

Artigo Original

Comparação do perfil socioeconômico e condições de saúde de idosos residentes em áreas predominantemente rural e urbana da Grande Florianópolis, Sul do Brasil

Comparison of sociodemographic profile and health conditions of elderly residents in predominantly rural and urban areas of the Greater Florianópolis, southern Brazil

Susana Cararo Confortin¹, Danielle Ledur Antes^{1,2}, Júlia Pessini³,
Ione Jayce Ceola Schneider^{1,4}, Eleonora d'Orsi¹, Aline Rodrigues Barbosa⁵

Resumo

Introdução: Problemas de ordem social, prejuízo na capacidade funcional e isolamento são características afetadas pelas condições do local onde o idoso reside. Assim, o objetivo do artigo é verificar as diferenças sociodemográficas e de saúde em idosos residentes em áreas predominantemente rural e urbana da Grande Florianópolis, no Estado de Santa Catarina.

Métodos: Foram analisados estudos de base populacional: Saúde-AC em Antônio Carlos (477 idosos) e EpiFloripa Idoso em Florianópolis (1.705 idosos). As variáveis foram comparadas por intervalo de confiança. **Resultados:** Em Antônio Carlos, as maiores prevalências e diferenças foram para: baixa escolaridade (97%), casados, viúvos, trabalham atualmente, percepção de saúde igual ou pior quando comparada a idosos da mesma idade e risco cardiovascular substancialmente aumentado (64%). Enquanto as menores prevalências foram para: fumantes, dependência em uma a três atividades (6%) e déficit cognitivo (10%). Em Florianópolis, houve maior prevalência de renda alta e de possuir plano de saúde (66%). **Conclusão:** Os dados possibilitaram identificar as diferentes condições socioeconômicas e demandas de saúde. As informações podem colaborar para implementar ações específicas para os idosos considerando as características socioeconômicas do local onde vivem.

Palavras-chave: características da população; condições de saúde; idoso; inquéritos populacionais; epidemiologia descritiva.

Abstract

Background: Social problems, impaired functional capacity and isolation are features affected by local conditions of elderly living. This article aims to verify the sociodemographic and health differences in the elderly living in predominantly rural and urban areas of Florianópolis (SC). **Methods:** Population-based studies were analyzed: Saúde-AC in Antônio Carlos (477 subjects); and EpiFloripa Idoso in Florianópolis (1705 subjects). The variables were compared by confidence interval. **Results:** The city of Antônio Carlos

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.

²Complexo de Ensino Superior Meridional (IMED) - Passo Fundo (RS), Brasil.

³Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.

⁴Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Araranguá (SC), Brasil.

⁵Departamento de Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.

Trabalho realizado com dados de idosos residentes dos municípios de Antônio Carlos e Florianópolis, ambos em Santa Catarina, Brasil.

Endereço para correspondência: Susana Cararo Confortin – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Campus Reitor João David Ferreira Lima, Rua Delfino Conti, s/n, Bloco H, CEP: 88040-900 – Florianópolis (SC), Brasil –

Email: susanaconfortin@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

showed higher prevalence and the largest differences for people with lower educational level (97%), married, widowers, currently working, health perception equals/worst than those with the same age and substantially increased cardiovascular risk (64%); lower prevalence smokers, disability in 1 to 3 activities (6%) and cognitive impairment (10%). Florianópolis had a higher prevalence of high income and health insurance (66%). **Conclusion:** These data allowed the identification of different health demands and their socioeconomic conditions. The information collaborates to implement specific actions for the elderly considering the living socioeconomic characteristics.

Keywords: population characteristics; health status; aged; population surveys; epidemiology, descriptive.

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa e a velocidade da transição demográfica têm sido acompanhados por desafios e questões importantes. Observa-se, no Brasil, tendência de declínio nas taxas de fecundidade e, conseqüentemente, envelhecimento populacional¹ – houve acréscimo de, praticamente, 700% no número de idosos entre 1960 e 2008². Esse processo é comparável, em intensidade, com países mais ricos da Europa, por exemplo. Contudo, a ascensão da população idosa ocorreu sem a estruturação dos serviços de saúde¹.

A condição socioeconômica precária, a perda de autonomia e o isolamento social, principalmente em países de renda média e baixa, como o Brasil², ressaltam a importância de se conhecer as condições socioeconômicas, de saúde, o estilo de vida e o suporte social dos idosos.

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³ indicam que há maior concentração de idosos nos centros urbanos: 25% desse grupo populacional vive em capitais. As diferenças culturais, ambientais e socioeconômicas entre municípios de área urbana e rural indicam a necessidade de se investigar idosos que vivem em municípios com características distintas, permitindo o conhecimento e a comparação dos resultados obtidos. No Brasil, não foram encontrados estudos que investigassem fatores socioeconômicos e condições de saúde em idosos de municípios de área rural e urbana de mesma região. Entretanto, já foram encontradas informações, em outros locais, que idosos que vivem na região rural apresentam menor renda, baixa escolaridade^{4,5}, mais problemas de saúde, além de acesso a serviços de saúde precários⁴ quando comparados àqueles que vivem em áreas urbanas. Ademais, centros urbanos apresentam maior industrialização e desenvolvimento econômico, o que impacta diretamente em características sociais, econômicas e de saúde⁶⁻⁸. Investigações nesse âmbito podem auxiliar a formulação de políticas de saúde, permitir o desenvolvimento de estratégias diferenciadas para a promoção, prevenção e tratamento de condições de saúde com objetivo de melhorar a qualidade de vida e a independência no processo de envelhecimento em diferentes regiões⁹.

Dada a relevância dessa temática como componente essencial das condições de vida no processo de envelhecimento, o objetivo deste estudo foi verificar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de idosos residentes em Antônio Carlos

(área predominantemente rural) e Florianópolis (área urbana), municípios situados na macrorregião da Grande Florianópolis, Santa Catarina.

MÉTODOS

Trata-se de dois estudos transversais independentes, com análise de informações de duas pesquisas de base populacional e domiciliar, intituladas “Efetividade de ações de saúde, atividade física e nutrição, em idosos do município de Antônio Carlos-SC” (Saúde-AC) e “EpiFloripa: condições de saúde de idosos de Florianópolis” (EpiFloripa Idoso), que foram realizados com indivíduos de 60 anos ou mais.

No ano de 2010, a macrorregião da Grande Florianópolis tinha 925.576 habitantes e densidade populacional de 158,6 habitantes por quilômetro quadrado (hab/km²). Ela é constituída por 16 municípios, dentre eles: Florianópolis, com 421.240 habitantes, índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,875, densidade de 623,68 hab/km² e população idosa predominantemente urbana (97,8%); e Antônio Carlos, com 7.458 habitantes, IDH-M de 0,827, densidade de 32,62 hab/km² e população idosa predominantemente rural (75%)¹⁰.

No estudo Saúde-AC, a população foi constituída por todos os idosos cadastrados no programa Estratégia Saúde da Família (ESF) (n=917) – com cobertura de 100% no município –, considerando duas faixas etárias (60-79 anos e 80 anos ou mais). Todos os idosos acima de 80 anos foram avaliados (n=134). Para os indivíduos de 60 a 79 anos (n=782), foi calculada uma amostra de 471 idosos (amostra probabilística), com uma margem de erro de 3,4%, prevalência de 50% e perda amostral de 15% (referentes à compensação por eventuais perdas ou recusas). A fim de garantir uma representatividade da amostra em cada área, a coleta foi feita considerando amostragem simples ao acaso dentro de cada uma das três áreas da ESF (área 1=175; área 2=140; área 3=156). Ao final da amostragem, foram avaliados 343 idosos (área 1=125; área 2=98; área 3=120), aumentando a margem de erro para 4,0 pontos percentuais. Toda a análise de dados realizada neste estudo levou em consideração a probabilidade de os idosos terem sido selecionados na amostra.

Para a coleta dos dados, realizada entre fevereiro de 2010 e abril de 2011, foi usado formulário próprio baseado no questionário da pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)¹¹. O entrevistadores foram previamente treinados para

testagem do instrumento, refinamento e calibração (precisão e exatidão) dos testes. A responsabilidade de conferir as informações, para garantir a confiabilidade dos dados, foi da coordenadora da pesquisa.

No que diz respeito ao estudo EpiFloripa Idoso, realizou-se a coleta de dados, entre setembro de 2009 e junho de 2010, de uma população constituída por idosos residentes em Florianópolis. Para cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se o programa Epi Info (versão 6.04), com base no cálculo de prevalência, com tamanho da população de 44.460 idosos, nível de confiança de 95%, prevalência desconhecida do fenômeno (50%), erro amostral de 4,0 pontos percentuais, efeito de delineamento amostral estimado em 2, acrescidos 20% para perdas estimadas e 15% para estudos de associação, totalizando 1.599 indivíduos. Devido ao efeito do desenho, a amostra final foi de 1.911 idosos. Para a seleção, realizou-se amostragem por conglomerados em dois estágios: no primeiro, estratificaram-se os 420 setores censitários urbanos segundo os decis de renda do chefe de família (R\$192,80 a R\$13.209,50) e foram sorteados sistematicamente 80 setores, totalizando 8 setores em cada decil; no segundo, como as unidades amostrais foram os domicílios, foi realizada atualização da quantidade de residências em cada setor sorteado, o que resultou na localização de 1.911 idosos elegíveis, dos quais 1.705 foram entrevistados (frequência de resposta de 89,2%).

Houve verificação semanal da consistência dos dados e controle de qualidade por meio de aplicação, via telefone, de questionário reduzido em 10% das entrevistas selecionadas aleatoriamente.

Em ambas as investigações, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a realização da entrevista.

Para o presente estudo, foram selecionadas somente algumas variáveis dos estudos Saúde-AC e EpiFloripa Idoso para a análise: sexo (masculino e feminino), faixa etária (60-69, 70-79 e 80 anos ou mais), escolaridade (nenhuma, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos e 12 anos ou mais), estado civil (casado/com companheiro, solteiro, divorciado/separado e viúvo), arranjo familiar (vive sozinho e vive acompanhado), renda familiar per capita em salários mínimos (≤ 1 salário mínimo, $>3-5$, $>5-10$ e >10 – tendo como base que em 2009 o salário mínimo era de R\$465,00, e em 2010, de R\$510,00), trabalho atual (sim e não) e possuir plano de saúde privado (sim e não).

As variáveis de condição de saúde foram: situação de saúde em comparação com outros idosos da mesma idade (pior, igual e melhor), tabagismo (nunca fumou, fumou e parou, e fuma atualmente), quedas no último ano (sim e não), dependência em atividades básicas de vida diária (ABVD)¹² (nenhuma, uma a três atividades e mais de três atividades), estado cognitivo investigado por meio do minixame do estado mental (ausência ou presença de provável déficit cognitivo)¹³. O estado nutricional

foi avaliado segundo o índice de massa corporal (IMC=massa corporal [Kg]/estatura²[m]) e categorizado como: $<22\text{Kg/m}^2$, baixo peso; $22\leq\text{IMC}\leq 27\text{Kg/m}^2$, peso adequado; $>27\text{Kg/m}^2$, excesso de peso¹⁴. O risco cardiovascular foi avaliado pela gordura abdominal, verificada por meio do perímetro da cintura (foi medido na parte mais estreita do tronco abaixo da última costela, utilizando uma fita métrica antropométrica, flexível e inextensível de 160cm de comprimento, no momento da expiração), e classificado como: normal ($<80\text{cm}$ para mulheres e $<94\text{cm}$ para homens), risco aumentado ($\geq 80\text{cm}$ e $<88\text{cm}$ para mulheres e $\geq 94\text{cm}$ e $<102\text{cm}$ para homens) e risco substancialmente aumentando ($\geq 88\text{cm}$ para mulheres e $\geq 102\text{cm}$ para homens)¹⁵. A hospitalização nos últimos seis meses (sim e não) foi avaliada, assim como as condições crônicas autorreferidas, verificadas a partir da pergunta “Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem/teve...?”, na qual constavam os seguintes agravos: diabetes (sim e não), câncer (sim e não), doença pulmonar (sim e não), doença cardiovascular (sim e não), acidente vascular cerebral (sim e não) e artrite, artrose ou reumatismo (sim e não).

Os dados dos estudos Saúde-AC e EpiFloripa Idoso foram descritos por meio de frequências simples e cálculo de proporções, com seus respectivos intervalos de confiança em 95%. As análises foram realizadas com a utilização do programa Stata SE versão 13, considerando-se o efeito do desenho e os pesos amostrais por meio do comando *svy* nas proporções.

As pesquisas Saúde-AC e o EpiFloripa Idoso foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob Protocolo nº 189/2009 e nº 352/2008, respectivamente.

RESULTADOS

Na Tabela 1, são apresentadas as descrições das características sociodemográficas dos dois estudos analisados.

Ao comparar os dois municípios, no que se refere à escolaridade, Antônio Carlos apresentou maior prevalência de um a quatro anos de estudo, enquanto Florianópolis, nas mais elevadas (5 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais anos de estudo). Cabe ressaltar que 41% da amostra de Florianópolis apresentou nove anos ou mais de estudos, enquanto em Antônio Carlos nenhuma das pessoas entrevistadas tinha mais de oito anos de estudo. Em relação ao estado civil, Antônio Carlos apresentou maior prevalência de casados e viúvos em comparação a Florianópolis, cuja maior prevalência foi de divorciados. Quanto à renda familiar mensal, Antônio Carlos apresentou maior prevalência de idosos que recebem entre um a três salários mínimos, enquanto os idosos de Florianópolis possuíam rendas mais altas ($>5-10$ salários mínimos e >10 salários mínimos). Os idosos de Antônio Carlos apresentaram prevalência maior de trabalhar atualmente e menor prevalência de idosos com plano de saúde quando comparados aos de Florianópolis (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos participantes dos estudos EpiFloripa Idoso (2009/2010) e Saúde-AC (2010/2011), respectivamente, em Florianópolis e Antônio Carlos, no Estado de Santa Catarina

Variáveis	EpiFloripa Idoso		Saúde-AC	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Sexo				
Masculino	616	37,5(34,7-40,4)	207	43,2(40,1-46,3)
Feminino	1089	62,5(59,5-65,2)	270	56,8(53,7-59,8)
Total	1705		477	
Faixa etária				
60-69	854	51,0(48,1-53,9)	197	49,5(32,1-67,0)
70-79	612	45,3(32,4-38,2)	146	35,8(24,0-49,6)
80 anos ou mais	239	13,7(11,4-16,3)	134	14,7(1,6-63,9)
Total	1705		477	
Escolaridade				
Nenhuma	158	8,1(6,3-10,5)	34	5,3(2,4-11,1)
1 a 4 anos	596	33,1(28,5-37,9)	433	92,0(86,8-95,3)
5 a 8 anos	307	17,7(15,4-20,4)	10	2,7(0,9-7,5)
9 a 11 anos	241	16,0(13,6-18,7)	-	-
12 ou mais	394	25,0(20,4-30,2)	-	-
Total	1696		477	
Estado civil				
Casado	993	58,4(54,8-61,9)	257	75,2(73,7-76,8)
Solteiro	99	5,4(4,1-7,2)	18	4,9(3,0-7,8)
Viúvo	132	8,3(6,7-10,0)	59	17,7(15,3-20,3)
Divorciado	481	27,8(25,0-30,9)	7	2,1(1,6-2,9)
Total	1705		341	
Condição de moradia				
Sozinho	270	16,7(14,1-19,7)	65	13,1(11,6-14,7)
Acompanhado	1435	83,3(80,2-85,9)	412	86,8(85,3-88,4)
Total	1705		477	
Renda familiar mensal (em salários mínimos)				
≤1SM	239	12,7(10,3-15,5)	24	6,4(3,9-10,6)
>1-3SM	429	25,2(21,4-29,4)	232	67,8(64,0-71,5)
>3-5SM	309	17,6(15,6-19,9)	52	15,1(14,3-15,9)
>5-10SM	394	23,7(20,8-26,9)	25	7,9(4,6-13,0)
>10SM	334	20,8(17,0-25,1)	9	2,7(2,2-3,4)
Total	1705		342	
Trabalho atual				
Não	1476	86,6(84,2-88,7)	364	76,0(71,9-79,8)
Sim	229	13,4(11,3-15,8)	105	24,0(20,1-28,1)
Total	1705		469	
Posse de plano de saúde privado				
Sim	1087	65,8(60,3-71,0)	118	25,2(19,5-31,9)
Não	618	34,2(29,0-39,7)	357	74,8(68,1-80,5)
Total	1705		475	

Legenda: IC95%=Intervalo de confiança de 95%; AC=Antônio Carlos; SM=salário mínimo

A Tabela 2 apresenta a descrição das condições de saúde dos idosos dos dois municípios. Em Antônio Carlos, observou-se maior prevalência de idosos que apresentaram percepção de saúde igual ou pior comparada aos idosos da mesma idade, enquanto em Florianópolis, percepção melhor de saúde. Antônio Carlos apresentou maior prevalência de idosos que nunca fumaram quando comparados a Florianópolis. Além disso, cabe ressaltar

que, em Antônio Carlos, nenhum idoso relatou fumar atualmente. Em relação às ABVD, Antônio Carlos apresentou prevalência maior de idosos com nenhuma dependência e menor com dependência de uma a três atividades quando comparado aos idosos de Florianópolis. A prevalência de idosos com provável déficit cognitivo foi maior em Florianópolis do que os de Antônio Carlos. Em Florianópolis, observou-se maior prevalência

Tabela 2. Análise das condições de saúde dos idosos participantes dos estudos EpiFloripa Idoso (2009/2010) e Saúde-AC (2010/2011), respectivamente, em Florianópolis e Antônio Carlos, no Estado de Santa Catarina

Variáveis	EpiFloripa Idoso		Saúde-AC	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Percepção de saúde comparada aos idosos da mesma idade				
Melhor	1044	62,8(59,7-65,8)	171	45,4(42,3-48,6)
Igual	477	29,6(26,4-32,9)	136	38,1(35,3-41,0)
Pior	138	7,6(6,0-9,7)	58	16,4(14,9-18,1)
Total	1659		365	
Tabagismo				
Nunca fumou	1039	59,6(56,2-62,9)	443	92,2(86,7-95,4)
Fumou e parou	523	32,0(28,8-35,3)	34	7,7(4,4-13,3)
Fuma atualmente	141	8,4(6,7-10,4)	0	-
Total	1703		477	
Queda no último ano				
Não	1383	81,8(79,4-84,0)	350	75,3(66,2-82,7)
Sim	322	18,2(16,0-20,6)	126	24,6(17,3-33,7)
Total	1705		476	
Dependência em atividades básicas de vida diária				
Nenhuma	1136	67,5(64,3-70,6)	411	86,4(83,2-89,1)
1 a 3 atividades	442	25,5(23,1-28,2)	26	5,8(4,3-7,9)
Mais de 3 atividades	127	7,0(5,3-9,0)	40	7,8(5,5-10,9)
Total	1705		477	
Estado cognitivo				
Ausência de provável déficit	1278	78,5(74,1-82,3)	412	90,3(84,3-94,2)
Provável déficit cognitivo	410	21,5(17,7-25,9)	55	9,7(5,8-15,6)
Total	1688		467	
Estado nutricional				
Adequado	635	38,9(36,3-41,5)	168	35,2(29,8-41,0)
Baixo peso	141	8,3(6,9-9,9)	53	9,4(5,7-15,1)
Excesso de peso	865	62,8(49,9-55,6)	245	55,4(46,0-64,5)
Total	1641		466	
Risco cardiovascular				
Normal	244	14,3(12,1-17,0)	28	5,4(4,0-7,3)
Aumentado	555	32,9(40,5-35,4)	142	30,7(29,2-32,6)
Substancialmente aumentado	851	52,7(50,0-55,6)	288	63,8(60,9-66,7)
Total	1650		458	
Hospitalização nos últimos seis meses				
Sim	135	7,3(6,1-8,7)	17	5,1 (4,3-5,9)
Não	1570	92,7(91,2-93,9)	322	94,9(94,0-95,7)
Total	1705		339	

Legenda: IC95%=Intervalo de confiança de 95%; AC=Antônio Carlos

de idosos sem risco cardiovascular, enquanto os de Antônio Carlos apresentaram maior prevalência de risco cardiovascular substancialmente aumentado. Os idosos de Florianópolis apresentaram maior prevalência de serem hospitalizados quando comparados aos de Antônio Carlos (Tabela 2).

Em relação às doenças crônicas, a frequência entre os estudos foi semelhante: a maioria não mencionou ter diabetes, câncer, doença pulmonar, doença cardiovascular, acidente vascular cerebral e artrite, artrose ou reumatismo. Entretanto, os idosos de Florianópolis apresentaram maior prevalência de doença pulmonar quando comparados aos de Antônio Carlos (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Ao comparar os resultados, as diferenças apresentadas entre os idosos residentes em Antônio Carlos e Florianópolis indicam que, no primeiro município, houve maior prevalência de idosos com baixa escolaridade, casados, viúvos, que trabalhavam no momento da entrevista, que relataram percepção igual ou pior de saúde comparados aos idosos da mesma idade, com risco cardiovascular substancialmente aumentado e que não foram hospitalizados nos últimos seis meses; porém menor prevalência de idosos divorciados, fumantes, ex-fumantes, com dependência em uma a três ABVD, com provável déficit cognitivo e com

Tabela 3. Análise das condições crônicas dos idosos participantes dos estudos EpiFloripa Idoso (2009/2010) e Saúde-AC (2010/2011), respectivamente, em Florianópolis e Antônio Carlos, no Estado de Santa Catarina

Variáveis	EpiFloripa Idoso		Saúde-AC	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Diabetes				
Não	1329	78,4(75,0-81,5)	387	80,5(76,2-84,1)
Sim	376	21,6(18,5-25,0)	89	19,5(16,0-23,8)
Total	1705		476	
Câncer				
Não	1549	91,5(90,0-93,0)	451	94,6(91,4-96,7)
Sim	156	8,5(7,0-10,4)	25	5,4(3,3-8,6)
Total	1705		476	
Doença pulmonar				
Não	1437	84,9(83,0-86,7)	424	89,0(87,3-90,4)
Sim	268	15,1(13,3-17,0)	53	11,0(9,6-12,6)
Total	1705		477	
Doença cardiovascular				
Não	1227	71,9(68,9-74,7)	337	72,7(64,6-79,6)
Sim	478	28,1(25,2-31,1)	138	27,3(20,4-35,4)
Total	1705		475	
Acidente vascular cerebral				
Não	1553	91,9(89,7-93,7)	436	92,3(89,3-94,5)
Sim	151	8,1(6,3-10,3)	39	7,7(5,5-10,6)
Total	1704		475	
Artrite, artrose ou reumatismo				
Não	1123	67,6(64,6-70,4)	327	67,9(63,9-75,5)
Sim	577	32,4(29,6-35,4)	147	32,1(28,4-36,1)
Total	1700		474	

Legenda: IC95%=Intervalo de confiança de 95%; AC=Antônio Carlos

doença pulmonar. Já a capital apresentou maior prevalência de idosos com renda mais alta e com plano de saúde particular.

Em relação à escolaridade, destaca-se, em Antônio Carlos, a ausência de idosos com mais de oito anos de estudo, além de maior prevalência de entrevistados com um a quatro anos de estudos. Isso pode estar relacionado ao fato de parte da população, quando em idade escolar, viver na zona rural, com maior dificuldade de acesso às escolas⁶. O que explica a maior escolaridade em Florianópolis é por causa do município agregar diversos órgãos públicos federais, estaduais e municipais, que requerem elevado grau de instrução.

A menor prevalência de divorciados e a maior prevalência de casados e viúvos em Antônio Carlos em relação a Florianópolis podem estar vinculadas a padrões estabelecidos historicamente, mais predominantes nas cidades interioranas, ainda muito ligadas às normas impostas pela igreja católica. Evidências mencionam que religiões católicas e/ou protestantes têm efeito estabilizador no casamento¹⁶, contribuindo para menor número de divórcios e de novo casamento após a morte do primeiro cônjuge. Além disso, em relação aos casais que residem em regiões urbanas ou em metrópoles, as mulheres tendem a se envolver menos nos trabalhos doméstico devido à construção de sua própria carreira^{16,17}. Segundo Sen¹⁷, o efeito no aumento dos divórcios

por causa da participação das mulheres na força de trabalho é significativo somente para as gerações mais antigas, o que está em consonância com a população investigada no presente estudo.

Os resultados mostraram que os idosos de Florianópolis têm maior prevalência de possuir renda mais alta do que os de Antônio Carlos. Essa disparidade explica-se porque idosos do meio rural, normalmente, recebem benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), utilizado como garantia contra prejuízo de capacidade laboral, chamado aposentadoria rural. O valor pode ser de um salário mínimo (atual: R\$ 678,00) até no máximo seis salários mínimos¹⁸. Além disso, essa diferença parece ser reflexo do maior grau de escolaridade dos idosos de Florianópolis. Outro importante fator para esse resultado é que os idosos de Florianópolis, por não estarem vinculados ao regime geral de previdência social, mas serem oriundos de regimes próprios da previdência, tais como união, estados e municípios, em que o teto é vinculado ao valor recebido pelos ministros do Supremo Tribunal Federal¹⁹, recebem salários mais altos.

Os idosos de Antônio Carlos apresentaram maior prevalência de manterem-se trabalhando do que os de Florianópolis. As evidências sobre a importância da renda da aposentadoria nos domicílios rurais favorecem o engajamento dos aposentados

rurais em atividades informais²⁰ e podem ter sido encaradas pelos idosos como trabalho no momento de responder ao questionamento da presente pesquisa. Além do mais, elevadas taxas de participação dos idosos no mercado de trabalho, inclusive daqueles já aposentados, podem indicar a necessidade de manutenção do padrão de vida, da complementação da renda domiciliar, de condições mínimas de sobrevivência e/ou melhora na saúde do idoso²¹.

A maior proporção de idosos com plano de saúde particular em Florianópolis pode estar vinculada a melhores condições financeiras, conforme mencionando anteriormente. Essa relação entre renda e vínculo com plano de saúde privado foi verificada por Lima-Costa et al.⁸ entre idosos participantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em todo o Brasil. Outra investigação²² também associa o fato à quantidade de habitantes das cidades, mencionando que a participação de planos de saúde suplementar é menor que a prestação de serviços realizados pelo o Sistema Único de Saúde (SUS) em cidades com menos de 80 mil habitantes. Já nas cidades com população superior a 80 mil, como Florianópolis, a oferta dos planos de saúde vem crescendo desde 1999.

O município de Antônio Carlos apresentou maior prevalência de idosos que relataram percepção igual ou pior de saúde em relação aos idosos da mesma idade quando comparados a Florianópolis. Assim como no presente estudo, investigação realizada com idosos portugueses verificou que a proporção de relato de estado de saúde como “fraco” foi maior nos indivíduos residentes em zona rural do que urbana²³. Em contrapartida, o estudo de Wang et al.²⁴ avaliou a autopercepção de saúde em idosos e verificou que o relato de saúde como regular ou ruim foi mais prevalente entre idosos de zona urbana. Porém os critérios metodológicos de avaliação da percepção, bem como as determinações de área urbana e rural, foram diferentes do presente estudo²⁴. A baixa escolaridade, a menor renda e o acesso aos serviços de saúde verificados na zona rural, quando comparados com zona urbana, já foram considerados por outras pesquisas como fatores que influenciam a autopercepção de saúde⁴.

Em relação ao tabagismo, verificou-se que os idosos de Antônio Carlos apresentaram menor proporção de fumantes e ex-fumantes do que Florianópolis. Em Portugal, onde a epidemia do fumo foi muito semelhante ao que ocorreu no Brasil, os idosos de zona rural também apresentaram menor proporção entre os fumantes²³.

Os resultados mostraram que os idosos de Antônio Carlos apresentaram menor proporção de dependência em uma a três atividades em relação aos idosos de Florianópolis. Essa menor proporção pode ser justificada pelo fato desses indivíduos se manterem ativos por mais tempo devido aos contínuos trabalhos na agricultura. Essa possibilidade reforça o conceito de que a

incapacidade funcional é influenciada pelo estilo de vida do idoso, pela infraestrutura das cidades e pelos fatores culturais²⁵.

Arnadottir et al.²⁶ verificaram que os idosos de zona urbana podem ser mais ativos no tempo livre, porém os de zona rural são mais ativos nas atividades ligadas ao trabalho. As características desses idosos de área rural são semelhantes às deste estudo, como o trabalho na agricultura e menor escolaridade em relação à área urbana.

A proporção de provável déficit cognitivo dos idosos de Antônio Carlos foi menor do que a de Florianópolis. No estudo de Arnadottir et al.²⁶, que avaliaram uma população no Canadá, não houve diferença entre estado cognitivo avaliado entre idosos de área rural e urbana e, assim como no presente estudo, a escolaridade dos idosos de área rural foi menor do que aqueles de área urbana. No entanto, alguns autores sugerem que menor renda, menor escolaridade, viver em área rural e trabalho não qualificado estão associados ao comprometimento cognitivo⁵.

A proporção dos idosos de Antônio Carlos com risco cardiovascular substancialmente aumentado, avaliado por meio do perímetro da cintura, foi maior do que em Florianópolis. Esse resultado pode estar relacionado com o fato de que idosos com menor poder aquisitivo buscam o serviço de saúde quando se deparam com alguma doença instalada e não estão atentos à prevenção e avaliações de rotina²⁷. O menor acesso à informação e aos cuidados em saúde podem aumentar as chances de exposição aos fatores de risco, como alimentação inadequada, excesso de peso e inatividade física²⁸.

Em relação à hospitalização, os idosos avaliados em Antônio Carlos apresentaram maior proporção de não terem sido hospitalizados nos últimos seis meses. A distância e o acesso aos cuidados de saúde podem estar relacionados à menor procura por esse serviço, bem como menor acompanhamento do estado de saúde dos idosos²⁹. A não identificação ou acompanhamento de uma doença impede que os cuidados adequados sejam realizados.

No que se refere às condições crônicas, pode-se observar que Antônio Carlos apresenta proporção menor de idosos com doença pulmonar do que os de Florianópolis. Esse achado pode ser devido à elevada prevalência de idosos fumantes e ex-fumantes na capital catarinense, pois o tabagismo está associado à doença pulmonar³⁰. A inalação da fumaça acarreta na inflamação do pulmão, ocasionando a obstrução dos brônquios e a destruição dos alvéolos (enfisema), responsáveis pelas trocas gasosas.

Algumas limitações na comparação entre os municípios devem ser evidenciadas, como as diferenças metodológicas entre os dois estudos, principalmente ao que se refere à amostragem. No EpiFloripa Idoso, realizou-se levantamento a partir do sorteio de setores censitários, enquanto no estudo Saúde-AC sortearam-se idosos da ESF entre 60 a 79 anos e selecionaram-se todos os indivíduos que tinham 80 anos ou mais. Além disso,

outra limitação foi o viés de informação pelo uso de medidas autorreferidas (variáveis socioeconômicas, estilo de vida, condições de saúde, uso de medicamento e serviços de saúde).

Entre os aspectos positivos, destaca-se que ambas as investigações foram realizadas com rigor metodológico e representam a população idosa de cada município. Além do mais, estudos que comparam municípios de pequeno e grande porte em uma mesma região geográfica são escassos na literatura, o que justifica a comparação das investigações e demonstra sua relevância.

Os resultados encontrados destacam a importância da realização de pesquisas neste âmbito, pois podem subsidiar

ações dos gestores, com base nas informações aqui levantadas, a fim de determinar os aspectos mais relevantes a serem priorizados em cada uma das diferentes realidades abordadas e, conseqüentemente, acarretar resultados efetivos para a população estudada.

■ AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e de Antônio Carlos pelo auxílio na operacionalização destes estudos.

■ REFERÊNCIAS

- Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saude Publica*. 1987;21(3):211-24. PMID:3445103. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000300006>.
- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54. PMID:19377752. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300020>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características urbanísticas do entorno dos domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. 175 p. [citado em 2015 mar 1]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/96/cd_2010_entorno_domicilios.pdf
- Morcillo CV, Lorenzo-Cáceres AA, Domínguez RLP, Rodríguez BR, Torijano CMJ. Health inequalities in self-perceived health among older adults in Spain. *Gac Sanit*. 2013;28(6):511-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.008>.
- Basta NE, Matthews FE, Chatfield MD, Brayne C. Community-level socio-economic status and cognitive and functional impairment in the older population. *Eur J Public Health*. 2008;18(1):48-54. PMID:17631489. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckm076>.
- Saviani D, Almeida JS, Souza RF, Valdemarin VT. O legado educacional do século XIX. 3. ed. Campinas: Editora Autores Associados; 2014. 224 p.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. PNAD 2009 – Primeiras análises: tendências demográficas [Internet]. Brasília: IPEA; 2010 [citado 2014 dez 20]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5496
- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):745-57. PMID:12806478. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300007>.
- Fares D, Barbosa AR, Borgatto AF, Coqueiro RS, Fernandes MH. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(4):434-41. PMID:22930021.
- Departamento de Informática do SUS. Informações em Saúde. Demográficas e Socioeconômicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado em 2014 dez 10]. Disponível em: <http://datasus.gov.br>
- Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chandé R, Hennis AJ, Palloni A, et al. The Health, Well-Being, and Aging (“SABE”) survey: methodology applied and profile of the study population. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):307-22. PMID:16053641. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000500003>.
- Danielewicz AL, Barbosa AR, Del Duca GF. Nutritional status, physical performance and functional capacity in an elderly population in southern Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2014;60(3):242-8. PMID:25004270. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.03.0013>.
- Almeida OP. Mini exame dos estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998;56(3B):605-12. PMID:9850757. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1998000400014>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 61 p. [citado em 2014 dez 10]. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 [Internet]. São Paulo: ABESO; 2009 [citado em 2014 dez 15]. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf
- Sweezy K, Tiefenthaler J. Do state-level variables affect divorce rates? *Rev Soc Econ*. 1996;54(1):47-65. <http://dx.doi.org/10.1080/00346769600000002>.
- Sen B. Does married women’s market work affect marital stability adversely? An intercohort analysis using NLS data. *Rev Soc Econ*. 2002;60(1):71-92. <http://dx.doi.org/10.1080/00346760110127100>.
- Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. Inscrição do Contribuinte Individual, Facultativo, Empregado Doméstico e Segurado Especial [Internet]. 2014 [citado em 2014 set 14]. Disponível em: <http://www.dataprev.gov.br/servicos/cadint/Aposentadorias1.htm>
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- Camarano AA. O idoso brasileiro no mercado de trabalho [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2001 [citado em 2014 out 10]. (Texto para Discussão, 830). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0830.pdf
- Queiroz VS, Ramalho HMB. A escolha ocupacional dos idosos no mercado de trabalho: evidências para o Brasil. *Revista Economia Selecta*. 2009;10(4):817-48.
- Siqueira SAV, Senna MCM, Oliveira PTR, Pinto LF. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: um balanço dos anos 90. *Rev Saúde em Debate*. 2002;26(60):25-36.

23. Araújo J, Ramos E, Lopes C. Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos Portugueses de zonas rural e urbana. *Acta Med Port.* 2011;24(Supl 2):79-88. PMID:22849889.
24. Wang N, Iwasaki M, Otani T, Hayashi R, Miyazaki H, Xiao L, et al. Perceived health as related to income, socio-economic status, lifestyle, and social support factors in a middle-aged Japanese. *J Epidemiol.* 2005;15(5):155-62. PMID:16195635. <http://dx.doi.org/10.2188/jea.15.155>.
25. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC, Silva MCd, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saude Publica.* 2009;43(5):796-805. PMID:19768234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>.
26. Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Lundin-Olsson L. Are rural older Icelanders less physically active than those living in urban areas? A population-based study. *Scand J Public Health.* 2009;37(4):409-17. PMID:19237433. <http://dx.doi.org/10.1177/1403494809102776>.
27. Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MTA, et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(1):59-65. PMID:17364120. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000100010>.
28. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(1):1-10. PMID:18660938. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300001>.
29. Gerhardt T, Pinheiro R, Martins P. Reconhecimento e estigma em uma comunidade rural: discutindo acesso, participação e visibilidade de usuário em situação de adoecimento crônico. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.* Recife: Ed Universitária UFPE; 2009. p. 299-308.
30. Zaitune MP, Barros MB, Lima MG, César CL, Carandina L, Goldbaum M, et al, and the Zaitune MPdA. Fatores associados ao tabagismo em idosos: inquérito de saúde no estado de São Paulo. *Cad Saude Publica.* 2012;28(3):583-95. PMID:22415190. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300018>.

Recebido em: Mar. 19, 2016
Aprovado em: Set. 22, 2016