



Perfil de saúde dos idosos de Minas Gerais: uma análise com dados da PAD-MG de 2011

Health profile of elderly in Minas Gerais:
a data analysis of the PAD-MG 2011

Mirela Castro Santos Camargos¹
Juliana Lucena Ruas Riani²
Karina Rabelo Leite Marinho³
Wanderson Costa Bomfim⁴

¹Universidade Federal
de Minas Gerais
mirelacsc@gmail.com

²Fundação João Pinheiro

³Fundação João Pinheiro

⁴Universidade Federal
de Minas Gerais

RESUMO: O objetivo deste artigo foi analisar aspectos relacionados às condições de saúde dos idosos mineiros, considerando particularidades como prevalência de doenças crônicas, posse de plano de saúde, gastos com medicamentos, autopercepção do estado de saúde, utilização e acesso a serviços de saúde, hábitos de vida saudável e realização de exames preventivos. Para tal, são empregadas características demográficas como sexo, idade, escolaridade, raça/cor, estado civil e arranjo domiciliar, bem como a desagregação por região de planejamento do estado. Como fonte de dados, utiliza-se a Pesquisa por Amostra de Domicílio de Minas Gerais (PAD-MG) de 2011, que alcançou aproximadamente 18 mil domicílios. As análises possibilitaram conhecer o perfil da saúde dos idosos, bem como as diferenças quando se consideram características demográficas e regionais. Tal análise é fundamental frente ao rápido envelhecimento populacional em curso, que gera a necessidade de informações para subsidiar o planejamento de políticas públicas voltadas para esse segmento da população.

Palavras-chave: Idoso; Saúde; Doenças crônicas; Hábitos de vida saudável.

ABSTRACT: *The aim of this study was to analyze aspects related to the health conditions of the elderly of Minas Gerais, covering aspects such as prevalence of chronic diseases, private health insurance, expenses on medication, self-perceived health status, use of and access to health services, healthy lifestyle and preventive examinations. To this end, are employed demographic characteristics such as gender, age, education, race/color, marital status and living arrangement and breakdown by state planning region. The database used was the Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD-MG) 2011, which reached approximately 18,000 households. The analysis made it possible to know the health profile of the elderly, as well as the differences when considering demographic and regional characteristics. Such analysis is important due to the rapid population aging in progress, which brings to surface the need for information to support the public policies planning for this segment of the population.*

Keywords: *Elderly; Health status; Chronic diseases; Healthy lifestyles.*

1. Introdução

O envelhecimento – aumento da participação relativa dos grupos mais velhos na estrutura da população – é causado fundamentalmente pela redução da fecundidade e também, já em alguma medida, pelos ganhos de expectativa de vida nas populações pertencentes aos grupos etários mais velhos. Considerado uma das mais significativas tendências do século XXI, esse processo não é mais tido como novidade. No mundo, uma em cada nove pessoas tem 60 anos ou mais, e o crescimento é estimado para uma em cada cinco em 2050 (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Os dados do Censo Demográfico de 2010 apontam que 10,8% da população brasileira é composta por pessoas acima de 60 anos.

Minas Gerais acompanhou as maiores tendências populacionais observadas para o Brasil. Nesse sentido, as taxas de crescimento populacional arrefeceram, e observou-se uma trajetória contínua de redução da fecundidade, o que tem gerado uma série de modificações na distribuição da estrutura por idades, tanto do estado quanto do país. Segundo dados dos Censos Demográficos, em Minas Gerais a proporção de idosos quase dobrou entre o período de 1980 e 2010, e passou de 6,1% para 11,8% (IBGE, 1980; IBGE, 1991; IBGE, 2000; IBGE, 2010).

Se, por um lado, o aumento da longevidade é considerado um triunfo do desenvolvimento e uma das grandes conquistas da humanidade, por outro, a população em envelhecimento apresenta desafios econômicos e sociais. Para fazer face aos desafios, uma das alternativas é conhecer a população que envelhece. Para isso, é importante reconhecer que as pessoas acima de 60 anos não formam um grupo homogêneo, para o qual as políticas podem ser generalistas. Assim como os demais grupos etários, a população idosa apresenta características bastante diversas em relação à idade, sexo, raça/cor, educação, renda e saúde (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

Dentro desse contexto, a saúde dos idosos é sempre um tema que desperta interesse,

afinal apresenta relação direta tanto com a qualidade de vida dessas pessoas como com os gastos e a demanda por cuidado. Em uma época em que a população passou a viver mais, cresce o interesse de investigar se o tempo adicional acrescido à expectativa de vida é vivido em condições de saúde adequadas.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é analisar aspectos relacionados às condições de saúde dos idosos mineiros, tais como: prevalência de doenças crônicas, autopercepção do estado de saúde, utilização e acesso a serviços de saúde, hábitos preventivos e comportamentos de risco. Esses aspectos serão analisados considerando características demográficas como sexo, idade, escolaridade, raça/cor, estado civil e arranjo domiciliar, bem como a desagregação por região de planejamento do estado e Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). Essa análise é importante por permitir conhecer a forma diferenciada como o perfil de saúde se comporta entre os diferentes grupos e regiões, possibilitando, assim, subsidiar o planejamento de políticas públicas voltadas para esse segmento da população.

A base de dados utilizada é a Pesquisa por Amostra de Domicílio de Minas Gerais (PAD-MG) de 2011. A PAD-MG foi realizada nos mesmos moldes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE. É uma pesquisa domiciliar bianual, coordenada pela Fundação João Pinheiro, que possui informações sociodemográficas da população mineira, tais como características domiciliares, educação, trabalho, rendimentos, saúde, entre outros. Somado a isso, ela possibilita a realização de análises por diferentes níveis de abrangência geográfica, pois possui representatividade para as regiões de planejamento, mesorregião, setor censitário (rural e urbano), região metropolitana e município de Belo Horizonte. Na edição de 2011, a amostra da PAD-MG foi composta por 18 mil domicílios distribuídos por 428 municípios (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012).

Este artigo é dividido em mais cinco seções, além desta introdução. Na segunda seção, é apresentada a prevalência de doenças crônicas em Minas Gerais e suas regiões de

planejamento. Essa seção aborda também a posse de plano de saúde e os gastos com medicamentos. Na seção seguinte, é investigada a autopercepção de saúde dos idosos, considerando diferentes categorias demográficas, sociais e geográficas. A quarta seção apresenta informações sobre o acesso e a utilização de serviços de saúde. A quinta seção investiga os hábitos de vida saudável da população idosa, como a prática de atividade física, a realização de exames preventivos e a alimentação saudável, bem como os comportamentos de risco, como consumo de bebidas alcoólicas e tabaco. Por fim, é apresentada a conclusão.

2. Doenças crônicas

Apesar de envelhecimento não ser sinônimo de doença, sabe-se que na velhice as pessoas tendem a apresentar mais doenças crônicas (RABELO; CARDOSO, 2007). Na PAD-MG de 2011, foi investigado se algum médico ou profissional de saúde diagnosticou as seguintes patologias: doenças cardíacas, diabetes, hipertensão arterial, tuberculose, depressão, insuficiência renal crônica, bronquite ou asma, câncer, artrite ou reumatismo e doença de coluna (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012). Com base nessa pergunta, é possível obter informações sobre a prevalência de doenças crônicas na população que podem

auxiliar tanto no planejamento da demanda por cuidado e suporte, como na implantação de ações de prevenção, seja de agravamento dos casos existentes ou de novas ocorrências.

Em Minas Gerais, em 2011, aproximadamente três em cada quatro pessoas acima de 60 anos apresentavam pelo menos uma doença crônica investigada (gráfico 1). A prevalência de doenças crônicas varia entre os próprios idosos: 80% das pessoas acima de 80 anos relataram pelo menos uma dessas enfermidades. Já no grupo de idosos de 60 a 79 anos, a prevalência era de 76,8%. A hipertensão arterial era a patologia que mais acometia os idosos (58,3%), seguida dos problemas de coluna (30%). Segundo Barros *et al.* (2011), dados semelhantes foram encontrados na população brasileira em um estudo que utilizou informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008. Nesse estudo, as doenças crônicas mais prevalentes também foram hipertensão arterial e os problemas de coluna. Em relação à hipertensão arterial, em 2008, a prevalência era de 50,46% em idosos 60 a 69 anos, de 57,15% naqueles de 70 a 79 anos e de 55,85% no grupo etário acima de 80 anos. Para essas mesmas faixas etárias, a prevalência de doenças de coluna foram 35,14%, 35,54% e 33,93%, respectivamente. Sobre a presença

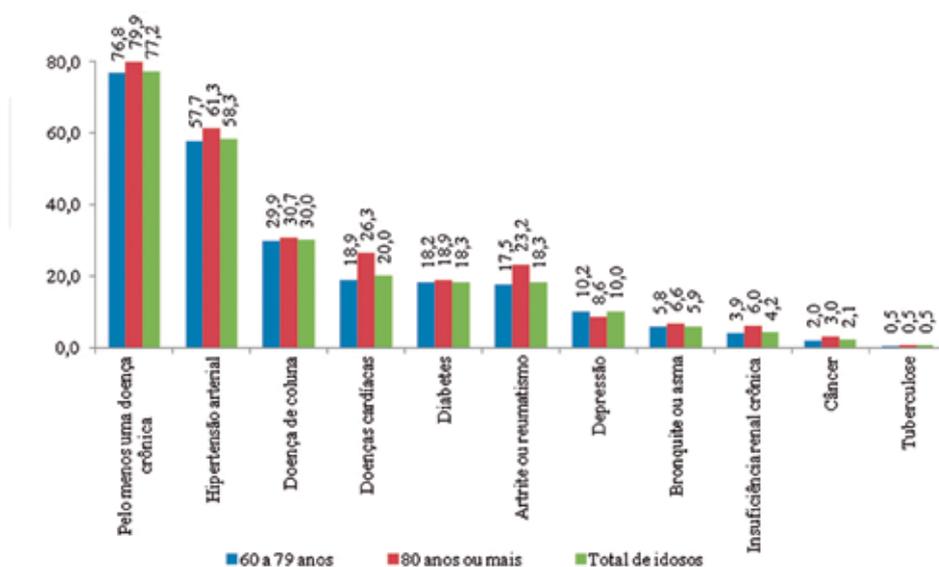


Gráfico 1 - Prevalência de doenças crônicas na população acima de 60 anos por faixa etária - Minas Gerais - 2011- (%)

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI)

de pelo menos uma doença crônica, o primeiro grupo etário possuía prevalência de 69,0%, o segundo, de 75,4% e o terceiro, de 76,4%, dados um pouco abaixo do que foi encontrado para a população mineira. Res-salva-se que Barros *et al.* (2011) utilizaram dados da PNAD de 2008 e incluíram, além das doenças crônicas analisadas na PAD-MG, a cirrose e a tendinite ou tenossinovite.

Em relação às diferenças entre os sexos, observa-se que as enfermidades crônicas são mais prevalentes na população idosa feminina: 81,4% das mulheres apresentam pelo menos uma doença crônica, contra 72% dos homens. Estudos sugerem que as taxas de mortalidade mais elevadas dos homens em idades mais jovens poderiam permitir que, na velhice, a composição do grupo etário masculino fosse mais favorável que o feminino,

devido a um mecanismo de seleção (PERLS *et al.*, 2002). Isso resultaria num grupo heterogêneo, no qual haveria um número maior de idosas mais fragilizadas e susceptíveis do que idosos, o que seria refletido diretamente na prevalência de doenças crônicas e no tempo a ser vivido com saúde debilitada (CAMARGOS *et al.*, 2008). Ao estimar a expectativa de vida saudável para a população brasileira, Camargos e Gonzaga (2015) relatam que, em 2008, aos 60 anos, as mulheres poderiam esperar viver 18,7 anos com doenças crônicas (82,6% dos anos de vida remanescentes). No caso dos homens, na mesma idade, a estimativa seria de 14,2 anos (72,7%).

Uma das vantagens dos dados da PAD-MG em comparação a outras pesquisas é a possibilidade de desagregação das informações por região de planejamento. Assim, de forma

Tabela 1: Prevalência de doenças crônicas e posse de plano de saúde na população acima de 60 anos segundo região de planejamento e Região Metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais, 2011 (%)

Especificação	Presença de pelo menos uma doença crônica	Hipertensão arterial	Doenças de coluna	Doenças cardíacas	Diabetes	Artrite ou reumatismo
Norte	75,5	55,4	31,6	13,9	12,3	17,6
Rio Doce	76,3	60,3	30,4	19,5	20,3	15,2
Zona da mata	74,5	54,9	27,3	17,4	18,7	14,4
Noroeste	79,7	55,7	49,5	26,2	17,4	26,5
Central	79,9	62	31,7	21,6	20,1	21,3
Sul	76,6	56,9	28,4	21,7	21,8	19,6
Triângulo	82,2	59,4	39,7	24	19,1	25,3
Alto Paranaíba	79,2	55,5	38,3	23,8	16,7	24
Centro-Oeste	75,7	55,7	28,7	21,5	17,3	19,5
Jequitinhonha/ Mucuri	76	60	29,6	15,5	13,7	16,3
RMBH	77,8	60	26	21	18,3	16,8
Minas Gerais	77,2	58,3	30	20	18,3	18,3
Especificação	Depressão	Bronquite ou asma	Insuficiência renal crônica	Câncer	Tuberculose	Posse de plano de saúde
Norte	6,2	4	2,1	0,8	0,2	10,5
Rio Doce	7,5	4,4	3,8	1,9	0,7	20,8
Zona da mata	9,4	4	2,8	1,7	0,5	29,9
Noroeste	12,1	6,1	8,9	3,5	0,4	13,7
Central	12,8	8,2	4,2	1,8	0,7	32,7
Sul	10,7	6,6	3,7	1,9	0,2	26,6
Triângulo	11,3	4,6	8,5	2,7	0,2	26,9
Alto Paranaíba	15,9	7,6	4,9	2,5	0	20,7
Centro-Oeste	13,6	8,5	4,4	3,3	0,7	31,9
Jequitinhonha/ Mucuri	4,7	5,6	5,4	2	0,6	8,5
RMBH	10,1	6,6	4	2,6	0,6	33,2
Minas Gerais	10	5,9	4,2	2,1	0,5	26,1

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI).

Nota: utilizou-se as cores vermelha e verde para destacar as maiores e menores prevalências, respectivamente.

inédita, é possível obter dados sobre a prevalência de doenças crônicas em cada região. Na tabela 1, pode-se observar essa prevalência e a proporção de pessoas cobertas por planos de saúde. Em relação à utilização dos serviços de saúde das pessoas com doença crônica, com posse ou não de plano de saúde, Barros *et al.* (2011) perceberam que os indivíduos que possuem algum plano de saúde utilizam mais serviços de saúde comparados àqueles que não possuem. Dos que possuem plano de saúde, 28,37% utilizaram algum serviço de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista, contra 22,39% dos que não possuem planos de saúde. Além disso, o percentual de internações também foi maior para aqueles que possuem plano de saúde (13,06% contra 11,37%).

Embora seja impossível obter os valores gastos com medicação para determinada doença crônica, os dados da PAD-MG de 2011 permitem levantar a média de gastos com medicamentos de uso contínuo e ocasional nos últimos 30 dias. Apesar das

Tabela 2: Proporção de pessoas acima de 60 anos que tiveram gastos com medicamentos de uso contínuo e ocasional nos últimos 30 dias – Minas Gerais, 2011

Especificação	Gastos com medicamentos (%)	
	uso contínuo	uso ocasional
Todas as pessoas acima de 60 anos	38,7	22,6
Livre de doença crônica	17,1	15,8
Pelo menos uma doença crônica	45,1	24,5
Doenças cardíacas	59,9	28,6
Diabetes	46,9	24,5
Hipertensão arterial	45,6	24,1
Tuberculose	58,2	36,3
Depressão	60,9	29,3
Insuficiência renal crônica	55,8	30,9
Bronquite ou asma	59,6	33,5
Câncer	50,8	29,4
Artrite ou reumatismo	54,1	32,5
Doença de coluna	49,1	30,1

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI).

Nota: os gastos apurados com medicamentos podem não ser especificamente com a doença crônica mencionada.

limitações, acredita-se que seja uma medida interessante para indicar se os portadores de dadas doenças apresentam gastos com medicamentos e quais os valores médios desses gastos. Para a análise, foram selecionadas pessoas acima de 60 anos, considerando o total de idosos, os livres de doenças crônicas, os portadores de pelo menos uma enfermidade e aqueles acometidos por enfermidade investigada (tabela 2).

Em 2011, em Minas Gerais, a proporção de idosos que tiveram gastos com medicamentos de uso contínuo nos últimos 30 dias foi de 38,7%. A dos que tomam remédios de uso ocasional foi de 22,6% (tabela 2). Quando comparadas com as livres de enfermidades, pessoas acima de 60 anos com doenças crônicas relataram gastos com medicamentos com maior frequência, como seria esperado. Dos portadores de doenças crônicas, 45,1% tiveram gastos com medicamentos de uso contínuo. Cerca de 60% dos que sofrem de depressão, doenças cardíacas, bronquite ou asma relataram gastos com esse tipo de medicação. No caso dos medicamentos de uso ocasional, as maiores porcentagens de dispêndios foram dos portadores de tuberculose (36,3%), bronquite ou asma (33,5%) e artrite ou reumatismo (32,5%). É importante ressaltar, porém, que é possível obter medicamentos gratuitos para algumas enfermidades por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) ou pelo Programa Farmácia Popular. Dessa forma, há quem, apesar de utilizar medicação, não gaste com eles.

Após eliminar aqueles que tiveram gasto igual a zero, foram estimadas as médias dos valores despendidos. O período de referência dos gastos em medicamentos é agosto de 2011. No entanto, não é possível atribuir esses gastos com medicamentos ao tratamento da doença crônica mencionada. Além disso, é preciso considerar que é possível ser portador de mais de uma doença crônica. Em termos de valores despendidos, conforme tabela 3, os portadores de doenças cardíacas (R\$190,13) e depressão (R\$180,50) apresentaram maiores gastos médios com

medicamentos de uso contínuo. Cancerosos apresentaram maiores gastos médios com medicamentos de uso ocasional (R\$95,07). Quem declarou ausência das doenças crônicas investigadas apresentou uma média de gastos menor com medicamentos de uso contínuo (R\$120,76) e ocasional (R\$67,68), se comparados a portadores de pelo menos uma enfermidade (R\$145,35 e R\$61,90, respectivamente). Finalmente, considerando o total de idosos, os gastos médios com medicamentos de uso contínuo foram de R\$142,88; os com medicamentos de uso ocasional, R\$62,82.

Tabela 3: Média de gastos com medicamentos de uso contínuo e ocasional nos últimos 30 dias pela população acima de 60 anos – Minas Gerais, 2011

Especificação	Gastos com medicamentos (r\$)	
	Uso contínuo	Uso ocasional
Todas as pessoas acima de 60 anos	142,88	62,82
Livre de doença crônica	120,76	67,68
Pelo menos uma doença crônica	145,35	61,90
Doenças cardíacas	190,13	69,26
Diabetes	173,70	72,08
Hipertensão arterial	143,99	60,84
Tuberculose	133,91	62,29
Depressão	180,50	72,31
Insuficiência renal crônica	176,05	73,15
Bronquite ou asma	160,88	63,00
Câncer	177,23	95,07
Artrite ou reumatismo	165,31	60,53
Doença de coluna	152,96	64,35

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI).

Nota: os gastos apurados com medicamentos podem não ser especificamente com a doença crônica mencionada. O período de referência dos gastos em medicamentos é agosto de 2011.

Segundo Loyola-Filho *et al.* (2006), os indivíduos idosos tendem a consumir um grande número de medicamentos. Nesse estudo, observou-se que a prevalência de consumo de medicamentos foi de 72,1% para a população idosa da região metropolitana

de Belo Horizonte. O consumo foi maior na população feminina (79,3%) em comparação com a masculina (61,5%). Destaca-se que o consumo aumentou com o avançar da idade, sendo maior na faixa etária superior (80 anos ou mais), e os medicamentos mais consumidos eram os que atuavam no sistema cardiovascular. Essa última informação é semelhante ao estudo de Loyola-Filho *et al.* (2005), que mostrou que os medicamentos que agiam sobre o sistema cardiovascular eram os mais consumidos (36,2%). Loyola-Filho *et al.* (2005) também apontam que o consumo de medicamentos, no caso daqueles que foram prescritos, foi maior na população feminina, e que isso pode estar relacionado à maior prevalência de doenças crônicas e maior utilização dos serviços de saúde.

De acordo com Loyola-Filho *et al.* (2002), apesar do consumo de medicamentos prescritos ser maior, a automedicação é um problema que merece ser destacado, e está associada a doenças e problemas de saúde mais leves. Nos casos de diagnósticos de doenças mais graves, o consumo de medicamentos prescritos é bem superior (LOYOLA-FILHO *et al.*, 2002).

Em estudo realizado por Silva *et al.* (2012), o consumo de medicamentos também foi maior entre os idosos de idades mais avançadas. O grupo de idosos de 70 anos ou mais apresentou prevalência de uso de medicamentos de 87,3%, contra 78,8% daqueles de 60 a 69 anos. Nesse estudo, a utilização média de medicamentos foi de 3,8 por pessoa, sendo que os idosos de idades mais avançadas apresentaram consumo médio maior (4,4) quando comparados aos idosos de faixa etária mais jovem (3,3).

Segundo Garcia *et al.* (2013), em estudo dos gastos com medicamentos das famílias brasileiras utilizando dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), os gastos com medicamentos representam uma importante parcela dos gastos familiares. Nesse caso, uma parcela significativa dos gastos era proveniente da compra de medicamentos para diabetes, hipertensão arterial, problemas do coração e colesterol e, quanto maior a renda, maior era o consumo de medicamentos.

3. Autopercepção de saúde

A autopercepção de saúde tem sido muito utilizada em pesquisas que visam estabelecer o estado de saúde do indivíduo, especialmente do idoso. Essa variável associa-se fortemente ao estado real ou ao objetivo de saúde das pessoas (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Barros *et al.* (2009) colocam que a autopercepção de saúde como ruim é mais frequente em indivíduos idosos quando comparados às faixas etárias inferiores. Além disso, apontam que, quanto maior o número de morbidades, pior é a autoavaliação de saúde, e que ela sofre influência de outros fatores, como escolaridade e ocupação. Pavão, Werneck e Campos (2013) também relatam a influência de fatores como escolaridade, renda, tabagismo, sedentarismo e presença de doenças crônicas na autopercepção do estado de saúde ruim.

Segundo dados da PAD-MG, em 2011, 49,6% dos idosos mineiros avaliaram sua saúde de forma positiva (muito boa ou boa), 40,8% como regular e 9,6% como ruim ou muito ruim. Considerando as diferenças por presença de patologias, a maioria das pessoas livres de doenças crônicas avaliou sua saúde de forma positiva (84,1%). Entre aqueles com pelo menos uma enfermidade crônica, 39,5% mencionaram que sua saúde era muito boa ou boa. Entre os portadores de câncer, 36,5% mencionaram que sua saúde era muito boa ou boa. Entre os portadores de diabetes, 27,8% mencionaram que sua saúde era muito boa ou boa. Entre os portadores de hipertensão arterial, 38,1% mencionaram que sua saúde era muito boa ou boa.

A tabela 4 apresenta a autopercepção de saúde do idoso considerando diferentes categorias demográficas, sociais e geográficas. Avaliações positivas do estado de saúde foram mais frequentes em pessoas do sexo masculino (53,2%), de 60 a 79 anos (51,0%), com ensino superior completo ou incompleto (75,5%), da raça/cor branca (52,5%), casadas (52,8%), que moram acompanhadas (49,8%), residentes na Zona da Mata (56,7%) e que possuem plano de saúde (56,3%).

Tabela 4: Autopercepção do estado de saúde em pessoas acima de 60 anos de acordo com características sociodemográficas – Minas Gerais, 2011

Especificação	Autopercepção do estado de saúde (%)		
	Muito bom/bom	Regular	Ruim/muito ruim
Sexo			
Homens	53,2	38,6	8,2
Mulheres	46,6	42,6	10,7
Grupo etário			
60 a 79 anos	51,0	40,5	8,5
80 anos ou mais	41,4	42,7	15,9
Escolaridade			
Sem instrução	42,0	44,4	13,6
Fundamental incompleto	47,1	43,4	9,5
Fundamental completo	63,1	30,2	6,7
Médio incompleto	67,3	30,5	2,2
Médio completo	72,2	24,5	3,4
Superior completo e incompleto	75,7	22,5	1,8

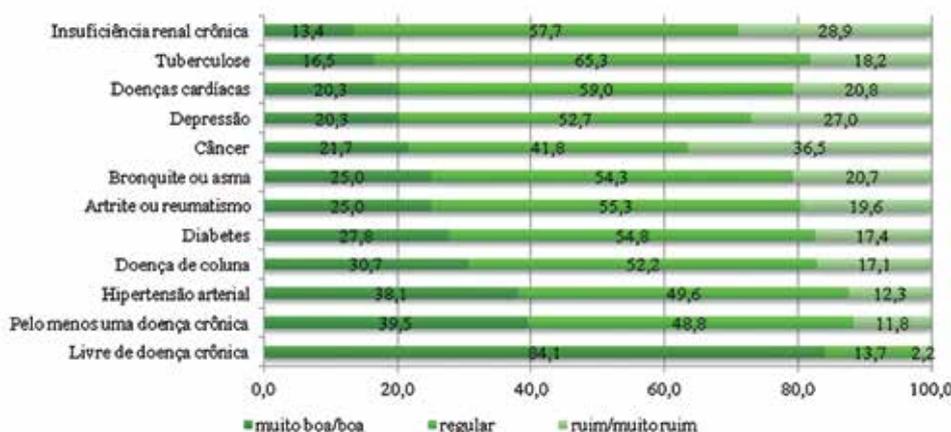


Gráfico 2 - Distribuição relativa da autopercepção do estado de saúde na população acima de 60 anos segundo doenças crônicas - Minas Gerais - 2011

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI)

Raça/Cor			
Branca	52,5	38,4	9,1
Preta	45,7	45,4	8,9
Parda	47,3	42,5	10,3
Estado civil			
Casado	52,8	39,3	7,9
Desquitado/Divorciado	49,6	38,1	12,3
Viúvo	44,7	43,9	11,3
Solteiro	48,1	40,7	11,3
Arranjo domiciliar			
Mora sozinho	48,6	40,3	11,1
Mora acompanhado	49,8	40,9	9,3
Região de Planejamento e Região Metropolitana de Belo Horizonte			
Norte	45,3	41,0	13,7
Rio Doce	49,5	39,5	11,0
Zona da mata	56,7	37,0	6,3
Noroeste	32,3	52,4	15,3
Central	49,4	42,9	7,7
Sul	50,5	40,0	9,5
Triângulo	44,6	44,9	10,5
Alto Paranaíba	44,3	41,5	14,2
Centro-Oeste	47,3	41,0	11,7
Jequitinhonha/Mucuri	50,3	37,7	12,0
RMBH	50,6	41,6	7,8
Posse de plano de saúde			
Sim	56,3	36,1	7,6
Não	47,2	42,5	10,3

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI).

4. Acesso e utilização de serviços de saúde

No módulo de saúde da PAD-MG de 2011, é possível obter informações sobre o acesso aos serviços de saúde e a sua utilização pela população. Para Guerra *et al.* (2001), tal utilização depende de um conjunto de variáveis que podem ser agrupadas em características do usuário, capacidade de consumo (avaliada pela oferta de serviços, renda e/ou cobertura dos sistemas de saúde públicos ou privados) e presença de um problema de saúde percebido como tal.

Durante a entrevista, foram pesquisados os seguintes sintomas apresentados pelos moradores nos últimos 30 dias: febre, diarreia, dor de dente, dores de cabeça, dor no peito, dor abdominal, dor de ouvido, falta de ar (asfixia), sangramento, tontura, tosse, vômito ou outros. Esses sintomas foram definidos pela presença de qualquer alteração

da percepção normal que uma pessoa tem de seu próprio corpo, podendo ou não ser um indício de doença. No caso dos idosos, 27,9% relataram sentir algum desses sintomas. Em relação à necessidade de atendimento, 30,4% dos idosos mineiros disseram que precisaram de atendimento de saúde nos últimos 30 dias (24,6% precisaram e procuraram, 5,9% precisaram, mas não o tiveram).

A tabela 5 apresenta algumas especificações relativas ao atendimento de saúde nos últimos 30 dias relatado pelos idosos. Daqueles que procuraram atendimento, 93,3% foram atendidos por um médico, 4,6% por um enfermeiro e 1,8% por outros profissionais de saúde. O principal local de busca por atendimento foi o posto de saúde (47,3%), seguido pelo hospital (26,9%) e pelo consultório médico particular (19,5%). Outros locais somaram 6,3%. Para 82,2% desses idosos, o atendimento recebido foi avaliado positivamente: bom (58,5%) ou muito bom (23,8%). Dos atendimentos, 71,7% foram realizados por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo realizado por Lima-Costa *et al.* (2003) demonstrou que grande parte dos idosos não possuiu plano privado de saúde (73,6%), o que também foi apontado no presente estudo, suportando que a maioria dos atendimentos aos idosos se dá por meio do SUS.

Entre as intervenções de saúde, 17% se deram em outro município. Dessas, o meio de transporte mais empregado foi o carro ou a moto particular (49,3%), seguidos de ônibus ou van de linha (23,7%) e ambulância ou transporte do SUS (17,3%). Além disso, metrô e fretamento foram citados. Entre aqueles que não buscaram atendimento de saúde, 87% alegaram não terem tido problemas de saúde e 8,9% disseram que, apesar de terem tido, não sentiram necessidade de atendimento. Apenas 4,1% apontaram outros motivos, como a demora no atendimento (1,2%) ou a falta de especialista (0,5%).

Em relação às internações, 10,8% dos idosos declaram terem sido internados no último ano. Desses, 64,8% passaram por tratamentos clínicos, 27,5% por cirurgias, 6,7%

por exames e 1% por tratamentos psiquiátricos. Convidados a avaliar o atendimento durante a internação, 89,7% avaliaram-na positivamente (30,2% muito bom e 59,5% bom). Lima-Costa *et al.* (2003), analisando dados da PNAD de 1998, perceberam que o número de internações cresce na medida em que idade aumenta.

Tabela 5: Distribuição percentual das características do atendimento em pessoas acima de 60 anos que relataram ter procurado serviços de saúde nos últimos 30 dias – Minas Gerais, 2011

Especificação	%
Local da procura por atendimento de saúde	
Posto de Saúde	47,3
Hospital	26,9
Consultório médico particular	19,5
Outros	6,3
Se último atendimento de saúde foi no Sistema Único de Saúde	
Sim	71,7
Não	28,3
Se foi atendido por profissional de saúde	
Médico	92,5
Enfermeiro	4,6
Outro profissional de saúde	1,7
Não atendido	1,2
Se pagou pelo último atendimento de saúde	
Sim	13,8
Não, foi pago pelo plano de saúde	16
Não, foi atendido em serviço público	67,4
Não, foi atendido por serviço privado, mas sem cobrança	2,8
Avaliação do último atendimento de saúde	
Muito bom	23,8
Bom	58,5
Regular	12,8
Ruim	2,8
Muito ruim	2,2
Se último atendimento de saúde foi em outro município	
Sim	17,3
Não	82,7

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI).

5. Hábitos preventivos e comportamento de risco

Os tópicos seguintes têm como objetivo apresentar informações relativas a comportamentos e hábitos de vida capazes de

prevenir ou mesmo acelerar a incidência de doenças crônicas. Entre esses comportamentos, foram consideradas questões acerca de exames preventivos, especificamente os que se destinam à mensuração da pressão arterial, do colesterol e da glicose, e aqueles relativos à saúde da mulher, como Papanicolau, exame clínico de mamas e mamografia. Foram apresentadas, também, descrições sobre os hábitos de consumo alimentar, como o consumo regular de frutas, legumes e verduras e o consumo de carnes com excesso de gordura. Finalmente, foram exibidas informações sobre a prática de atividades físicas, o consumo de álcool e o tabagismo.

5.1. Exames preventivos

A realização de exames preventivos de saúde refere-se, em primeiro lugar, ao bem-estar e à segurança da população. Diz respeito também à capacidade dos órgãos públicos de saúde de implementar políticas preventivas de doenças crônicas e seus impactos (inclusive sociais e econômicos) a partir da obtenção de informações sobre a saúde da população. Dos exames específicos para a população feminina, a PAD-MG de 2011 possui informações sobre o tempo de realização dos exames Papanicolau, clínico das mamas e mamografia. Para ambos os sexos, apresenta dados da medida de pressão arterial, de glicose e de colesterol.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a medição periódica e sistemática da pressão arterial, dada a relevância da hipertensão arterial e a existência de formas de controlá-la com a regulação de dietas, hábitos de vida e medicação. A medição periódica é fundamental, sobretudo entre a população idosa, uma vez que as probabilidades de hipertensão aumentam com a idade (ALAVARCE *et al.*, 2000).

Altos níveis de colesterol no sangue também se relacionam à predisposição para a incidência de doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e isquemia cerebral. O depósito de colesterol pode obstruir, parcial ou totalmente, as paredes

das artérias, o que diminui o espaço para a passagem do sangue. A medição dos níveis de colesterol não é usada para o diagnóstico ou monitoramento da doença em si, mas para a avaliação do desenvolvimento de alguma enfermidade, sobretudo cardíaca. Ela também deve ser realizada periodicamente, pois os altos níveis de colesterol, por si só, também são assintomáticos. A medição é mais relevante entre a população que apresenta algum fator de risco para doenças cardiovasculares, como fumo, hipertensão arterial, históricos familiares de doença cardíaca, doenças cardíacas preexistentes, diabetes, excesso de peso ou obesidade. É recomendável medir o colesterol, também, de homens com idades superiores a 45 anos e de mulheres com 55 anos de idade ou mais (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2005).

Por sua instância, o diabetes é uma das enfermidades que apresentam maiores taxas de crescimento no mundo, com população estimada de aproximadamente 251 milhões de pessoas, dos quais 40% a 50% desconhecem sua condição médica. No Brasil, o número de portadores de diabetes foi estimado, em 2008, em mais de 10 milhões de indivíduos, o que explicita a pertinência de ações e políticas que tenham por objetivo o incentivo a exames preventivos, como a medida da glicemia. Outro elemento que explicita a necessidade dessas ações são as complicações crônicas advindas do diabetes mal controlado, como doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, cegueira, enfermidades renais e doenças do sistema nervoso central, entre outras complicações de natureza grave (HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ, 2009).

Quase a totalidade dos idosos entrevistados já realizou a medida da pressão arterial, da glicemia e do colesterol, sendo que a maioria o fez no último ano. Dos idosos com hipertensão arterial, 96% aferiram a pressão arterial no último ano e 81,5%, o colesterol. A medida do colesterol no último ano também foi realizada por 87,2% dos idosos cardíacos. Entre os diabéticos, 88,5% mediram a glicemia no último ano (tabela 6).

Tabela 6: Distribuição percentual da população acima de 60 anos por última medição da pressão arterial, glicose e colesterol segundo a presença ou não de doenças crônicas – Minas Gerais, 2011

Pressão arterial (%)					
Tempo	hipertensos	não hipertensos	Total		
<1 ano	96,0	88,4	92,8		
>1 ano	3,0	8,7	5,4		
nunca	0,4	1,4	0,9		
NSNR	0,6	1,4	0,9		
Glicose (%)					
Tempo	diabéticos	não diabéticos	Total		
<1 ano	88,5	74,7	77,2		
>1 ano	9,6	19,8	17,9		
nunca	0,6	3,4	2,9		
NSNR	1,4	2,0	1,9		
Colesterol (%)					
Tempo	hipertensos	não hipertensos	cardíacos	não cardíacos	Total
<1 ano	81,5	70,6	87,2	74,3	76,9
>1 ano	15,5	22,7	11,0	20,4	18,5
nunca	1,7	4,1	0,7	3,2	2,7
NSNR	1,3	2,6	1,1	2,0	1,9

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI).

Nota: NSNR = não sabe ou não respondeu.

As neoplasias malignas de mama e as do colo do útero representam importantes causas de morte entre idosas jovens, principalmente porque em muitos casos são diagnosticadas em estágios avançados. Recomendações recentes preconizam que exames preventivos como a mamografia continuem sendo realizados enquanto a mulher tiver boa saúde e for candidata à cirurgia, independentemente da idade. Diversos estudos têm demonstrado, no entanto, que as idosas brasileiras têm sido pouco beneficiadas pelos procedimentos de rastreamento (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2011).

Em Minas Gerais, em 2011, entre as mulheres com 60 anos ou mais, 76,7% declararam já terem se submetido ao exame de Papanicolau, 71,5% ao exame clínico das mamas e 67,4% ao de mamografia. Nos três exames, aproximadamente 5% das respostas foram do tipo não sabe ou não respondeu.

Na tabela 7, é possível observar como existe uma grande variação na realização

Tabela 7: Distribuição percentual da população feminina acima de 60 anos por frequência de realização de exames Papanicolau, clínico de mamas e mamografia, segundo região de planejamento e Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) – Minas Gerais, 2011

Especificação	Tempo de realização de exame preventivo (%)				
	há um ano ou menos	entre um e dois anos atrás	dois anos ou mais	nunca	não sabe/não respondeu
Papanicolau					
Norte	37,6	9,2	18,7	30,7	3,8
Rio Doce	34,0	11,8	24,3	20,4	9,6
Zona da mata	40,1	11,1	24,5	19,1	5,3
Noroeste	32,5	10,7	24,3	24,8	7,6
Central	40,7	15,0	21,6	19,1	3,7
Sul	37,6	13,0	26,8	19,6	3,0
Triângulo	47,8	15,2	26,9	7,3	2,8
Alto Paranaíba	38,2	13,4	18,3	18,2	12,0
Centro-Oeste	34,1	13,8	30,7	13,9	7,5
Jequitinhonha/Mucuri	30,1	10,0	18,0	36,2	5,7
RMBH	44,6	15,2	24,7	11,0	4,4
Minas Gerais	39,6	13,1	24,0	18,2	5,1
Clínico de mama					
Norte	39,9	9,1	13,4	34,3	3,3
Rio Doce	29,7	11,7	21,2	30,3	7,1
Zona da mata	36,7	12,2	22,8	23,1	5,3
Noroeste	30,1	11,4	17,0	34,6	6,9
Central	39,0	16,5	17,6	24,1	2,9
Sul	37,8	12,7	21,4	24,5	3,6
Triângulo	49,1	16,0	19,0	13,4	2,5
Alto Paranaíba	38,7	13,1	18,4	23,5	6,3
Centro-Oeste	34,4	14,2	25,3	18,2	7,9
Jequitinhonha/Mucuri	25,2	8,3	14,5	47,5	4,5
RMBH	43,4	15,2	21,2	17,0	3,3
Minas Gerais	38,4	13,3	19,9	24,2	4,3
Mamografia					
Norte	32,8	8,5	14,1	41,3	3,3
Rio Doce	27,9	9,3	21,5	35,6	5,7
Zona da mata	34,1	11,2	18,8	30,9	5,0
Noroeste	29,2	11,0	15,1	38,1	6,7
Central	37,3	13,8	15,2	30,9	2,8
Sul	36,6	10,6	23,6	25,7	3,5
Triângulo	45,4	15,6	18,5	18,2	2,3
Alto Paranaíba	37,2	11,7	17,7	26,6	6,8
Centro-Oeste	32,9	14,6	24,5	20,1	7,8
Jequitinhonha/Mucuri	24,3	8,1	12,6	50,5	4,6
RMBH	41,3	13,7	22,2	19,0	3,9
Minas Gerais	36,0	11,9	19,6	28,3	4,3

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI).

Nota: utilizou-se as cores vermelha e verde para destacar as maiores e menores prevalências, respectivamente.

ou não de exames preventivos específicos para a população feminina entre as regiões de planejamento. Das idosas, 18,1% declararam nunca ter realizado o exame Papanicolau em Minas Gerais. Esse número sofre variações quando analisado por região de planejamento, com destaque para as regiões Jequitinhonha/Mucuri (36,2%) e Norte (30,7%). Elas apresentam as maiores proporções de mulheres que afirmaram jamais ter feito esse exame. Em contrapeso, apenas 7,3% da população feminina acima de 60 anos residente na região do Triângulo ainda não realizou o Papanicolau.

No caso do exame clínico de mamas, em 2011, 24,2% das mulheres acima de 60 anos afirmaram nunca ter realizado esse procedimento. A região do Triângulo apresenta maiores proporções de mulheres que fizeram esse exame há menos de um ano (49,1%), assim como ocorre com o Papanicolau (47,8%) e a mamografia (45,4%). Por outro lado, 47,5% da população feminina com idade igual ou superior a 60 anos da região do Jequitinhonha/Mucuri nunca foi submetida ao exame clínico de mamas.

Comparando os três exames preventivos relacionados à saúde da mulher, a mamografia apresentou maior proporção entre as que declararam nunca tê-lo realizado (28,3%). Chama atenção a região do Jequitinhonha/Mucuri, onde 50,5% das mulheres acima de 60 anos nunca realizaram a mamografia. A proporção de idosas que nunca fizeram a mamografia ultrapassa os 30% em outras cinco regiões de planejamento do estado: Norte (41,3%), Noroeste (38,1%), Rio Doce (35,6%) e Zona da Mata e Central, ambas com 30,9%.

5.2. Hábitos alimentares

O consumo alimentar é apresentado com dois enfoques: o primeiro tem ênfase sobre a alimentação saudável; o segundo, sobre os hábitos alimentares indesejáveis. No primeiro, é avaliado o consumo de frutas, legumes e verduras. Já no segundo, aborda-se o consumo de carnes com excesso de gordura e leite com teor integral de gordura.

Durante a realização da pesquisa, foi perguntado se o idoso já recebeu alguma orientação nutricional. Apenas 22,8% disseram que sim. Desses, 87,2% declararam ter seguido a orientação nutricional (39,7% totalmente e 47,6% parcialmente).

Entre os inúmeros benefícios para alimentação saudável, Silva (2011) destaca que o consumo regular de frutas, legumes e verduras auxilia consideravelmente na redução do total de calorias da dieta e melhora a qualidade da ingestão alimentar, favorecendo a saciedade e contribuindo para o balanço energético e para o controle do peso. De acordo com Organização Mundial de Saúde, o consumo desses alimentos pode ser considerado um fator importante de proteção para doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer. Estima-se que mais de 2,7 milhões de mortes poderiam ser evitadas anualmente com a ingestão regular de frutas, verduras e legumes (WHO, 2003).

Silva (2011) chama a atenção para o fato de que estudos recentes utilizando dados da Pesquisa de Orçamento Familiar do IBGE, da Pesquisa Mundial de Saúde e de inquéritos telefônicos como o Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) revelam que o consumo desses alimentos ainda é insuficiente entre os brasileiros e que não são observadas mudanças recentes no comportamento da população a favor de uma alimentação saudável.

O consumo regular de frutas, legumes e verduras foi estimado tomando como base uma frequência de cinco ou mais dias da semana. Observa-se que, em Minas Gerais, em 2011, 71,7% da população acima de 60 anos possuía o hábito de consumir frutas, legumes e verduras regularmente (tabela 8). A proporção de idosos que consomem frutas, legumes e verduras regularmente variou entre as diversas regiões de planejamento de Minas Gerais. Chama a atenção o fato de esse hábito atingir 46,6% dos idosos residentes da região Noroeste, contrastando com os 77,9% da região Centro-Oeste e os 77,6% da RMBH.

Tabela 8: Distribuição percentual relativa aos hábitos alimentares da população acima de 60 anos por região de planejamento e Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) – Minas Gerais, 2011

Especificação	Consumo (%)						
	Frutas, verduras e legumes	Frutas, verduras e legumes cinco ou mais dias na semana	Carne vermelha	Carne de frango	Carne vermelha e de frango com gordura visível	Leite	Leite com teor integral de gordura
Norte	96,0	58,4	95,0	90,7	36,1	75,1	56,3
Rio Doce	97,8	64,1	92,1	95,5	36,5	86,1	71,0
Zona da mata	96,3	73,8	90,6	93,2	39,8	83,5	65,1
Noroeste	94,1	46,6	93,9	88,4	41,0	83,3	57,7
Central	97,7	75,3	94,5	94,7	38,9	86,4	72,7
Sul	96,7	75,3	94,3	94,7	43,5	86,1	61,2
Triângulo	97,2	74,6	91,0	95,8	37,2	87,2	73,8
Alto Paranaíba	95,2	65,7	94,1	94,2	37,6	83,8	62,2
Centro-Oeste	96,3	77,9	93,7	94,9	37,5	83,8	55,9
Jequitinhonha/Mucuri	96,6	60,7	94,7	92,8	44,5	78,2	58,1
RMBH	98,3	77,6	94,3	94,8	28,6	85,2	68,2
Minas Gerais	97,1	71,7	93,4	94,1	36,9	84,0	65,3

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI).

As dislipidemias, que consistem em modificações nos níveis lipídicos na circulação, estão entre um pequeno conjunto de fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Elas são consideradas os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, importante causa de morte entre adultos no mundo inteiro. A cada ano, segundo dados da OMS, 4,4 milhões de pessoas morrem em decorrência de níveis totais de colesterol elevados (WHO, 2005). As dislipidemias são determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal (CARDOSO *et al.*, 2011). Informações sobre o consumo excessivo de gorduras podem auxiliar na identificação de possíveis demandas por políticas públicas voltadas para a prevenção do aumento nos níveis lipídicos e da instalação de doenças.

O nível do consumo de carnes com excesso de gorduras foi obtido com base em informações de pessoas que disseram não remover a gordura visível desses alimentos, ou seja, que declararam ter o hábito de não retirar a parte gordurosa da carne vermelha ou a pele do frango.

Em Minas Gerais, em 2011, 93,4% da população acima de 60 anos consumia carne vermelha e 94,1%, carne de frango. Em relação ao consumo de carnes com excesso de gorduras, 36,9% dos idosos declararam não remover a gordura visível da carne, seja vermelha e/ou de frango (tabela 8). Em relação às diferenças entre as regiões, observa-se que esse hábito considerado indesejável é mais frequente nas regiões Jequitinhonha/Mucuri (44,5%) e Sul (43,5%).

Dos idosos entrevistados, 84% referiram ter o hábito de consumir leite. Esse costume é mais frequente no Triângulo (87,2%). Considerando o conjunto da população mineira acima de 60 anos, em 2011, o consumo de leite com teor integral de gordura atinge, aproximadamente, duas em cada três pessoas. O Triângulo também se destacou: 73,8% de seus idosos consomem leite do tipo integral.

5.3. Atividade física

A prática de exercícios físicos é um hábito de vida saudável que auxilia na prevenção do desenvolvimento e da progressão da maioria das doenças crônicas não transmissíveis. Porém, o processo de urbanização ocorrido

no Brasil e no mundo, com o rápido avanço da tecnologia, tem provocado uma redução da atividade física nas populações, principalmente devido à predominância de trabalhos que demandam baixo gasto energético e à redução da atividade física associada ao lazer. Essa alteração no comportamento dos padrões da atividade física, associada a mudanças nos padrões de consumo alimentares (aumento de alimentos processados e industrializados com alto teor de gordura), tem propiciado o surgimento de algumas doenças crônicas relacionadas principalmente à obesidade, às doenças cardiovasculares e ao diabetes (PINHEIRO *et al.*, 2004).

Além de prevenir o desenvolvimento e a progressão de doenças crônicas, a prática regular de exercícios físicos auxilia na melhora da capacidade funcional e no equilíbrio corporal dos idosos, reduzindo o risco de quedas e suas consequências (BURANELLO *et al.*, 2011).

A PAD-MG de 2011 possibilita conhecer um pouco sobre os hábitos relacionados à atividade física e seu comportamento regional. Possibilita igualmente caracterizar os indivíduos que realizam ou não exercícios físicos. Ressalta-se, porém, que a atividade física pode ocorrer de diferentes formas. Pode-se praticá-la no trabalho (atividade física ocupacional), nos serviços domésticos (atividade física da limpeza), no deslocamento para o trabalho (atividade física de deslocamento) ou no tempo livre (atividade física no tempo livre ou de lazer) (CASADO *et al.*, 2009). No caso da PAD-MG, os quesitos referentes ao hábito da atividade física referem-se à atividade física no tempo livre.

Primeiramente, foi indagado se o indivíduo tem praticado ou começou a praticar alguma atividade física ou esporte que dure pelo menos 30 minutos nos últimos 90 dias. O percentual de idosos que responderam afirmativamente foi de 17,1%. Entre os que praticam exercícios físicos, a caminhada foi o principal tipo de atividade (71,3%), seguida da ginástica ou musculação (11,9%) e da hidroginástica (5,2%). As demais atividades somadas chegaram a 11,5%.

Para melhorar o estado geral de saúde e prevenir o surgimento de algumas doenças crônicas, a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é realizar atividade física de moderada intensidade (pelo menos 30 minutos diários) em cinco ou mais dias da semana ou atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana (WHO, 2004).

Dessa forma, para analisar o nível de atividade física da população idosa mineira seguindo a recomendação da OMS, foram consideradas três categorias: primeira, a de quem pratica suficientemente. É o caso do indivíduo que realiza atividade física por pelo menos 30 minutos diários três ou mais vezes por semana (recomendação da OMS). Segunda, a de quem pratica de forma insuficiente. É a situação de quem se exercita pelo menos 30 minutos diários uma ou duas vezes por semana. Apesar de fazerem exercícios, esses indivíduos não o fazem com a frequência sugerida pela OMS. A terceira e última categoria é a dos que não praticam atividade física. São os idosos que não o fazem no tempo livre ou fazem três vezes por mês ou menos.

Levando em consideração essa classificação dos indivíduos quanto ao nível da atividade física no tempo livre, percebe-se que, em Minas Gerais, em 2011, apenas 13,4% da população acima de 60 anos praticava alguma atividade física de forma suficiente, 3,7% exercitava-se de forma insuficiente e 82,9% não realizava atividade física alguma no tempo livre (tabela 9). Dada a importância da prática de atividades físicas – seja para melhorar o estado geral de saúde, seja para prevenir o surgimento de doenças –, chama a atenção a alta proporção de idosos que não pratica atividade física. Acima da média do estado, no Jequitinhonha/Mucuri, por exemplo, nove em cada dez idosos não realizam exercícios físicos no tempo livre.

O baixo índice de aderência à prática de atividades físicas pelos idosos sinaliza que existem demandas reais nessa área e que políticas públicas voltadas aos idosos e ao envelhecimento saudável devem

Tabela 9: Distribuição percentual relativa aos hábitos de vida da população acima de 60 anos por região de planejamento e Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) – Minas Gerais, 2011

Especificação	Nível de atividade física (%)			Tabagismo (%)			Bebida alcoólica (%)	
	prática de forma suficiente	prática de forma insuficiente	não pratica	fumantes	ex-fumantes	nunca fumou	consome	não consome
Norte	12,9	2,5	84,6	10,0	13,5	76,4	15,5	84,5
Rio Doce	9,9	2,2	87,9	10,8	16,2	73,0	10,8	88,9
Zona da mata	14,5	3,5	82,0	13,8	13,9	72,2	13,7	86,0
Noroeste	7,5	5,0	87,6	15,8	11,8	72,3	14,0	84,4
Central	12,9	5,1	82,0	10,1	19,4	70,5	14,4	85,4
Sul	12,5	3,3	84,2	15,7	15,9	68,4	12,0	87,7
Triângulo	15,2	4,7	80,2	13,4	19,3	67,3	11,6	88,2
Alto Paranaíba	13,2	5,9	80,9	12,8	15,0	72,2	12,4	87,3
Centro-Oeste	19,4	3,0	77,6	11,9	11,4	76,7	12,9	86,6
Jequitinhonha/Mucuri	7,2	2,7	90,0	12,6	20,9	66,5	14,8	85,2
RMBH	14,9	4,2	80,9	8,3	17,8	73,9	15,0	84,8
Minas Gerais	13,4	3,7	82,9	11,6	16,4	72,0	13,6	86,2

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI).

considerar essa questão. Apesar da importância dos exercícios físicos, a maioria dos idosos mineiros mantém um estilo de vida sedentário. Eiras *et al.* (2010) investigaram as razões de adesão e de manutenção da prática de atividade física e as barreiras para a manutenção dessa prática por parte de idosos. O principal motivo para a adesão foi a manutenção e/ou promoção da saúde física. Os fatores mais citados de manutenção foram: promoção da saúde, bem-estar, gosto pela atividade física, socialização, oportunidade de sair de casa, apoio de parentes e/ou amigos e proximidade da moradia do local da prática. As principais barreiras para a manutenção da prática relacionam-se com problemas de saúde, compromissos familiares e fatores climáticos.

5.4. Tabagismo

A prática do tabagismo é uma das principais causas de óbitos e doenças crônicas no mundo. De acordo com a OMS, a cada ano morrem no mundo cerca de 4,9 milhões de pessoas em decorrência do consumo de tabaco. As doenças pulmonares crônicas (asma, bronquite e enfisema), as doenças cardiovasculares e algumas neoplasias são as principais doenças associadas ao fumo (WHO, 2005).

A PAD-MG de 2011 indaga sobre os hábitos do tabaco. Os quesitos destinados a esse tópico são: “Fuma ou já fumou?”, “Com quantos anos fumou um cigarro pela primeira vez?”, “Fuma cigarros atualmente?”, “Há quantos anos parou de fumar?” e “Quantos cigarros fuma por dia?”.

Com base nessas informações, foi calculada para a população idosa a prevalência do tabaco (percentual de fumantes, ex-fumantes e de quem nunca fumou), a idade média do primeiro cigarro e o número de cigarros consumidos pelos fumantes.

Na população idosa entrevistada, 72% declararam que nunca fumaram, 16,4% eram ex-fumantes e 11,6% ainda eram fumantes (tabela 9). Entre os idosos que eram fumantes ou ex-fumantes, a idade média do primeiro cigarro foi de 15-16 anos. Em relação à quantidade, a maioria dos fumantes (59,5%) declarou que fuma de um a dez cigarros por dia, enquanto 30,4% consomem de onze a vinte cigarros e 9,7%, vinte e um cigarros ou mais. Quanto às diferenças entre as regiões de planejamento, observa-se que as maiores proporções de idosos fumantes estavam no Noroeste (15,8%) e no Sul (15,7%), de ex-fumantes no Jequitinhonha/Mucuri (20,9%) e de pessoas que nunca fumaram no Centro-Oeste (76,7%) e no Norte (76,4%).

5.5. Consumo de bebida alcoólica

O álcool etílico é a droga lícita mais comumente utilizada e mais facilmente aceita na sociedade. A despeito disso, o consumo de álcool é um importante problema de saúde pública, já que implica consequências sobre o organismo físico dos indivíduos. Assim, o álcool é fator de risco para doenças e morte, mesmo que tenham sido identificados efeitos benéficos em seu consumo moderado. No que concerne à saúde dos indivíduos, quanto maior o consumo, maiores os riscos à saúde.

Do ponto de vista epidemiológico, o consumo do álcool tem sido relacionado à incidência de enfermidades como câncer bucal e orofaríngeo, de esôfago, hepático, desordens psiquiátricas, doenças cérebro vasculares e diabetes, entre outras (MELONI; LARANJEIRA, 2004). Segundo a OMS, para a população masculina, 5,6% de todas as mortes no planeta são atribuíveis ao consumo de álcool; para as mulheres, esse número é de 0,6% (MELONI; LARANJEIRA, 2004). Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde, a mortalidade e as limitações funcionais causadas pelo uso pesado de álcool são superiores àquelas produzidas pelo tabagismo (COSTA *et al.*, 2004).

Segundo os dados sobre consumo de álcool obtidos pela PAD-MG 2011, aproximadamente 13,7% dos idosos do estado consumiam bebidas alcoólicas, mesmo que esporadicamente ou em pouca quantidade (tabela 9). Esse hábito era mais frequente no Norte (15,5%), na RMBH (15%) e no Jequitinhonha/Mucuri (14,8%). Entre as pessoas acima de 60 anos que declararam consumir bebidas alcoólicas, a frequência foi baixa na maioria dos casos, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10: Frequência de consumo semanal na população acima de 60 anos que declarou consumir bebida alcoólica – Minas Gerais, 2011

Frequência de consumo	(%)
Todos os dias	14,9
De 3 a 5 vezes por semana	10,8
Uma ou 2 vezes por semana	30,5
Menos de 1 vez por semana	28,5
Não bebeu nos últimos 30 dias	15,3

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estatística e Informações (CEI).

6. Conclusão

Este artigo buscou traçar um perfil dos idosos de Minas Gerais em relação a aspectos de saúde, utilizando os dados da PAD-MG de 2011. Em Minas Gerais, em 2011, 76,8% das pessoas acima de 60 anos apresentava pelo menos uma doença crônica. A hipertensão arterial era a patologia que mais acometia os idosos, seguida dos problemas de coluna, doenças cardíacas, diabetes e artrite ou reumatismo.

A prevalência de enfermidades crônicas é maior entre as mulheres idosas (81,4%) que entre os homens idosos (72%). Observa-se também diferença nas prevalências de doenças crônicas entre as regiões de planejamento. Tal fato é importante por permitir um maior direcionamento de políticas públicas.

Com relação à posse de plano de saúde, 26,1% da população idosa possuía esse benefício. Porém, com relevante variação regional. Enquanto na RMBH 33,2% dos idosos estavam cobertos por planos de saúde, apenas 8,5% no Jequitinhonha/Mucuri declararam contar com esse benefício.

Em 2011, 49,6% dos idosos mineiros avaliaram sua saúde de forma positiva (muito boa ou boa), 40,8% como regular e apenas 9,6% perceberam-na como ruim ou muito ruim. A maioria dos livres de doenças crônicas avaliou sua saúde de forma positiva (84,1%). Daqueles com pelo menos uma enfermidade crônica, 39,5% mencionaram que sua saúde era muito boa ou boa.

Em relação à necessidade de atendimento de saúde, 30,4% dos idosos mineiros disseram ter precisado de atendimento de saúde nos últimos 30 dias. Desse total, 47,3% buscaram atendimento em posto de saúde e 71,7% utilizaram o SUS. O percentual de idosos que declarou ter sido internado no último ano foi de 10,8%. Desses, 64,8% passaram por tratamentos clínicos, 27,5%, por cirurgias, 6,7%, por exames e 1% passou por tratamentos psiquiátricos.

Quase a totalidade dos idosos entrevistados já teve medida a pressão arterial, a glicemia e o colesterol, sendo que a maioria

o fez no último ano. Entre as mulheres com 60 anos ou mais, 76,7% declararam já terem se submetido ao exame de Papanicolau, 71,5% ao exame clínico das mamas e 67,4% ao de mamografia. Existe uma grande variação entre as regiões de planejamento quando consideradas as idosas que nunca realizaram os exames preventivos específicos para a população feminina. O destaque negativo foi da região de planejamento Jequitinhonha/Mucuri, na qual 36,5% delas nunca realizaram o exame de Papanicolau, 47,5% o exame clínico das mamas e 50,5% a mamografia.

Com relação aos hábitos alimentares, verificou-se que 71,7% dos idosos possuem o hábito de consumir regularmente frutas, legumes e verduras, 36,9% dos idosos declararam não remover a gordura visível da carne, seja vermelha e/ou de frango, 84% referiram ter o hábito de beber leite e 65,3% consomem leite com algum teor de gordura.

A prática de atividade física, importante para melhorar o estado geral de saúde e prevenir o surgimento e complicações de doenças, não é praticada de forma suficiente por 82,9% dos idosos de Minas Gerais. Esse alto percentual de idosos sedentários merece atenção, principalmente quando se pensa em qualidade de vida. Assim, é importante promover políticas que estimulem o aumento da

atividade física no tempo livre e a abertura de espaços adequados para essa prática.

Com relação ao consumo de tabaco e álcool, 72% dos idosos declaram nunca ter fumado e 86,2% não consomem bebida alcoólica. Quanto às diferenças entre as regiões de planejamento, observa-se que as maiores proporções de idosos fumantes estavam no Noroeste (15,8%) e Sul (15,7%), e o hábito de consumir álcool era mais frequente no Norte (15,5%) e na RMBH (15%).

Com base no que foi exposto, observa-se diferenças do perfil de saúde dos idosos mineiros quando são levadas em conta diferentes características pessoais, demográficas e regionais. Entretanto, apesar da importância dos temas abordados aqui, esse assunto não se esgota. Ainda há muito para conhecer e discutir em relação aos idosos de Minas Gerais. Conhecer sobre a situação atual da população idosa ajuda a pensar tanto no presente como no futuro, e serve de estímulo para planejar políticas públicas, considerando variáveis como, por exemplo, sexo e região de planejamento.

Autoria: O autor principal e o segundo e terceiro autores contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo e aprovação da versão final. O quarto autor contribuiu com a revisão e normatização do artigo.

7. Referências

ALAVARCE, D. C. *et al.* A pressão arterial está sendo medida? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 84-90, mar. 2000.

ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, n. 5-6, p. 333-341, 2005.

BARROS, M. B. A. *et al.* Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 27-37. nov. 2009.

BARROS, M. B. A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, jan./set. 2011.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico de 1980.**

..... **Censo Demográfico de 1991.**

..... **Censo Demográfico de 2000.**

..... **Censo Demográfico de 2010.**

- BURANELLO, M. C. *et al.* Equilíbrio corporal e risco de queda em idosas que praticam atividades físicas e sedentárias. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 8, n. 3, p. 313-323, set./dez. 2011.
- CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1460-1472, 2015.
- CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 845-852, 2008.
- CARDOSO, A. P. Z. *et al.* Aspectos clínicos e socioeconômicos das dislipidemias em portadores de doenças cardiovasculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 417-436, 2011.
- CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.
- COSTA, J. D. *et al.* Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 84-91, 2004.
- CHAIMOWICZ, F.; CAMARGOS, M. C. S. Envelhecimento e saúde no Brasil. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan GEN, 2011. p. 74-98.
- EIRAS, S. B. *et al.* Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 31, n. 2, p. 75-89, jan. 2010.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Boletim PAD – MG/2011**. Indicadores básicos/Documento metodológico. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, ano 1, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/pad/332-boletim-pesquisa-por-amostra-de-domicilios-mg-2011-ano-1-n-3/file>>. Acesso em: 09 dez. 2015.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio** (Resumo Executivo). Nova York, 2012. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2015.
- GARCIA, L. P. *et al.* Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1605-1616, ago. 2013.
- GUERRA, H. L. *et al.* The Bambuí health and aging study (BHAS): factors associated with hospitalization of the elderly. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1345-1356, 2001.
- HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ. **Convivendo com o diabetes**: o que todos devem saber para controlar o diabetes, vivendo mais e melhor. São Paulo, 2009.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v. 93, p. 735-743, mai./jun. 2003.
- LOYOLA-FILHO, A. I. *et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 55-62. fev. 2002.
- LOYOLA-FILHO, A. I. *et al.* Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 545-553, mar./abr. 2005.
- LOYOLA-FILHO, A. I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2657-2667, dez. 2006.
- MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, supl. 1, p. 7-10, 2004.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **High Blood Cholesterol. What You Need to Know**. Bethesda, jun. 2005. (National Cholesterol Education Program, n. 05-3290).

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-734, abr. 2013.

PERLS T.; KUNKEL, L. M.; PUCA, A. A. The genetics of exceptional human longevity. **Journal of Molecular Neuroscience**, v. 19, n. 1-2, p. 233-238, aug./oct. 2002.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS S. R. F.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 523-533, out./dez. 2004.

RABELO, D. F.; CARDOSO, C. M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 75-81, jan./jun. 2007.

SILVA, S. A. **Consumo adequado de frutas, legumes e verduras: associação com fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Faculdade de Ciência da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

SILVA, A. L. *et al.* Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1033-1045, jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fruit and vegetable promotion initiative** – Report of the meeting. Geneva, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_promotion_initiative_report.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2015.

_____. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2015.

_____. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf?ua=1>. Acesso em: 09 dez. 2015.