 anos de idade respondem por 45% da população idosa economicamente ativa, o grupo de 65-69 anos, por 25%, e os acima de 70 anos, pelos demais 30%. Tal tendência de crescimento da oferta de trabalhadores

Tabela 6

Distribuição dos Idosos, por Sexo, segundo História Laboral e Renda
Município de São Paulo – 2000-2006

Em porcentagem

História Laboral e Renda	2000			2006		
	Mulheres	Homens	Total	Mulheres	Homens	Total
Trabalho						
Não trabalha	80,9	59,4	71,4	85,5	66,9	77,4
Trabalha	19,1	40,6	28,6	14,5	33,1	22,6
Porque não trabalha						
Aposentado por idade	20,7	29,5	23,9	45,9	59,8	51,3
Problemas de saúde	23,7	29,6	25,9	19,4	18,4	19,0
Não consegue trabalho	8,6	12,4	10,0	5,4	6,8	5,9
Família não quer	26,7	1,7	17,6	8,9	0,6	5,8
Outro	19,4	26,0	21,8	20,2	14,4	18,1
Recebe alguma receita						
Sim	79,0	96,6	86,3	92,8	99,6	95,4
Não	21,0	3,4	13,7	7,2	0,4	4,6
Renda individual						
Até 1 SM	14,8	2,8	9,2	7,0	1,4	4,3
De 1 a 2 SM	54,0	35,6	45,4	60,1	52,0	56,3
De 3 a 4 SM	13,5	23,2	18,0	18,2	23,3	20,7
5 ou mais	17,8	38,4	27,4	14,6	23,3	18,7
Dependentes da renda do idoso						
Só o entrevistado	51,3	13,6	33,8	56,2	17,9	40,7
Dois ou três	36,2	59,9	47,1	33,4	63,1	45,4
Quatro ou mais	12,5	26,5	19,1	10,2	19,0	13,9
Dinheiro suficiente para cobrir suas despesas diárias						
Sim	30,5	31,5	30,9	48,7	46,3	47,7
Não	68,0	66,7	67,4	49,5	51,0	50,1
Não sabe/não respondeu	1,5	1,7	1,6	1,8	2,7	2,2

Fonte: Estudo Sabe.

idosos somada às precárias perspectivas de ampliação da cobertura do sistema previdenciário estabelecem a importância de se planejarem, cuidadosamente, políticas específicas para esse segmento.

Entre os idosos que referiram não trabalhar, as principais razões citadas foram: estar aposentado por idade, cuja participação aumentou acentuadamente entre 2000 e 2006, e ter problemas de saúde. A quase totalidade dos

entrevistados afirmou receber alguma renda, embora em 54,6% dos casos ela seja inferior a três salários mínimos, em 2000, proporção que chega a 60,6%, em 2006. Neste ano, maior proporção de idosos considerou essa renda suficiente para cobrir suas necessidades básicas, 47,7%, em relação a 30,9%, em 2000.

Segundo Giatti e Barreto (2002), existem cinco vezes mais mulheres sem renda do que homens nessa

situação (18,5% e 3,5%, respectivamente), fato esse confirmado, também, no Estudo Sabe. Entre eles, há mais aposentados e, entre elas, mais pensionistas. As condições econômicas refletem-se no seu acesso aos serviços de saúde, pois entre os mais pobres são observados os piores indicadores de saúde e de capacidade funcional.

A auto-avaliação de saúde, apesar de subjetiva, costuma apresentar resultados semelhantes aos de outras avaliações objetivas de condições de saúde. Tem sido amplamente utilizada em pesquisas com populações idosas por ser considerada um importante preditor para mortalidade e para o uso de serviços de saúde (MAIA; DUARTE; LEBRÃO, 2006; MAIA et al. 2006; GRANT; PIOTROWSKI; CHAPPELL, 1995; JOHNSON; WOLINSKY, 1993, 1994; McCALLUM; SHADBOLT; WANG, 1994; IDLER; KASL; LEMKE, 1990; IDLER; ANGEL, 1990). Desde a década de 1980, na maioria das pesquisas realizadas, os idosos que consideraram sua saúde ruim apresentaram maior incidência de óbitos quando comparados aos que a avaliaram como excelente (IDLER; BENYAMINI, 1997; BENYAMINI; IDLER, 1999).

Neste estudo, de modo geral, a auto-avaliação do estado de saúde por parte dos idosos manteve-se estável (Tabela 7), sendo que pouco menos da metade deles considera sua saúde muito boa ou boa. Embora pequenas e com ligeira diminuição, as proporções relacionadas às piores condições de saúde (9,7%, em 2000, e 9,1%, em 2006) necessitam de atenção diferenciada, pois se trata de uma população mais envelhecida e, portanto, mais vulnerável. Quando se estratifica esse dado por faixas etárias (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais), observa-se que a auto-avaliação positiva em 2000 declina de forma não acentuada a partir dos 70 anos, mantendo-se estável a partir daí (47,1%, 44,2% e 44,9%, respectivamente). Já em 2006, o declínio não só é mais forte como também ocorre em todas as faixas etárias (50,2%, 43,8% e 41,6%, respectivamente). Em relação a diferenças entre os sexos, há pior avaliação da saúde por parte das mulheres, quando comparadas aos homens, tanto em 2000 quanto em 2006 (44,2% e 42,4% entre as mulheres e 48,5% e 47,7% entre os homens, respectivamente). É interessante verificar que quando o gru-

po compara a própria saúde com a de outras pessoas da mesma idade, a avaliação positiva aumenta, denotando um perfil mais otimista dessas pessoas.

Segundo Neri (2007), a percepção da velhice entre jovens e idosos está associada principalmente a aspectos negativos (90% e 88%, respectivamente). Doenças e debilidades físicas representaram a principal associação, sendo a dependência física apontada como sinal de velhice por pouco mais de um quarto de ambos os segmentos.

Embora cerca de 90,0% dos idosos tenham referido bom estado nutricional, apenas 84,0% deles disseram, em 2006, fazer três ou mais refeições ao dia. Em 2000, 67,0% referiram esse hábito alimentar, mostrando uma melhora em termos de ingestão de alimentos. Isso pode estar associado à melhora no poder aquisitivo, seja por aumento de rendimento

Tabela 7

**Distribuição dos Idosos, segundo Condição de Saúde e Nutricional Referidas
Município de São Paulo – 2000-2006**

Condições de Saúde Referida	Em porcentagem	
	2000	2006
Auto-avaliação de saúde		
Muito boa/Boa	44,7	44,6
Regular	45,4	45,9
Ruim/Muito ruim	9,7	9,1
Não respondeu	0,2	0,4
Auto-avaliação de saúde comparada a 12 meses atrás		
Melhor	15,9	16,9
Igual	54,0	53,8
Pior	29,9	28,9
Não sabe/Não respondeu	0,2	0,5
Auto-avaliação de saúde comparada a pessoas da mesma idade		
Melhor	58,9	59,0
Igual	19,1	18,7
Pior	11,1	9,8
Não sabe/Não respondeu	10,9	12,5
Auto-avaliação nutricional (considerar-se bem nutrido)		
Sim	91,6	89,9

Fonte: Estudo Sabe.

ou por diminuição de despesas (menos pessoas dependentes de sua renda). Ressalta-se ainda que, no período em análise, a mídia passou a divulgar mais enfaticamente a importância da adequação alimentar para uma melhor sobrevivência, além de esse tema ser amplamente debatido em grupos ou atividades voltadas para a população idosa.

À medida que a população envelhece, aumentam a incidência e a prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis – DCNT. Esse grupo de doenças é caracterizado por longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não totalmente elucidada, complicações e lesões irreversíveis que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito. Vê-se que, com exceção das doenças respiratórias crônicas, cresceu a proporção de todas as doenças consideradas (Tabela 8).

A hipertensão arterial sistêmica – HAS e o diabetes melito – DM representam dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Essas doenças, quando não adequadamente controladas, levam à invalidez parcial ou total do indivíduo,

com graves repercussões para ele mesmo, sua família e a sociedade. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir melhor qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e seus efeitos adversos (BRASIL, 2004).

O diabetes melito consiste, hoje, em um problema de saúde pública por sua crescente incidência, alta prevalência e letalidade, bem como pelo fato de ser uma doença extremamente onerosa para o sistema de saúde. Constitui uma das principais causas de cegueira, amputação de membros inferiores, insuficiência renal e doenças cardiovasculares, com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas acometidas. Segundo a Organização Mundial de Saúde, nas próximas duas décadas, o DM será uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo, caso medidas de controle ativo e monitoramento efetivo não sejam implementadas (BRASIL, 2004, 2006; DECODE, 2003).

Sabe-se que tanto a prevalência quanto a incidência de DM aumentam com a idade. Projeções apontam que, nos países da América Latina e Caribe, o total de indivíduos com DM aumentará 40%, ao passo que na população com mais de 65 anos o acréscimo será de 194% (WILD et al., 2004). No Estudo Sabe, a prevalência em 2000 diminuiu com o avançar da idade para ambos os sexos (LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Isso se tornou mais acentuado em 2006 (SAKATA, 2007). Dados da OMS revelam, de fato, essa tendência nos países em desenvolvimento, o que leva à suposição de que os diabéticos tenham falecido antes de atingirem as idades mais avançadas (WILD et al., 2004).

Para verificar a veracidade de tal hipótese, Sakata (2007) desenvolveu pesquisa com a base de dados do Estudo Sabe – 2000, de forma a verificar o impacto do DM na ocorrência de óbito entre as pessoas idosas do Município de São Paulo. Em seus resultados, observou-se que a presença de DM simultaneamente com outras doenças multiplicava a chance de óbito por 2,55, enquanto a presença concomitante de outras doenças, excluindo-se o DM, aumentava essa probabilidade em 1,73 vez.

Os problemas articulares, reconhecidamente incapacitantes e muito frequentes nessa população, englobam diferentes tipos de doenças que devem ser

Tabela 8

Distribuição das Doenças, Agravos e Condições Crônicas Referidas pelos Idosos Município de São Paulo – 2000-2006

Doenças e Condições Crônicas Referidas	Em porcentagem	
	2000	2006
Hipertensão	53,3	62,3
Doença osteoarticular	31,7	33,8
Diabetes <i>mellitus</i>	17,9	21,5
Osteoporose	14,2	22,0
Doença cardíaca	19,5	22,6
Doença respiratória crônica	12,2	10,6
Acidente vascular encefálico	7,2	8,6
Neoplasia	3,3	5,3
Dor crônica	(1)	53,3
Incontinência urinária	20,2	26,2
Incontinência fecal	4,8	7,7
Quedas (após completar 60 anos)	(1)	62,9

Fonte: Estudo Sabe.
(1) Não colhido em 2000.

minuciosamente investigadas. Muitas dessas doenças são de evolução crônica e necessitam de tratamento prolongado, mas a evolução e o prognóstico são muito variáveis, de doença para doença e de pessoa para pessoa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2007).

A artrite é uma manifestação comum à maioria das doenças reumáticas que comprometem as articulações. Atualmente, considera-se que sua forma mais comum, a osteoartrose, tem causa multifatorial e afeta, frequentemente, as pessoas a partir da meia-idade. Quase 70% daquelas acima de 70 anos apresentam evidência radiográfica da doença, no entanto, só a metade delas desenvolve sintomas. Tais doenças geralmente não oferecem risco à vida, mas estão altamente associadas com condições crônicas incapacitantes, gerando maior procura por serviços de saúde (NERI, 2007). Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2007), virtualmente, todos os idosos acima de 75 anos são afetados pela doença em pelo menos uma articulação, sendo mais predominante entre as mulheres.

Neste estudo, observa-se aumento na prevalência dessas doenças entre 2000 e 2006 (31,7% e 33,8%, respectivamente, conforme Tabela 8). Acresça-se a isso o dado de que 53,3% dos idosos referiram dor crônica, o que deve ser considerado inadmissível. Apresentar uma condição que gere dor pode ser possível, mas admitir a presença de dor crônica (que persiste continuamente há mais de três meses) mostra, de alguma forma, a inadequação assistencial para o controle da mesma. Além das lombalgias, essas dores concentraram-se principalmente nas grandes articulações como quadril e joelhos.

Entre os agravos referidos destacam-se as quedas, dada sua relação com o desencadeamento de situações mais graves (como fraturas e conseqüente imobilidade) e, às vezes, incapacitantes permanentemente. Verifica-se que 62,9% dos idosos admitiram ter sofrido pelo menos uma queda após completar 60 anos. Considerando que a população, ao ser entrevistada, apresentava 65 anos ou mais, essa informação possivelmente se associa a quedas mais significativas, ou seja, com necessidade de atendimento médico ou seqüelas importantes (físicas ou emocionais, como medo de cair), a ponto de tal evento não ter sido es-

quecido. Dadas as conseqüências nefastas associadas a esse evento – imobilidade, isolamento, incapacidade e morte –, importância especial, em termos de saúde pública, deve ser dada a esse achado.

Outras condições, como incontinência urinária e fecal, normalmente são pouco avaliadas pelos profissionais de saúde, no entanto, causam forte impacto na qualidade de vida do idoso e na de seus familiares. Ambas também tiveram suas prevalências aumentadas (de 20,2% para 26,2% e de 4,8% para 7,7%, respectivamente). Tais ocorrências influenciam de modo relevante o desempenho de atividades sociais gerando maior isolamento e conseqüente depressão. Em contrapartida, a incontinência fecal mostra-se associada à maior sobrecarga de cuidadores e esta à ocorrência de maus-tratos. Isso mostra que um agravo aparentemente pouco importante pode gerar um “efeito cascata”, com conseqüências, muitas vezes, imprevisíveis ou incontrolláveis.

Evidências apontam que a detecção precoce de doenças e conseqüente tratamento podem reduzir a mortalidade por várias causas, entre as pessoas idosas. Segundo Lima-Costa (2004), diversos esforços vêm sendo empreendidos para determinar, com base nas evidências científicas disponíveis, quem, quando e quais exames preventivos (rastreamentos) devem ser realizados. Duas forças-tarefa (Estados Unidos e Canadá) tentaram estabelecer consensos abrangentes sobre o tema. Com relação à mamografia, o grupo americano recomenda sua realização rotineira a mulheres com 40 anos ou mais enquanto o grupo ca-

Tabela 9

Distribuição dos Idosos, segundo Referência de Realização de Alguns Exames Preventivos Município de São Paulo – 2000-2006

Exames Preventivos e Vacinação	Em porcentagem	
	2000	2006
Mamografia (últimos dois anos)	33,5	51,4
Exame citológico (últimos dois anos)	36,8	50,6
Avaliação da próstata (últimos dois anos)	40,5	57,8
Vacinação contra influenza	60,2	78,5

Fonte: Estudo Sabe.

adense recomenda a sua utilização, como parte do exame rotineiro de saúde, somente em mulheres de 50 a 69 anos de idade, uma vez que as evidências da efetividade desse exame para redução da mortalidade são mais fortes nessa faixa etária.

Entre os idosos pesquisados, observou-se importante acréscimo na realização de todos os exames preventivos considerados (Tabela 9), o que é, em primeira análise, muito positivo. Isso pode ser reflexo de maior conscientização da população da importância desse tipo de comportamento, de maior procura por serviços de saúde ou do aumento de solicitação de exames nas consultas realizadas. Estudo desenvolvido por Lima-Costa na Região Metropolitana de Belo Horizonte, no entanto, comparando a realização de exames preventivos entre idosos e jovens, verificou que as prevalências de realização da mamografia (65,0%, no primeiro grupo, e 78,6%, no segundo) e do exame citológico (67,5% e 78,5%) foram significativamente menores entre as idosas. A realização da mamografia entre mulheres com 60-69 anos (65%) foi menor que a observada na população americana com 65-74 anos de idade (cerca de 75%). Ademais, a mamografia e o exame de Papanicolaou reduziram-se a partir dos 60 anos de idade. Não se sabe se esse é um efeito de coorte, ou se, com base em evidências parciais, esses exames estejam sendo suspensos entre as mulheres idosas (LIMA-COSTA, 2004).

Em relação à vacinação, verificada por meio da respectiva carteira, o aumento foi considerável, confirmado por notícia do Ministério da Saúde, segundo a qual, em 2008, foram vacinadas, em todo o Brasil, 87% das pessoas com 60 anos e mais (BRASIL, 2008).

A maioria dos idosos entrevistados (98%) apresentava independência em termos físicos, pois apenas 1,1% estava acamado e 0,9% era cadeirante. Entre os que deambulavam, as dificuldades no desempenho das atividades cotidianas mostram-se frequentes e tendem a se elevar com o avançar da idade. Nesse sentido, é fundamental realizar uma avaliação funcional, normalmente dividida em desempenho de atividades básicas – ABVDs e de atividades instrumentais – AIVDs. A incapacidade de realizar as primeiras requerem o auxílio de um cuidador presencial, ao passo

que dificuldades em atividades instrumentais exigem, geralmente, uma reorganização assistencial, mas não necessariamente a presença de um cuidador presencial permanente.

Na Tabela 10, observa-se, de modo geral, uma piora no desempenho das ABVDs, fato muito preocupante. Pensar políticas relacionadas ao auxílio das famílias no cuidado de seus idosos mais dependentes torna-se, assim, essencial.

Ainda na Tabela 10 verifica-se o desempenho dos idosos nas AIVDs, em que se constata, igualmente, piora acentuada. Apesar da influência do fator idade e também da questão cultural para determinadas questões, tal piora é muito preocupante. Os valores em itálico representam a resposta “não costuma fazer” e trazem um viés cultural a ser considerado quando da realização desse tipo de inquérito.

O estilo de vida saudável vem sendo preconizado como significativamente importante na prevenção de doenças ou condições crônicas. Dessa forma, conhecer os hábitos dos idosos, suas modificações ao longo do tempo e a associação desses com quadros crônicos apresentados podem contribuir na elucidação de certos questionamentos.

Sobre o consumo de álcool, 29,1% dos entrevistados admitiram ter o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, quadro que não se alterou entre os dois períodos da pesquisa. Em 2006, o formulário *Michigan Alcohol Screening Test – Geriatric Version (S-MAST-G)* (BLOW et al., 1992) verificou-se que 5,0% dos homens mostraram problemas com o álcool, não ocorrendo o mesmo com as mulheres. É possível que a inexistência de atividades ou programas que envolvam e motivem mais a participação dos homens idosos, de alguma forma, contribua para esse resultado, pois nos grupos de terceira idade existe predominância de mulheres. Numa cidade como São Paulo, os inúmeros bares existentes servem de local de socialização.

Segundo Moore et al. (2006), o consumo de álcool pelos idosos constitui risco para a saúde por dois motivos: maior risco de quedas, acidentes domésticos, desnutrição e condições agudas (esofagite) e a probabilidade de interação medicamentosa, considerando que os idosos, freqüentemente, fazem uso crônico de um ou mais medicamentos.

Tabela 10

Avaliação do Desempenho nas Atividades Básicas de Vida Diária entre os Idosos
Município de São Paulo – 2000-2006

Em porcentagem

Dificuldade no Desempenho de Atividades de Vida Diária	2000	2006
Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)		
Levantar e sentar da cadeira/cama	9,6	16,3
Vestir a parte de cima ou de baixo do corpo	13,5	20,1
Tomar banho	6,9	10,2
Ir ao banheiro sozinho	4,9	7,9
Andar um quarto caminhando	5,5	8,4
Comer (a partir de um prato)	3,6	4,7
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)		
Utilizar transporte de forma independente	17,6	26,0
Fazer compras de forma independente	11,6	18,1
Tomar as próprias medicações	8,5	14,1
Cuidar do próprio dinheiro	6,7	12,7
Utilizar o telefone	7,1	11,2
Preparar uma refeição quente	3,5	7,3
<i>Não costuma fazer</i>	(1) 17,6	(1) 21,4
Realizar tarefas domésticas pesadas	14,7	29,6
<i>Não costuma fazer</i>	(1) 31,4	(1) 27,0
Realizar tarefas domésticas leves	4,3	12,3
<i>Não costuma fazer</i>	(1) 19,4	(1) 19,7

Fonte: Estudo Sabe.

(1) Atividades com importante influência cultural causando possível diferencial de gênero.

Em relação ao tabagismo, verifica-se redução no número de fumantes ativos. No entanto, a proporção de pessoas que nunca fumou ou que já fumou, mas não fuma atualmente, foi mantida (Tabela 11). É necessário verificar se a mudança observada está relacionada à absorção de novas práticas de saúde ou se é consequência da instalação de doença que resulta nesse tipo de restrição.

O estilo de vida dos grandes centros urbanos tem contribuído para a automatização de muitas tarefas do dia a dia e, conseqüentemente, para o aumento do comportamento sedentário. Este é considerado fator de risco para o desenvolvimento de várias doenças como, por exemplo, as doenças cardiovasculares e a

hipertensão (IDLER; ANGEL, 1990; NÓBREGA, 1999). Segundo Nóbrega (1999), a atividade física regular melhora a qualidade e a expectativa de vida do idoso. Promove também o aumento da massa muscular, a melhora do equilíbrio e da marcha, a redução do peso corporal, a melhora da auto-estima e da autoconfiança, entre outros.

Paes (2008), buscando verificar o impacto dos hábitos de vida das pessoas idosas na incidência de doenças crônicas e incapacidades e na ocorrência de óbitos, verificou que o fumo aumenta o risco de óbito em 2,56 vezes e o sedentarismo, em 2,35. Quanto ao aparecimento de incapacidades, o sedentarismo amplia esse risco em 5,3 vezes.

Tabela 11

Distribuição dos Idosos, segundo Condições de Saúde e Estilo de Vida
Município de São Paulo – 2000-2006

Condições de Saúde e Estilo de Vida	Em porcentagem	
	2000	2006
Ingestão de álcool		
Total	100,0	100,0
Nenhum	70,8	70,8
Menos de 1 dia	11,2	9,9
Um dia a três dias	11,2	12,2
Quatro a sete dias	6,8	6,8
Não respondeu	-	0,2
Tabagismo		
Total	100,0	100,0
Fuma atualmente	13,2	9,5
Já fumou, mas não fuma atualmente	32,8	32,5
Nunca fumou	54,0	57,9
Sedentarismo		
Total	100,0	100,0
Sim	73,5	(1)
Não	26,5	(1)

Fonte: Estudo Sabe.

(1) Foi aplicado o Ipaq (International Physical Activity Questionnaire).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, os resultados encontrados mostram que a população idosa do Município de São Paulo é

cada vez mais feminina e envelhece com mais doenças e incapacidades. No entanto, isso não gera um impacto negativo na própria percepção do envelhecimento. Ao contrário, as auto-avaliações nutricional, de saúde e de condição financeira mostram-se mais positivas quando comparadas com as do período anterior. Soma-se a isso um importante incremento na busca de medidas preventivas (exames e vacinas).

De certa forma, as pessoas idosas mostram-se mais conformadas com sua situação de saúde, assunto sobre o qual deve-se refletir. O incremento cada vez maior de medidas preventivas, em especial nas populações mais jovens, e escolhas adequadas de estilo de vida podem auxiliar na melhoria das condições de saúde nas idades mais longevas. Contudo, isso não significa que os idosos de hoje e de um futuro próximo não possam ter uma velhice mais aprazível. As doenças crônicas, quando existentes, e os agravos predominantes nessa faixa etária devem ser adequadamente monitorados de forma a evitar, minimizar ou postergar a instalação de processos incapacitantes. Quando isso não é possível, mostram-se fundamentais as políticas públicas que priorizem o acompanhamento dessas condições crônicas, com qualidade assistencial apropriada a tais demandas, e que atuem como suporte a esse grupo e a seus familiares, de forma a permitir um envelhecimento com dignidade e respeito.

Notas

1. Os questionários completos de 2000 e 2006 podem ser encontrados em: <<http://www.fsp.usp.br/sabe>>.

2. Índice de feminilidade é o número de mulheres para cada 100 homens.

Referências Bibliográficas

ALBALA, C. et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev. Panam. Salud Pública*, v. 17, n. 5/6, p. 307-322, 2005.

ARBER, S. Gender, marital status, and ageing: Linking material, health, and social resources. *Journal of Aging Studies*, n. 18, p. 91-108, 2004.

BENYAMINI, Y.; IDLER, E. Community studies reporting association between self-rated health and mortality. Additional studies, 1995 to 1998. *Research Aging*, v. 21, n. 3, p. 392-401, 1999.

- BLOW, F.C. et al. The Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric Version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, n. 16, 372, 1992.
- BORN, T.; BOECHAT, N.S.A. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2002. p. 768-777.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Disponível em: <http://189.28.128.100/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalle.cfm?co_seq_noticia>. Acesso em: 30 jul. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006. 64p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16 - Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. *Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMARANO, A.A. Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. In: NERI, A.L. (Org.). *Idosos no Brasil: vivências e expectativas na terceira idade*. São Paulo, Ed. Fundação Perseu Abramo, Edições Sesc, 2007. p. 169-190.
- _____. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro, Ipea, 2004.
- CAMARANO, A.A. et al. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A.A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p.137-167.
- CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO A.A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro, Ipea, 2004. p. 25-73.
- DAVIDSON, K. What we want: Older widows and widowers speak for themselves. *Practice*, v. 12, n. 1, p. 45-54, 2000.
- DAVIM, R.M.B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no Município de Natal (RN): características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, 2004.
- DECODE Study Group. Age and sex-specific prevalence of diabetes and impaired glucose regulation in 13 European cohorts. *Diabetes Care*, n. 26, p. 61-69, 2003.
- DUARTE, Y.A.O. *Família-rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares*. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 17, n. 5/6, p. 370-378, 2005.
- FRIEDLAND, R.B.; SUMMER, L. Demography Is Not Destiny. Revisited. *Commonwealth Fund pub*, n. 789, 2005. Disponível em: <<http://www.cmfw.org>>. Acesso em: 27 jul. 2008.
- GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Trabalho feminino e saúde na terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 825-829, 2002.
- GRANT, M.D.; PIOTROWSKI, Z.H.; CHAPPELL, R. Self-reported health and survival in the longitudinal study of aging, 1984-1986. *J. Clin. Epidemiol.*, v. 48, n. 3, p. 375-87, 1995.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeções da população*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29 jul. 2008.
- IDLER, E.L.; ANGEL, R.J. Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. *American Journal of Public Health*, v. 80, n. 4, p. 446-452, 1990.
- IDLER, E.L.; BENYAMINI, Y. Self-related health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J. Health and Behavior*, n. 38, p. 21-37, March 1997.
- IDLER, E.L.; KASL, S.; LEMKE, J.H. Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986. *American Journal of Epidemiology*, v. 131, n. 1, p. 91-103, 1990.
- JOHNSON, R.J.; WOLINSKY, F.D. Gender, race, and health: the structure of health status among older adults. *The Gerontologist*, v. 34, n. 1, p. 24-35, 1994.
- _____. The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation, and perceived health. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 34, p. 105-121, 1993.
- LEBRÃO, M.L. O Projeto Sabe em São Paulo: uma visão panorâmica. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). *O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 35-43.
- LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo Sabe no Município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 8, n. 2, p. 127-41, 2005.
- _____. Condições de saúde. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). *O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 15-32.
- LIMA-COSTA, M.F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 13, n. 4, p. 201-208, 2004.

- MAIA, F.O.M.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. Análise dos óbitos em idosos no Estudo Sabe. *Rev. Esc. Enferm., USP*, v. 40, n. 4, p. 540-547, 2006.
- MAIA, F.O.M.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; SANTOS, J.L.F. Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 6, p. 1.049-1.056, 2006.
- McCALLUM, J.; SHADBOLT, B.; WANG, D. Self-rated health and survival: a 7-year follow-up study of Australian elderly. *American Journal of Public Health*, v. 84, n. 7, p. 1.100-1.105, 1994.
- MOORE, A.A. et al. Alcohol use, comorbidity, and mortality. *The American Geriatrics Society*, n. 54, p. 757-762, 2006.
- NERI, A.L. (Org.). *Idosos no Brasil: vivências e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, Edições Sesc, 2007. p. 169-190.
- NÓBREGA, A.C.L. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Rev. Bras. Med. Esporte*, v. 5, n. 6, p. 207-211, 1999.
- PAES, J.O. *Análise longitudinal do impacto do sedentarismo na incidência de doenças crônicas, incapacidades e ocorrência de óbitos*. Estudo Sabe. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- PALLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). *O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Opas/MS, 2003. p. 15-32.
- PARDINI, R. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (Ipaq - versão 6): estudo-piloto em adultos jovens brasileiros. *Rev. Bras. Ciên. e Mov.*, Brasília, v. 9, n. 3, p. 45-51, jul. 2001.
- SAAD, P.M. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO A.A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro, Ipea, 2004. p. 169-209.
- SAKATA, S. *Diabetes Mellitus entre os idosos no Município de São Paulo: uma visão longitudinal*. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/sabe>>.
- SANTOS, J.L.F. Análise de sobrevivência sem incapacidade. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). *O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Opas/MS, 2003. p. 167-181.
- SILVA, N.N. Aspectos metodológicos: processo de amostragem. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). *O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília, Opas/MS, 2003. p. 47-57.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. *Principais doenças*. Disponível em: <http://www.reumatologia.com.br/principais_doencas.htm>. Acesso em: 23 jul. 2007.
- WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A.M.H.C.; OLIVEIRA, E.L. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e conseqüências. In: CAMARANO, A.A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro, Ipea, 2004. p. 453-479.
- WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimatives for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, v. 27, n. 5, p. 1.046-1.053, 2004.

MARIA LÚCIA LEBRÃO

Professora do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP

YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE

Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP

JAIR LÍCIO FERREIRA SANTOS

Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da USP – Ribeirão Preto

RUY LAURENTI

Professor do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP

Artigo recebido em 8 de agosto de 2008.

Aprovado em 28 de novembro de 2008.

Como citar o artigo:

LEBRÃO, M.L. et al. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 2, p. 30-45, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>; <<http://www.scielo.br>>.