

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS DE SALVADOR-BAHIA

Joana América Santos de Oliveira<sup>1</sup>  
Ines Lessa<sup>2</sup>  
João Luiz Barberino Mendes<sup>3</sup>

**RESUMO:** *O objetivo desse trabalho é identificar o perfil epidemiológico de idosos residentes na área urbana do município de Salvador-Bahia. Foram estudados 289 idosos investigados no projeto Monitoramento de Doenças Cardiovasculares e Diabetes Mellitus em Salvador, realizado em 1999-2000, um estudo transversal, de base populacional, utilizando amostragem por conglomerado, em três estágios. Nas entrevistas domiciliares, foram medidas a pressão arterial, circunferência da cintura e quadril. Em Centros de Saúde - sede nos bairros – foram coletadas amostras de sangue para exames bioquímicos, e medidos o peso e altura. Predominaram: sexo feminino (60,9%), idosos jovens (60,5%), casados (51,6%), classe sócio econômica D (47,4%) e aposentados (57,5%). A hipertensão estava presente em 65,1% e a baixa filtração glomerular de elevada frequência. Em todas as faixas etárias as mulheres apresentaram maiores proporções de hiperglicemia (21,1%), hipercolesterolemia (55,5%), hipertrigliceridemia (21,8%) e obesidade (23,8%). Os ex-fumantes predominaram nos homens (40,7%) e 67,1% dos idosos referiram não consumir bebidas alcoólicas. A maioria referia realizar esforço físico leve, no trabalho ou lazer e para 31,3% daqueles que realizavam atividades domésticas era com esforço leve. A coexistência de alta frequência de múltiplos fatores de risco nos idosos estudados sugere elevado potencial de impacto sobre os serviços de assistência curativa e de reabilitação, particularmente por ser ele predominantemente constituído por idosos jovens. Recomenda-se a realização de estudos representativo dessa população, buscando oferecer subsídios para o planejamento e desenvolvimento de políticas e programas de saúde adequados ao idoso.*

**Palavras-Chave:** Envelhecimento da População; Saúde do Idoso; Epidemiologia

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX, em países desenvolvidos e em desenvolvimento como o Brasil, foram observadas alterações na composição das populações por faixa etária, caracterizando-se o envelhecimento demográfico como um fenômeno mundial de grande impacto e com grandes desafios para a sociedade e a saúde pública, dentre os quais a crescente demanda por serviços sociais e de assistência à saúde.

Na região Nordeste, os dados da Fundação IBGE<sup>4,5</sup> demonstram que a proporção da população idosa se elevou em cinco pontos percentuais, entre 1970 (3,0%) e 1999 (8,8%), sendo que o Estado da Bahia, com 1.161.021 idosos, vem confirmando as projeções para o período 1991-2020, apesar de este segmento populacional ser ainda, relativamente, pouco numeroso<sup>21</sup>. Em Salvador, capital do estado, este fenômeno começou a se manifestar desde o quinquênio 1965-1970, observando-se que a participação da população idosa na população total do município passou de 3,2% em 1980 para 4,1% em 1996<sup>22</sup>.

<sup>1</sup> Autora, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Professora Titular do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Católica do Salvador - UCSAL. Coordenadora e Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento - NEPE/UCSAL. e-mail: [j.america@terra.com.br](mailto:j.america@terra.com.br)

<sup>2</sup> Co-autora, Doutora em Medicina. Pesquisadora 1-A CNPq. Professora da Pós Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Pesquisadora Associada do NEPE.

<sup>3</sup> Co-autor, Doutor em Medicina. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS.

O aumento no número absoluto de idosos bem como seu crescimento proporcional aponta para a necessidade da realização de pesquisas que busquem conhecer as condições de vida e saúde desta população, traçar o seu perfil e propor estratégias para a promoção do envelhecimento saudável, reduzir os custos sociais e da área da saúde através do manejo mais eficaz sobre os fatores de risco para doenças crônico-degenerativas associadas ao envelhecimento e para subsidiar o planejamento e a gestão das políticas públicas.

Em Salvador, não existem registros sobre as condições de vida e saúde do idoso. Este trabalho, pioneiro em estudo populacional de idosos na Bahia, descreve as características sócio demográficas, biomédicas e de estilo de vida de idosos não institucionalizados, residentes na área urbana do município de Salvador-Bahia.

## MÉTODOS

Foram estudadas as características de um grupo de idosos, investigados na Pesquisa Monitoramento de Doenças Cardiovasculares e Diabetes Mellitus em Salvador (MONIT), sub projeto “Prevalência dos fatores de risco cardiovascular e para o diabetes mellitus”, realizada entre agosto de 1999 e março de 2000, financiado pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), Ministério da Saúde. Este projeto constituiu-se em um estudo transversal, com amostragem probabilística por conglomerado, em três estágios: no primeiro, foram sorteadas 34 microáreas, respeitando-se a densidade populacional e sua estratificação; no segundo, foram amostrados os domicílios e em seguida, foram cadastrados separadamente, por sexo e em ordem crescente de idade, os adultos residentes com idade  $\geq 20$  anos e, realizado sorteio, de um indivíduo de cada sexo, visando-se garantir a representatividade desta variável. De uma amostra total inicial de 2297 adultos, 289 (12,6%) tinham idade  $\geq 60$  anos, caracterizando o grupo de idosos não institucionalizados, para os quais foram obtidas informações sócio demográficas, de estilo de vida e biomédicas.

Os idosos foram entrevistados em domicílio, por examinadores treinados, onde foram realizadas as medidas da pressão arterial (PA), circunferência de cintura e quadril. Em Centros de Saúde, sede do trabalho de campo em cada área, foram medidos o peso e altura e coletado material para os exames bioquímicos. Seis medidas da (PA) foram realizadas com aparelho digital OMRON HEM 705 CP e manguitos “padrão adulto” e “adulto grande”, no braço esquerdo, estando o indivíduo sentado, em dois blocos de 3 medidas cada, sendo o 1º após pelo menos 5 minutos de repouso e o 2º pelo menos 20 minutos depois, permanecendo o indivíduo sentado, durante o intervalo. As médias das cinco últimas medidas das pressões sistólicas e diastólicas foram consideradas para análise.

Para as medidas antropométricas, foram utilizados balança digital portátil, com calibração periódica pelo INMETRO, estadiômetro e fita métrica inelástica. As medidas foram realizadas de acordo com as técnicas propostas por Lohram et al<sup>15</sup>(1988), estando o indivíduo em pé, descalço e usando o mínimo de roupas leves. O diagnóstico nutricional antropométrico foi realizado pelo Índice de Massa Corporal - IMC, ( $\text{peso}/\text{altura}^2$ ), e usado o critério da OMS para população adulta e idosa<sup>24</sup>: magreza:  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ; peso normal:  $\text{IMC} = 18,5 \text{ a } 24,99 \text{ kg/m}^2$ ; sobrepeso:  $\text{IMC}$  de 25 a  $29,9 \text{ kg/m}^2$  e obesidade:  $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ . A distribuição de gordura corporal foi avaliada através das medidas de Circunferência de Cintura (CC) e Razão Cintura Quadril (RCQ). A categoria de referência foi a CC  $< 94 \text{ cm}$ , para homens e  $< 80 \text{ cm}$  para mulheres; obesidade central, CC = 94 a  $101,9 \text{ cm}$  (homens) e 80 a  $87,9 \text{ cm}$  (mulheres), e categoria de risco cardiovascular quando os valores foram  $\geq 102 \text{ cm}$  para homens e  $\geq 88 \text{ cm}$  para as mulheres. A RCQ foi calculada a partir da razão entre as medidas da CC (cm) e quadril (cm):  $\geq 0,95$  para homens e  $\geq 0,85$  para mulheres.

As dosagens bioquímicas foram realizadas em amostras de sangue venoso pós jejum, de pelo menos 12 horas. Para o diagnóstico de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia foram adotados os valores de referência das III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias publicada em 2001<sup>10</sup>. O LDL – colesterol foi obtido a partir da fórmula de Friedwald et al<sup>12</sup> (1972) ( $LDL = CT - HDL-c - TG/5$ ), para valores de triglicérides abaixo de 400mg/dl, sendo excluídas as amostras com valores superiores. Creatinina sérica  $\geq 1,3$ mg/dl foi critério de hipercreatininemia; a taxa de filtração glomerular foi estimada pela fórmula de Cockcroft e Gault<sup>7</sup> (1976), que leva em consideração idade, peso e sexo, e critério de anormalidade (doença renal crônica - DRC) quando a filtração for inferior a 60ml/min por 1,73m (comprometimento renal moderado a grave).

As variáveis de interesse selecionadas foram: (1) *sócio demográficas*: idade, sexo, raça/cor auto referida, naturalidade, estado civil, escolaridade, classe socioeconômica, ocupação atual; (2) *biomédicas*: hipertensão arterial, diabetes mellitus, índice de massa corporal (IMC), circunferência de cintura (CC), razão cintura-quadril (RCQ), dislipidemia e hipercreatininemia; (3) *estilo de vida*: tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e atividade física.

Para a raça/cor auto-referida (branca, mulata/parda, negra/preta) foi adotado, na pesquisa, o padrão do IBGE (1996). A classificação sócio-econômica foi realizada segundo a metodologia da Associação Brasileira de Anunciantes e Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado, que pontua a educação do chefe da família e os bens de consumo, no domicílio, para formar as categorias de classes que são estratificadas em A2, B1, B2, C, D, e E.

O critério de HA foi o do VI JNC<sup>23</sup>, referendado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Consenso Brasileiro de Hipertensão<sup>9</sup>, em 1998: PAS  $\geq 140$ mmHg e/ou PAD  $\geq 90$ mmHg, e aqueles sob tratamento confirmado para hipertensão e com níveis pressóricos normalizados. Valores da pressão arterial sistólica  $\leq 140$  e/ou  $\leq 90$ mmHg, sem menção de tratamento foram considerados normais. Indivíduos com valores de glicemia  $\geq 126$ mg/dl ou abaixo desse valor quando em tratamento, foram considerados diabéticos. Tendo em vista as dificuldades quanto aos critérios diagnósticos e de investigação para o consumo de bebidas alcoólicas, foram considerados o uso e frequência do consumo de bebidas alcoólicas, sendo analisadas as categorias: não bebe, bebe nos finais de semana, uma vez por mês ou menos e uso diário. A atividade física foi avaliada em função do esforço físico realizado nas atividades profissionais, domésticas ou de lazer, tendo sido estabelecidas as categorias leve, moderada, pesada ou intensa e não realiza.

Na análise descritiva, foram usadas medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão e erro padrão), frequências, proporções e intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Os testes de diferença entre duas proporções e o qui-quadrado foram utilizados para observar as associações entre os diferentes subgrupos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética Médica do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, e os participantes assinaram o termo de livre consentimento pós informado, respeitando-se o seu anonimato.

## RESULTADOS

### Características sócio demográficas

O perfil sócio demográfico deste grupo de idosos evidencia predominância do sexo feminino ( $p < 0,01$ ), de idosos jovens (faixa etária de 60-69 anos), de cor da pele parda, nascidos no interior do Estado da Bahia, casados, com quatro anos de escolaridade, classe sócio-econômica D e aposentados. Por sexo, houve diferenças entre homens e mulheres, com exceção para as variáveis, naturalidade (Salvador), e escolaridade ( $\geq 2^\circ$  grau completo). Diferenças por

faixa etária e sexo não foram estatisticamente significantes ( $p>0,05$ ). Em comparação com os homens, a maioria das mulheres estava sem companheiro (66,2%), tinha uma maior participação entre os analfabetos e idosos de baixa renda, cuidava de afazeres domésticos e vivia de rendas ou era pensionista. Entre os aposentados, a proporção de homens foi o dobro das mulheres “Tabela 1”.

O Estado da Bahia foi o local de nascimento com maior expressividade em ambos os sexos, sendo que a maioria vivia no município há mais de 40 anos, com uma média de tempo de residência de 47 anos. A idade variou de 60 a 94 anos, com média global de  $68,9\pm 6,8$  anos. Para ambos os sexos, a mediana foi de 68 anos, sendo a idade máxima para o sexo masculino 90 anos e para o sexo feminino, 94 anos. Entre os de idade mais avançada, a média de idade foi de  $84,0\pm 3,6$  anos.

**Tabela 1 – Características sócio demográficas dos idosos estudados segundo o sexo. Salvador-Bahia, 1999-2000.**

Características Sócio Demográficas		Sexo					
		Masculino		Feminino		Total	
		N=113		N=176		N=289	
		n	%	n	%	n	%
Faixa Etária	60-69	70	61,9	105	59,6	175	60,5
	70-79	31	27,4	60	34,1	91	31,5
Cor/Raça*	80 a mais	12	10,6	11	6,3	23	8,0
	Branca	33	29,2	58	33,1	91	31,6
	Parda/Mulata	43	38,1	62	35,4	105	36,4
Naturalidade*	Preta/Negra	37	32,7	55	31,4	92	32,0
	Salvador	38	33,9	61	34,7	99	34,4
	Outros municípios	61	54,5	102	58,0	163	56,6
Estado Civil**	Outros Estados	13	11,6	13	7,4	26	9,0
	Casado/União livre	89	79,5	59	33,7	148	51,6
	Solteiro	4	3,6	23	13,1	27	9,4
	Divorciado/separado	4	3,6	13	7,4	17	5,9
Escolaridade***	Viúvo	15	13,4	80	45,7	95	33,1
	Analfabeto	18	16,7	48	27,4	66	23,3
	Lê e escreve até a 4ª série	56	51,8	82	46,8	138	48,7
	5ª série até 2º grau incompleto	28	25,9	35	20,0	63	22,3
Classe sócio-econômica	≥ 2º grau completo	6	5,5	10	5,7	16	5,6
	A	5	4,4	5	2,8	10	3,5
	B	16	14,2	21	11,9	37	12,8
	C	30	26,5	51	29,0	81	28,0
	D	49	43,4	88	50,0	137	47,4
Ocupação Atual****	E	13	11,5	11	6,3	24	8,3
	Aposentado	63	84,0	60	43,2	123	57,5
	Em Benefícios	4	5,3	1	0,7	5	2,3
	Vive de rendas/Pensionista	1	1,3	30	21,5	31	14,4
	Desempregado	6	8,0	3	2,1	9	4,2
	Cuida de afazeres domésticos	1	1,3	45	32,4	46	21,5

N=289; 39,1% sexo masculino; 60,9% sexo feminino; média de idade  $68,9$  anos  $\pm 6,8$ ; \* n=288; \*\* n=287; \*\*\* n=283; \*\*\*\* n=214

### Características do estilo de vida

Somente 20,8% dos idosos fumavam, sendo estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ) a diferença entre os sexos. Em média, o tempo de uso do cigarro foi de  $64,0\pm 19,6$  anos com uma mediana de 77 anos e o número médio de cigarros fumados ao dia, de  $14,5\pm 18,2$ , com uma mediana de 8 cigarros, variando o consumo entre 01 e 60 cigarros/dia. Os ex-fumantes foram em

maior proporção os homens (40,7%). Foi elevada a proporção de não usuários de bebidas alcoólicas (67,1%) e semelhante a proporção dos que faziam uso nos finais de semana e uma vez por mes ou menos. A maioria dos idosos não realiza atividades profissionais ou de lazer que incluam esforço físico. Dos que referiram esforço físico no lazer e nas atividades domésticas, 22,5% e 31,3% foram incluídos na categoria leve “Tabela 02”.

**Tabela 2 - Características do estilo de vida dos idosos estudados.  
Salvador-Bahia, 1999-2000.**

Variáveis Estudadas	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
<b>Hábito de fumar</b>						
Sim	30	26,5*	30	17,0*	60	20,8
Não	37	32,7	118	67,0	155	53,6
Ex-fumante	46	40,7	28	16,0	74	25,6
<b>Consumo de Álcool</b>						
Não	60	53,1	134	76,1	194	67,1
Finais de semana	25	22,1	14	7,9	39	13,5
Uma ou < 1/mês	17	15,0	28	15,9	45	15,6
Diário	11	9,7	-	-	11	3,8
<b>Esforço físico/ atividades profissionais</b>						
Leve	9	8,0	4	2,3	13	4,5
Moderado	9	8,0	3	1,7	12	4,2
Pesado	4	3,6	2	1,1	6	2,1
N.S.A	90	80,3	167	94,8	257	89,2
<b>Esforço físico/atividades de lazer</b>						
Leve	28	24,8	37	21,0	65	22,5
Moderado	2	1,7	3	1,7	5	1,7
Pesado	1	0,8	-	-	1	0,3
N.S.A	82	72,6	136	77,2	218	75,4
<b>Esforço físico/atividades domésticas</b>						
Leve	34	30,0	56	31,8	90	31,1
Moderado	14	12,4	60	34,1	74	25,6
Pesado	3	2,6	42	23,8	45	15,6
N.S.A	62	54,9	18	10,2	80	27,7

### Características biomédicas

Os indicadores antropométricos mostram para os homens um aumento na proporção de casos de magreza na faixa etária de 70-79 anos, e entre as mulheres no grupo  $\geq 80$  anos. Entre os idosos jovens, foi semelhante a proporção de sobrepeso em ambos os sexos. Entretanto, na faixa etária de 70-79 anos, foi maior nas mulheres e, no grupo de idade mais avançada, nos homens.

A obesidade, em todas as faixas etárias, predominou nas mulheres. CC e RCQ, com valores de maior risco cardiovascular foram de menor frequência entre homens “Tabela 03”.

O perfil biomédico expresso por médias aparece na “Tabela 4”. Para o grupo total, as médias de pressão arterial diastólica (PAD) e de glicemia apresentam valores normais, sendo discretamente elevadas as médias da pressão arterial sistólica (PAS); as lípidas e Índice de Massa Corporal – IMC, também apresentam médias elevadas.

Entre os sexos, as médias dos níveis pressóricos e glicêmicos são semelhantes, sendo que, para a maioria das variáveis investigadas, as mulheres apresentam níveis médios mais elevados que os homens, com diferenças estatisticamente significantes para o colesterol total ( $p=0,005$ ), LDL-C ( $p=0,031$ ), e IMC ( $p<0,001$ ).

Entre os homens, foram mais elevadas as médias das variáveis, peso ( $p=0,036$ ), altura ( $p<0,001$ ), cintura ( $p=0,186$ ) e Relação Cintura-Quadril – RCQ ( $p<0,001$ ).

**Tabela 3 - Indicadores Antropométricos do Estado Nutricional (IMC\*) e da Gordura Corporal (CC e RCQ\*\*) dos idosos estudados, segundo o sexo e idade. Salvador-Bahia, 1999-2000.**

Indicadores Antropométricos	Sexo							
	Masculino %				Feminino %			
	60-69	70-79	80+	Total	60-69	70-79	80+	Total
<b>IMC (OMS,1996)</b>								
Magreza	4,7	20,0	0,0	7,8	4,8	0,0	16,6	4,0
Eutrofia	41,9	46,7	66,7	45,3	31,7	40,6	50,0	35,6
Sobrepeso	39,4	26,7	33,3	35,9	36,5	40,6	16,7	36,6
Obesidade	14,0	6,6	0,0	10,9	27,0	18,8	16,7	23,8
<b>CC (cm)</b>								
≥102 e ≥88***	16,7	11,1		13,3	57,3	50,0	16,7	53,1
<b>RCQ (cm)</b>								
≥0,95 e ≥0,85****	51,4	48,3	45,5	50,0	55,3	68,4	40,0	58,8

\*IMC – Índice de Massa Corporal \*\* (CC) Circunferência de Cintura e (RCQ) Razão Cintura Quadril \*\*\* ≥102cm (sexo masculino) e ≥88cm (sexo feminino) \*\*\*\*≥0,95cm (sexo masculino) e ≥0,85cm (sexo feminino)

**Tabela 4- Distribuição das médias e erro padrão das variáveis biomédicas selecionadas por sexo. Salvador-Bahia, 1999-2000.**

Variáveis Biomédicas	Sexo			p
	Masculino	Feminino	Total	
PAS (mmHg)*	141,2±2,3	141,6±2,1	141,5±1,5	0,923
PAD (mmHg)*	82,7±1,2	80,1±1,1	81,1±0,8	0,113
Pressão de Pulso (mmHg)*	58,5±1,7	61,5±1,4	60,3±1,1	0,196
Glicemia (mg/dl)**	106,9±6,4	108,9±4,6	108,1±3,7	0,792
Colesterol Total (mg/dl)**	227,8±6,2	251,2±5,3	242,2±4,1	0,006
HDL-c (mg/dl)***	48,1±1,5	52,4±1,3	50,8±1,0	0,044
LDL-c (mg/dl)***	150,1±5,5	166,1±4,8	160,0±3,7	0,034
TG**	146,7±9,3	164,5±9,8	157,6±7,0	0,219
Peso (k)****	64,4±1,5	60,4±1,2	62,0±0,9	0,036
Altura (m)****	1,63±0,01	1,50±0,01	1,55±0,01	<0,001
Cintura (cm)****	87,9±1,1	85,9±1,0	86,7±0,7	0,186
IMC****	24,1±0,5	26,5±0,5	25,6±0,4	0,001
RCQ****	0,95±0,01	0,88±0,01	0,91±0,01	<0,001

\*masc (n=110) fem (n=173) \*\*masc (n=69) fem (n=110) \*\*\* masc (n=68) fem (n=110) \*\*\*\* masc (n=64) fem (n=101)

O perfil biomédico relacionado a anormalidades bioquímicas revela para mulheres maiores proporções de casos de hiperglicemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e de LDL-colesterol ( $\geq 160$ mg/dl) do que para homens, em todas as faixas etárias, assim como em relação ao HDL-C, com níveis protetores ( $\geq 60$ mg/dl) “Tabela 05”.

**Tabela 5 - Níveis séricos dos fatores metabólicos distribuídos por sexo e idade, entre idosos estudados. Salvador-Bahia, 1999-2000.**

Fatores Metabólicos	Sexo							
	Masculino (%)				Feminino (%)			
	60-69	70-79	80+	Total	60-69	70-79	80+	Total
<b>Glicemia (mg/dl)*</b>								
<110	80,4	76,5	100,0	81,1	77,9	71,4	71,4	75,4
110-125	2,2	5,9	0,0	2,9	1,5	5,7	14,3	3,6
$\geq 126$	17,4	17,6	0,0	15,9	20,6	22,9	14,3	21,1
<b>Colesterol Total (mg/dl)*</b>								
<200	28,3	35,3	0,0	27,5	14,7	17,1	28,6	16,3
200-239	39,1	41,2	50,0	40,6	29,4	31,4	0,0	28,2
$\geq 240$	32,6	23,5	50,0	31,8	55,9	51,4	71,4	55,5
<b>HDL-C (mg/dl)**</b>								
<40	28,9	23,5	16,7	26,4	17,6	22,9	0,0	18,2
40-60	53,3	64,7	66,7	57,3	57,4	62,9	28,6	57,2
>60	17,8	11,8	16,7	16,2	25,0	14,3	71,4	24,5
<b>LDL-C (mg/dl)***</b>								
<100	11,4	17,6	0,0	12,0	3,1	8,6	14,3	5,6
100-129	22,7	17,6	0,0	19,4	18,5	17,1	14,3	17,7
130-159	31,8	35,3	50,0	34,3	23,1	22,9	0,0	21,5
$\geq 160$	34,1	29,4	50,0	34,3	55,4	51,4	71,7	55,1
<b>Triglicerídeos(mg/dl)</b>								
<150	67,4	64,7	83,3	68,1	60,3	51,4	85,7	59,1
150-199	13,0	29,4	16,7	17,4	16,2	28,6	0,0	19,1
$\geq 200$	19,6	5,9	0,0	14,5	23,5	20,0	14,3	21,8

\*n=179 \*\*n=178 \*\*\*n=174

Entre aqueles com níveis glicêmicos anormais, 47% apresentavam valores  $\geq 200$ mg/dl (dados não mostrados em tabela).

A função renal, medida pela creatinina sérica, deteriora-se com o aumento da idade, passando de 6,8% nos idosos mais jovens a 33,3% a partir dos 80 anos, porém, as freqüências de filtração glomerular baixa, indicativas de DRC, são entre 3 e 6 vezes mais elevadas do que a hipercreatininemia “Tabela 06”.

**Tabela 06 - Hipercreatininemia e baixa filtração glomerular em idosos.  
Salvador, 1999-2000.**

Idades	Hipercreatininemia		Baixa filtração glomerular*	
	(%)	IC 95%	(%)	IC 95%
60-69 (n= 103)	6,8	(1,8; 11,7)	37,9	(28,3; 47,4)
70-79 (n=47)	10,6	(1,5; 19,8)	68,1	(54,2; 81,9)
80 ou + (n=12)	33,3	(2,0; 64,6)	91,7	(73,3; 100,0)

\* filtração glomerular abaixo de 60ml/min

Hipertensão arterial foi encontrada em 65,1% dos idosos, sendo semelhante a proporção de casos entre os sexos (61,9% dos homens e 67,0% das mulheres). Entre os hipertensos, 89,3% tinham o diagnóstico de HA há pelo menos vinte anos (dados não apresentados em tabela).

## DISCUSSÃO

Estudos transversais com amostras populacionais, especialmente desenhados para identificar as características da população idosa, são ainda relativamente raros no Brasil e inexistentes na literatura, para o Estado da Bahia. O presente estudo não foi especificamente desenhado para a população idosa, inviável pelo elevado custo, mas compreendeu o universo de idosos contido numa grande amostra populacional de Salvador, anteriormente referida. Entretanto, limitações relacionadas ao delineamento transversal do estudo não permitem descartar a possibilidade de viés de sobrevivência. Os idosos fazem parte de uma coorte de sobreviventes, o que significa que pessoas expostas a fatores de risco têm maior probabilidade de morrer prematuramente. Além disto, em relação à HA, obesidade e dislipidemia, o estudo transversal não permite afirmações sobre mudanças de hábitos e comportamentos após o diagnóstico, sendo possível, no entanto, descrever a situação da população de estudo no corte temporal em que a pesquisa foi realizada.

Considerando-se os aspectos sócio demográficos, os resultados obtidos são semelhantes a estudos de base populacional, no Brasil, neste início de milênio, como os realizados em Bambuí-MG<sup>14</sup>, Fortaleza-CE<sup>8</sup>, e São Paulo<sup>19</sup>, os quais demonstraram a predominância de mulheres idosas, dos casados e viúvos, pessoas com renda mensal entre 1 e 2,99 salários-mínimos e, com quatro anos ou menos, de estudos. Uma característica importante do envelhecimento populacional brasileiro, também observado no grupo investigado em Salvador, foi a maior proporção de idosos jovens (60-69 anos). Embora com predominância de indivíduos pardos/mulatos (36,4%) como ocorre em Salvador, neste grupo, em particular, existe uma maior participação de negros e brancos (63,6%), quando seria esperado que mais da metade da população fosse de “mulatos”.

Comparado ao estudo de Bambuí<sup>14</sup>, em Salvador pode-se observar menor proporção de analfabetos, mas foi elevada a proporção de idosos que concluíram apenas o primeiro grau (47,8%), o que pode explicar o predomínio do grupo de baixa renda, tendo em vista que a baixa escolaridade atua como fator de exclusão no mercado de trabalho, direcionando os indivíduos para atividades pouco ou não qualificadas, de baixa remuneração. Chama a atenção a maior participação das mulheres (50%) no nível D, da classificação sócio-econômica. Neste grupo, as idosas são, na sua maioria, pobres, viúvas e têm menor escolaridade. Estes resultados não diferem dos obtidos por Alves e Barreto<sup>1</sup> (2002), também realizado no Nordeste.

O estilo de vida é atualmente responsável por mais agressões ao organismo do que a combinação de todas as doenças infecciosas do passado, Moragas<sup>17</sup> (1997), e isso se confirma no perfil deste grupo populacional, ainda com elevada proporção de tabagistas (20,8%), e maior proporção de homens entre os ex-fumantes, sugerindo que, enquanto os homens têm deixado de fumar progressivamente, para as mulheres a situação é inversa. A situação dos idosos de Salvador parece inferior àquela dos de Bambuí-Mg, onde Barreto et al<sup>2</sup> (2000) encontraram uma prevalência de tabagismo menor (18,7%) com uma tendência decrescente com a idade e inversamente associada ao aumento da renda familiar e da escolaridade. Pode-se especular se as diferenças não teriam grande influência dos ambientes de procedência dos dois estudos: uma grande capital e uma pequena cidade do interior. Ainda entre as mulheres, na faixa etária de 60-69 anos, foi maior a participação no grupo dos que referiram o uso de bebidas alcoólicas, o que pode estar indicando a dificuldade no abandono de hábitos nocivos à saúde, mesmo na presença de doenças, reforçado por algum tipo de prazer associado à bebida.

Dentre as atividades realizadas pelos idosos, usadas para avaliar o esforço físico, foi observado que as domésticas, culturalmente predominantes do sexo feminino, são as que possibilitam a realização de mais atividade física. Considerando-se a predominância de aposentados e o fato de que, para 75,4% deles, a atividade de lazer não inclui esforço físico, pode-se supor que o sedentarismo se constitui em importante fator de risco neste grupo. A análise das características biomédicas investigadas revela que o grupo estudado tem, além da idade, que por si só já se constitui um importante fator de risco cardiovascular, elevadas proporções de hipertensão arterial (65,1%), sobrepeso (36,4%), hipertrigliceridemia (37,4%), hipercolesterolemia (46,4%), diabetes mellitus (19%) e baixa filtração glomerular, em parte componente do próprio processo do envelhecimento e em parte sugerindo presença de graus variados de Doença Renal Crônica - DRC, provavelmente decorrente da elevada frequência de hipertensão e do diabetes<sup>13</sup>. Estes resultados sugerem a associação de fatores biomédicos (idade, sexo, IMC, CC e RCQ com médias elevadas), fatores relacionados ao estilo de vida (tabagismo, alcoolismo e sedentarismo) e fatores sócio-econômicos (baixa renda e baixa escolaridade), atuando durante longo período da vida destes indivíduos. Além disso, pode-se também supor que a dificuldade na introdução de novos hábitos de vida entre os idosos, incluindo o comportamento alimentar adequado e a prática regular de atividade física, como recomendado na prática geriátrica, tem importantes implicações na determinação do estado de saúde deste grupo.

A coexistência de múltiplos fatores de risco sócio demográficos, de estilo de vida e biomédicos demonstram que o grupo apresenta um perfil de risco indesejável no seu conjunto, necessitando de programas atuantes, particularmente o da saúde da família, cujo atendimento predominantemente domiciliar evita deslocamentos em busca da assistência, facilitando a identificação precoce de problemas e adesão aos tratamentos. Ênfase especial deve ser dada a programas de Educação para a Saúde, de caráter informativo, reforçando a necessidade e importância das medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, já que alguns dos fatores de risco “modificáveis” foram de elevada frequência e ainda passíveis de reversão.

Além disso, a elevada proporção de casos de doença, entre as quais a obesidade, reforça a necessidade de garantia do acesso aos Serviços de Saúde às tecnologias diagnósticas e terapêuticas e a qualidade assistencial sem discriminação social. Da mesma forma, sugere-se a implantação de políticas públicas, visando o controle de morbidades associadas às condições nutricionais dos idosos e que incentivem a mudança de hábitos e comportamentos relacionados à saúde.

Considerando-se as limitações de um desenho de corte transversal e a impossibilidade de inferência destes resultados para a população idosa de Salvador, recomenda-se a realização de

estudos longitudinais para testar as hipóteses aqui delineadas, buscando oferecer subsídios para o planejamento e desenvolvimento de políticas e programas de saúde do idoso.

## REFERÊNCIAS

1. ALVES, C.K.A. ; BARRETO, K.M.L. População idosa de Camaragibe/PE: um perfil sócio demográfico. **Rev. Bras. Epidemiol** 2002; Supl.Esp: p.430.
2. BARRETO, S. M. et al. Projeto Bambuí: Um estudo com base populacional de hábitos de vida que configuram risco para a saúde em idosos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 12., 2000, Brasília-DF. **Anais...** Brasília-DF: Editora SBGG, 2000. p. 55.
3. BARRETO, S.M. et al. Hypertension and Clustering of Cardiovascular Risk Factors in a Community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. In: **Arq. Bras Cardiol**, São Paulo, 2001; (77); 6: 576-581.
4. BRASIL/FUNDAÇÃO IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/população/censo> Acesso em: 20 ago. 2004.
5. BRASIL/FUNDAÇÃO IBGE. Censo demográfico. Rio de Janeiro: 1973. [8º Recenseamento Geral do Brasil, 1970].
6. BRASIL/ FUNDAÇÃO IBGE – Síntese de Indicadores Sociais. Idosos. 2000.
7. COOCKROFT, D.W.; GAULT, M.H. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. **Nephron**, 1976; 16 (1): 31-41.
8. COELHO FILHO, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev.Saúde Pública**, 1999; 33: 5.
9. CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3. **Rev Bras Clin Terap** 1998; (24); 6: 231-272.
10. DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 3. **Arq Bras Cardiol**, 2001, 77 (sup III).
11. DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4. **Arq Bras Cardiol**, 2002.
12. FRIEDEWALD, W.T. et al. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma without use of the preparative ultracentrifuge. **Clin Chem**, v.18, p. 499-502, 1972.
13. LIMA E COSTA, M.F.F.L.; et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Inf. Epidemiol SUS** 2000; 9: 23-41.

14. LIMA E COSTA, .M.F.F.L.; et al. Health and Ageing Study (BHAS). Methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. **Rev Saúde Pública** 2000; 34: 126-35.
15. LOHMAN, T.G; ROCHE, A.F; MARTORELL, R. Antropometric standarization reference manual. Illinois: **Human Kinetics Books**; 1988.
16. MARK, J. SARNAK et al. Kidney Disease as a Risk Factor for Development of Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2003;108:2154
17. MORAGAS, RM. Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida. Tradução de Nara C. Rodrigues. São Paulo: Paulinas, 1997; p. 283.
18. P e A Instituto de Pesquisa e Análise Social e Econômica Limitada. *Classificação Socioeconômica*. 1999 (xerocópia).
19. ROSA, TEC; BRITO FC; BALDACIN, C. Perfil demográfico e social de idosos residentes em onze regiões do município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2002, Supl.Esp: 430.
20. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Projeções de População por Sexo e Idade. Bahia – 1991-2020. Resultados das Projeções. **Série Estudos e Pesquisas**, Salvador, 1999; 44: 23.
21. SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA. Mudanças sociodemográficas recentes. Região Metropolitana de Salvador. As tendências do crescimento da população de Salvador, ao longo do século XX, e seus significados. **Série Estudos e Pesquisas**, Salvador, 1999; 41: 42-49.
22. The Sixth Report Of The Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation, And Treatment Of High Blood Pressure (Jnc-Vi). *Arch. Intern. Med.* 1997; 157: 2413-2445.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of a WHO Consultation on Obesity. In: Obesity, Preventing and Management the global epidemic. Genebra, 1997.