

Perfil Multidimensional da População Idosa do Bairro São Pedro em Teresina, Piauí

Dayanne Lucianne Santos e Silva¹,
Iara Tamires Ibiapina Sousa¹, Michelle Vicente Torres^{2*}

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional tornou-se um dos maiores desafios para a saúde pública. Esse fenômeno exige o interesse da comunidade científica por estudos epidemiológicos que forneçam subsídios para a otimização das políticas públicas voltadas à saúde e bem-estar do idoso brasileiro. **Objetivo:** Construir o perfil multidimensional da população idosa do bairro São Pedro em Teresina, PI. **Metodologia:** De um total de 578 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), foram entrevistados 120 idosos através de questionário elaborado pelas autoras da pesquisa, que buscou avaliar as seguintes variáveis: características sócio-demográficas, estado de saúde, cognição, capacidade funcional, uso e acesso aos serviços de saúde, moradia e antropometria. **Resultados:** 30% dos idosos entrevistados homens e 70% eram mulheres. No tocante a cognição, 41,67% dos idosos de sexo masculino e 39,29% dos idosos de sexo feminino apresentaram como comprometimento cognitivo. Em relação à capacidade funcional, a maioria dos idosos de ambos os sexos apresentaram independência completa. Verificou-se ainda que 72,5% dos idosos eram sedentários, 60,83% eram hipertensos e 30% eram diabéticos. No que se refere ao índice de massa corporal, 50% dos homens e 32,14% das mulheres foram classificados com sobrepeso. Os dados referentes ao índice cintura – quadril demonstraram que 58,72% dos homens apresentaram risco moderado para doenças cardiovasculares e 44,05% das mulheres apresentaram alto risco para doenças cardiovasculares. **Conclusão:** Observada a heterogeneidade dos dados referentes ao perfil dos idosos do bairro São Pedro, faz-se, portanto, necessário o desenvolvimento de políticas públicas adequadas ao atendimento das necessidades deste grupo etário visando a melhoria da sua qualidade de vida. **Palavras-chave:** Idoso. Característica da População. Perfil Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The population aging has become a major challenge for public health. This phenomenon requires the interest of the scientific community by epidemiological studies that provide foundations for improvement of public policies for health and well-being of the elderly population. **Objective:** This article aims to build a multidimensional profile of the elderly population of the San Pedro neighborhood in Teresina, PI. **Methods:** A total of 578 elderly enrolled in the Family Health Strategy (FHS), 120 patients were interviewed using a questionnaire developed by the author of the research, which aimed to assess the following variables: sociodemographic characteristics, health status, cognition, functional capacity, use and access to health services, housing and anthropometry. **Results:** 30% of the elderly respondents were men and 70% women. Regarding cognition, 41.67% of men and 39.29% women patients were cognitively impaired. In relation to functional capacity, most elderly of both sexes showed complete independence. It was also found that 72.5% of the subjects were sedentary, 60.83% were hypertensive and 30% were diabetic. With respect to body mass index of 50% of men and 32.14% of women were classified as overweight. The data relating to index waist-hip showed that 58.72% of men had moderate risk for cardiovascular disease and 44.05% of women at high risk for cardiovascular disease. **Conclusion:** Observed heterogeneity of the data regarding the profile of the elderly in the neighborhood San Pedro, it is therefore necessary to develop policies appropriate to meet the needs of this age group in order to improve their quality of life.

Keywords: Aged, Health Profile. Population Characteristics.

¹Fisioterapeuta graduada pela Faculdade Santo Agostinho.

²Fisioterapeuta Mestre em Saúde Pública pela USP, professora titular da Universidade Estadual do Piauí e da Faculdade Santo Agostinho.

*Autor correspondente: E-mail: michellevicento@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O processo rápido de envelhecimento da população brasileira vem sendo ultimamente enfatizado, particularmente no que se refere a suas implicações sociais e em termos de saúde pública. Apesar de o envelhecimento ser mais frequentemente relatado em regiões mais desenvolvidas do país, um aumento expressivo e rápido da população idosa pode também já ser percebido, nas últimas décadas, em áreas com indicadores socioeconômicos mais desfavoráveis^[1].

Esse panorama é particularmente preocupante uma vez que todo esse fenômeno de envelhecimento teve início sem que o país tivesse conseguido resolver problemas primordiais em sua população, como saneamento básico, habitação e melhor garantia à assistência de saúde, com efetividade em ações preventivas. O planejamento de políticas específicas para pessoas idosas vem sendo apontado como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse grupo etário^[2].

Logicamente o estado do Piauí e, em especial a sua capital, Teresina, não estão excluídos destas transformações e igualmente seus serviços de saúde não estão isentos da necessidade de ajustar suas redes de atendimento às demandas desta faixa etária. No entanto, como estas áreas estão entre as que apresentam as maiores deficiências setoriais é visível a ausência de dados sobre as condições de vida dos idosos, o que certamente representa um ponto desfavorável no que diz respeito a elaboração de ações de saúde pública específicas para este segmento da população^[3].

O presente artigo é baseado em pesquisa domiciliar com o objetivo de traçar o perfil multidimensional dos idosos de uma área localizada dentro do perímetro urbano de Teresina com o propósito de oferecer subsídios para o planejamento local de ações de saúde. Como foco da pesquisa foi escolhido o bairro São Pedro, localizado na zona sul de Teresina, uma região caracterizada como de média a baixa renda e onde, embora os programas assistenciais tenham atuação, as deficiências setoriais no tocante à saúde são visíveis.

METODOLOGIA

O presente artigo caracteriza-se como estudo epidemiológico, transversal, exploratório, descritivo, analítico e de caráter quantitativo. Foi necessária autorização do projeto inicialmente pela Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina pela necessidade de busca de endereços e informações de idosos cadastrados no ESF junto às equipes da Unidade de Saúde do bairro São Pedro.

Após esta autorização, a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI, sendo aprovada pelo parecer de protocolo 0422/2011, a qual seguiu respeitando as normas da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa envolvendo seres humanos.

Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2010), residem no bairro São Pedro um total de 578 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Destes, foram avaliados 120 idosos, através de amostra probabilística, aleatória, com seleção dos participantes por meio de sorteio. Em seguida, os idosos foram contatados previamente por telefone ou por visita presencial para agendamento do dia mais favorável à realização da entrevista domiciliar. As informações referentes aos endereços e telefones dos idosos selecionados foram coletadas pelas pesquisadoras junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro São Pedro. O período da coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2011.

A pesquisa adotou os seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos; conseguir responder às perguntas ou possuir algum proxi-respondente; ser morador do bairro São Pedro; ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: não aceitar participar da pesquisa; não mostrar entendimento sobre os objetivos da pesquisa, mesmo após estes terem sido explicitados de maneira clara.

Os idosos foram submetidos a um questionário composto pelos seguintes itens: Informações pessoais; cognição, por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM); estado de saúde; funcionalidade, através da Medida de Independência Funcional – MIF; uso e acesso a

serviços de saúde; convivência familiar; moradia ; antropometria, através do Índice de Massa Corporal (IMC) e Relação Cintura-Quadril (RCQ).

Para a medição do IMC foi utilizada a relação entre o peso do indivíduo (em quilogramas) e o quadrado da sua altura (em metros). Os valores foram coletados por meio do uso de fita métrica inelástica (marca VIAMED) com o idoso de pé, recostado à parede e descalço e balança digital (marca CAMRY), com capacidade de 130 kg e intervalo de 1 kg. A RCQ foi calculada dividindo-se a medida da circunferência da cintura pela medida da circunferência do quadril (ambas em centímetros). Os valores foram coletados por meio do uso de fita métrica inelástica (marca VIAMED). A circunferência da cintura foi medida na cintura natural, ou seja, entre as costelas inferiores e as cristas ilíacas. A leitura foi feita no momento da expiração e realizou-se no milímetro mais próximo. A circunferência do quadril foi verificada no nível da sínfise púbica com a fita circundando o quadril na parte mais proeminente entre a cintura e a coxa^[4]. Para as variáveis MEEM, MIF, IMC, RCQ aplicaram-se os seguintes parâmetros:

- o MEEM é um teste utilizado para a avaliação da função mental dos idosos. A pontuação máxima é de 30 pontos, sendo considerado normal acima de 26 pontos, limítrofe de 24 a 26 pontos e comprometimento cognitivo abaixo de 24 pontos^[5];

- a MIF é provavelmente o mais amplo instrumento para mensurar a capacidade funcional que se refere à habilidade do indivíduo de executar as Atividades de Vida Diárias com autonomia e independência. É composta por 18 itens, avaliados através de uma escala de 7 pontos. A pontuação máxima é de 126 pontos e a mínima é de 18 pontos. Classifica-se em independência completa entre 104 a 126 pontos, dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa) entre 61 a 103 pontos, dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa) entre 19 a 60 pontos e dependência completa (assistência total) quando igual a 18 pontos^[6];

- o IMC é um bom indicador do estado nutricional do idoso. Classifica-se em magreza quando menor que 18,5, normal entre 18,5 a 24,9, sobrepeso entre 25 a 29,9, obesidade entre 30 a 39,9 e

obesidade grave quando maior ou igual a 40. A RCQ indica a contribuição relativa de gordura em adultos e idosos e risco de doenças. O valor para risco de doenças em mulheres e com idade entre 60 e 69 anos é menor de 0,76 (risco baixo), risco moderado de 0,76-0,83, risco alto de 0,84-0,90, risco muito alto maior que 0,90. Já para os homens de mesma idade, os valores são risco baixo menor que 0,91, moderado de 0,91-0,98, alto de 0,99-1,03, muito alto maior que 1,03^[7].

Depois da coleta de dados, os resultados foram tabulados, analisados e apresentados na forma de tabelas. Todas as comparações foram testadas usando o teste do Qui-quadrado, considerando o nível de significância de 5% usando a versão 11.0 SPSS.

RESULTADOS

Neste estudo, foram avaliados 120 idosos, segundo as características expostas nas tabelas que se seguem. A tabela 1 apresenta a caracterização dos idosos estudados segundo as variáveis sócio-demográficas. A maioria dos idosos entrevistados eram mulheres (70%) e uma proporção importante da amostra possuía 75 anos ou mais (39%). No que se refere ao nível educacional, 48,3% possuíam apenas o nível fundamental e 25,8% relataram não saber ler ou escrever. No que se refere ao arranjo de moradia, 51,7% viviam com a 1ª geração em seu domicílio e, 34,2% contavam com a 2ª geração na sua moradia, sendo que apenas 4,2% viviam sozinhos. Apenas a faixa etária não apresentou diferença estatisticamente significativa entre as subcategorias ($p > 0,1$).

Na tabela 2 verifica-se que, dentre as comorbidades investigadas nos idosos da amostra, existe uma maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS - 60,8%) e diabetes mellitus (30,0%).

Tabela 1— Distribuição da amostra de idosos estudada segundo variáveis sócio-demográficas (n=120). Teresina, 2011.

CARACTERÍSTICAS	n	%
SEXO *		
Masculino	36	30
Feminino	84	70
FAIXA ETÁRIA**		
60 a 64 anos	36	30
66 a 69 anos	25	20,8
70 a 74 anos	20	16,7
≥ 75 anos	39	32,5
NIVEL EDUCACIONAL*		
Não sabe ler/escrever	31	25,8
Ens. Fundamental	58	48,3
Ens. Médio	22	18,4
Ens. Superior	9	7,5
ESTADO CIVIL*		
Casado	74	61,7
Viúvo	31	25,8
Solteiro	7	5,8
Divorciado	7	5,8
Amasiado	1	0,9
ARRANJO DE MORADIA		
Sozinho	5	4,2
Cônjuge	12	10
1 geração	62	51,6
2 gerações	41	34,2
TOTAL	120	100

Legenda: *p<0,05; ** p>0,05.

Fonte: Comunidade São Pedro.

As tabelas 3 e 4 apresentam a distribuição dos idosos da amostra segundo o MEEM e MIF, de acordo com o sexo e faixa etária. Percebeu-se que os idosos do sexo masculino apresentaram-se com maior déficit cognitivo (41,7%) em comparação ao sexo feminino (39,3%). No tocante à MIF, na categoria de dependência completa, o sexo masculino mostrou-se mais prevalente (5,55%) do que o sexo feminino (1,2%). Ressalta-se, porém, que para os dois instrumentos

avaliados, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p > 0,05$).

Tabela 2 — Distribuição da amostra de idosos segundo variáveis sociodemográficas (n=120). Teresina, 2011.

COMORBIDADES	n	%
Hipertensão	73	60,8
Diabetes mellitus	36	30
Doença cardíaca	26	21,7
Doença pulmonar	8	6,7
Câncer	6	5

Fonte: Comunidade São Pedro, 2011.

No que se refere à amostra completa, a avaliação com o MEEM evidenciou que 40% dos idosos apresentaram-se com comprometimento cognitivo, e, com relação à avaliação pela MIF, verificou-se que cerca de 90% dos idosos apresentaram independência completa.

Tabela 3—Distribuição dos idosos da amostra de acordo com as categorias do Mini-exame de Estado Mental e a Medida de Independência Funcional.Teresina, 2011.

Variável	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
MEEM*						
>26	14	38,9	33	39,3	47	39,2
24 a 26	7	19,4	18	21,4	25	20,8
< 24	15	41,7	33	39,3	48	40
MIF*						
18	2	5,5	1	1,2	3	2,5
19 a 60	1	2,8	2	2,4	3	2,5
101 a 103	1	2,8	3	3,6	4	3,3
104 a 126	32	88,9	78	92,8	110	91,7
Total	36	100	84	100	120	100

Legenda: *p>0,05.

Fonte: Comunidade São Pedro.

Com relação à comparação dos escores destes instrumentos segundo a faixa etária, percebe-se na tabela 3 que idosos acima de 75 anos apresentam maior grau de comprometimento cognitivo (82,5%), sendo que os idosos de 60 a 64 anos são, em sua maioria, livres desse déficit. Além disso, no tocante à MIF, somente idosos acima de 75 anos apresentaram algum grau de comprometimento na sua capacidade funcional.

As diferenças entre as faixas etárias foram estatisticamente significativas para ambos os instrumentos ($p < 0,05$).

Tabela 4 – Distribuição dos escores do MEEM e da MIF na amostra estudada segundo faixa etária ($n=120$). Teresina, 2011.

Variável	Faixa etária (anos)							
	60 a 64		65 a 69		70 a 74		≥ 75	
MEEM*	N	%	N	%	N	%	N	%
>26	27	75	14	56	3	15,8	4	10
24 a 26	7	19,4	9	36	7	36,8	3	7,5
<24	2	5,6	2	8	9	47,4	33	82,5
MIF*	N	%	N	%	N	%	N	%
18	-	-	-	-	-	-	3	7,5
19 a 60	-	-	-	-	-	-	3	7,5
61 a 103	-	-	-	-	-	-	7	17,5
104 a 126	36	100	25	100	19	100	27	67,5
Total	36	100	25	100	19	100	40	100

Legenda: * $p < 0,05$.

Fonte: Comunidade São Pedro, 2011.

De acordo com a tabela 5, observa-se que, 47,6% dos idosos apresentaram-se com IMC normal e mais da metade da amostra (51,2%) apresentavam-se com IMC acima do ideal. O índice C/Q de 76,1% da amostra mostrou-se em níveis preocupantes, concordando assim com os valores encontrados para o IMC.

Tabela 5 – Distribuição dos idosos da amostra segundo IMC e Índice C/Q. Teresina, 2011.

Variável	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
IMC*				
Magreza	1	2,8	1	1,2
Normal	15	41,7	40	47,6
Sobrepeso	18	50	27	32,1
Obesidade	2	5,5	16	19,1
Obesidade grave	-	-	-	-
ÍNDICE C/Q*				
Baixo	15	41,7	5	6
Moderado	19	52,8	15	17,9
Alto	2	5,5	37	44
Muito alto	-	-	27	32,1
Total	36	100	84	100

Legenda: * $p < 0,05$.

Fonte: Comunidade São Pedro, 2011.

DISCUSSÃO

Uma das mais importantes características relativas ao fenômeno do envelhecimento refere-se ao processo de feminização da velhice. O termo feminização da velhice, no que se refere ao sentido sócio-demográfico está associado a vários conceitos, tais como maior presença relativa de mulheres na população idosa; maior longevidade das mulheres em comparação com os homens; crescimento relativo do número de mulheres que fazem parte da população economicamente ativa; crescimento relativo do número de mulheres que são chefes de família. Do ponto de vista médico-social, a feminização da velhice significa mais risco do que vantagem, uma vez que as mulheres são física e socialmente mais frágeis do que os homens^[9].

Em um estudo de base domiciliar realizado na cidade de Fortaleza – CE com amostra de 483 idosos, 327 (68%) pertenciam ao sexo feminino. A predominância de mulheres na população brasileira e entre os idosos com 80 anos ou mais, pode ser atribuído ao fato de estas idosas, em geral, terem sido menos expostas a determinados fatores de risco, principalmente no trabalho; fumavam e consumiam bebidas alcoólicas em menor quantidade; diferiam dos homens em seu comportamento diante de doenças e incapacidades^[10].

Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados "muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos) também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total. Esse fenômeno delineia uma série de implicações sociais, culturais e epidemiológicas, uma vez que, nesse grupo etário, a prevalência de morbididades e incapacidades é maior. Apesar disso, ainda são escassos os estudos referentes a idosos longevos, de forma a permitir o conhecimento das condições de saúde desse segmento no país^[12].

A presença de HAS na população idosa está intimamente relacionada com grande número de eventos cardiovasculares e, consequentemente, à menor sobrevida^[24].

A hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento. Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade na terceira idade. O seu controle, porém, permite a redução das limitações funcionais e a incapacidade nos idosos^[22].

Em um estudo realizado em Campinas – SP foram entrevistados 426 idosos, onde a prevalência estimada de hipertensão arterial referida nessa população foi de 46,4% nos homens e 55,9% nas mulheres. No que tange ao gênero, observou-se na análise univariada que mulheres apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial que os homens. Isso porque as mulheres geralmente têm maior percepção das doenças, apresentam maior tendência para o auto cuidado e buscam mais assistência médica do que os homens, o que tenderia a aumentar a probabilidade de ter a hipertensão arterial diagnosticada^[23].

O DM é um problema de importância crescente em saúde pública. Sua incidência e prevalência estão alcançando proporções epidêmicas. Está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevida dos indivíduos. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. Além disso, acarreta altos custos para seu controle metabólico e tratamento de suas complicações. O número de indivíduos diabéticos está aumentando devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como à maior sobrevida de pacientes com DM^[26].

Em um estudo transversal de base populacional realizado na área urbana dos municípios de Itapecerica da Serra, Embu, Taboão da Serra, Campinas, Botucatu e no distrito de Butantã (município de São Paulo), foram entrevistados 1.949 idosos (60 anos e mais). A prevalência estimada de diabetes auto-referido foi de 15,4% e 98,5% dos idosos diabéticos referiram diagnóstico médico da doença. Cerca de 25% relataram não visitar o médico/serviço de saúde periodicamente por causa do diabetes, sendo o

principal motivo “não achar necessário”. Além disso, somente 13,6% participam ou já participaram de discussões de grupo sobre o controle da doença. Complicações em decorrência da doença (tais como os problemas de vista, circulatórios e nos rins) foram relatadas por 23,8% dos idosos diabéticos^[27].

Faz-se imprescindível que programas de saúde, direcionados à prevenção e ao controle do diabetes, incentivem a adoção de dieta saudável e prática de atividades físicas entre os idosos como estratégias na redução do peso, tendo em vista a associação entre obesidade e esta doença. Paralelamente, campanhas para sensibilizar os diabéticos sobre a importância da frequência das visitas de rotina aos serviços de saúde para acompanhamento de seu quadro devem ser desenvolvidas. A adesão às diversas formas de tratamento e controle da doença pode reverter na redução dos índices de mortalidade e na melhoria da qualidade de vida dos idosos diabéticos^[28].

Outro aspecto fundamental na construção do perfil epidemiológico de uma população de idosos é a investigação de seu estado cognitivo. O MEEM é a escala mais utilizada para rastreamento do comprometimento cognitivo, que afeta a capacidade funcional do indivíduo no seu dia-a-dia, implicando perda de independência e autonomia, a qual varia de acordo com o grau de gravidade, com consequente perda da qualidade de vida do idoso^[13].

No estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) realizado no ano de 2000 no município de São Paulo, foram entrevistados 2143 idosos e submetidos à avaliação do estado mental, constatando-se, segundo os resultados do MEEM, uma prevalência de deterioração cognitiva de 6,9%, sendo de 4,2% para as pessoas na faixa etária de 60 a 74 anos e de 17,7% para aquelas com 75 anos ou mais. Analisando-se as porcentagens de pessoas que obtiveram pontuação inferior a 24 pontos no MEEM, verificou-se um aumento progressivo dessas com o avançar da idade^[14].

A escolaridade e a idade são variáveis de muita influência na pontuação do MEEM. No Brasil, em virtude do grande número de indivíduos analfabetos e com baixa escolaridade, a estratificação dos pontos de corte de acordo com a escolaridade assume grande importância, já que

diminui a possibilidade de classificar erroneamente idosos que apresentam performance cognitiva compatível com a sua escolaridade como portadores de déficit cognitivo. A influência do baixo nível educacional sobre o resultado no MEEM está, também, possivelmente associada a: indivíduos que nunca frequentaram a escola e não tiveram a oportunidade de aprender habilidades usualmente exploradas em testes cognitivos (como memória verbal, cálculo) e a indivíduos que não estão habituados à situação de “fazer provas”. Essa conjunção de fatores pode levar esses indivíduos a apresentarem uma performance anormalmente baixa nesses testes, sem, contudo, significar que estejam sofrendo um quadro de declínio cognitivo^[15].

A perda de capacidade funcional influencia de maneira importante a qualidade de vida do idoso. Quando ocorre a perda da independência em realizar as atividades de vida diária, surgem efeitos importantes na esfera do convívio social que podem acarretar isolamento. A preocupação com a incapacidade como assunto de saúde pública justifica-se pelo envelhecimento populacional rápido e intenso, pelo baixo nível socioeconômico e educacional, e pela alta prevalência de doenças crônicas causadoras de limitações funcionais e de incapacidades entre os idosos brasileiros^[16].

Em um estudo conduzido na Região Metropolitana de Belo Horizonte, realizado entre maio e julho de 2003, foram entrevistados 1786 idosos. Quanto à incapacidade funcional, 84% dos idosos eram totalmente independentes na realização das AVDs, 8% apresentavam alguma dificuldade para realizar pelo menos uma AVD e 8% eram totalmente incapazes para fazê-las.

Quanto ao gênero, a incapacidade funcional é um fenômeno que difere entre homens e mulheres. Embora a incidência de incapacidade seja semelhante em ambos os sexos, a sua prevalência é geralmente maior entre as mulheres. Algumas hipóteses foram levantadas para explicar essa diferença: maior sobrevivência das mulheres em relação aos homens, maior prevalência de condições incapacitantes não-fatais entre as mulheres (osteoporose, osteoartrite e depressão, por exemplo) e maior habilidade de a mulher reportar maior número de condições de saúde em relação aos homens da mesma faixa etária^[17].

Com o envelhecimento, ocorrem ainda transformações que particularizam a inclusão da análise do IMC e da relação cintura-quadril. Há uma perda progressiva da massa magra com aumento da proporção de gordura corpórea, além da diminuição da estatura, relaxamento da musculatura abdominal, cifose e alteração da elasticidade da pele. Essas alterações podem ser representadas por distúrbios psicológicos, sociais, aumento do risco de morte prematura e o aumento de risco de doenças de grande morbimortalidade como DM, HAS, dislipidemias, doenças cardiovasculares e câncer. Além disso, pode estar associada a outras doenças que podem interferir na qualidade de vida do indivíduo obeso^[29].

Em um estudo realizado na cidade de Viçosa – MG participaram 183 idosos com idade entre 60 e 90 anos, selecionados aleatoriamente pelo número de cadastro do Programa Municipal da Terceira Idade, correspondendo a 13,1% do número total de indivíduos cadastrados no programa. As mulheres apresentaram percentual de sobrepeso 19,5% maior que os homens, enquanto estes apresentaram percentual de baixo-peso 11,2% maior que as mulheres. Mais da metade dos idosos apresentaram índice C/Q inadequada (61,4%). As mulheres apresentaram uma chance 3,92 vezes maior de ter um índice CQ inadequada. Segundo o estudo citado, o IMC e o índice C/Q inadequada associaram-se positivamente à alta frequência de morbidades. Neste sentido, as mulheres, por apresentarem maiores frequências de RCQ inadequada, apresentam situação mais preocupante. Assim, faz-se necessário adotar medidas de controle e prevenção do sobrepeso entre idosos; em contrapartida, destaca-se a importância do baixo-peso como fator de risco para a morbimortalidade entre idosos^[30].

Estas evidências epidemiológicas observadas permitem sugerir que a adoção de um estilo de vida ativo poderá ser fundamental para promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

CONCLUSÃO

Observado o perfil multidimensional dos idosos do bairro São Pedro, onde se verificou a prevalência de idosos sedentários, hipertensos e com sobrepeso, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas adequadas ao atendimento das necessidades específicas deste grupo etário visando a melhoria da sua qualidade de vida. Estes resultados devem servir para guiar os gestores e profissionais de saúde na elaboração de práticas de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação na terceira idade.

REFERÊNCIAS

1. 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. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004; 20:1575-85.
2. Oliveira SFD, Duarte AYO, Lebrão AM, Laurenti R. Demanda Referida e Auxílio Recebido por Idosos com Declínio Cognitivo no Município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. 2007; 16:81-9.
3. IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2011. IBGE. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 mai. 2011.
4. Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:163-68.
5. Porto CC. *Semiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. 2004; 11:72-6.
7. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000. (WHO Technical Report Series 894).
8. Neri A.L. *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2005.
9. Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(2): 168-77.
10. Rovinski D, Rios LF, Nogueira EL, Cataldo NA. Envelhecimento populacional: a importância de cuidar de quem cuida. *Acta méd*. 2010; 31:426-32.
11. Borelli FAO, Sousa MG, Junior OP et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. *Rev Bras Hipertens*. 2008; 15:236-39.
12. Zaitune MPA, Barros MBA, César GLC, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22:285-94.
13. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009/ Sociedade Brasileira de Diabetes. [3.ed.] - Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.
14. Belon AP. Diabetes em idosos: perfil sócio-demográfico e uso de serviços de saúde. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu-MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.
15. Beltrame V. Qualidade de vida de idosos diabéticos. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Doutorado em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre: PUCRS, 2008.
16. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2011; 14(1):109-121.
17. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2005; 8 (2): 127-41.
18. Diniz BSO, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Minixame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Rev. Psiq. Clín.* 2007; 34:13-7.
19. 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 Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3):735-743.
20. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24:1260-70.
21. Cabrera MAS, Filho WJ. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2001; 45(5): 494-501.22.
22. Tinoco ALA, Brito LF, Sant'Anna MSL et al. Sobre peso e obesidade medidos pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura/quadril (RCQ), de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2006; 9(2): 63-73.