

Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil

Demographic profile and health conditions of the elderly in a community in an urban area of Southeastern Brazil

Rodolpho Telarolli Junior, José Cândido M. S. Machado e Fernanda Carvalho

Departamento de Ciências Biológicas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de São Paulo. Araraquara, SP - Brasil (R.T.J.); Centro Regional de Reabilitação da Prefeitura de Araraquara, SP - Brasil (J.C.M.S.M.); Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de São José do Rio Pardo. São José do Rio Pardo, SP - Brasil (F.C.)

Resumo

São apresentadas séries históricas de indicadores demográficos e sanitários para a população com 60 anos e mais do Brasil, Estado de São Paulo e Município de Araraquara, de porte médio. Em 1991, os idosos eram 7,8% da população brasileira e 9,7% de Araraquara, superando em número as crianças menores de 5 anos (8,9%). Aumentou o peso relativo do segmento com mais idade (70 anos e mais), que já representa 40% do total, assim como o índice de urbanização dos idosos, 93,7% no Estado e 96,3% no Município, acima da média da população em geral em 1991. As principais causas de morte são as doenças do aparelho circulatório (40% do total de óbitos) e os neoplasmas (15%). São sugeridas medidas para a assistência à saúde dos idosos: a) expansão da capacidade atual de atendimento, através do treinamento gerontológico de médicos generalistas e enfermeiros da rede pública e privada; b) incremento das atividades educativas já existentes, dirigidas aos idosos, profissionais da saúde e educadores do ensino médio; c) incremento do programa de visita domiciliar aos idosos e criação de hospital-dia para evitar internações necessárias e garantir a manutenção dos baixos níveis atuais de institucionalização em asilos (0,7% em Araraquara). A existência de pelo menos 35% dos idosos de Araraquara, com acesso à assistência privada à saúde, reforça a importância da inclusão desses serviços nos programas locais de saúde da terceira idade.

Envelhecimento da população. Necessidades e demanda de serviços de saúde. Saúde do idoso.

Abstract

Some specific characteristics of the aging of the Brazilian population in different areas, states and communities all over the country, have shown significant variations. Historical series of demographic and health indicators for the population in their sixties and over in Brazil, state of S. Paulo and in the

municipal district of Araraquara are listed as follows: level of education and urban population growth rate, income distribution, mortality rates and main causes of death. In 1991 the aged constituted were 7,8% of the Brazilian population and 9,7% in Araraquara community. The elderly population (of 70 years of aged and above) as a proportion of the whole, has increased and already stands for 40%. The same trend holds good for both the proportion of aged within the urban population and their level of education wich increased to 90% in 1991. The main causes of death are chronic degenerative diseases which have replaced the infectious illness: firts, the diseases of the circulatory sistem (which account for more than 40% of all deaths) and the neoplasms (which let to 15% of the deaths). On the basis of these health and demographic data relating to people of 60 years of age and over, this study suggests some procedures for the improvement of the quality of the assistance given to the target population: a) the assistance give to the aged should be improved by providing gerontological training for general physicians and nurses, both of public and private clinics; b) the already existng educational activities for the aged, for health workers and for teachers of secondary education should be further developed; c) the number of day-hospitals should be increased for the purpose of avoiding unnecessary confinement so as maintain the low rate of institutionalization in homes for the elderly (0,7% in Araraquara). It is reported that at least 35% of the aged population in this area is entitled to private health assistance, wich brings out the importance of including such services in the local health programs for this group.

Demographic aging. Health services needs and demand. Aging health.

INTRODUÇÃO

Em média, a população humana vem apresentando um incremento anual de 1,7%, enquanto a parcela com 60 anos e mais, faixa etária definida pelas Nações Unidas como *velhice* ou *terceira idade*, apresenta um crescimento médio que varia de 2,5% a 3% ao ano. Nas últimas três décadas, a população vem envelhecendo em ritmo mais acelerado também nos países em desenvolvimento, onde se verifica um incremento três vezes maior no número de idosos que nos países do Primeiro Mundo²³.

Como os idosos necessitam de mais atenção dos serviços de assistência social e de saúde, o rápido envelhecimento da população torna inadiáveis a adoção de políticas sociais que atendam às suas necessidades. A redução dos orçamentos para as áreas sociais, a crise econômica generalizada enfrentada pelos países em desenvolvimento, a carência de recursos humanos especializados nos problemas gerontológicos, mais a concorrência de outros grupos sociais que também demandam muita assistência, como a área materno-infantil, têm embaraçado o desenvolvimento de programas que respondam efetivamente às necessidades crescentes dos idosos. O custo elevado da assistência à saúde na terceira idade, de três a sete vezes mais cara que o custo médio para a população, também tem inibido as iniciativas do poder público dirigidas a essa faixa etária¹⁶.

Os países da América Latina vêm apresentando um processo de envelhecimento de suas populações cujas características locais variam segundo as condições sociais e demográficas nacionais^{14, 18}, aí incluídas as modificações nos padrões de fecundidade, mortalidade e migração²⁴. Alguns países do Cone Sul já apresentam uma participação elevada dos idosos no conjunto de sua população, como o Uruguai, com 14,8% de homens e 18,4% de mulheres com 60 anos e mais, valores próximos aos dos EUA. Por outro lado, em alguns países da América Central, como Honduras, Nicarágua e Guatemala, os idosos correspondem a apenas aproximadamente 5% da população total. O Brasil encontra-se numa situação intermediária: em 1991 o País tinha 7,7% de sua população com 60 anos e mais; estima-se que em 2025 os idosos se aproximem dos 15%, ultrapassando a casa dos 30 milhões de indivíduos¹⁷.

O presente artigo tem por objetivo apresentar as condições sanitárias, as tendências históricas e características gerais do envelhecimento da estrutura etária de um município de porte médio do interior do Estado de São Paulo, identificando suas particularidades em relação ao País e ao conjunto do Estado. Espira-se, com esse diagnóstico demográfico-sanitário, subsidiar o planejamento de ações e programas de assistência à saúde do idoso em municípios com características sociais e populacionais semelhantes.

ENVELHECIMENTO DESIGUAL

No Brasil, as componentes demográficas que participam do processo de envelhecimento da população caracterizam-se também por uma evolução desigual nas diferentes regiões, Estados e municípios. Para a média do País, entretanto, é possível apontar a década de 1940 como o marco inicial do envelhecimento da estrutura etária da população. Essa tendência acentuou-se nos anos 70, quando a participação dos indivíduos com 60 anos e mais passou de 5,0% para 6,1%, em 1980, chegando a 7,7% em 1991 (Tabela 1).

As modificações da estrutura demográfica da população brasileira não têm ocorrido de forma homogênea nas diferentes regiões e Estados do País, apresentando particularidades no espaço e no tempo associadas às mudanças econômicas e sociais do País. O resultado são perfis demográficos regionais muito diferentes para a população da terceira idade, que apresentava em 1991 índices de participação na população total que variavam de 4,5% para a região Norte, a 7,9% para o Sudeste (Tabela 2). Os diferentes padrões observados nas regiões e Estados brasileiros já foram apresentados com riqueza de detalhes em alguns estudos, contribuindo para elucidar muitas das complexas relações que envolvem saúde e sociedade na terceira idade²⁶.

As desigualdades regionais se reproduzem nos Estados e municípios, tornando necessária a adoção de cuidados adicionais no planejamento e avaliação local das ações de saúde para a terceira idade, a partir de dados discriminados segundo as unidades da federação. O censo de 1991 mostrou alguns Estados, como

o Rio de Janeiro e Paraíba*, com índices superiores a 9% da população com 60 anos e mais, enquanto outros Estados, como Rondônia e Roraima apresentavam menos de 4%. Diferenças históricas e sociais fazem com que dentro dos Estados mantenha-se também um padrão heterogêneo, tornando possível encontrar municípios com situações demográficas e sanitárias muito diferentes dentro de uma mesma unidade da federação. Atualmente o Estado de São Paulo apresenta grande heterogeneidade na composição etária dentro de seu território, com regiões onde a participação dos idosos na população total é inferior a 7%, e outras com índices superiores a 10%².

A realização de investigações para o diagnóstico das condições de vida dos idosos, dos problemas de saúde física e mental da faixa etária, em especial as condições que acarretam limitações à realização das atividades de vida diária (AVD), e a identificação do padrão de utilização dos serviços de saúde, têm sido dificultada pela crença errônea, assinalada por Veras e Alves³², de que a produção de conhecimentos gerada nos países desenvolvidos é suficiente para embasar a tomada de decisões dos administradores dos países em desenvolvimento.

Inquéritos multidimensionais realizados nas duas maiores metrópoles brasileiras, São Paulo e Rio de Janeiro, na década de 1980, confirmam que esse pressuposto é falso^{28, 30}. Entre outros aspectos, ambos mostraram que, ao contrário dos países desenvolvidos, a maior parte dos idosos estudados habitava domicílios multigeracionais e apenas uma minoria vivia sozinha ou com apenas o cônjuge. Nos dois estudos foram encontrados outros resultados seme-

Tabela 1 - Participação da população de 60 anos e mais de idade na população geral do Brasil, Estado de São Paulo e Município de Araraquara - 1900/1991.

Local	Ano								
	1900 %	1920 %	1940 %	1950 %	1960 %	1970 %	1980 %	1991 %	
Brasil	3,2	4,2	4,1	4,2	4,7	5,1	6,1	7,7	
São Paulo	2,8	3,9	4,1	4,4	5,2	5,8	6,3	7,2	
Araraquara	...	4,6	4,4	...	6,0	7,2	8,4	9,7	

Nota: ... dado não disponível
Fonte: Fundação IBGE⁹.

Tabela 2 - Distribuição da população de 60 anos e mais de idade, por grandes regiões do Brasil - 1991

Indicador de distribuição populacional	Regiões					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
% da população total do País na região	7,0	28,9	42,7	15,1	6,4	100,0
% da população de 60 anos e + do País na região	4,4	28,8	46,4	15,9	4,5	100,0
% da população de 60 anos e + da região	4,5	7,2	7,9	7,7	5,1	7,7

Fonte: Fundação IBGE⁹.

*O aumento no índice de idosos na população do Rio de Janeiro tem sido associado ao envelhecimento de sua estrutura etária, ao contrário da Paraíba, onde predomina a perda de indivíduos jovens através da migração.

lhantes: a) índices elevados de problemas mentais, variando de 20% a 30%, maiores nos extratos de menor renda; b) analfabetismo próximo a 1/3 da população de idosos; c) mulheres idosas sentindo-se menos saudáveis e apresentando mais problemas de saúde que os homens da mesma faixa etária; d) apesar de mais de 60% da população com 60 anos e mais auto-referir ao menos um problema de saúde, os níveis de autonomia na realização de AVD foram superiores a 90% entre os idosos com menos de 70 anos.

Já os municípios de porte médio do Brasil, com populações entre 50.000 e 500.000 habitantes, que concentravam 35% dos residentes no País em 1991, ainda são pouco conhecidos quanto à situação geral e às condições de saúde em que vivem os seus idosos.

As séries históricas com as variáveis selecionadas para o desenho dos perfis das condições demográficas e sanitárias dos idosos no País, no Estado de São Paulo e no Município de Araraquara (selecionado para o estudo), foram baseadas nas informações publicadas pela Fundação IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), com os resultados dos censos demográficos nacionais. Para os anos posteriores ao último censo, realizado em 1991, foram utilizadas informações coletadas regularmente pelo órgão estadual responsável pelas estatísticas demográfico-sanitárias e econômicas, a Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados). Tratam-se de duas fontes de dados que se encontram à disposição do público, possibilitando a realização, por um baixo custo, de estudos correlatos para outras áreas do País.

MUNICÍPIO DE ARARAQUARA

O Município de Araraquara está situado na parte Centro-Norte do Estado de São Paulo, uma das regiões de maior dinamismo econômico do País (Fig. 1). Com uma superfície de 1.252 km², a principal atividade econômica de Araraquara é a agro-indústria da cana-de-açúcar e da laranja. Outros ramos industriais presentes no município são a metalurgia e o processamento de alimentos. Araraquara conta com uma população projetada pela Fundação SEADE em 171.687 habitantes para 1994, distribuídos de forma equilibrada entre os sexos (49,4% de homens e 50,6% de mulheres), com índices idênticos aos observados no Estado de São Paulo.

Apesar da grande heterogeneidade existente entre as regiões, Estados e municípios brasileiros, é possível



Figura 1 - Situação geográfica do Município de Araraquara, Estado de São Paulo, Brasil.

supor que em outros locais de porte e características socioeconômicas semelhantes, a situação da população idosa assemelhe-se em muitos aspectos a de Araraquara. O estilo de vida, a composição familiar e as teias de relações sociais são alguns aspectos que aproximam Araraquara de outros municípios de porte médio, diferenciando-se das grandes metrópoles do País.

A partir de algumas características do cotidiano, é possível supor a existência de condições mais favoráveis nos municípios de porte médio ao desenvolvimento de várias AVD. As menores distâncias entre o domicílio e os estabelecimentos comerciais, por exemplo, facilitam ao idoso a aquisição dos artigos necessários à sua subsistência. Essa proximidade torna menos necessário os transportes coletivos, cuja utilização apresenta um elevado grau de dificuldade e risco para os idosos nas grandes metrópoles, onde o caos e a falta de civilidade no trânsito constituem quase regra nos países em desenvolvimento*.

As menores distâncias nas cidades médias também favorecem a assistência pelos filhos, amigos e outros cuidadores de idosos que residem sós ou com apenas o cônjuge, ao contrário das grandes metrópoles. O resultado é que para populações com mesmo

*Em inquérito domiciliar realizado no Rio de Janeiro na década de 1980, Veras³² encontrou que os transportes coletivos respondiam por 20% das dificuldades presentes no cotidiano dos idosos, enquanto as questões relativas à nutrição ficaram com 5% e à moradia com 9%.

nível de renda e condições idênticas de saúde, têm-se graus distintos de autonomia na realização das AVD, afetando diretamente a sua qualidade de vida.

CARACTERIZAÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA

As populações humanas apresentam em todo o mundo distribuições por sexo que se repetem. Nascerem mais crianças de sexo masculino e a partir do nascimento, em decorrência de fatores que se modificam ao longo do ciclo vital, morrem mais homens que mulheres. Na faixa etária de 60 anos e mais o predomínio feminino vai se acentuando progressivamente, podendo chegar a proporções próximas dos 2/1 no grupo acima dos 80 anos de idade.

Distribuição por Sexos

Contrariando essas premissas, no início do século XX o Brasil, o Estado de São Paulo e o Município de Araraquara apresentavam razões de sexo com predominância masculina na população geral. Isso era resultado do grande fluxo de imigrantes estrangeiros que entraram no País até o final da década de 1920, totalizando alguns milhões de pessoas. Como a imigração tinha por objetivo suprir de mão-de-obra a lavoura cafeeira, o fluxo de estrangeiros para o País foi seletivo, incluindo predominantemente famílias jovens e homens solteiros, sendo incomum a entrada no País

de mulheres solteiras e casais de idosos*. A influência do fluxo de imigrantes estrangeiros, principalmente italianos, portugueses e espanhóis, manifestou-se na composição da população brasileira por várias décadas. Apenas em 1940, o Brasil passou a apresentar uma razão de sexos equilibrada, com 100 homens/100 mulheres. Trinta anos depois, em 1970, havia no País 99 homens para cada 100 mulheres, índice que se reduziu para 97,5 em 1991 (Tabela 3).

Em São Paulo, a predominância masculina na população permaneceu até 1970, por influência do fluxo de migrantes nacionais que substituiu o fluxo de estrangeiros para o Estado a partir das décadas de 1920/1930. Em 1980, a razão de sexos já se mostrava equilibrada, passando para a predominância feminina em 1991, com 97,7 homens/100 mulheres.

O Município de Araraquara foi um dos maiores receptores de imigrantes estrangeiros em todo o Estado, apresentando predomínio da população masculina até 1940. Cessado o fluxo de estrangeiros para a cafeicultura na década de 1920, Araraquara não foi o destino preferencial de migrantes procedentes de outras regiões do Brasil. A partir de 1950, a razão de sexos do município se tornou semelhante à do País, com 99 homens/100 mulheres, até chegar aos 97,5 em 1991, mesmo valor observado para o Brasil naquela data.

Para a faixa etária dos 60 anos e mais o Brasil apresentou predomínio feminino desde 1920, a vida média mais extensa das mulheres superando precocemente os efeitos da imigração estrangeira, predo-

Tabela 3 - Razão de sexos (homens/100 mulheres) para a população em geral e para o grupo etário de 60 anos e mais de idade, no Brasil, Estado de São Paulo e Município de Araraquara - 1900/1991.

Local e grupo Etário	Ano							
	1900	1920	1940	1950	1960	1970	1980	1991
Brasil								
População geral	104,2	101,7	100,0	99,6	100,1	99,0	98,7	97,5
60 anos ou +	...	97,8	88,2	92,9	98,3	94,8	89,8	84,2
60-69 anos	95,1	103,3	105,3	100,6	94,2	89,1
70 anos e +	77,0	77,9	87,4	85,6	83,0	79,1
São Paulo								
População geral	108,1	107,8	104,6	103,7	102,1	101,0	100,0	97,7
60 anos ou +	...	114,6	101,4	101,2	102,3	94,0	85,7	81,6
60-69 anos	...	123,3	105,9	107,5	105,2	98,0	89,9	86,9
70 anos e +	...	109,3	93,2	89,9	91,1	87,1	79,1	73,7
Araraquara								
População geral	...	106,3	102,2	99,0	98,0	98,0	99,1	97,5
60 anos ou +	...	130,4	...	...	102,2	94,8	86,7	80,3
60-69 anos	...	138,0	...	...	109,3	97,3	90,0	87,4
70 anos e +	...	114,4	...	...	91,7	90,5	82,1	70,6

Nota: ... dado não disponível
Fonte: Fundação IBGE⁹.

*Apenas no Estado de São Paulo entraram mais de um milhão e meio de europeus entre 1893 e 1928, dos quais 60% eram homens e 40% mulheres¹⁵.

minantemente masculina. O Estado de São Paulo, principal destino dos imigrantes europeus, e Araraquara, que se manteve entre os 10 municípios paulistas que receberam maior número de estrangeiros no início do século XX, apresentavam desde 1960 predomínio masculino na população com 60 anos e mais. Em 1920, Araraquara chegou a apresentar uma razão de sexos elevada entre os idosos, com 130,4 homens/100 mulheres. Em 1970, a população idosa do município já não mostrava os efeitos da imigração estrangeira, e, em 1991, a razão de sexos era de 80,3 para a população com 60 anos e mais, e de 70,6 para o subgrupo com 70 anos e mais.

O padrão atual, com predomínio de mulheres acima dos 60 anos de idade, em proporções que aumentam conforme progride a idade, é um aspecto de importância no planejamento dos programas locais de assistência à terceira idade. Os inquéritos populacionais têm mostrado que as mulheres na velhice apresentam mais problemas de saúde e sentem-se menos saudáveis que os homens, situação que é agravada pelos maiores índices de viuvez e solidão e pelo prolongamento do tempo médio de vida. O suporte social e sanitário à mulher deve merecer destaque nos programas dirigidos à terceira idade, com ênfase nas intervenções multidisciplinares que contemplem suas necessidades globais, comuns à faixa etária, e específicas, como por exemplo a osteoporose, de maior prevalência no sexo feminino.

Distribuição Etária

Como resultado das mudanças sociais e econômicas da sociedade brasileira, que se acentuam na segunda metade do século XX, a década de 1940 pode ser apontada como o momento onde a estrutura etária do

Tabela 4 - Renda média mensal* dos moradores de domicílios particulares e permanentes, no Estado de São Paulo e no Município de Araraquara - 1991.

Faixa de renda	Estado de São Paulo %	Araraquara %
Até U\$ 84	10,8	8,5
De U\$ 85 a U\$ 168	21,0	18,9
De U\$ 169 a U\$ 252	16,7	18,1
De U\$ 253 a U\$ 420	17,9	21,6
De U\$ 421 a U\$ 840	16,7	17,6
De U\$ 841 a U\$ 1.680	7,6	7,8
Mais de U\$ 1.680	3,9	3,5
Sem rendimento	4,5	3,9
Sem declaração	0,9	0,2

Fonte: Fundação IBGE⁹.

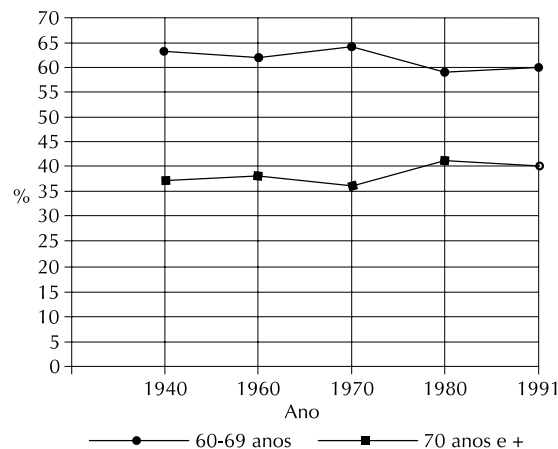
*Dados originais em salários-mínimos. Valores convertidos para dólar comercial (valor de venda): salário-mínimo de 09/91: Cr\$ 36.191,60; dólar comercial médio de 09/91: Cr\$ 84,00.

País passa a manifestar essas modificações. Em 1950, a parcela da população com 60 anos e mais respondia por 4,2% do total, índice que subiu para 4,7% em 1960. A partir de então o envelhecimento se acentuou e os idosos passaram a 5,1% da população total em 1970, índice que subiu para 7,7% em 1991 (Tabela 1).

No Estado de São Paulo a mudança na estrutura etária precedeu às alterações nacionais. Em 1940, os idosos eram 4,1% da população, índice que subiu para 4,4% dez anos mais tarde. A ausência de dados para 1950 para o Município de Araraquara, impede a identificação exata do início do processo de modificação da estrutura etária, mas é certo que em 1960 o município já contava com 6,0% de habitantes com 60 anos e mais, nível alcançado pelo País somente 20 anos mais tarde. Em 1991, Araraquara tinha 9,7% de idosos, índice muito superior à média do País e do Estado na mesma data.

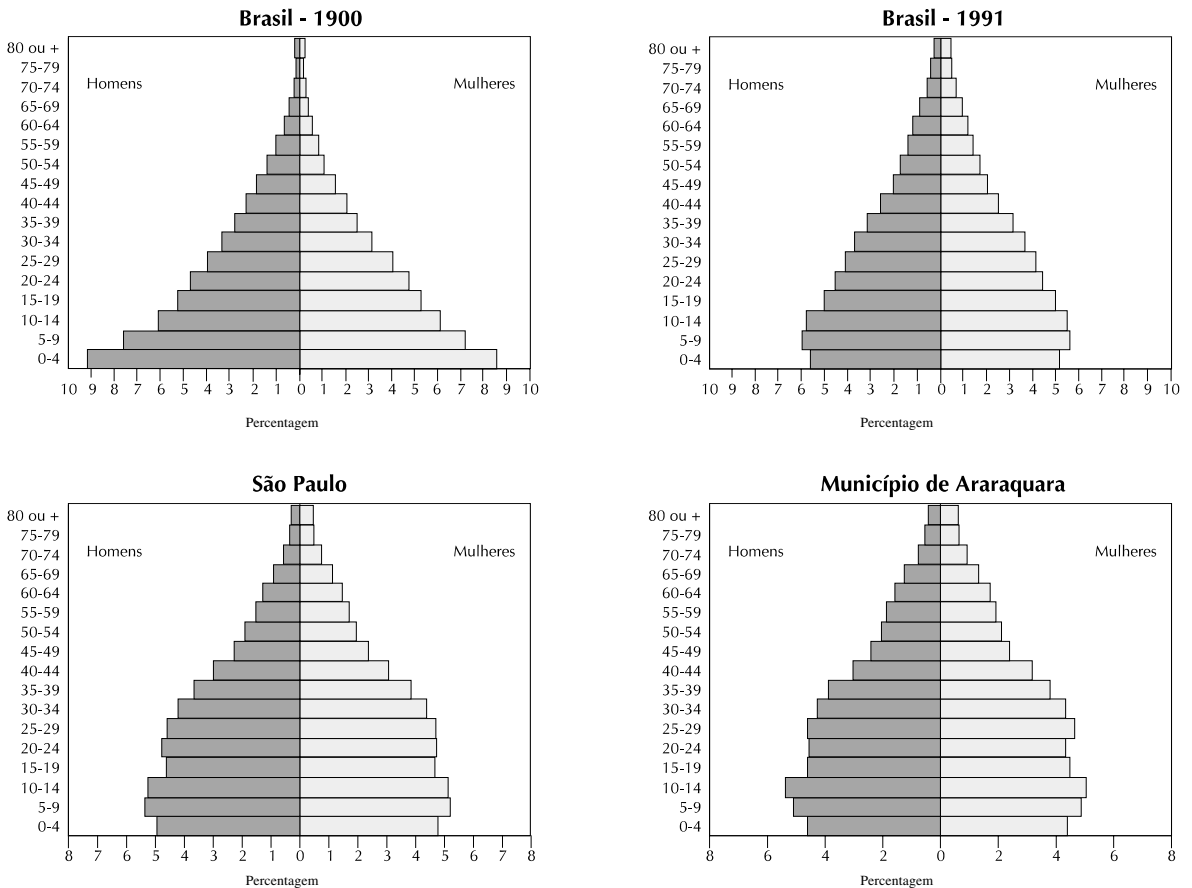
A distribuição relativa da população de idosos do Município de Araraquara em subgrupos etários mostra que tem aumentada a participação dos mais velhos. Em 1940, os idosos com 60 a 69 anos eram 63,2% do total, e o grupo com 70 anos e mais respondia pelos 36,8% restantes. Esses índices apresentaram poucas variações até 1980, quando a participação do grupo com 70 anos ou mais atingiu 41,2%, índice próximo aos 40,1% encontrados em 1991 (Fig. 2).

O envelhecimento da estrutura etária da população trouxe mudanças no padrão tradicional da pirâmide demográfica brasileira, com uma base larga e extremidade afilada. Pela primeira vez na história dos censos demográficos, em 1991 a pirâmide brasileira apresentou um perfil diferente, onde a base, correspondente ao grupo etário de 0 a 4 anos, é menor que



Fonte: Fundação IBGE⁹.

Figura 2 - Distribuição da população de 60 anos e mais de idade, no Município de Araraquara - 1940/1991.



Fonte: Cavenaghi, S. & Baeninger, R⁷ (1991).

Figura 3 - Pirâmides populacionais do Brasil (1990 e 1991), Estado de São Paulo (1991) e Município de Araraquara (1991).

o grupo etário seguinte, correspondente à faixa dos 5 aos 9 anos (Fig. 3). Esse padrão repetiu-se no Estado de São Paulo e no Município de Araraquara, mostrando-se mais acentuado em decorrência do maior envelhecimento da população.

Em Araraquara, onde as mudanças na estrutura etária têm se verificado em ritmo mais acelerado que na média do Estado, em 1991 o grupo dos 60 anos e mais (9,7% da população total) já superou o das crianças menores de 5 anos (8,9% do total), comprovando a importância da rápida adoção de políticas sociais que contemplem as necessidades dos idosos.

INDICADORES SOCIAIS E ECONÔMICOS

Renda Média Mensal

A distribuição de renda em Araraquara, em 1991, mostrava-se mais favorável que a do Estado de São

Paulo. Comparando-se o município e o Estado, encontram-se menos pessoas recebendo rendimentos mensais reduzidos (27,4% e 31,8%, respectivamente, com rendas até US\$ 168), mais pessoas com rendas médias (57,3% e 51,3%, respectivamente, com rendimentos mensais entre US\$ 169 e US\$ 840) e menos indivíduos sem qualquer rendimento (3,9% contra 4,5%, respectivamente) (Tabela 4).

Caso esse padrão de distribuição da renda seja válido também para os indivíduos com 60 anos e mais, isso significa melhores condições de vida e de saúde para os idosos. A uma menor concentração da renda corresponde um maior acesso aos bens em geral, incluindo o consumo de alimentos, serviços de saúde e informações, além de melhores condições de moradia*.

A confirmação da hipótese de que os padrões encontrados para a população em geral se reprodu-

* Alguns autores sugerem que em grandes cidades os idosos são, em média, menos pobres que o conjunto da sociedade. O nível socioeconômico indica um conjunto de condições que selecionam quais indivíduos sobrevivem até idades mais tardias, e os idosos são aqueles que teriam conseguido sobreviver às condições adversas³¹.

zem para os idosos demanda informações adicionais, não disponíveis no momento. Um indicador indireto de que em Araraquara a renda da população com 60 anos e mais não difere substancialmente da renda da população em geral encontra-se no padrão de consumo de assistência privada à saúde.

Somente as duas maiores empresas privadas que atuam no município vendendo serviços de convênio-saúde cobrem juntas 33% da população de 0 a 59 anos de idade de Araraquara. Para a faixa etária com 60 anos e mais a cobertura dessas empresas sobe para 35%. Como existem muitas outras empresas atuando no setor, no município, não é exagero supor a existência de índices de cobertura de convênios-saúde no mínimo semelhantes aos 43% encontrados para a população da região metropolitana de São Paulo em 1991¹².

Os números encontrados em Araraquara tornam-se mais eloqüentes como indicador do nível socioeconômico quando se sabe que os idosos adquirem, com mais freqüência, seus convênios privados de saúde com recursos próprios. Já os mais jovens, ao contrário, por se encontrarem inseridos no mercado de trabalho, recebem com freqüência subsídio do empregador.

A freqüência das doenças entre os idosos não explica isoladamente o maior consumo de convênios privados de assistência à saúde. Esses serviços são caros

para o poder aquisitivo brasileiro (nas versões mais simples eles custam entre US\$ 40 e US\$ 50 dólares/mês/pessoa acima dos 60 anos), num País onde o salário-mínimo tem se mantido entre US\$ 60 e US\$ 110 dólares mensais nos últimos anos. O consumo de assistência privada à saúde, como acontece com parcela significativa dos idosos, só é possível caso se disponha dos recursos necessários à sua aquisição.

Escolaridade

A escolaridade é um dos indicadores mais precisos na identificação do nível socioeconômico de uma população, relacionando-se às possibilidades de acesso a empregos e renda, à utilização dos serviços de saúde e à receptividade aos programas educacionais e sanitários. Em Araraquara, os índices de alfabetização*, tanto para a população geral como para o grupo de 60 anos e mais, são superiores aos do Estado de São Paulo, que por sua vez são superiores aos números do Brasil.

Os índices gerais de alfabetização do País nas últimas quatro décadas mostram uma tendência à contínua elevação. Os dados nacionais são uma média das unidades da federação, e em consequência das dinâmicas socioeconômicas regionais distintas, o Estado de São Paulo vem apresentando valores

Tabela 5 - Índice de urbanização da população em geral e do grupo etário de 60 anos ou mais, no Brasil, Estado de São Paulo e Município de Araraquara - 1940/1991.

Local e grupo etário	Ano					
	1940 %	1950 %	1960 %	1970 %	1980 %	1991 %
Brasil						
População geral	31,2	36,2	44,9	55,9	67,6	75,5
60 anos e +	...	43,8	51,5	61,3	69,3	74,8
60-69 anos	...	43,7	51,2	61,2	68,9	75,4
70 anos e +	...	44,0	52,3	61,7	70,1	73,8
São Paulo						
População geral	44,1	52,6	62,7	80,3	88,6	92,8
60 anos e +	...	...	72,3	84,6	90,5	93,7
60-69 anos	...	...	71,5	84,4	90,1	93,4
70 anos e +	...	...	73,8	85,0	91,2	94,2
Araraquara						
População geral	49,4	58,2	73,1	84,2	92,7	93,8
60 anos e +	...	...	...	...	95,5	96,3
60-69 anos	...	...	...	...	95,6	95,8
70 anos e +	...	...	...	...	95,8	97,1

Nota: ... dado não disponível
Fonte: Fundação IBGE⁹.

*Apesar dos censos demográficos mais recentes trazerem informações sobre os anos de estudo da população, utilizou-se a alfabetização como indicador de escolaridade, para possibilitar o desenho de séries históricas. Por alfabetização entende-se a posse de uma habilidade mínima na utilização da linguagem escrita.

sempre muito superiores à média do País. Em 1960, os valores encontrados foram 69,6% para o Estado e 43,4% para o País. Em 1991, o índice de alfabetização nacional era de 76,7%, inferior aos 86,4% encontrados em São Paulo e aos 88,4% no Município de Araraquara.

Níveis de alfabetização de idosos inferiores aos observados na população em geral constituem padrão presente em diversos países em desenvolvimento, assinalado em vários estudos^{3, 28, 30}. A tendência histórica tem sido o progressivo aumento nos níveis de alfabetização do grupo populacional com 60 anos e mais. No Município de Araraquara, por exemplo, no prazo de 21 anos entre 1970 e 1991, o índice de idosos alfabetizados saltou de 58,1% para 72,6%. Nessa última data os indivíduos com 60 anos e mais e que sabiam ler e escrever eram, respectivamente, do Estado de São Paulo e do Brasil, 69,4% e 56,2% do total na faixa etária.

O aumento do índice de alfabetização entre os idosos é um fato altamente positivo para esse grupo populacional. O maior acesso às informações divulgadas pelos meios de comunicação mantém o indivíduo ativo e participante, favorecendo o exercício de sua cidadania. No campo específico da saúde, a alfabetização torna o indivíduo mais sensível às ações de educação sanitária, e é possível que níveis crescentes de escolaridade atuem como *fatores protetores* contra as disfunções cognitivas que afetam com frequência os idosos⁸.

A familiaridade com a linguagem escrita é uma habilidade que torna mais segura a aplicação dos testes de avaliação cognitiva, muito utilizados nas avaliações geriátricas, pois quase todos foram concebidos e padronizados para as populações alfabetizadas dos países desenvolvidos. A alfabetização pressupõe, também, uma maior proximidade com os meios de comunicação de massa e, em consequência, um acervo pessoal maior de informações sobre as diferentes alternativas disponíveis para assistência à saúde e normas individuais de conduta saudável.

Urbanização

A urbanização da população é um indicador demográfico de grande importância no planejamento das ações de saúde. Populações concentradas em áreas urbanas, como se verifica atualmente no Brasil e na maior parte da América Latina, têm maior acesso a serviços públicos como saneamento básico, escolas e assistência à saúde, sendo atingidos mais facilmente pelos meios de comunicação e pelos programas oficiais de educação em saúde. Ao concentrar a

população em áreas geográficas menores, a urbanização reduz o custo final dos programas de saúde, diminuindo os gastos com o transporte de usuários, além de aumentar a eficiência do sistema, permitindo que os doentes procurem assistência mais precocemente.

Os países latino-americanos em desenvolvimento sofreram um acelerado processo de urbanização nas últimas décadas, generalizado a todos os países do continente³¹. No Brasil, o processo de urbanização teve início no final do século XIX e acelerou-se a partir da década de 1940, relacionando-se às mudanças sociais e econômicas que ocorreram no País. Os fundamentos econômicos dessa etapa recente da migração rural-urbano encontram-se na industrialização das cidades grandes e médias e nas mudanças no processo de trabalho no campo, com ênfase na mecanização, que reduziu as necessidades de mão-de-obra nas atividades agrícolas.

O Estado de São Paulo apresentou desde a primeira metade do século XX índices de urbanização superiores aos do Brasil, concentrando os estabelecimentos fabris que se instalaram no País durante o primeiro grande surto de industrialização. Já o Município de Araraquara, situado numa das regiões de São Paulo onde a cafeicultura teve maior dinamismo, quando essa era a principal atividade econômica do País, já tinha quase metade de sua população vivendo em zona urbana em 1940, índice superior ao observado para o País e para o Estado (Tabela 5).

A partir da década de 1930, o café perdeu definitivamente a primazia e passou a dividir o cenário econômico nacional com a indústria e o setor de serviços. Em Araraquara, a substituição da cafeicultura pelas demais atividades econômicas ocorreu precocemente, e a urbanização do município é uma das consequências mais visíveis.

A redução da importância da agricultura na economia nacional tem sido acompanhada de uma urbanização mais acelerada entre os idosos que na população em geral. Isso é decorrência, entre outros aspectos, do fato de que até hoje a participação econômica do grupo com 60 anos e mais concentra-se no setor agrícola, e reduzidas as oportunidades no campo, verifica-se a migração para as áreas urbanas^{3, 5}. No Brasil, os índices de urbanização do grupo com 60 anos e mais superam os da população em geral desde a década de 1950. Quando se analisam os subgrupos etários acima dos 60 anos, aumenta com a progressão da idade, o índice de residentes no campo. Esse padrão se repete para o Estado de São Paulo a partir de 1960, primeiro ano para o qual se dispõe desses números⁹ (Censo demográfico de 1960).

O primeiro censo que apresentou dados de urbanização por faixas etárias para os municípios foi o de 1980, quando os índices de Araraquara foram superiores a 95% para os subgrupos etários acima dos 60 anos de idade, em contraposição a um índice geral de 92,7% de urbanização. Em 1991, 96,3% da população com 60 anos e mais residia nas áreas urbanas de Araraquara, índice que subia para 97,1% entre aqueles com 70 anos e mais de idade. Para a população em geral a urbanização em 1991 era de 93,8% no município, 92,8% no Estado e 75,5% no País.

Apesar da inexistência de dados anteriores a 1980, discriminando os níveis de urbanização por faixas etárias para os municípios do País, a história econômica e social do Estado de São Paulo e da região de Araraquara permite supor que a tendência à urbanização da população em geral, e mais acentuadamente da população com 60 anos e mais, também tenha se verificado no Município de Araraquara desde a metade do século XX.

A urbanização da população é um processo demográfico que vem ocorrendo simultaneamente, nas últimas três décadas, às mudanças na composição e organização das famílias. O tamanho das famílias reduziu-se drasticamente em decorrência da queda acentuada na taxa de fecundidade, superior a 6 em 1950, aproximando-se de 3 filhos/mulher em idade fértil nos últimos anos para a média do País²⁶. Outras mudanças importantes encontram-se na organização das famílias em domicílios, com a transição de um padrão multigeracional para outro, nuclear, e a maior participação das mulheres no mercado de trabalho³.

Como o cuidado aos idosos é no Brasil uma tarefa que ainda se concentra na família e, dentro das famílias, com as mulheres, essas mudanças demográficas devem necessariamente ser incorporadas ao planejamento dos programas assistenciais para essa faixa etária. O Município de Araraquara situa-se numa região do Estado de São Paulo onde a taxa de fecundidade é menor que a média do Estado (2,18 e 2,28, respectivamente, em 1992), com uma queda de 33,3% entre 1980 e 1992⁴. Como essa queda no número médio de filhos ainda é recente, as conseqüências pouco se fizeram sentir no padrão de assistência familiar aos mais velhos. Um exemplo da permanência do padrão tradicional encontra-se na institucionalização dos idosos em Araraquara, atingindo apenas 0,75% da população com 60 anos e mais, índice muito inferior aos 5% assinalados como a média mundial^{5, 16}.

Essa é uma situação muito positiva e que deve ser preservada, havendo consenso entre os gerontólogos em torno do princípio de que os asilos devem permanecer como alternativa de exceção na assistência à terceira idade. O futuro, entretanto, é preocupante, pois grande parte dos casais que já tiveram um número menor de filhos, a partir da década de 1960, quando se iniciou a redução da fecundidade no País, está entrando ou encontra-se prestes a ingressar na terceira idade. Com isso, a tendência é que um número menor de jovens seja sobrecarregado com a responsabilidade de cuidar de um número cada vez maior de idosos, o que certamente contribuirá para levar ao colapso o atual modelo assistencial centrado na família.

Tabela 6 - Distribuição dos óbitos (%) e taxas de mortalidade para os 5 principais grupos de causas de morte (9ª Revisão da CID), para o grupo etário com 60 anos e mais - Estado de São Paulo e Município de Araraquara, 1993.

Local e grupos de causa de morte	Distribuição dos óbitos (%)	Taxa de mortalidade (10.000 hab)
Estado de São Paulo		
Doenças do aparelho circulatório (390-459)	41,0	179,4
Neoplasmas (140-239)	15,5	67,9
Doenças do aparelho respiratório (460-519)	8,6	37,6
Sintomas, sinais e afecções mal definidas (780-799)	6,7	29,4
Causas externas (E800-E999)	2,7	11,8
Causas restantes	25,5	111,5
Município de Araraquara		
Doenças do aparelho circulatório (390-459)	48,3	214,2
Neoplasmas (140-239)	15,2	67,5
Doenças do aparelho respiratório (460-519)	9,0	39,6
Sintomas, sinais e afecções mal definidas (780-799)	4,0	17,8
Causas externas (E800-E999)	2,0	8,9
Causas restantes	21,5	95,3

INDICADORES SANITÁRIOS

Cobertura de água encanada, coleta de esgoto e de lixo e padrões de mortalidade são alguns indicadores de grande importância na definição dos perfis de saúde da população em geral e dos idosos.

Não serão apresentados números de morbidade, pois as instituições oficiais responsáveis pela elaboração das estatísticas vitais não têm por praxe coletar sistematicamente esses dados. A morbidade, mais que a mortalidade, possibilita um diagnóstico preciso das condições e da qualidade de vida dos idosos, cuja existência é marcada com frequência pela presença simultânea de múltiplas patologias, trazendo graus variáveis de limitação à sua autonomia.

Saneamento Básico

O município de Araraquara contava com coberturas de água tratada e de coleta de esgoto e lixo superiores em 1991 às do Estado de São Paulo. Os números existentes para esses indicadores de saúde são disponíveis apenas para a população em geral, com as limitações e as possibilidades de inferência já assinaladas para a renda média mensal.

Segundo o censo demográfico de 1991, as coberturas de água encanada e coleta de esgoto em Araraquara eram, respectivamente, de 94,2% e 90,2%. Para o Estado de São Paulo os índices eram de 91,1% e 71,1%. A coleta de lixo apresentava valores muito próximos no município e no Estado com, respectivamente, 91,6% e 91,0% de cobertura.

Mortalidade

Em 1993, o Município de Araraquara apresentou taxa geral de mortalidade de 7,2 óbitos/1.000 habitantes, superior aos 6,6 observados no Estado de São Paulo. A taxa de mortalidade para a faixa etária dos 60 anos e mais foi de 44,3 óbitos/1.000 habitantes em Araraquara, valor próximo aos 43,7 encontrados no Estado de São Paulo no mesmo ano.

Os cinco grupos de causas de morte (9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID) mais frequentes na faixa etária dos 60 anos e mais repetem-se no Estado e no Município, com algumas particularidades significativas. As *doenças do aparelho circulatório* e os *neoplasmas* são as duas primeiras causas de morte entre os idosos, respondendo juntas por 56,5% das mortes no Estado de São Paulo e por 63,5% em Araraquara. As doenças infecciosas aparecem em número significativo apenas

no grupo *doenças do aparelho respiratório*, onde as pneumonias respondem por aproximadamente 3/4 dos óbitos (Tabela 6).

Esse padrão, onde predominam principalmente as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, não é exclusivo do Estado de São Paulo ou de Araraquara, constituindo uma tendência mundial, com as doenças transmissíveis dando lugar às crônico-degenerativas*. A mudança nos padrões de causas de morte, mais a redução nos coeficientes de mortalidade, é conhecida como *transição epidemiológica*, um processo que, no Brasil, se acelerou a partir da década de 1940, ocorrendo num ritmo mais acelerado que nos países do mundo desenvolvido, onde essas modificações iniciaram-se no século XIX. As doenças crônico-degenerativas aumentaram sua importância relativa inicialmente nas regiões mais desenvolvidas e hoje elas são a principal causa de morte em todo o País.

O controle da incidência epidêmica de doenças transmissíveis, como a febre amarela, a varíola e a peste, ocorreu nos Estados da região Sudeste nos primeiros anos do século XX, respondendo por parte da redução de 13% na mortalidade geral entre 1900 e 1940, a partir de patamares iniciais próximos a 20 óbitos/1.000 habitantes^{3, 29}. A redução na mortalidade a partir de então associou-se à importação de novas técnicas, medicamentos e equipamentos para assistência à saúde, antes só disponíveis nos países desenvolvidos, possibilitando o controle de outras doenças infecciosas, de natureza endêmica (como a tuberculose, doença de Chagas e malária), e das doenças crônico-degenerativas, cuja importância relativa tornou-se progressivamente maior. Programas de saúde dirigidos ao controle das endemias, mais a urbanização da população, facilitando o acesso a serviços públicos como saneamento básico, ensino e assistência à saúde, tiveram sucesso em reduzir o peso relativo dessas patologias no quadro de morbimortalidade de todas as regiões do País.

Apesar das limitações de acesso aos serviços de saúde, existentes desde as primeiras experiências previdenciárias brasileiras na década de 1920 até a criação de um sistema nacional de saúde universal, na década de 1980, a cobertura assistencial foi progressivamente se ampliando durante o século XX. Maior parcela da população passou a ter acesso às novas tecnologias, com o aumento da expectativa de vida e a transição entre os perfis epidemiológicos, de doenças transmissíveis epidêmicas e endêmicas para patologias crônico-degenerativas.

*Nos países desenvolvidos têm diminuído nas últimas décadas a mortalidade por doenças cerebrovasculares e doenças arteriais coronarianas. Algumas explicações possíveis são a redução na incidência e o aumento da sobrevivência dos portadores dessas patologias²⁷.

Em Araraquara, as *doenças do aparelho circulatório* mostraram-se mais freqüentes que no Estado de São Paulo, com taxas de 214,2 e 179,4 óbitos/10.000 habitantes, respectivamente. As altas prevalências de alguns fatores de risco associados à ocorrência dessas doenças certamente contribuem para esse elevado índice de mortalidade. Segundo um estudo recente, Araraquara apresenta uma das mais elevadas prevalências do País para hipertensão arterial, e a obesidade é outro fator de risco muito freqüente no município^{19,20}.

Os *neoplasmas*, o segundo grupo mais freqüente de causas de mortes entre os idosos, mostraram taxas semelhantes no Estado e no Município, próximas a 67 óbitos/10.000 habitantes.

O grupo de causas de morte denominado *sintomas e Estados mórbidos maldefinidos*, cuja freqüência é em geral associada às deficiências do sistema de saúde, mostrou valores diferentes nas duas populações. As mortes por essas causas foram muito mais comuns em São Paulo que no Município de Araraquara, tanto em termos relativos (6,7% e 4,0%, respectivamente), como absolutos (29,4 e 17,8 óbitos/10.000 habitantes). Esses valores sugerem que a população idosa de Araraquara recebe, em média, uma assistência médica de qualidade superior à disponível para o conjunto do Estado, mesmo considerando-se as diferenças significativas nos recursos de saúde disponíveis para os diferentes grupos sociais.

Outra diferença encontrada nos números estaduais e municipais refere-se às mortes decorrentes das causas externas, 25% mais freqüentes no Estado que em Araraquara (2,7% e 11,8 óbitos/10.000 habitantes, e 2,0% e 8,9 óbitos/10.000, respectivamente). Os homicídios (E960-E969, na 9ª revisão da CID) explicam parte do diferencial: com índice zero em Araraquara em 1993, eles foram responsáveis por 0,2% das mortes de idosos no Estado, com uma taxa de 0,8 óbitos/10.000 habitantes.

A maior parte dessa diferença, entretanto, é explicada pela maior freqüência de óbitos por acidentes de veículos a motor (E810-E819) na Capital que no interior. Como esse padrão de mortalidade é extensivo para toda a região metropolitana de São Paulo, responsável por quase 50% da população do Estado, isso aumenta a média geral. Os coeficientes de mortalidade por acidentes de trânsito vêm se mantendo estáveis no Estado de São Paulo, nos últimos 20 anos²¹. Subjacente a essa estabilidade encontram-se grandes diferenças nos números de municípios com características demográficas e sociais distintas. Na Capital do Estado, os acidentes por veículos a motor foram causa de 40% dos óbitos por acidentes em 1993, enquanto em Araraquara esse índice foi de 25%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da estrutura etária populacional dos países em desenvolvimento torna urgente a adoção de políticas sociais que garantam aos idosos a máxima qualidade aos anos adicionados à vida média nas últimas décadas. O novo perfil demográfico do País, caracterizado pelo aumento da participação dos idosos, ainda não é conhecido da população em geral e de parte dos dirigentes e planejadores de saúde, em cujo imaginário está presente apenas o velho estereótipo do Brasil como o *país do futuro*. Com um número crescente de idosos ao lado de um contingente de crianças e adolescentes que ainda responde por quase 40% da população total, o Brasil tornou-se um *País jovem com cabelos brancos*³⁰.

A atenção à saúde do idoso requer intervenções caras e tecnologia complexa, que possibilitem o acompanhamento e a prevenção das seqüelas associadas às doenças crônico-degenerativas, predominantes no quadro nosológico da faixa etária. Somase às necessidades no campo da saúde as demandas decorrentes do aumento no número de pensões e aposentadorias, incrementando os custos do já deficitário sistema oficial de previdência social. Completando o quadro das dificuldades atuais, têm-se as necessidades assistenciais de outros grupos sociais solicitando investimentos do setor público.

Apesar dos notáveis avanços obtidos na redução da mortalidade infantil nas últimas décadas, os números brasileiros ainda são dos mais elevados da América Latina²³, exigindo o combate à desnutrição, o aperfeiçoamento da atenção à gravidez e ao parto e o combate às doenças transmissíveis, entre outras ações de assistência primária. Ao mesmo tempo, há o incremento do contingente populacional de 60 anos e mais, que em muitos locais do País, como no Município de Araraquara, já ultrapassou em número os menores de 5 anos.

A iniquidade na distribuição dos serviços públicos e da riqueza privada talvez seja o aspecto da organização social de mais longa permanência na história brasileira. Os indicadores demográficos, socioeconômicos e sanitários apresentados confirmam essa premissa, do Brasil como um País de estrutura social marcada pela desigualdade.

Diante de demandas sociais quase sempre superiores à capacidade de investimento do setor público, mesmo nas regiões de maior desenvolvimento econômico do País, há que se recorrer a soluções criativas que maximizem os efeitos dos investimentos públicos. As diferenças acentuadas existentes entre regiões, Estados e municípios precisam ser incorpo-

radas ao processo de planejamento e avaliação de serviços e programas de saúde, sob pena de não se atingir os melhores resultados possíveis com os recursos disponíveis.

Com uma situação demográfica e sanitária que provavelmente se assemelha muitos outros municípios do mesmo porte, Araraquara já conta com um serviço municipal para atendimento gerontológico, prestando assistência multidisciplinar curativa e de reabilitação à população idosa. Um dos fatores que limitam o impacto sanitário desse serviço encontra-se na impossibilidade de atender à demanda existente. A expansão da cobertura é limitada, entre outros fatores, pela carência de recursos humanos especializados, situação presente em praticamente todas as regiões do País.

As especificidades da fisiopatologia do corpo idoso^{6, 21, 22, 25} fazem do treinamento dos recursos humanos aspecto fundamental dos programas de saúde para a terceira idade. A expansão das atividades do serviço municipal de gerontologia, adaptando-o de serviço voltado exclusivamente ao atendimento do idoso em centro de treinamento de recursos humanos e difusão de informações, seria medida de grande impacto. O treinamento dos médicos e enfermeiros que atuam na rede pública habilitaria esses profissionais à detecção precoce e ao acompanhamento dos principais problemas de saúde dos idosos.

Para que se obtenha a redução da mortalidade e da incapacidade na terceira idade associada às doenças cardíaco-circulatórias, de alta prevalência no Município de Araraquara, não bastam intervenções de saúde dirigidas apenas aos idosos. É fundamental o diagnóstico precoce e o controle da hipertensão entre os adultos jovens, prevenindo as complicações tardias decorrentes desse sério problema de saúde pública. Por constituir um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas complicações, a reavaliação e aperfeiçoamento dos programas oficiais para prevenção e tratamento da hipertensão arterial entre os adultos jovens constitui pré-requisito para a redução dos altos índices de mortalidade e invalidez decorrentes das doenças cardíaco-circulatórias.

Diante da incapacidade do setor público em atender às necessidades dos grupos sociais carentes, os programas oficiais de saúde não podem desconsiderar o setor privado, que já responde pela assistência de ampla parcela da população idosa do município, atra-

vés dos serviços particulares e convênios-saúde. Hoje o setor público constitui uma pequena *ilha de excelência* na área do atendimento gerontológico em Araraquara e a abertura dos programas oficiais de treinamento aos serviços privados (da área médica, de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional) certamente resultaria positiva. Os profissionais da rede privada quase sempre atuam de forma isolada e o estímulo à formação de equipes multidisciplinares para o atendimento gerontológico melhoraria a assistência oferecida aos idosos de maior poder aquisitivo.

A manutenção do baixo índice (0,7%) de institucionalização em asilos dos idosos de Araraquara demanda ações de treinamento e suporte psicológico e material aos familiares, sob pena de reversão da situação atual. O serviço municipal de gerontologia deu início recentemente a programas de treinamento de *cuidadores informais* e de assistência domiciliar a idosos. A implantação de um hospital-dia para os indivíduos que apresentem deficiências importantes em sua autonomia e que não disponham de estrutura familiar para ampará-los, seria outra medida capaz de evitar o aumento da institucionalização de idosos em asilos. Essa alternativa assistencial contribuiria também para evitar muitas internações hospitalares desnecessárias, com ganhos para o idoso, que não se vê deslocado do ambiente familiar e sujeito a infecções hospitalares, e para o sistema de saúde, que economiza os seus recursos.

A existência de mais de 2/3 de idosos alfabetizados e o fato de quase todos viverem na área urbana de Araraquara favorece a continuidade das atividades da UNESP (Universidade Estadual Paulista) na área dos cursos de extensão universitária para a terceira idade. Esses cursos respondem à grande demanda por informações em saúde e temas gerais de interesse dos idosos, servindo também para a reciclagem de profissionais que atuam com a faixa etária.

Outro campo a ser explorado na área educacional é a inclusão de informações sobre a realidade demográfica e sanitária do País, Estado e município nos cursos de reciclagem oferecidos periodicamente pela universidade aos professores do ensino secundário. Essa atividade reveste-se de grande importância, por seu efeito multiplicador na comunidade, favorecendo a criação de uma nova mentalidade que revalorize o papel dos idosos na população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMARGO, A. B. M. & SAAD, P. M. A transição demográfica no Brasil e seu impacto na estrutura etária da população. In: Fundação SEADE. *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo, 1990. p. 9-25.
2. CAMARGO, A. B. M. & YAZAKI, L. M. A evolução da população idosa e a sua distribuição espacial em São Paulo. In: Fundação SEADE. *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo, 1990. p. 31-9.
3. CAMARGO, A. B. M. & YAZAKI, L. M. Características demográficas e socioeconômicas da população idosa. In: Fundação SEADE. *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo, 1990. p. 41-100.
4. CAMPANÁRIO, P. & YAZAKI, L. M. A fecundidade em São Paulo e suas regiões de governo: níveis e tendências. *Inf. Demogr.*, São Paulo, **25**:11-57, 1994.
5. CANÇADO, F. A. X. Epidemiologia do envelhecimento. In: Cançado, F. A. X. *Noções práticas de geriatria*. Belo Horizonte, COOPMED & Health C.R., 1994. p. 17-52
6. CARVALHO FILHO, E. T. de & PAPALÉO NETTO, M. *Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo, Atheneu, 1994.
7. CAVENAGHI, S. & BAENINGER, R. *Dados demográficos: estrutura etária por sexo dos municípios do Estado de São Paulo, segundo Censo de 1991 resultados preliminares*. Campinas, NEPO, 1994.
8. DARTIGUES, J. F. et al. Le programme de recherche Paquid sur l'épidémiologie de la demence: methodes et resultants initiaux. *Rev. Neurol.*, **147**:225-30, 1991.
9. FUNDAÇÃO IBGE. *Censos demográficos do Brasil, 1940-1991*. Rio de Janeiro, 1940/1994.
10. FUNDAÇÃO IBGE. *Censo demográfico do Brasil - 1991*. Rio de Janeiro, 1994.
11. FUNDAÇÃO IBGE. *Anuário estatístico do Brasil - 1993*. Rio de Janeiro, 1994.
12. FUNDAÇÃO SEADE. *Pobreza e riqueza: pesquisa de condições de vida na Região Metropolitana de São Paulo: saúde*. São Paulo, 1992.
13. FUNDAÇÃO SEADE. *Movimento do registro civil - 1993*. São Paulo, 1995.
14. GUTIERREZ ROBLEDO, L. M. Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México. *Salud Pública México*, **32**:693-701, 1990.
15. HOLLOWAY, T. H. *Imigrantes para o café - café e sociedade em São Paulo, 1886-1934*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1984.
16. KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, **21**:200-10, 1987.
17. KINSELLA, K. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. In: Pérez, E. A. et al., ed. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington, OPS/OMS, 1994. p. 3-18.
18. LEÓN, C. A. Percepciones sobre la salud del anciano en Colombia. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, **101**:625-37, 1986.
19. LOLIO, C. A. de. Prevalência da hipertensão arterial em Araraquara. *Arq. Bras. Cardiol.*, **55**:167-73, 1990.
20. LOLIO, C. A. de & LATORRE, M. do R. D. de O. Prevalência de obesidade em localidade do Estado de São Paulo, Brasil, 1987. *Rev. Saúde Pública*, **25**:33-6, 1991.
21. MELLO JORGE, M. H. P. & LATORRE, M. R. D. O. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. *Cad. Saúde Pública*, **10**(supl. 1):19-44.
22. MORIGUCHI, Y. & MORIGUCHI, E. H. *Biologia geriátrica ilustrada*. São Paulo, Fundo Editorial Bik, 1988.
23. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, 1994. v. 1.
24. PATARRA, N. Transição demográfica: novas evidências, velhos desafios. *Rev. Bras. Estudos Pop.*, **11**(1):27-40, 1994.
25. PÉREZ, E. A. et al., ed. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington, OPS/OMS, 1994. p. 81-315.
26. RAMOS, L. R. et al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública*, **21**:211-4, 1987.
27. RAMOS, L. R. et al. Doenças cardiovasculares no idoso: implicações clínicas dos dados epidemiológicos. *Rev. Soc. Cardiol. ESP*, **3**:6-12, 1991.
28. RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, **27**:87-94, 1993.
29. TELAROLLI JUNIOR, R. Poder e saúde: a república, a febre amarela e a formação dos serviços sanitários no Estado de São Paulo. Campinas, 1993. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP]
30. VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro, Relume Dumará/UERJ, 1994.
31. VERAS, R. P. et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev. Saúde Pública*, **21**:225-33, 1987.
32. VERAS, R. P. & ALVES, M. I. C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: Minayo, M. C. S. org. *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo, HUCITEC, 1995. p. 320-37.