

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS PORTADORES DE OSTEOARTRITE EM UMA CIDADE DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Evaluation of health conditions of elderly patients with osteoarthritis in a city of the interior of Rio Grande do Sul

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a prevalência de osteoartrite em idosos no município de Passo Fundo-RS, Brasil. **Métodos:** Tratou-se de um trabalho epidemiológico seccional de natureza descritiva e analítica, no qual foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico, contendo perguntas abertas e fechadas, aos indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos, sendo os dados analisados por meio do pacote estatístico SPSS versão 18.0. Foram entrevistados 51 idosos portadores de osteoartrite de joelhos, no período de 05 de março a 05 de agosto de 2011. **Resultados:** A predominância foi do sexo feminino (n=45; 88,2%), na faixa etária dos 60-69 anos (n=22; 43,1%). Em relação à escolaridade, 13 (25,4%) idosos tinham o segundo grau completo, com renda individual mensal de um salário mínimo (n=22; 43%), não fumavam (n=49; 96%) e não eram etilistas (n=47; 92%). Além disso, 44 (86%) relataram ter alguma doença, sendo a hipertensão a mais prevalente (n=21; 41%) e 44 (78,4%) faziam uso de medicamentos. Quanto à prática de atividade física, mais da metade dos entrevistados praticava alguma atividade física (n=41; 80,4%) e frequentavam grupos de terceira idade (n=38; 74,5%); ainda, a grande maioria dos idosos não sofreu nenhuma queda nos últimos 06 meses (n=41; 80,3%) e considerava boa sua saúde (n=28; 56,6%). **Conclusões:** Pode-se observar que as condições socioeconômicas e de saúde desses idosos apresentaram-se favoráveis, porém, vale ressaltar a importância do planejamento de políticas públicas direcionadas às necessidades específicas da população idosa, além de outros estudos que possibilitem ampliar o conhecimento a respeito dessa população.

Descritores: Epidemiologia; Osteoartrite; Envelhecimento.

ABSTRACT

Objective: To characterize the prevalence of osteoarthritis among the elderly in the city of Passo Fundo - RS, Brazil. **Methods:** This was an epidemiological cross-sectional study of descriptive and analytical nature, in which a sociodemographic and clinical questionnaire, containing open and closed questions, was applied to subjects aged sixty or over and the data was analyzed using the statistical package SPSS version 18.0. We interviewed 51 elderly patients with knee osteoarthritis, in the period from March 05 to August 05 2011. **Results:** Most patients were female (n=45, 88.2%), aged 60-69 years (n=22, 43.1%). Regarding education, 13 (25.4%) of the subjects had completed high school, individual monthly income of a minimum wage (n=22, 43%), were nonsmokers (n=49, 96%) and not alcoholics (n=47, 92%). Moreover, 44 (86%) of them reported having some disease, hypertension as the most prevalent (n=21, 41%) and 44 (78.4%) were taking medicine. Concerning the practice of physical activity, more than half of respondents practiced some physical activity (n=41, 80.4%) and attended an elderly group (n=38, 74.5%); also, the vast majority of elderly had taken no fall during the last 06 months (n=41, 80.3%) and considered their health as good (n=28, 56.6%). **Conclusions:** It may be noted that the socioeconomic and health conditions of the elderly were found to be favorable, but it is worth emphasizing the importance of planning public policies targeting specific needs of the elderly, along with other studies for increasing knowledge about this population.

Descriptors: Epidemiology; Osteoarthritis; Aging.

Juliana Secchi Batista⁽¹⁾
Daniele Pedott⁽¹⁾
Lia Mara Wibelinger^(1,2)

- 1) Universidade de Passo Fundo - UPF - Passo Fundo - (RS) - Brasil
- 2) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS - Porto Alegre - (RS) - Brasil

Recebido em: 18/01/2011
Revisado em: 26/04/2012
Aceito em: 30/04/12

INTRODUÇÃO

As transições demográfica e epidemiológica têm suscitado debates sobre o desafio de buscar alternativas de cuidado a um crescente número de idosos. O envelhecimento é um fenômeno universal e de proporções individuais. Cada ser humano envelhece de maneira diferente porque o envelhecimento não é somente biológico, mas também influenciado pelo modo de vida do indivíduo e pelo ambiente que vive⁽¹⁾.

Há 30 anos quedas significativas nas taxas de mortalidade e fecundidade ocorreram em curto espaço de tempo, resultando em uma transformação rápida de uma população jovem em uma população idosa e a evidência disso ocorrerá até 2025, ano em que o Brasil terá a sexta maior população de idosos do planeta, o que significa mais de 32 milhões de pessoas acima de 60 anos. Diante desses dados, saímos de um paradigma de saúde pública onde o alvo principal eram crianças e jovens com doenças infecciosas com diagnósticos simples e entramos em um novo paradigma, no qual a população de risco é senescente, as patologias são crônicas e evolutivas, com métodos diagnósticos sofisticados e caros⁽²⁾.

As deficiências musculoesqueléticas e articulares estão entre os problemas de saúde mais prevalentes e sintomáticos, nesta faixa etária⁽³⁾. Condições como artrite reumatóide, osteoartrite, osteoporose e lombalgia são frequentes. Estima-se que serão a quarta causa de deficiência no ano 2020⁽⁴⁾.

A osteoartrite (OA) é uma doença articular crônico-degenerativa que evidencia desgaste da cartilagem articular, na qual, dentre as articulações de sustentação de peso é o mais frequentemente afetado. Classifica-se em primária (ou idiopática), quando a causa é desconhecida e secundária, decorrente de outro problema (p.ex., doença de Paget ou uma infecção, deformidade, lesão ou uso excessivo da articulação. Quaisquer que sejam a localização e a causa, a patogênese se constitui em mudanças catabólicas, com inibição da síntese e tentativa de reparo da matriz cartilaginosa⁽⁵⁾. Indivíduos com OA de joelho também apresentam alterações funcionais objetivas, sendo mais comuns a menor velocidade para a marcha⁽⁶⁾ e para subir ou descer escadas⁽⁷⁾.

Além da obesidade, diversos fatores podem influenciar a capacidade funcional em indivíduos com OA, entre eles a gravidade da doença⁽⁸⁾, a amplitude de movimento, a força muscular, a idade e o sexo⁽⁹⁾.

O presente estudo teve como objetivo caracterizar a prevalência de osteoartrite em idosos no município de Passo Fundo - RS.

MÉTODOS

O presente estudo é epidemiológico seccional de natureza descritiva e analítica, e faz parte de um projeto guarda-chuva, que tem como objetivo caracterizar a população idosa da cidade de Passo Fundo-RS; o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sob parecer nº 447/2010. O tamanho da amostra (n) foi estimado para uma proporção com um nível de significância (α) de 5%. O Quadro 1 apresenta a proporção de pessoas idosas que participaram da pesquisa. A definição da amostragem foi não aleatória, isto é, por conveniência, porém estratificada por gênero, conforme dados do Censo Demográfico 2007 (IBGE, 2007).

Quadro I - Determinação da amostra. Passo Fundo-RS, 2011.

Gênero	População	Amostra	%
Feminino	255	45	88,2%
Masculino	120	6	11,8%
Total	375	51	100%

Fonte: IBGE (Censo Demográfico 2007).

A participação dos idosos ao estudo estava condicionada aos seguintes critérios: apresentar laudo médico com diagnóstico de osteoartrite e aceitar participar do estudo voluntariamente. Foram excluídos do estudo os idosos que não apresentaram laudo médico com diagnóstico de osteoartrite. A coleta de dados foi realizada no período de 5 de março a 5 de agosto de 2011, através de entrevistas com idosos residentes no município de Passo Fundo-RS, que foram selecionados de forma aleatória e que, após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam primeiramente um questionário contendo dados de identificação da pessoa, indicadores sócio-demográficos e clínicos.

Os dados coletados foram organizados e estruturados no Programa Microsoft Excel 2007 e, para a análise descritiva dos dados, foi utilizado o pacote estatístico SPSS for Windows 18.0.

RESULTADOS

A Tabela I apresenta a distribuição dos idosos quanto às características sociodemográficas. A amostra inicial foi composta por 51 idosos portadores de osteoartrite, sendo 45 (88,2%) do sexo feminino e a faixa etária mais frequente de 60 – 69 anos (22 - 43,1%). Quanto ao estado civil, 6 (11,7%) das mulheres e 13 (25,5%) dos homens eram casados e a religião mais frequente foi a católica, entre 36 (70,5%) dos

entrevistados; 5 (9,8%) dos homens e mulheres referiram ter o ensino superior completo; 44 (86,1%) tinham casa

própria, porém a renda individual mensal de 22 (43%) dos idosos era de 1 salário mínimo.

Tabela I - Distribuição dos idosos quanto às características sócio-demográficas. Passo Fundo-RS, 2011.

Variáveis	Gênero				Total	
	Masc		Fem		n	%
	n	%	n	%		
Gênero	6	11,8	45	88,2	51	100,0
Faixa etária						
60-69	8	15,7	14	27,4	22	43,1
70-79	9	17,7	12	23,4	21	41,1
80-89	1	2,0	5	9,8	6	11,8
>90	0	0	2	4,0	2	4,0
Estado Civil						
Casado	13	25,5	6	11,7	19	37,2
Solteiro	11	21,6	7	13,7	18	35,3
Viúvo	4	8,0	8	15,5	12	23,5
Divorciado	1	2,0	1	2,0	2	4,0
Religião						
Católica	21	41,2	15	29,3	36	70,5
Evangélica	1	2,0	2	4,0	3	6,0
Espírita	2	4,0	9	17,5	11	21,5
Outra	0	1,0	1	1,0	1	2,0
Escolaridade						
Primeiro grau incompleto	5	9,8	7	13,7	12	23,5
Primeiro grau completo	6	11,8	6	11,7	12	23,5
Segundo grau incompleto	3	6,0	1	2,0	4	8,0
Segundo grau completo	6	11,8	7	13,6	13	25,4
Superior completo	5	9,8	5	9,8	10	19,6
Renda (individual mensal)						
1 salário mínimo	7	13,7	15	29,3	22	43,0
2 salários mínimos	9	17,7	6	11,7	15	29,4
3 salários mínimos	2	4,0	3	6,0	5	10,0
≥ 4 salários mínimos	7	13,7	2	3,9	9	17,6
Casa própria						
Sim	22	43,1	22	43,0	44	86,1
Não	3	6,0	4	7,9	7	13,9

A tabela II representa a distribuição dos idosos quanto ao estilo de vida. Os resultados encontrados mostram que entre homens e mulheres, apenas 2 (4,0%) e 4 (8,0%) dos entrevistados eram tabagistas e etilistas, respectivamente; e 48 (94,0%) faziam consulta preventiva anualmente. Em

relação aos grupos de terceira idade, apenas 12 (23,5%) dos homens contra 26 (51,0%) das mulheres frequentavam, além disso, apenas 12 (23,6%) homens relataram realizar prática de atividade física, sendo o alongamento, 19 (37,2%), o mais frequente entre as mulheres.

Tabela II - Distribuição dos idosos quanto ao estilo de vida. Passo Fundo-RS, 2011.

Variáveis	Gênero				Total	
	Masc		Fem			
	n	%	N	%	n	%
Tabagista						
Sim	1	2,0	1	2,0	2	4,0
Não	24	47,1	25	48,9	49	96,0
Etilista						
Sim	3	6,0	1	2,0	4	8,0
Não	27	53,0	20	39,0	47	92,0
Consulta preventiva anual						
Sim	20	39,2	28	54,8	48	94,0
Não	2	4,0	1	2,0	3	6,0
Frequenta grupos de terceira idade						
Sim	12	23,5	26	51,0	38	74,5
Não	11	21,6	2	3,9	13	25,5
Pratica atividade física						
Sim	12	23,6	29	56,8	41	80,4
Não	6	11,8	4	7,8	10	19,6
Tipo de atividade física						
Caminhada						
Sim	2	4,0	3	5,8	5	9,8
Não	17	33,4	29	56,8	46	90,2
Alongamento						
Sim	1	2,0	19	37,2	20	39,2
Não	25	49,1	6	11,7	31	60,8
Dança						
Sim	0	0	3	5,8	3	5,8
Não	27	53,0	21	41,2	48	94,2
Hidrogenástica						
Sim	7	13,8	12	23,4	19	37,2
Não	23	45,2	9	17,6	32	62,8
Outras						
Sim	9	17,7	6	11,7	15	29,4
Não	19	37,3	17	33,3	36	70,6

Na tabela III é apresentada a distribuição dos idosos quanto à saúde percebida. Em relação às atividades de vida diária, 33 (64,7%) relataram não possuir dificuldades; na autoavaliação da visão, 24 (47,1%) das mulheres

autoavaliaram como regular, porém 45 (88,2%) dos idosos faziam uso de óculos e 28 (56,6%) dos entrevistados consideravam a saúde boa.

Tabela III - Distribuição dos idosos quanto à saúde percebida. Passo Fundo-RS, 2011.

Variáveis	Gênero				Total	
	Masc		Fem		n	%
	n	%	n	%		
Possui dificuldade nas AVD's						
Sim	8	15,7	10	19,6	18	35,3
Não	20	39,3	13	25,4	33	64,7
Autoavaliação da visão						
Ruim	1	2,0	3	5,8	4	7,8
Regular	11	21,6	24	47,1	35	68,7
Boa	5	15,7	4	7,8	12	23,5
Uso de óculos						
Sim	27	53,0	18	35,2	45	88,2
Não	3	5,9	3	5,9	6	11,8
Como considera sua saúde						
Regular	10	19,9	6	11,8	16	31,7
Boa	14	28,3	14	28,3	28	56,6
Ótima	3	5,1	4	6,6	7	11,7

A tabela IV apresenta a distribuição dos idosos quanto a tratamento de saúde, onde 36 (70,5%) dos idosos já fizeram fisioterapia; 46 (90,2%) já fizeram cirurgia e 44 (86,0%) possuíam alguma doença, sendo a hipertensão a mais

prevalente em 11 (21,5%) dos homens e em 10 (19,5%) das mulheres; em relação às quedas, 10 (19,7%) dos idosos relataram ter apresentado episódio de quedas nos últimos 6 meses, onde 8 (84,4%) das quedas foram em casa.

Tabela IV - Distribuição dos idosos quanto a tratamento de saúde. Passo Fundo-RS, 2011.

Variáveis	Gênero				Total	
	Masc		Fem		n	%
	n	%	n	%		
Já fez fisioterapia						
Sim	8	15,7	28	54,8	36	70,5
Não	8	15,8	7	13,7	15	29,5
Já fez cirurgia						
Sim	19	37,3	27	52,9	46	90,2
Não	2	4,0	3	5,8	5	9,8
Possui alguma doença						
Sim	24	47,0	20	39,0	44	86,0
Não	3	6,0	4	8,0	7	14,0
Doenças						
Diabetes	5	9,9	1	1,9	6	11,8
Dislipidemia	4	7,9	4	7,9	8	15,8
Hipertensão	11	21,5	10	19,5	21	41,0
Cardiovascular	6	11,8	2	3,9	8	15,7
Osteoporose	0	0	8	15,7	8	15,7
Queda nos últimos 6 meses						
Sim	3	6,0	7	13,7	10	19,7
Não	32	62,7	9	17,6	41	80,3
Local da queda						
Em casa	3	31,7	5	52,7	8	84,4
Na rua	1	7,8	1	7,8	2	15,6

Na tabela V é apresentada a distribuição dos idosos quanto ao tratamento medicamentoso, onde 44 (78,4%)

dos idosos relataram fazer uso, sendo os hipotensores os de maior prevalência para 15 (29,5%) dos homens e 13 (25,5%) das mulheres.

Tabela V - Distribuição dos idosos quanto ao tratamento medicamentoso. Passo Fundo- RS, 2011.

Variáveis	Gênero				Total	
	Masc		Fem			
	n	%	n	%	n	%
Faz uso de medicamentos						
Sim	16	28,6	28	49,8	44	78,4
Não	4	12,4	3	9,2	7	21,6
Medicamentos						
Diuréticos	0	0	9	17,6	9	17,6
Hipotensores	15	29,5	13	25,5	28	55,0
Antidepressivos	0	0	4	7,8	4	7,8
Outros	5	9,8	5	9,8	10	19,6

A tabela VI representa a distribuição dos idosos quanto à assistência preventiva e amparo familiar. Em relação ao plano de saúde, 16 (31,4%) dos idosos relataram não tê-

lo; 22 (43,2%) dos idosos moravam sozinhos, 46 (90,2%) possuíam filhos e 42 (82,4%) possuíam netos.

Tabela VI - Distribuição dos idosos quanto à assistência preventiva e amparo familiar. Passo Fundo-RS, 2011.

Variáveis	Gênero				Total	
	Masc		Fem			
	n	%	n	%	n	%
Plano de saúde						
Sim	17	33,4	18	35,2	35	68,6
Não	9	17,7	7	13,7	16	31,4
Mora sozinho						
Sim	13	25,6	9	17,6	22	43,2
Não	13	25,5	16	31,3	29	56,8
Possui filhos						
Sim	25	49,1	21	41,1	46	90,2
Não	2	4,0	3	5,8	5	9,8
Possui netos						
Sim	20	39,3	22	43,1	42	82,4
Não	4	7,9	5	9,7	9	17,6

DISCUSSÃO

Do ponto de vista demográfico, no plano individual, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos⁽¹⁰⁾.

As diferenças de gênero são importantes para descrever as pessoas idosas e, da mesma forma como tem ocorrido em todo o mundo, o número de mulheres idosas, no Brasil, é maior do que o de homens, as informações da Pesquisa Nacional, por Amostra de Domicílio (PNAD), mostraram que, em 2003, essa proporção era de 55,9% e 44,1%, respectivamente⁽¹¹⁾.

No ano de 2000, para cada cem mulheres idosas, havia 81 homens idosos; em 2050 haverá provavelmente cerca de 76 idosos para cem idosas. No grupo acima de 80 anos, estima-se que, em 2050, teremos duas idosas para cada idoso⁽¹²⁾.

Corroborando com os achados encontrados em um estudo realizado no município de Porto Alegre-RS, entre 2001 e 2002, com idosos residentes na zona de cobertura do Serviço de Saúde Comunitária, no qual concluíram que 66% dos entrevistados eram mulheres, e 54% da amostra estava na faixa etária entre 60 e 70 anos⁽¹³⁾. Dados do IBGE apresentam percentuais semelhantes em cada uma destas faixas etárias, correspondendo a 57,4% de 60-70 anos, 30,1% de 70 – 80 anos e 12,6% para acima de 80 anos⁽¹⁴⁾.

Por outro lado, a baixa participação de idosos com mais de 80 anos pode decorrer de maiores graus de dependência e comorbidades com o aumento da idade, limitando o acesso e a participação nos grupos de convivência de idosos^(15,16).

No presente estudo, apenas 3 idosos eram viúvos; a mulher alcança uma maior longevidade, quando comparada ao homem, e, dessa forma, vivencia mais a viuvez, uma vez que casa mais cedo e apresenta menor taxa de segundo casamento em relação ao homem viúvo^(17,18).

A religião mais frequente foi a católica, indo ao encontro de outro estudo, onde 46,8% professam o catolicismo, 42,3% são evangélicos, 7,21% espíritas e 3,60% relatam não pertencer a nenhuma religião. A religiosidade parece aumentar com o envelhecimento. A maturidade, a experiência, os problemas da vida e a maior disponibilidade de tempo conduzem para uma maior aproximação com a espiritualidade. Este fenômeno deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde no atendimento à população idosa⁽¹⁹⁾.

Quanto à escolaridade, maior parte dos idosos tinha o segundo grau completo. A escolaridade tem sido associada à melhoria na qualidade de vida e longevidade. Verificou-se no Brasil um aumento percentual de 10 pontos na taxa de analfabetismo nos últimos dez anos⁽²⁰⁾.

Na última década, houve aumento significativo neste indicador, a proporção de idosos alfabetizados passou de

55,8%, em 1991, para 64,8%, em 2000, representando um crescimento de 16,1% no período. Apesar desse avanço, em 2000, o contingente de idosos analfabetos era expressivo, representando cerca de 5,1 milhões de pessoas⁽²¹⁾. A escolaridade influencia no cuidado à saúde, pois o analfabetismo está associado ao risco de deficiência e morte⁽¹⁾.

No presente estudo, a ocorrência de idosos tabagistas e etilistas apresentou-se baixa, indo ao encontro de uma pesquisa realizada com 119 idosos com mais de 75 anos, da área urbana do município de Jandaia do Sul, no estado do Paraná; pode-se concluir que casos de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas apresentaram-se baixos⁽²²⁾.

Em relação à renda familiar, 40% dos idosos brasileiros têm uma renda familiar *per capita* menor que um salário mínimo⁽²⁰⁾. Na população pesquisada a renda individual mensal foi de 1 salário mínimo.

Um estudo realizado com 292 idosos do Distrito Noroeste de Porto Alegre, RS, concluiu que quanto ao arranjo domiciliar, 78,1% moravam acompanhados⁽²³⁾, corroborando com os achados deste estudo.

Embora existam idosos que tenham condições de viver e manterem-se sozinhos, ou que tenham familiares interessados em acompanhar suas vidas, auxiliando-os quando necessitam, devemos considerar que grande parte dos idosos é constituída de pobres, sem condições de viver sozinhos⁽²⁴⁾.

Em 1993, o Brasil apresentava a média de 4,2 moradores por domicílio, a qual tende a diminuir com relação ao idoso, devido à maior mobilidade das famílias e ao número crescente de separações e óbitos com o passar dos anos⁽¹⁷⁾.

Da amostra estudada entre os indivíduos que possuem alguma doença, a hipertensão apresentou-se de maior prevalência.

Além das modificações populacionais, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade. As doenças infecto-contagiosas, que representavam 40% das mortes registradas no País em 1950, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas⁽²⁵⁾.

O fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito importante com o passar dos anos: entre as pessoas de 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas entre os idosos este

valor atinge 75,5% do grupo, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres⁽²⁶⁾.

Dos idosos estudados, mais da metade fazia uso de medicamentos, o que vai ao encontro de uma pesquisa que investigou o consumo de medicamentos e fatores associados em 1.598 idosos de Belo Horizonte, encontrando frequência de uso de medicamentos de 72,1%, predominando as drogas com ação sobre o sistema cardiovascular⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, verifica-se que o consumo de medicamentos entre os idosos é muito alto, tendência que acompanha o processo de envelhecimento com o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e suas comorbidades⁽²⁷⁾.

Considerando que o idoso tem tendência a aceitar o uso de medicamentos, como algo comum e sem riscos, e que o gasto com os mesmos, no Brasil, gira em torno de 40% das verbas destinadas à saúde pública^(28,29), os dados mostram-se otimistas, principalmente no que se refere aos idosos que não necessitam de medicamentos com regularidade, os quais constituem 25% da amostra. Sabe-se que nenhuma faixa etária consome tanta medicação quanto a dos idosos, sendo que destinam boa parte de sua renda para a compra de medicamentos⁽³⁰⁾.

Em relação à visão, a maioria dos idosos faziam uso de óculos e também não tiveram nenhuma queda nos últimos 6 meses. Alterações da acuidade e do campo visual, bem como catarata, glaucoma e degeneração macular estão correlacionados com aumento do risco de quedas⁽³¹⁾. Alguns estudos prospectivos indicam que 30% a 60% da população da comunidade com mais de 65 anos cai anualmente e metade apresenta quedas múltiplas^(32,33).

As pessoas que consideram ruim seu estado de saúde apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas, em comparação com aquelas que relatam ter uma excelente saúde⁽³⁴⁾.

As atividades físicas diárias são importantes para que os idosos permaneçam com uma melhor aptidão física, pois requerem um nível mínimo de força muscular, flexibilidade, coordenação e equilíbrio, e, com isto, mantenham sua capacidade funcional⁽³⁵⁾, indo ao encontro deste estudo, onde a maioria dos idosos praticava alguma atividade física, sendo o alongamento mais prevalente.

Num estudo sobre a população portuguesa com 65 anos ou mais de idade, observou-se que a taxa percentual de idosos que não praticam qualquer atividade física desportiva (72%) atinge a sua maior expressão. Dos 28% que praticam atividades de forma regular, 9% praticam natação e 7% a caminhada, destacando-se ambas de forma significativa, em termos percentuais, das restantes atividades mais praticadas⁽³⁶⁾.

Corroborando com os achados desta pesquisa, onde a maioria dos idosos considerou sua saúde boa e a percepção da saúde tem sido descrita como um importante preditor de sobrevivência entre idosos, estudos confirmam que diferenças de gênero e idade, na percepção da saúde, são importantes determinantes do comportamento em relação à procura por atendimento de saúde⁽³⁷⁾.

Há diferenciais na autopercepção da saúde dos idosos em relação ao rendimento médio mensal familiar *per capita*: os idosos mais pobres (até 1 salário mínimo *per capita*) declararam saúde ruim/muito ruim em maior proporção do que os idosos dos estratos de rendimentos mais elevados⁽³⁸⁾.

Em uma pesquisa realizada foi encontrada uma boa percepção de saúde⁽³⁹⁾, enquanto em outra pesquisa verificou-se um nível de percepção de saúde regular⁽⁴⁰⁾. Esses resultados sugerem que os grupos de convivência de idosos podem ser considerados importantes veículos para informações nos três níveis de saúde do idoso, visando a informar sobre a prevenção e controle dos principais problemas de saúde do envelhecimento. A inclusão dos grupos de convivência nas campanhas e medidas de saúde pública voltadas para o idoso também não deve ser desconsiderada.

CONCLUSÃO

A osteoartrite é uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes, responsável por desencadear limitações funcionais na população idosa, porém, a partir da análise dos dados, pode-se observar que as condições socioeconômicas e de saúde dos idosos apresentaram-se favoráveis.

Dentre os 51 idosos portadores de osteoartrite, a predominância foi do sexo feminino, na faixa etária dos 60-69 anos. A maioria dos idosos tinha o segundo grau completo, com renda individual mensal de 1 salário mínimo. Quanto ao uso de medicamentos, mais da metade dos idosos faziam uso, sendo os hipotensores de maior prevalência; os índices de tabagismo e etilismo apresentaram-se baixos. Quanto à prática de atividades físicas, mais da metade dos idosos praticava alguma atividade física e também não tiveram nenhuma queda nos últimos 6 meses; a maioria dos idosos frequentavam grupos de terceira idade e consideravam sua saúde boa.

As alterações de saúde encontradas reforçam o perfil epidemiológico dos idosos e podem contribuir para o direcionamento de ações para a saúde coletiva destes, fundamental para um envelhecer saudável e com qualidade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization - WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Ramos LR. Guia de geriatria e gerontologia. 1ª ed. Barueri: Manole; 2005.
3. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):725-33.
4. Woolf AD, Akesson K. Understanding the burden of musculoskeletal conditions. The burden is huge and not reflected in national health priorities. *BMJ*. 2001; 322:1079-80.
5. Martin DF. Pathomechanics of Knee osteoarthritis. *Med Sci Sports Exerc*. 1994; 26 (12):1429-34.
6. Al-zharani KS, Bakheit AMO. A study of the gait characteristics of patients with chronic osteoarthritis of the knee. *DisRehab*. 2002; 24(5):275-80.
7. Camargos FFO et al. Estudo da propriocepção e desempenho funcional em idosos com osteoartrite de joelhos. *Rev Bras Fis*. 2004; 8(1):1-7.
8. Williams DA et al. Knee pain and radiographic osteoarthritis Interact in the prediction of levels of self-reported disability. *Arthritis Rheumatism*. 2004; 51(4): 558–
9. Fransen M, Crosbie J, Edmond J. Reliability of gait measurements in people with osteoarthritis of the knee. *PhysTher*. 1997; 77(9):944-53.
10. Carvalho JAM, Andrade FCD. Envejecimiento de lapoblaciónbrasileña: oportunidades y desafíos. In: *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad*, 1999, Santiago. Anais. Santiago: CELADE; 2000. p. 81-102.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio-PNAD. Brasília-DF; 2003.
12. Carvalho JAM, Wong LIR. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade da século XXI. *Cad Saúde Publica*. 2008; 24(3):597-605.
13. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamento por idosos em região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(6):924-9.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Síntese de indicadores. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2006.
15. Barreto KML, Carvalho EMF, Falcão IV.. Perfil sócio epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no Estado de Pernambuco. *Ver Bras Saúde MaternInfant*. 2003; 3(3):339-54.
16. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre o uso de medicamentos entre idosos na região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2006; 22:2657-67.
17. Silvestre JA, Kalach ARLR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arq Ger Gerontol*. 1996; 1:81-9.
18. Rodrigues RAP. Como cuidar de idosos. Campinas: Papirus; 1996.
19. Valente MM. A percepção pelo profissional de saúde na assistência ao idoso e caracterização de sua atuação na área. Monografia [monografia de especialização]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás/Faculdade de Enfermagem; 2001.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2007. (Síntese de Indicadores Sociais, n. 21).
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico. Brasília; 2000.
22. Farinasso ALDC. Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família. Dissertação [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo/ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
23. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5):757-68.
24. Nascimento EB, Pereira NG, Garcia VR. A instituição e o idoso: um estudo das características da instituição e do perfil de seus moradores. São Paulo; 1998.
25. Gordilho A. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral do idoso. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade; 2000.
26. Veras RP, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios

- para o setor privado. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10):2479-89.
27. Brody JA, Persky VW. Epidemiologia e demografia. In: Abrams WB. *Manual Merck de geriatria*. São Paulo: Roca; 1995. p. 3-4.
28. Duarte MJRS. Autocuidado para a qualidade de vida. In: Goldfarb DC. *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998: 125.
29. Berti AR. A terapêutica na terceira idade e o uso racional de medicamentos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. 1999; 2: 89-102.
30. Lepargneur H. Os desafios do envelhecimento. *Mundo Saúde*. 1999; 23(4):230-44.
31. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? *JAMA*. 2007; 297(1): 77-86.
32. Perracini MR, Ramos LR. Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. *Rev Saude Pública*. 2002; 36(6):709-16.
33. Reyes-Ortiz CA, Al Snith S, Markides KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexicans-Americans. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(5):362-9.
34. Rodrigues RN, Alves LC. Determinantes de autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(5-6):333-41.
35. Brill PA, Macera CA, Davis DR, Blair SN, Gordon N. Muscular strength and physical function. *Med. Sci. Sports Exerc*. 2000; 32:412-6.
36. Faria JCG. Caracterização da actividade física habitual da população portuguesa [dissertação]. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana; 2001.
37. World Health Organization – WHO. *Men. Ageing and health: achieving health across the life span*. Geneva: World Health Organization; 2001.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio-PNAD*. Brasília-DF; 2003.
39. Araújo LF, Carvalho VML. Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupo de convivência. *Textos Envelhecimento*. 2004; 6:10-22.
40. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/98. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):813-24.

Endereço para correspondência:

Juliana Secchi Batista
Rua: Pedro Vargas, 460/401
CEP: 99500-000 - Carazinho - RS - Brasil
E-mail: ju.secchi@hotmail.com