

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Envelhecer em São Paulo: Arranjo familiar e
saúde**

Erika Laide Nigro

**Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências**

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar

São Paulo

2013

Envelhecer em São Paulo: Arranjo familiar e saúde.

Arranjo familiar de idosos e uso preventivo de serviço de saúde.

Erika Laide Nigro

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título e ano da dissertação.

Aos meus pais e minha irmã, minha família.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram para a realização deste trabalho, seja com palavras de incentivo ou 'colocando a mão na massa'. Gostaria de agradecer especialmente a algumas delas:

Aos meus pais *Laide e Antonio Carlos*, e à minha irmã *Gabriela*, que sempre me incentivaram a estudar e a me dedicar a essa minha paixão e entenderam a distância física de todos esses anos.

Ao professor *Chester Luiz Galvão Cesar* pela oportunidade, paciência, ensinamentos, confiança e orientação. Meus sinceros agradecimentos e admiração.

A professora e amiga *Vanessa V. Guimarães* pela sincera e fiel amizade, momentos de risadas e de tensão, análises e reanálises estatísticas.

A amiga *Sheila Rizzato Stopa (Ni)* pela amizade, pelo companheirismo, por dividir comigo a sala de pesquisa, a agenda, os tickets do bandeijão, as análises, as dúvidas e resoluções, os eventos acadêmicos, os choros e as risadas. Agradeço também por me ensinar o otimismo todos os dias.

Aos *pesquisadores do ISA-Capital* que autorizaram a utilização dos dados desse grande inquérito.

Ao colega *Neuber J. Segri*, que acompanhou momentos importantes, e por dividir o orientador, a sala de pesquisa, a experiência da pesquisa e de vida.

Aos amigos da FSP *Eduardo, Silvania, Márcia, Suely* e tantos outros que sempre me incentivaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao estatístico do departamento de Epidemiologia *Fernão Dias de Lima* pelo auxílio com os dados.

A secretária da após-graduação *Angela Maria Pereira Silva de Andrade* por salvar todos os alunos nos momentos de sufoco e por sempre sanar nossas dúvidas com muita paciência.

Aos demais funcionários da FSP que sempre me ajudaram quando necessário.

As professoras da banca examinadora *Mônica Yassuda* e *Helena Watanabe* que prontamente aceitaram participar da avaliação deste trabalho e pelas contribuições valiosas na qualificação e pré-banca.

A professora *Andrea Lopes* da graduação em Gerontologia (EACH-USP) que me apresentou ao mundo da pesquisa e me ensinou o quanto esse universo é sério, apaixonante e difícil.

A amiga-irmã *Rafaela* pela amizade de mais de dez anos e por entender minhas ausências quando elas foram necessárias.

A minha tia *Leonice* e as minhas primas *Glauci*, *Gleici* e *Glaciele* pelos anos de convivência.

Ao amigo *Wagner*, pela amizade linda que construímos, pelo carinho, cuidado, companhia e pelas conversas acadêmicas.

Ao *Dino*. Você sabe.

A *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)* pelo financiamento desta pesquisa.

A todos os *idosos entrevistados* no ISA-Capital 2008 sem os quais não seria possível esse trabalho.

*“...as coisas ou são o que parecem ser;
ou não são, nem parecem ser;
ou são e não parecem ser;
ou não são, mas parecem ser...”*

Epictetus, Século II d.C.

RESUMO

Nigro, EL. Envelhecer em São Paulo: arranjo familiar e saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.

Introdução – As recentes mudanças nos arranjos familiares e o envelhecimento populacional acarretam em novas demandas de saúde. Conhecer os arranjos familiares nos quais estão inseridos os idosos e a sua relação com o uso de serviços de saúde para a prevenção de doenças é de extrema importância para o planejamento de serviços e políticas públicas. **Objetivo** - Descrever os arranjos familiares aos quais pertencem os idosos do Município de São Paulo, SP, segundo características sociodemográficas e de saúde. **Metodologia** – Estudo de base populacional com dados do Inquérito de Saúde de São Paulo ISA-Capital 2008. Participaram 920 idosos residentes da área urbana do Município de São Paulo. As variáveis de análise foram sociodemográficas, o tipo de arranjo familiar e uso de serviço de saúde ‘consulta odontológica’; ‘serviço de saúde’; ‘realização de papanicolau’; ‘mamografia’; ‘exame para prevenção câncer de próstata’; ‘exame para prevenção de câncer de intestino’. A análise dos dados se deu por meio do teste de *Chi-Quadrado de Pearson* através dos softwares SPSS 18.0, módulo Complex Sample e STATA 11.0, módulo Survey. **Resultados** –31,4% dos idosos moravam com cônjuge e descendência; 26,0% só com cônjuge; 19,8% só com descendência; 14,8% sozinhos. Os idosos que moravam com cônjuge e descendência e só com o cônjuge foram os que mais realizaram exames preventivos para câncer de próstata e intestino, consultaram mais serviços odontológicos e de saúde na ausência de morbididades. **Discussão** - Idosos que moravam somente com descendentes foram que apresentaram piores condições socioeconômicas e os que menos fizeram exames preventivos, sugerindo que devem ser alvo de mais atenção e de campanhas para prevenção de doenças e agravos.

Descritores: idosos; família; envelhecimento; inquérito de saúde

ABSTRACT

Nigro, EL. Aging in São Paulo: family arrangements and health [dissertation]. Sao Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2013.

Background: Recent changes in family structure and population aging lead to new health demands. Cognize the family arrangements in which are embedded the elderly and its relationship to the use of health services for disease prevention is extremely important for service planning and public policies. **Objective:** Describe family arrangements which elderly belong in the city of São Paulo, according to sociodemographic and health characteristics. **Methods:** Population-based study with data from Health Survey in São Paulo, ISA-Capital 2008. The study was carried out with 920 elderly residents in São Paulo urban area. Analysis variables were sociodemographic, types of family arrangements and the use of health service for 'dental appointment', 'health service', 'Pap smear', 'mammography', 'prostate cancer prevention test'; 'bowel prevention cancer test'. Data analyses were conducted by Chi-square Test, SPSS 18.0 software, Complex Sample and STATA 11.0, Survey. **Results:** 31.4% of the elderly used to live with spouse and offspring, 26.0% with spouse only, 19.8% with only offspring, 14.8% alone. Elderly living with spouse and offspring, and only with their spouse performed more preventive screenings for prostate cancer and bowel, searched for more dental and health services when in absence of comorbidities. **Discussion:** Elderly living alone with offspring presented worst socioeconomic conditions and also performed less preventive tests, suggesting that they should be targeted for more attention and diseases prevention campaigns.

Keywords: elderly, family, aging, health survey.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 A HISTÓRIA DA FAMÍLIA	16
1.2 O CONCEITO DE FAMÍLIA E SUAS VARIAÇÕES	26
1.3 MUDANÇAS DOS ARRANJOS FAMILIARES NA POPULAÇÃO BRASILEIRA	29
1.4 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E FAMÍLIA	32
1.5 O ARRANJO FAMILIAR E A SAÚDE DOS IDOSOS	35
2 JUSTIFICATIVA	41
3 OBJETIVOS	42
3.1 OBJETIVO GERAL	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4 METODOLOGIA	43
4.1 DELINEAMENTO GERAL	43
4.2 O INQUÉRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (ISA-CAPITAL 2008)	43
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	44
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA	44
4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO	47
4.6 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA	51
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	52

5	RESULTADOS	53
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	53
5.2	TIPOS DE ARRANJOS FAMILIARES DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	55
5.3	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ACORDO COM OS TIPOS DE ARRANJOS FAMILIARES	65
5.4	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE ACORDO COM O USO DE SERVIÇO DE SAÚDE	73
5.5	CARACTERÍSTICAS DE USO DE SERVIÇO DE SAÚDE SEGUNDO OS TIPOS DE ARRANJOS FAMILIARES	84
6	DISCUSSÃO	93
6.1	ARRANJOS FAMILIARES DE IDOSOS	93
6.2	ARRANJOS FAMILIARES E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	95
6.2.1	Arranjos familiares e sexo	95
6.2.2	Arranjos familiares e faixa etária	97
6.2.3	Arranjos familiares e raça/cor	98
6.2.4	Arranjos familiares escolaridade	99
6.2.5	Arranjos familiares e renda	100
6.2.6	Arranjos familiares e situação de trabalho	101
6.3	ARRANJOS FAMILIARES E USO DE SERVIÇO DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO	102
6.3.1	Arranjos familiares e exame de Papanicolau	102

6.3.2	Arranjos familiares e mamografia	103
6.3.3	Arranjos familiares e prevenção para o câncer de próstata	104
6.3.4	Arranjos familiares e prevenção de câncer de intestino	105
6.3.5	Arranjos familiares e consulta odontológica	105
6.3.6	Arranjos familiares e procura por serviço de saúde	106
6.3	USO DE SERVIÇO, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	107
6.5	LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	108
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
8	REFERÊNCIAS	114
	ANEXOS	122
	Anexo I - Plano de amostragem do ISA-Capital 2008	
	Anexo II - Variáveis utilizadas no estudo	
	Anexo III - Termo de consentimento livre e esclarecido	
	Anexo IV - Parecer consubstanciado do CEP	
	CURRÍCULO LATTES	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Arranjos familiares e as características sociodemográficas dos idosos, São Paulo, SP- 2008	63
Tabela 2	Características sociodemográficas da população idosa de acordo com os tipos de arranjos familiares, São Paulo, SP, 2008	71
Tabela 3	Arranjos familiares e uso de serviço de saúde, São Paulo, SP - 2008	82
Tabela 4	Uso de serviço de saúde segundo os tipos de arranjos familiares, São Paulo, SP - 2008	91

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Proporção ponderada do sexo entre os idosos – ISA-Capital. São Paulo, 2008	53
Figura 2	Proporção ponderada das faixas-etárias entre os idosos – ISA-Capital. São Paulo, 2008	54
Figura 3	Distribuição percentual dos idosos segundo tipo de arranjo familiar – ISA-Capital. São Paulo, 2008	56

LISTA DE QUADROS

Quadro I	Blocos temáticos presentes no ISA-Capital 2008 e selecionados para o estudo	46
----------	---	----

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é a dissertação de mestrado da aluna Erika Laide Nigro do programa de pós-graduação em Saúde Pública no departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, orientada pelo professor Dr. Chester Luiz Galvão Cesar.

Com o envelhecimento populacional acelerado, faz-se importante conhecer a realidade na qual estão inseridos os idosos para que as demandas sejam identificadas de maneira rápida e eficiente.

A introdução deste presente estudo está dividida em cinco partes. Na primeira delas o leitor encontrará uma breve revisão bibliográfica a respeito da história da família ocidental. Esta seção da introdução não pretende encerrar a discussão acerca da história da família, mas sim introduzir ao tema da instituição familiar e colaborar para a contextualização e compreensão da composição do arranjo familiar na atualidade. A partir da segunda parte da introdução inicia-se a descrição a respeito das composições dos arranjos familiares atuais no contexto da população brasileira. Descrevem-se também as mudanças nos arranjos familiares e algumas associações encontradas por outros autores entre os diferentes tipos de família e a saúde de seus membros idosos.

Justificativas, objetivos gerais e específicos, metodologia, descrição de resultados, discussão, bibliografia e anexos serão apresentados em seguida e necessariamente nesta ordem.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A HISTÓRIA DA FAMÍLIA

A história da família é um tema bastante estudado por diferentes áreas da ciência. Há, no entanto, divergências entre tais áreas no que se refere aos graus de seu desenvolvimento e a sua evolução no tempo.

Na filosofia alemã, no contexto histórico do nascimento do socialismo científico, o autor Friedrich Engels em uma retrospectiva a respeito do estudo da história da família afirmou em 1891, no prefácio para a quarta edição de seu livro *“A origem da família, da propriedade privada e do Estado”*⁽¹⁾ que os estudos referentes à história da família começaram por volta de 1861 com a publicação do livro *“O direito materno”* do historiador suíço Johann Jakob Bachofen. Engels⁽¹⁾ afirmou que neste livro, Bachofen com bases em diversos trechos da literatura clássica antiga elaborou a tese da ginococracia. A ginococracia que ocorreu em um passado primitivo era o domínio absoluto da mulher em relação ao homem que lhe estimava e respeitava. Isso se devia ao fato de que era uma época na qual as relações sexuais não eram monogâmicas e a maternidade era a única informação confiável e, portanto, considerada mais importante do que a paternidade diante do nascimento de novas gerações. Ainda segundo Bachofen, a monogamia começou a ganhar força somente entre os gregos com o desenvolvimento de novas concepções religiosas nas quais os antigos deuses e as ideias a eles vinculadas foram trocados por novas divindades e crenças. Engels⁽¹⁾ ressaltou que Bachofen,

assim como os gregos, atribuía à religiosidade a transformação de valores na qual a maternidade perdeu importância e deu lugar a paternidade como informação relevante. Apesar do caráter místico, Engels⁽¹⁾ afirmou que a obra “*O direito materno*” de Bachofen merece destaque devido ao seu pioneirismo por tratar da pré-história da família.

O etnógrafo e historiador norte-americano Lewis Henry Morgan foi para Engels⁽¹⁾ o autor de maior importância nos estudos da história da família e conseguiu reunir evidências de que o matrimônio por grupos era predominante. Em 1877 Morgan publicou sua obra “*A sociedade antiga*” e Engels⁽¹⁾ afirmou que nela, Morgan conseguiu estabelecer uma ordem cronológica na história da família. Morgan concluiu através de suas pesquisas que as tribos exógamas tinham uma lógica baseada no *gen*. De acordo com Engels⁽¹⁾, o *gen* era “*um círculo fechado de parentes consanguíneos por linha feminina, que não se podem casar uns com os outros*” (p. 44).⁽¹⁾ Dentro das tribos exógamas, portanto, poderia haver casamento entre seus membros desde que eles não pertencessem ao mesmo *gen*.

Com base nos dados de Morgan que Friedrich Engels⁽¹⁾ fez avanços em seu livro “*A origem da família, da propriedade privada e do Estado*”. Engels⁽¹⁾ afirma que, para Morgan, as grandes épocas da história da humanidade coincidiram com os progressos da sua forma de economia e a história da família ocorreu paralelamente a esses períodos. Segundo Engels⁽¹⁾, Morgan conseguiu explorar bem as épocas de “*Estado Selvagem*” e “*A barbárie*”, fazendo alguns avanços ainda no período de transição para a última época que

é “A civilização”. Engels⁽¹⁾ relata que Morgan estabeleceu uma ordem cronológica do desenvolvimento dos tipos de família:

- *A família consanguínea*: pessoas de todas as gerações eram maridos e esposas uns dos outros, ou seja: irmãs e irmãos eram também esposos e esposas e seus filhos eram todos irmãos. Somente pais e filhos não tinham relações sexuais entre si. Há evidências da existência desses ‘matrimônios em grupos’ em povos primitivos do Havaí.⁽¹⁾

- *A família punaluana*: a relação sexual entre irmãos começou a não ser mais aceita. Existiam ainda os matrimônios em grupos, mas os graus de parentesco começaram a ser estipulados socialmente e respeitados da seguinte maneira: mulheres não podiam ter relações sexuais com seus irmãos e vice-versa. Dessa forma, seus filhos não poderiam se relacionar com os irmãos filhos dos irmãos da mãe (chamados agora de primos) ou com as filhas das irmãs do pai (chamadas agora de primas). Os maridos e suas esposas chamavam-se entre si de “punalua”. Morgan teorizou que o conceito de gens deve ter surgido da família punaluana.⁽¹⁾

- *A família sindiásmica*: com o passar do tempo ocorreu um aumento da complexidade dos gens e havia muitas proibições de casamentos entre os grupos, dificultando os matrimônios. Os matrimônios por grupos foram sendo substituído por relações em pares, nas quais ainda existia a poligamia e era permitida a infidelidade do homem. A mulher deveria ser fiel a um único marido, mas os laços matrimoniais poderiam ser desfeitos por ambas as partes e, nesses casos, os filhos sempre ficavam com as mulheres. Apesar de não

ocorrerem os casamentos em grupos como antes, as moradias ainda guardavam características da antiga forma de família e, portanto, várias famílias moravam juntas. Essa foi a forma predominante durante o período da *Barbárie*. Com o desenvolvimento dos instrumentos e técnicas de criação de animais, a propriedade comunitária passou aos poucos a ser da família. Os povos dominados em guerras que antes eram mortos ou acolhidos como irmãos, passaram a serem usados na produção de alimentos e tornaram-se escravos. A divisão de tarefas entre os sexos começou a aparecer e o homem ficou responsável por trazer o alimento para casa. Os instrumentos, animais e escravos ficavam em posse do homem em caso de separação conjugal, ao passo que eram de propriedade da mulher os utensílios domésticos. Na medida em que as riquezas foram aumentando devido ao desenvolvimento constante das técnicas de produção e criação de animais, o homem começou a ganhar mais importância. Com a possibilidade da herança das terras e das riquezas conquistadas ocorreu uma alteração de valores: passou-se a valorizar mais a filiação paterna do que a materna e a mulher passou a ser desvalorizada e vista somente como instrumento de reprodução.

Para os romanos antigos, os escravos que tinham mulheres e filhos eram chamados de *Famulus* que significava escravo doméstico e *Familia* era o conjunto de escravos que um homem tinha. Segundo Engels⁽¹⁾, essas expressões foram elaboradas pelos romanos para definir o poder do homem sobre sua mulher, filhos e escravos.⁽¹⁾

A *família monogâmica* originou-se da família sindiásmica no período final de “A barbárie” e Engels⁽¹⁾ afirmou que este foi um sinal bastante forte da transição para o período “A civilização”. A lógica da família monogâmica era baseada na predominância de poder do homem e tinha como finalidade a certeza da paternidade uma vez que os filhos seriam os herdeiros das fortunas cada vez maiores devido ao desenvolvimento crescente dos meios de produção.⁽¹⁾ A predominância do poder do homem avançou sobre os laços conjugais que estavam mais sólidos e somente o marido poderia ser infiel ou mesmo decidir se separar. A família monogâmica surgiu, portanto, por necessidades geradas pelo desenvolvimento da economia e não tinha relação com sentimentos conjugais.⁽¹⁾ Engels afirmou ainda que a família monogâmica é “*a forma celular da sociedade civilizada*” e reflete a fase da sociedade na qual está inserida.⁽¹⁾

No casamento burguês medieval eram os pais dos noivos que buscavam para seus filhos os melhores pretendentes para a manutenção ou melhora da posição social. Segundo Engels⁽¹⁾ havia divisão na qual a mulher deveria cuidar da casa e dos filhos. Foi a partir da família monogâmica que a propriedade passou a ser privada e cada lar a abrigar somente uma família.⁽¹⁾

Diante da apresentação dos primeiros achados sobre a história da família, Engels⁽¹⁾ fez uma citação de Morgan que afirmou:

“a família deve progredir na medida em que progride a sociedade, que deve modificar-se na medida em que a sociedade se modifique; como sucedeu até agora. A família é produto do sistema social e refletirá o estado de cultura desse sistema. Tendo a família monogâmica melhorado a partir dos começos da civilização e, de uma maneira muito notável, nos tempos modernos, é lícito pelo

menos supor que seja capaz de continuar seu aperfeiçoamento até que chegue à igualdade entre os dois sexos. Se, num futuro remoto, a família monogâmica não mais atender as exigências sociais, é impossível prever a natureza da família que a sucederá”. (pag.82)⁽¹⁾

Se para Morgan e Engels⁽¹⁾ a origem da família primitiva se deu por forças da natureza e acompanhou as necessidades do desenvolvimento dos meios de produção, para o historiador francês Numa Denys Fustel de Coulanges⁽²⁾ a religião estipulou por completo as regras que fizeram com que a família fosse a instituição parecida com a atual. Fustel⁽²⁾ inclusive sinalizou que na Grécia antiga a palavra usada para designar família era *epístion*, que significava ‘aquilo que está perto do fogo sagrado’. Para os gregos e os romanos antigos a família era aquele grupo de pessoas que cultuavam os mesmos ancestrais e cada família tinha seus próprios deuses que eram seus antepassados mortos. Em sua origem mais primitiva, a palavra *família* (*familia* em latim e *oikos* em grego) quer dizer ‘propriedade’.⁽²⁾ Para Fustel⁽²⁾ foi a religião que exigiu do homem o estabelecimento de um lugar fixo para morar e a construir moradias de pedras para que fossem fortes o suficiente para passarem de uma geração a outra. Os filhos eram aprendizes da religião doméstica e estavam subordinados ao pai enquanto esse vivesse, mesmo que se casassem e lhe dessem netos. Começa-se a originar o sentimento de afeto diante da relação de respeito e devoção que deveria existir entre os filhos que mais tarde evocariam os seus deuses, que eram seus próprios pais mortos.⁽²⁾

James Casey, professor de História Social Europeia na Universidade de East Anglia da Inglaterra, em seu livro “*A história da família*”⁽³⁾ diz que a família

foi reconhecida como um problema e despertou o interesse de pesquisadores diante das crises econômicas que dissolveram as formas correntes de governo e políticas da Europa do século XIX. Grandes pensadores como os que já citamos acima, se interessaram por estudar o que mantinha a sociedade unida, uma vez que, aparentemente, não era o Estado. Segundo Casey⁽³⁾, a definição de ‘família’ é justamente do que se trata todo o estudo sobre a história da família, uma vez que sua estrutura muda a todo o momento, de acordo com a sociedade na qual está inserida.⁽³⁾

A variação de significados e definições para a palavra ‘família’ nas diferentes línguas ao redor do mundo é para a socióloga Chiara Saraceno⁽⁴⁾ o reflexo da complexidade das relações que cabem no espaço da família. Em seu livro “*Sociologia da família*”, Saraceno fala a respeito da construção social:

“De fato, é dentro das relações familiares, tal como são socialmente definidas e regulamentadas, que os próprios acontecimentos da vida individual que mais parecem pertencer à natureza, recebem o seu significado e através deste são entregues à experiência individual: o nascer e o morrer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade, a procriação” (pag12).⁽⁴⁾

Em “*Sociologia da família*”, Saraceno⁽⁴⁾ também fala a respeito das transformações que a família da Europa ocidental sofreu. Quando trata especificamente da família italiana urbana a autora aponta algumas importantes modificações que ocorreram entre os séculos XIV e XX.⁽⁴⁾ A primeira citada é a diminuição do tamanho a partir de 1660 devido às grandes mortalidades por causa às epidemias. Em consequência disso, outra grande modificação foi o aumento de pessoas que se tornavam viúvas (homens e mulheres). Outro fator que foi muito importante para as transformações que

ocorreram na família da Europa ocidental citado por Saraceno⁽⁴⁾ foi o processo de industrialização. A autora⁽⁴⁾, baseada em dados de outros pesquisadores questiona se a industrialização influenciou na redução do tamanho das famílias, chegando até as famílias nucleares (pai, mãe e filhos) ou se, as famílias menores contribuíram para que a industrialização ocorresse. Essa dúvida surge porque há evidências de que esse processo de transformação econômica (de agrícola para industrial) ocorreu primeiro em regiões nas quais as famílias eram menores, como foi o caso da Inglaterra, o berço da Revolução Industrial. Além disso, em diversos momentos de sua obra, a autora⁽⁴⁾ reforça que a família nuclear surgiu na sociedade Europeia ocidental alguns séculos antes do início do processo de industrialização. No entanto, Saraceno⁽⁴⁾ também aponta que a taxa de fecundidade caiu, embora de maneira distinta em toda a Europa ocidental, durante a primeira fase da industrialização que ocorreu entre 1750 e 1850. Esta diminuição das taxas de fecundidade foi acompanhado da diminuição das taxas de mortalidade devido a melhorias de condições sanitárias.⁽⁴⁾ Esses mesmos indicadores a respeito da transição demográfica só ocorreriam anos mais tarde no Brasil e em outros países de menores rendas ao redor do mundo.

A respeito das mudanças que ocorreram na família brasileira entre o período colonial até o ano de 2002, Samara⁽⁵⁾ publicou em 2002 uma análise comparativa.⁽⁵⁾ Neste texto a autora identificou que desde o primeiro censo realizado no Brasil, que ocorreu em 1872 até o ano de 1996 houve uma tendência de aumento na população de mulheres em relação à população geral

e também aumento da expectativa de vida feminina. Somam-se a este fato outros acontecimentos que também influenciaram a reorganização familiar ao longo do tempo tais como o processo de industrialização, o aumento da urbanização e os fluxos migratórios.⁽⁵⁾

Segundo Samara⁽⁵⁾, no Brasil assim como em Portugal, até o século XIX o gênero (masculino ou feminino) determinava os papéis dentro das famílias que eram predominantemente extensas e patriarcais, mas que sofreram alterações expressivas a partir de mudanças significativas na economia da colônia brasileira.

A partir de 1690, com a descoberta das minas de ouro, ocorreram fluxos migratórios em busca de oportunidade de riqueza e melhores condições de vida. A autora⁽⁵⁾ relata que documentos da época indicam que na região da minas havia uma maior miscigenação entre as diferentes etnias, até então evitadas e controladas pela Igreja e pelo Estado nas demais regiões. Além disso, casamentos não oficializados, filhos ilegítimos e mulheres com atividades fora do ambiente doméstico também não eram mais tão raros. Este quadro geral das regiões das Minas também foi observado no século XVIII em regiões mais pobres do Brasil, como a capitania de São Paulo que começava um processo de urbanização e não tinha atividades agrícolas tão desenvolvidas como no nordeste.⁽⁵⁾ Nas regiões do cultivo da cana-de-açúcar havia falta de escravos e os agricultores começavam a organizar a família para ajudar na mão de obra.⁽⁵⁾ Nas áreas urbanas havia o desenvolvimento de pequenos comércios que davam a oportunidade de trabalho para os que não

estavam envolvidos nos grandes cultivos e exportações e também para as mulheres que ocupavam os lugares dos escravos e dos homens que migravam para regiões mais promissoras economicamente.⁽⁵⁾

A autora⁽⁵⁾ destaca que na época do Brasil colônia havia uma disparidade de desenvolvimento da economia entre as regiões diferente e mais intensa do que há atualmente. Esse fato é importante para entender que, também em consequência do cenário econômico, havia diferentes tipos de famílias na população brasileira, apesar do predomínio das famílias extensas e patriarcais como já foi dito anteriormente.

O século XIX foi marcado por grandes acontecimentos: independência do Brasil (1822); desenvolvimento da cafeicultura no sul do país; vinda dos imigrantes; abolição da escravatura (1888), proclamação da República (1889). Tais fatos contribuíram para a redistribuição geográfica da população e o início da industrialização que acentuou a entrada da mulher no mercado de trabalho. Isso aconteceu principalmente para as mulheres que não eram casadas e as mais jovens que tiveram um papel importante na construção e fortalecimento da indústria têxtil.⁽⁵⁾

Ao longo do século XX a entrada da mulher no mercado de trabalho foi aumentando principalmente em setores como prestação de serviços, agrícola e atividades sociais, além das atividades domésticas e informais que não eram contabilizadas pelos censos.⁽⁵⁾ Apesar disso, com dados do censo de 1991 a autora⁽⁵⁾ nos mostra que aproximadamente 81% das famílias tinham ainda os

homens como chefe de família, dado parecido com o que era encontrado no século XIX.

Para as autoras Simionato e Oliveira⁽⁶⁾ a família atual é de maneira geral, um grupo que se relaciona por laços emocionais e o casal só permanece junto diante da presença do sentimento de amor. As autoras⁽⁶⁾ dizem ainda que a família é atualmente um espaço que é privado e está a serviço dos seus indivíduos, principalmente quando se refere ao fato dos pais estarem a serviço das crianças e/ou dos membros mais velhos, dando-lhes apoio uma vez que essas fases extremas do ciclo vital podem apresentar mais fragilidades do que as demais fases intermediárias.⁽⁶⁾

Estudar a história da família nos proporciona melhor entendimento e reflexão acerca da família na atualidade uma vez que a família é uma instituição dinâmica, complexa e indefinida ao longo da sua história. A família é muito estudada e pesquisada por diversas áreas que compreendem que ela desempenha um papel fundamental na formação de valores de seus membros e, portanto pode influenciar em como cada um deles se preocupa ou não com sua própria saúde.^(6,7)

1.2. O CONCEITO DE FAMÍLIA SUAS VARIAÇÕES

Segundo o artigo 230 do capítulo VII da Constituição Federal, o bem-estar e a proteção social dos indivíduos são responsabilidades divididas entre três esferas: a sociedade, o Estado e a família.⁽⁸⁾ O 'Estatuto do idoso'⁽⁹⁾ afirma no artigo 3º do Título I que é obrigação da comunidade, da sociedade, do Poder

Público e da família garantir ao idoso o direito à vida, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao trabalho, à dignidade, à liberdade, à cidadania, ao respeito, à saúde e ao convívio na comunidade e na família. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a família influencia fortemente na qualidade de vida e no estado de saúde de seus componentes.⁽¹⁰⁾

Considerada como unidade fundamental para estudos a respeito da distribuição de renda, mercado de trabalho e políticas públicas específicas,⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ a família atualmente tem início no chamado “núcleo familiar” que pode ser dividido em basicamente dois tipos: “núcleo familiar simples” e “núcleo familiar composto”.⁽¹⁵⁾ O núcleo familiar simples se refere àquelas famílias nas quais o chefe (homem ou mulher) não possui cônjuge. Fazem parte deste grupo também as pessoas que moram sozinhas. Os núcleos familiares compostos são assim definidos quando o chefe possui um cônjuge.⁽¹⁵⁾

No Brasil, entre o período de 1999 e 2009, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta a predominância de três grandes tipos de arranjos familiares: ‘casal com filhos’, ‘mulher sem cônjuge e com filhos’ e ‘casal sem filhos’.⁽¹⁰⁾

Para o IBGE, família é definida como *“Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica ou normas de convivência, todos residentes na mesma casa”*.⁽¹⁶⁾ O censo demográfico de 2010 durante a

coleta de dados a respeito da composição familiar passou a utilizar o conceito de “*unidade doméstica*” que é

“... o conjunto de pessoas que vivem em um domicílio particular, cuja constituição se baseia em arranjos feitos pela pessoa, individualmente ou em grupos, para garantir para ela mesma alimentação e outros bens essenciais para sua existência. Sua formação se dá a partir da relação de parentesco ou convivência com o responsável pela unidade doméstica, assim indicado e reconhecido pelos demais membros da referida unidade como tal. Assim, de acordo com o conceito adotado, todas as pessoas que vivem em um domicílio fazem parte da mesma unidade doméstica e, nesse caso, o número de domicílios ocupados é igual ao de unidades domésticas” (pag. 98).⁽¹⁷⁾

Durante o censo demográfico de 2010 o IBGE classificou as unidades domésticas definidas acima em quatro diferentes tipos descritos a seguir: *Unipessoais*: composta por apenas uma pessoa; *Nucleares*: compostas por um casal, com ou sem filhos ou por um responsável e seu(s) filho(s), enteado(s) e/ou pais e padrasto(s); *Estendidas*: formadas pelo responsável pela unidade doméstica e por pelo menos um outro parente que não fosse filhos/enteados ou pais/padristos; *Compostas*: formadas pela presença do responsável pela unidade domiciliar, com outros parentes ou não e ainda pelo menos uma pessoa que não tem relações de parentesco como por exemplo um pensionista, um empregado ou parente de empregado ou apenas um convivente com a família.⁽¹⁷⁾

O conceito de “família” adotado neste presente estudo será exposto a seguir e tal definição se faz necessária uma vez que, conforme já foi apresentado anteriormente, não há um consenso na literatura acadêmica entre as diferentes áreas para o conceito de “família” e isso ocorre desde o início dos

estudos da história da família.⁽¹⁵⁾ Assim como o IBGE^(10,16), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)⁽¹⁵⁾ e Romero⁽¹⁸⁾, este trabalho tem por objeto de estudo a organização familiar em sua composição na unidade doméstica, tal como definida pelo IBGE e descrita anteriormente neste estudo. A definição aqui adotada, não se limita, portanto, a laços de parentesco, sejam eles sanguíneos ou não: tomou-se como referência os papéis definidos e desempenhados pelos indivíduos que coabitam no mesmo domicílio. Sendo assim, os termos empregados, tais como “arranjo familiar ou domiciliar”, “organização domiciliária ou familiar”, “unidade domiciliar”, ou ainda “grupo doméstico” referem-se a um grupo de pessoas que coabitam ou ainda a um indivíduo que mora sozinho em um domicílio particular da área urbana da cidade de São Paulo, SP.⁽¹⁵⁾

1.3. MUDANÇAS DOS ARRANJOS FAMILIARES NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

A família não está em uma crise que acarreta seu enfraquecimento como instituição, mas passa por alterações em sua composição, tal como as mudanças que já ocorreram nas características dos arranjos familiares ao longo da história.⁽¹⁹⁾

Assim como em outros estudos^(6,10,12,15), os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no período entre 1978 e 1998 demonstram que ainda há o predomínio do arranjo familiar tradicional (casal com filhos)^(12,15),

mas há também a tendência da diversificação dos tipos de arranjos familiares e diminuição de seus tamanhos.⁽¹⁵⁾ Os dados da PNAD realizada no ano de 2009 mostraram que a taxa de fecundidade total para a área urbana brasileira era de 1,8 filhos. Este dado confirma a tendência de redução do número de pessoas por domicílio uma vez que, em 1960 a mesma taxa era de cinco filhos.⁽¹⁰⁾ O número médio de moradores no censo de 2010 foi de 3,3 pessoas por 'unidade doméstica', dado inferior ao encontrado no ano de 2000 que era de 3,7 pessoas.⁽¹⁷⁾ No Brasil, tais mudanças se devem a diversos motivos, tais como: queda da taxa de fecundidade, legalização e aumento do número de divórcios, entrada e consolidação da mulher no mercado de trabalho e ainda o aumento da expectativa de vida.^(10,15,19-21)

Com o aumento da expectativa de vida houve também mudanças no que Camarano⁽²²⁾ chama de '*Mapa da vida*'. O mapa da vida diz respeito às fases situadas entre o nascimento e a morte, tais como infância, adolescência, vida adulta e velhice. Também se modificaram no mapa da vida os chamados '*eventos de vida*' que são acontecimentos tais como entrada na escola e no mercado de trabalho, namoro, casamento/união e maternidade/paternidade. Essas mudanças nos aspectos do ciclo vital se deram principalmente no que se refere ao tempo de ocorrência e duração. Exemplo disso são os jovens que começam a trabalhar mais tarde, casam-se e saem com idades cada vez avançadas da casa dos pais para formarem suas próprias famílias, em comparação há alguns anos.⁽²²⁾

Houve também o aumento, principalmente entre a população de menor renda, da formação das chamadas '*famílias conviventes*', nas quais os filhos começam novas famílias sem terem saído da casa dos pais, seja porque não se inseriram de maneira definitiva no mercado de trabalho e são dependentes economicamente e/ou porque tiveram filhos sem planejamento e precisam de ajuda financeira para a educação de seus próprios filhos.⁽²²⁾ Nesse contexto, é comum que os avós ajudem na criação dos netos, principalmente entre as famílias de baixa renda.^(23,24) Além disso, com o aumento do número de divórcios e altos índices de desemprego, é também relativamente comum que os filhos voltem a morar com seus pais em busca de apoio emocional e/ou financeiro.⁽²⁴⁾ Essas novas formas de arranjos familiares que surgiram foram classificadas por Peixoto⁽²⁴⁾ em '*famílias que coabitam*' e '*famílias que reabitam*'. Segundo a autora, as famílias que coabitam são aquelas nas quais os filhos não saem de casa para constituírem uma nova família. Já aquelas famílias que reabitam são as que os filhos voltam para a casa dos pais, independentemente dos motivos.

É importante ressaltar que também ocorre a dinâmica inversa na qual os pais voltam a viver com seus filhos que já formaram suas próprias e novas famílias ou passaram a morar só. Os motivos são também bastante heterogêneos e muitos são em decorrência, dentre outros fatores, das consequências do aumento da expectativa de vida. Com o aumento da quantidade de anos no ciclo de vida, é comum que haja cada vez mais viuvez e desamparo econômico entre os idosos. Esses fatores citados ocorrem com

destaque entre as mulheres que têm maior expectativa de vida do que os homens, fenômeno típico do envelhecimento populacional, denominado 'feminização da velhice'.^(10,25,26) Outros fatores associados ao aumento da longevidade como o aumento do número de doenças crônicas, dependência física, econômica e fragilidade social e/ou emocional podem fazer com os idosos reabitem com seus filhos, em busca de apoio.^(23,24)

É dessa maneira que questões como a diminuição da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida são algumas das causas fundamentais das mudanças ocorridas nos arranjos familiares da população brasileira.

1.4. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E FAMÍLIA

A família é uma instituição primordial e complexa que agrupa integrantes em diferentes fases e demandas do ciclo vital. Tal instituição deve procurar atender as demandas de seus membros e assim contribuir para sua proteção e bem estar, principalmente de seus componentes potencialmente mais frágeis, como as crianças e os idosos.⁽¹¹⁾

O aumento da expectativa de vida no Brasil e o envelhecimento populacional são frutos de alguns fatores, tais como: melhoria das condições sanitárias, melhoria da tecnologia médica e diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade.^(27,28) De acordo com estimativas populacionais, o Brasil deve ser em 2025 o sexto país do mundo em número de idosos.^(29,30)

A transição demográfica no Brasil, considerado um país de renda média, se dá de maneira acelerada em comparação com outros países de alta renda.⁽³¹⁾ Paralelamente a este fenômeno, ocorre também a transição epidemiológica que é a alteração no padrão de morbi-mortalidade, uma vez que com os avanços tecnológicos e descobertas na área da saúde pública diminuíram significativamente a ocorrência e causa-morte por doenças infecciosas.^(29,31) As doenças crônicas e/ou provocadas pelo homem vão gradativamente se tornando as principais morbidades e causas de morte.^(29,31) A alteração da pirâmide etária acarreta, portanto, em novas demandas e formas de organização nas áreas da economia, social e de saúde.^(27,28,30)

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU) as características gerais de arranjos domiciliares em países desenvolvidos e em desenvolvimento são, ao menos em parte, diferentes.⁽³²⁾ Essas diferenças dos arranjos familiares entre os países ocorrem, dentre outros motivos porque países de alta renda já passaram pela transição demográfica, enquanto os países de baixa e média renda estão ainda passando por esse processo que se mostra mais acelerado neste último grupo. Essa alta velocidade do fenômeno de envelhecimento populacional em países de rendas mais baixas dificulta o planejamento de políticas públicas para atender as novas demandas geradas pelo aumento do número de idosos nas populações.⁽²⁷⁾

Um estudo da ONU foi realizado em 130 nações ao redor do mundo e investigou sobre os arranjos familiares nos quais os idosos estão inseridos.⁽³³⁾ Como resultado, encontrou que nos países desenvolvidos cada vez mais

idosos vivem sozinhos e aproximadamente 75% moram separados de seus filhos.⁽³²⁾ Deve-se observar, porém que este fenômeno vem diminuindo, especialmente em países como Canadá, Estados Unidos da América e Itália, onde os filhos ficam mais anos morando com os pais, saindo de casa cada vez mais tarde.⁽³²⁾ O mesmo estudo, no entanto constatou que nos países com menores rendas é mais comum que os idosos coabitem com outras gerações da família: três em cada quatro idosos vivem com seus filhos ou netos.^(32,33) O percentual de idosos que vivem com netos e/ou filhos: na Dinamarca é de aproximadamente 4% e em Bangladesh é de quase 90%.⁽³²⁾ É importante destacar que seguindo a tendência mundial de diminuição do tamanho do arranjo familiar, o número de idosos que moram sozinhos em países em desenvolvimento incluindo o Brasil também está aumentando.^(23,33,34)

Além das diferenças dos arranjos familiares associadas ao grau de desenvolvimento da economia dos países estudados, encontrou-se também distinção de tipos de arranjos familiares entre mulheres e homens idosos. De maneira geral, há mais idosos do sexo feminino que vivem sozinhos do que do sexo masculino. Também há mais mulheres idosas que vivem com seus netos sem seus filhos do que homens idosos nesta situação.⁽³²⁾

Alguns outros fatores também influenciam a organização da estrutura familiar: para jovens adultos, a renda e/ou constituição de uma nova família são os principais fatores que influenciam a composição domiciliar. Entre indivíduos idosos, a renda, a autonomia e o estado de saúde podem possibilitar ou não a moradia unipessoal.⁽²³⁾

1.5. O ARRANJO FAMILIAR E A SAÚDE DOS IDOSOS

Como pudemos ver na primeira parte desta introdução na revisão dos estudos a respeito da história da família, esta instituição é de dinâmica semi-aberta e concentra valores e crenças que modulam práticas que influenciam no processo saúde-doença de seus membros.⁽⁶⁾

Estudos internacionais apontam que existe relação entre a forma de organização da unidade doméstica e o estado de saúde de seus moradores (Auslander & Litwin, 1990; Mor- Barak & Miller, 1991, apud .Romero E. ,2002).⁽¹⁸⁾ Tais estudos mostraram que os diversos tipos de arranjos familiares podem expor os indivíduos a diferentes riscos e facilitar a ocorrência de determinadas doenças.⁽¹⁸⁾ Os mesmo estudos porém, demonstram que o contrário também pode acontecer: certas doenças podem direta ou indiretamente reorganizar uma estrutura familiar.⁽¹⁸⁾ Um indivíduo com uma doença crônica que demande cuidados constantes e/ou intensos pode fazer com que o arranjo familiar se reorganize para que essa demanda seja atendida.⁽³⁴⁾ Por outro lado, uma família que vive em condições sanitárias e econômicas precárias pode facilitar a transmissão de determinadas doenças, sobreviver com má alimentação, não priorizar a compra de medicamentos e até mesmo ter menos acesso a serviços de saúde, dificultando o controle e prevenção de doenças.⁽³⁵⁾

Marcando a passagem pelas diferentes fases do ciclo vital, a família identifica as peculiaridades e vulnerabilidades específicas de cada uma das idades.⁽¹⁰⁾ Para idosos, a família representa um apoio imediato e há evidência

de que a familiar nuclear ainda é a mais acolhedora e preparada para a prestação de cuidados, caso sejam necessários, sobretudo para as de menores rendas.^(20,21) Se por um lado existe a tendência de homogeneização da renda familiar per capita entre as famílias^(10,12,15), por outro lado ainda há a presença marcante de indicadores sociais díspares na sociedade brasileira que acabam por deixar as condições de vida individuais e familiares ainda desiguais.⁽¹²⁾ Os arranjos domiciliares com rendas totais menores muitas vezes se organizam de maneira que os idosos se beneficiam dos cuidados dados pelos mais jovens. Os jovens, muitas das vezes, fazem uso da renda dos mais velhos, seja para complementar o rendimento mensal ou para o sustento completo da casa.⁽²⁰⁾ No Brasil e em outros países em desenvolvimento, para os idosos que moram sozinhos pode haver a necessidade de mobilização social para que obtenham cuidados e ajuda.⁽²¹⁾

Em um levantamento da bibliografia internacional, Romero⁽¹⁸⁾ encontrou que, de uma maneira geral as mulheres idosas levam desvantagem em relação aos homens no que se refere a gravidade das morbidades, as quais podem resultar em incapacidades. Tal desvantagem também é observada em outros estudos nacionais quando se considera os diferentes tipos de arranjo familiar.^(12,14) Na população geral, as mulheres que são chefes de família devido à ausência de um cônjuge podem enfrentar maiores dificuldades porque normalmente tem rendas menores e as que já são idosas podem apresentar também mais problemas de saúde.^(18,21)

Em seu estudo, Romero usou os microdados da PNAD de 1998 sobre diferenças de gênero e o impacto sobre a saúde dos arranjos familiares.⁽¹⁸⁾ A autora avaliou a presença de doenças crônicas em idosos maiores de 65 anos e verificou que havia diferenças nas características da organização domiciliar associadas ao gênero: aproximadamente 81% dos homens idosos moravam com seus cônjuges e declaram-se menos doentes que as mulheres. As mulheres idosas estavam mais distribuídas entre os diferentes arranjos familiares: aproximadamente 46% moravam com seus cônjuges; 24% moravam com os filhos; quase 14% moravam com apenas um parente e aproximadamente 17% moravam sozinhas.⁽¹⁸⁾

Outro estudo, usando dados coletados em 1989 da “Pesquisa de Avaliação das Necessidades dos Idosos Residentes em Zona Urbana” identificou que idosos que moravam com netos apresentavam duas vezes mais dependência. Para os idosos que moravam sozinhos, encontrou-se associação, embora não estatisticamente significativa, para ausência de dependência moderada ou grave.⁽³⁶⁾

Considerando a família como instituição formadora de valores que influenciam as ações dos indivíduos, as autoras Martin e Ângelo⁽⁷⁾ realizaram um estudo a respeito dos diferentes significados sobre os conceitos de saúde encontrados em famílias em situação de vulnerabilidade. O estudo foi qualitativo, realizado com método etnográfico e encontrou dentre seus resultados que a saúde foi apontada como essencial para o funcionamento da família.⁽⁷⁾ Quando as autoras perguntaram a respeito das ações realizadas para

cuidar da saúde dos membros da família, dentre as respostas encontradas foi citada a importância de visitas regulares a médicos e seguir os tratamentos por eles prescritos.⁽⁷⁾

Sabe-se que o uso de serviços de saúde é maior entre as crianças nos seus primeiros anos de vida e entre os idosos.^(37,38) Silva e colaboradores realizaram um estudo a respeito do perfil dos usuários de serviços de saúde entre os anos de 2003 e 2008.⁽³⁷⁾ Os autores encontraram que, na população geral, o uso de serviço de saúde para fins de prevenção nos 15 dias que antecederam a entrevista caiu do ano de 2003 para 2008. Somente a procura por consulta odontológica teve um aumento significativo estatisticamente.⁽³⁷⁾ O uso de serviços de saúde para a prevenção de doenças e agravos é uma importante ferramenta para a monitoria de fatores de risco e planejamento, criação, e adequação de políticas públicas.⁽³⁸⁾ Para a Epidemiologia, o uso de serviços para a prevenção em saúde permite identificar parte das novas demandas consequentes do processo de envelhecimento populacional e, a partir de então possibilita a intervenção na história natural de doenças e suas complicações.⁽³⁸⁾ Além disso, contribui diretamente para a qualidade de vida dos indivíduos idosos, uma vez que possibilita a realização de diagnósticos precoces e tratamentos.⁽³⁸⁾

Embora se saiba que as ações preventivas em saúde não se limitam aos usos de serviços para esse fim, esse é um aspecto da saúde pouco explorado quando se considera o tipo de arranjo familiar e a saúde de seus componentes. Os estudos encontrados a respeito dos arranjos familiares de idosos e aqui

apresentados tiveram em sua maioria como foco principal a descrição de associação com relação às características sociodemográficas^(12,20) ou presença de doenças e ou agravos.^(18,39)

Em resumo, conforme já citado anteriormente, alguns aspectos socioeconômicos e culturais estão associados com o aparecimento de doenças, sobretudo das crônicas no contexto atual.⁽⁴⁰⁾ A atual relevância das doenças crônicas se dá devido à transição epidemiológica e ao acelerado processo de envelhecimento populacional no Brasil e, ganham cada vez mais importância para a pauta de formulação de políticas públicas. Com o aumento da população idosa e da expectativa de vida, o perfil do processo saúde-doença se modifica e as doenças crônicas passam a ser mais frequentes,⁽²⁹⁾ havendo impacto também no perfil de uso de serviço de saúde.⁽²⁷⁾ Estudos epidemiológicos descritivos, tais como os que possibilitam os inquéritos domiciliares de saúde de base populacional, contribuem sobremaneira para a descrição de fenômenos novos e urgentes, como é o caso do fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil. Diferentemente dos sistemas de informação de saúde oficiais, os inquéritos domiciliares de saúde permitem o conhecimento de dados não só das pessoas que têm acesso e usam os serviços de saúde, mas também dos que por diversos motivos não têm acesso ou não usam os serviços de saúde.^(40,41) Além disso, por meio da realização de inquéritos domiciliares de saúde de base populacional é possível obter informações a respeito do processo saúde-doença de uma forma ampla, englobando aspectos socioeconômicos, e culturais, como estilo de vida, arranjo

familiar, concepções e comportamentos a respeito de saúde e de doença, como destaca o autor Campos (1993).^(40,41)

Através deste levantamento bibliográfico, identificou-se que, apesar da importância para o monitoramento epidemiológico e planejamento de políticas públicas, são poucos os estudos nacionais e internacionais de base populacional sobre a relação entre arranjo familiar e o uso de serviços para prevenção em saúde, principalmente quando se refere à saúde de seus membros idosos.

2. JUSTIFICATIVA

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento vive um acelerado e inédito processo de envelhecimento populacional.^(27,31,38) Tal fenômeno acarreta diversas mudanças nas áreas econômicas, sociais e de saúde e, dentre outras consequências na sociedade, contribui para a reestruturação da instituição familiar.^(18,39)

Apesar da importância e urgência da questão apresentada, há poucos estudos publicados a respeito da associação entre os diferentes tipos de arranjos familiares e o estado de saúde dos indivíduos idosos. Conhecer os arranjos familiares nos quais os idosos estão inseridos e verificar se há relação entre o tipo de arranjo familiar e aspectos de sua saúde é de extrema importância para o planejamento e otimização de serviços e políticas destinadas a esta população idosa que cresce e cria novas demandas a cada dia.^(14,32)

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL:

Descrever os diferentes arranjos familiares aos quais pertencem os idosos do Município de São Paulo, SP, segundo características de uso de serviços para ações preventivas em saúde.

3.2. OBJETIVOS ESPEFÍFICOS:

- Descrever os arranjos familiares aos quais pertencem os idosos não institucionalizados residentes em domicílios particulares da zona urbana do Município de São Paulo;

- Descrever os arranjos familiares aos quais pertencem os idosos de acordo com as seguintes características sociodemográficas: sexo, faixa-etária, raça/cor, situação de trabalho, renda e escolaridade;

- Verificar se há relação entre o tipo de arranjo familiar e a utilização de serviços de saúde no que se refere à prevenção de doenças e agravos nestes indivíduos idosos, através dos seguintes indicadores: consulta odontológica nos últimos 12 meses; procura e motivos da procura por serviços de saúde nos últimos 15 dias; exames preventivos de câncer de mama, papanicolau, câncer de próstata e do intestino.

4. METODOLOGIA

4.1. DELINEAMENTO GERAL

Estudo transversal, de base populacional, que utilizou dados da pesquisa “Inquérito de Saúde no Município de São Paulo” (ISA-Capital 2008), cujas informações foram coletadas no ano de 2008, abrangendo todo o Município de São Paulo.⁽⁴²⁾

4.2. O INQUÉRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (ISA-CAPITAL 2008)

O ISA-Capital-2008 realizou e entrevistou 3271 entrevistas com indivíduos a partir de 0 anos e abordou questões relacionadas a saúde.⁽⁴²⁾

A amostragem foi probabilística, por conglomerados, em dois estágios: setor censitário e domicílio. Foram sorteadas 70 unidades primárias de amostragem (setores censitários) a partir dos 267 setores utilizados na amostra da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Os domicílios foram sorteados com probabilidade inversamente proporcional ao tamanho do setor, a partir de listagens feitas em visitas aos setores sorteados.⁽⁴²⁾ O plano amostral completo pode ser encontrado no ANEXO I.

Os entrevistadores foram selecionados, garantindo que tivessem pelo menos o ensino médio e que não fossem formados na área da saúde para não induzirem as respostas dos entrevistados. Os entrevistadores foram treinados e reciclados durante todo o período da coleta de dados, onde foi enfatizada a

importância da notação precisa da fala do entrevistado uma vez que o inquérito trabalhou com dados referidos.

4.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Este estudo incluiu todos os idosos que foram entrevistados no ISA-Capital 2008 e responderam a questão 08 do Bloco A que tratava da composição familiar, totalizando 920 idosos não institucionalizados, residentes em domicílios particulares da área urbana do município de São Paulo, SP. Foram considerados indivíduos idosos aqueles que possuíam 60 anos ou mais na data da entrevista. Tal classificação está de acordo com o Estatuto do idoso vigente no Brasil⁽⁹⁾.

4.4. INSTRUMENTO DE COLETA

O ISA-Capital 2008 abordou três grandes áreas temáticas: estilo de vida, estado de saúde e uso de serviço de saúde. As informações foram analisadas de acordo com as condições de vida dos entrevistados. Os questionários foram respondidos diretamente pelos moradores sorteados e, quando o sorteado tinha menos de 12 anos quem respondeu foi o responsável.

O questionário completo pode ser encontrado na página eletrônica⁽⁴²⁾ do projeto “Inquérito de Saúde – ISA” ou diretamente no link a seguir: <http://www.fsp.usp.br/isa-sp/pdf/questionarioisa2008.pdf>.

Os questionários foram divididos em 17 blocos temáticos listados e assinalados a seguir, dos quais algumas variáveis foram selecionadas para este presente estudo, (QUADRO I):

Quadro I: Blocos temáticos presentes no ISA-Capital 2008 e selecionados para o estudo:

Bloco	Tema	Variáveis analisadas
A	Relação dos moradores dos domicílios sorteados	X
B	Controle de visitas e identificação dos entrevistados	X
C	Morbidade de 15 dias	
C_	Uso de serviços de saúde para morbidade de 15 dias	
D	Doenças crônicas	
D1	Hipertensão	
D2	Diabetes	
E	Deficiência física	
E_	Deficiência física referida	
G	Utilização de serviços de saúde	X
G_	Uso de serviços por outros motivos	X
H	Exames preventivos	X
K	Hospitalização nos últimos 12 meses	
K_	Uso de serviços para hospitalização nos últimos 12 meses	
L	Estilo de vida	
M	Saúde emocional	
O	Características socioeconômicas do entrevistado	X
P	Características da família e do domicílio	
Q	Características socioeconômicas do chefe da família	
R	Gasto familiar com saúde	
S	Saúde materno infantil	
S1	Outros usos de serviços durante a gestação	
S2	Outros usos de serviços para a puericultura	
V	Informações sobre a presença de animais	
Z	Planos de saúde	

4.5. VARIÁVEIS DE ESTUDO (ANEXO II)

A variável “arranjo familiar” foi construída a partir das questões 07 e 08 do Bloco A. Os arranjos familiares foram classificados em cinco categorias: “mora só”; “com cônjuge”; “com cônjuge e descendência”; “só com descendência”; “irmãos” e “outros”. A categoria “mora só” diz respeito àqueles idosos que são os únicos moradores da casa. A categoria “com cônjuge” diz respeito aqueles idosos que moram com seu cônjuge. A categoria “com cônjuge e descendência” diz respeito aqueles idosos que moram com seu cônjuge, filho(os) e/ou neto(os) e bisneto(os). A categoria “só com descendência” diz respeito aqueles idosos que moram com filho(os) e/ou neto(os) e bisneto(os), mas que não moram com um cônjuge. A categoria “irmãos” diz respeito aqueles idosos que moram com seus irmãos, sem filho(os), neto(os), bisneto(os) ou cônjuge. A categoria “outros” diz respeito aqueles idosos que moram com empregado doméstico, agregado e/ou outro parente que não filho, neto, bisneto e cônjuge. Assim como ocorreu em um estudo realizado pela ONU a respeito dos tipos de arranjos familiares de idosos,⁽⁴³⁾ as categorias de arranjo familiar foram classificadas pela presença do parente mais próximo e, portanto, morar “com cônjuge”, “com cônjuge e descendência”, “só com descendência”, “irmãos” não excluem a possibilidade da presença de outros parentes e não parentes na casa. É importante ressaltar que essa categorização utilizada para a variável “arranjo familiar” se deu sob a luz de que, para os idosos, as relações de influência de formação de valores, troca e apoio emocional e/ou econômico originam-se na família e, de uma maneira

geral, do cônjuge e dos parentes mais próximos como filhos, netos/bisnetos, irmãos e outros, nessa ordem.^(44,45)

As características socioeconômicas foram avaliadas por meio de questões do bloco B “Controle de visitas e identificação do entrevistado” e bloco O “Características socioeconômicas do entrevistado”. A questão B 04 “Data de nascimento” permitiu a construção da variável “faixa etária” que foi categorizada em: “60-69 anos”; “70-79 anos”; “80 e mais anos”. Tal categorização tem sido utilizada em estudos com a população idosa e se justifica principalmente porque os idosos a partir dos 80 anos tendem a ter um comportamento diferente das demais idades.⁽⁴⁶⁾ A questão B 05 “Sexo” permitiu dividir os idosos em sexo masculino e feminino, importante separação principalmente entre os idosos, uma vez que os dois sexos podem ter comportamentos distintos. Para essa divisão entre os sexos também considerou-se o fenômeno chamado ‘feminização da velhice’ decorrente da maior longevidade da mulher.^(25,26) A raça/cor do entrevistado foi avaliada através da questão B 06 “Qual é a sua cor ou raça?”. Como todas as questões do ISA-Capital 2008, as respostas foram autorreferidas e neste caso, as respostas foram divididas em quatro categorias: “brancos”, “pretos”, “pardos” “outros”, sendo que esta última categoria incluiu os amarelos, indígenas e aqueles que não sabiam precisar sua cor. A variável “escolaridade” do idoso entrevistado foi analisada por meio da questão O06 “Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?”. A escolaridade foi categorizada em: “nunca frequentou até 3 anos”; “de 4 a 7 anos”; de “8 a 11 anos” e “12 anos ou mais”. A situação

de trabalho do idoso entrevistado foi observada através da questão O 07 “Atualmente o(a) sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não de trabalho?”. A variável “trabalho” foi categorizada em “em atividade/afastado” quando na data da entrevista o idoso estivesse realizando alguma atividade de trabalho ou estivesse afastado por motivo de doença. A categoria “Sim e aposentado” diz respeito aos idosos que apesar de aposentados continuaram trabalhando. A categoria “Aposentado” se refere aos idosos aposentados e que não realizavam nenhuma atividade de trabalho. A categoria “dona de casa” se referiu aos idosos que cuidavam das tarefas da sua casa, sem renda. A categoria “pensionista” se refere aos idosos que recebiam pensão na data da entrevista. A categoria “desempregado” se referiam aos idosos que não estavam aposentados, não eram pensionistas, não recebiam aposentadoria, não trabalhavam e outras situações não especificadas. Essa categorização da variável “trabalho” considerou idosos aposentados e pensionistas diferentes, na medida em que a maioria dos que recebem pensão são mulheres por motivo de morte do cônjuge. A variável “renda familiar per capita” foi possível de verificar através de agrupamentos de questões do bloco O e Q, que possibilitaram o cálculo de quantos salários mínimos cada indivíduo da família recebia, em média. Os valores obtidos foram agrupados em faixas de renda de salários mínimos vigentes na data da coleta dos dados.

As variáveis que descrevem o uso de serviço de saúde estavam presentes no Bloco G, G_ e H. No bloco G, a resposta para a questão 01 “O(a) sr.(a) consultou o dentista nos últimos 12 meses?” avaliou a frequência de consultas

odontológicas. No bloco G_ foram utilizadas as questões 10 e 11. A questão G_10 perguntavam aos idosos “Nesses últimos 15 dias, o(a) sr.(a) procurou algum serviço de saúde por motivos não referidos até agora?”. Nota-se que anteriormente, no bloco C e C_ apareceram questões sobre morbidade de 15 dias onde apareceram os usos de serviços por alguma doença e/ou sintoma agudo, excluídos na questão do bloco G_. A questão G_11 “Qual(is) foi(ram) o(s) motivo(s)?” foi respondida por quem respondeu afirmativamente a questão G_10. As resposta para a questão G_11 foram organizadas em 6 categorizadas: “Exames”, quando o entrevistado afirmava que compareceu ao serviço de saúde para a realização de exames preventivos, exames de rotina e outros exames; “Reabilitação”, para quando o motivo foi tratamento de reabilitação; “Vacinação” para quando o motivo da ida ao serviço de saúde foi vacinação; “Consulta” para quando o idoso compareceu a uma consulta médica previamente agendada ou para quando foi ao serviço de saúde para marcar consulta ou exame; “Remédio” para quando o idoso compareceu ao serviço de saúde para retirar algum medicamento; “outros” para quando o idoso compareceu para pedir atestado médico ou ainda outros motivos não especificados.

As variáveis que mensuraram a realização de exames preventivos pertenciam ao bloco H. Para as mulheres foram perguntadas a questão H01 “O exame de Papanicolau é usado nos programas de prevenção de câncer de colo de útero. A senhora fez este exame alguma vez?” e, a questão H 10 “A mamografia é um raio X dos seios, e é utilizada nos programas de prevenção

de câncer de mama. Quando foi a última vez que a senhora fez este exame?”. Para os homens foi perguntada a questão H14 “Existem exames utilizados nos programas de prevenção de câncer de próstata. O sr. Já fez algum exame com esta finalidade?”. Tanto para homens, quanto para mulheres foi efetuada a questão H20 “Existem exames utilizados nos programas de prevenção de câncer de intestino. O(a) sr.(a) já fez algum exame com esta finalidade?”.

4.6. PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados do ISA-Capital 2008 foram codificados, digitalizados e submetidos a análise de consistência. Para análise dos dados foram utilizados os softwares *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, módulo *Complex Samples*, versão 18.0 e *STATA*, módulo *Survey*, versão 11.0 que consideram a amostra complexa.

Para verificar a relação entre a variável “arranjo familiar” e as demais variáveis sociodemográficas, consultas odontológicas, usos de serviços de saúde e exames preventivos, explanadas anteriormente neste texto, foram analisadas através do teste do *Chi-Quadrado de Pearson* e foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de p foi menor ou igual a 0,05.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

O ISA-Capital 2008 foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O ISA-Capital 2008 atendeu às exigências da resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, a qual regulamenta pesquisas que envolvam seres humanos.

Após os entrevistados terem sido informados acerca do conteúdo da pesquisa e esclarecidas eventuais dúvidas a respeito de sua participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOIII).

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo sob o parecer número: 48329. (ANEXO IV)

5. RESULTADOS

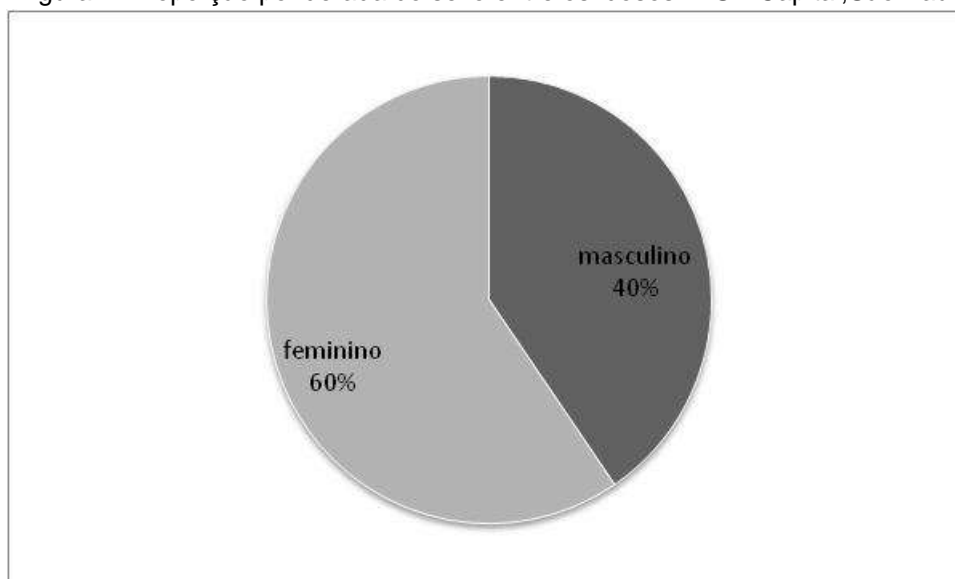
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para todas as análises considerou-se a amostra complexa e realizaram-se as ponderações necessárias no uso dos programas estatísticos STATA e SPSS, conforme detalhado na metodologia.

O projeto ISA-Capital 2008 entrevistou 3271 pessoas, mas para este trabalho consideraram-se somente os arranjos familiares dos indivíduos idosos (60 anos ou mais), de ambos os sexos, residentes na área urbana do Município de São Paulo. No total, o ISA-Capital 2008 entrevistou 924 idosos, sendo que 920 preencheram adequadamente o Bloco A, denominado “Relação dos moradores dos domicílios sorteados”.

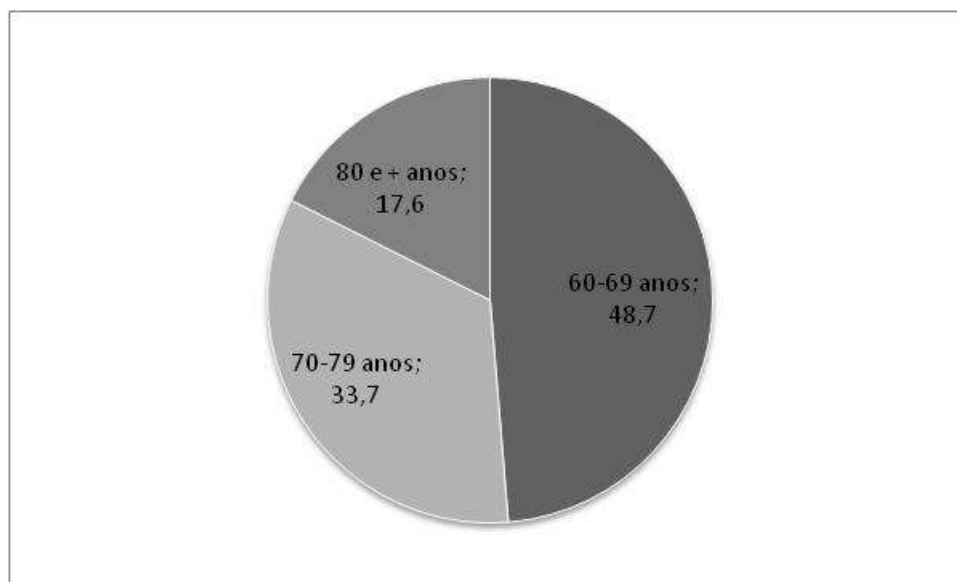
Dos 920 idosos cujos arranjos familiares foram incluídos neste estudo, 40,5% eram do sexo masculino e 60,5% eram do sexo feminino (Figura 1).

Figura 1: Proporção ponderada do sexo entre os idosos – ISA-Capital, São Paulo, 2008.



Com relação à distribuição etária ponderada para a amostra complexa houve a seguinte distribuição: 48,7% dos idosos estavam entre 60 e 69 anos; 33,7% estavam entre 70 e 79 anos; 17,6% dos idosos estavam com 80 ou mais anos (Figura 2).

Figura 2: Proporção ponderada das faixas-etárias entre os idosos – ISA-Capital, São Paulo, 2008



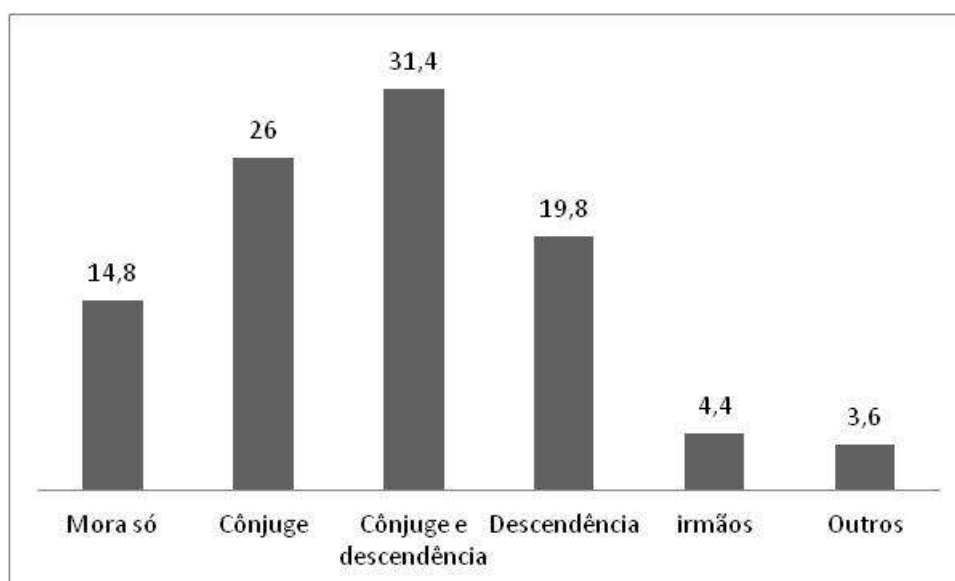
Com relação a cor/raça, 74,4% dos idosos declararam-se brancos; 4,8% declararam-se pretos; 17,7% declararam-se pardos e 3,1% declararam-se de outra cor/raça (amarelos ou indígenas). Com relação a escolaridade, 29,1% dos idosos estavam na categoria “nunca até 3 anos” de escolaridade; 32,6% estavam na categoria de “4 a 7 anos” de escolaridade; 9,1% estavam na categoria “8 a 11 anos”; 29,1% estavam na categoria “12 anos ou mais”. Com relação a renda familiar per capita, 42,6% estavam na categoria “menor que 1 salário mínimo”; 26,1% estavam na categoria entre “um e 1,9 salários mínimos”; 20,7% estavam na categoria entre “dois e 4,9 salários mínimos”;

10,6 5 estavam na categoria “cinco salários mínimos ou mais”. Com relação ao trabalho 15,7% estavam em atividade ou afastado por motivo de doença; 8,5% estavam trabalhando e eram aposentados; 46,6% eram aposentados; 12,7% eram donas de casa; 14,4% eram pensionistas; 2,1% estavam desempregados.

5.2. TIPOS DE ARRANJOS FAMILIARES DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Conforme foi detalhado na metodologia, os arranjos familiares encontrados foram reagrupados em seis categorias e os idosos estavam distribuídos de maneira, a saber: 14,8% (n=139) dos idosos moravam sozinhos; 26,0% (n=232) moravam com o cônjuge, sem descendência; 31,4% (n=287) moravam com cônjuge e descendência (filhos, netos e/ou bisnetos); 19,8% (n=201) moravam com descendência (filhos, netos e/ou bisnetos), mas não moravam com cônjuge; 4,4% (n=35) morava com irmãos; 3,6% (n=26) morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (Figura 3).

Figura 3: Distribuição percentual dos idosos segundo tipo de arranjo familiar. – ISA-Capital, São Paulo, 2008



A tabela 1 apresenta como as diferentes características sociodemográficas sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, renda se distribuíram nos diferentes tipos de arranjos familiares.

Com relação ao sexo, pudemos verificar diferença estatisticamente significativa entre o sexo masculino e feminino ($p < 0,001$). Entre os idosos que moravam sozinhos, 22,8% eram do sexo masculino e 77,2% eram do sexo feminino. Dos idosos que moravam com o cônjuge, mas sem descendência, 54,6% eram do sexo masculino e 45,4% do sexo feminino. Entre os idosos que moravam com o cônjuge e descendência, 55,4% eram do sexo masculino e 44,6% eram do sexo feminino. Dos idosos que moravam com descendência, mas sem o cônjuge, 16,8% eram do sexo masculino e 83,2% eram do sexo feminino. Entre os idosos que moravam com irmãos, 29,7% eram do sexo masculino e 70,3% eram do sexo feminino. Dos que moravam com outros

parentes, agregados e/ou empregados domésticos, 23,7% eram do sexo masculino e 76,3% eram do sexo feminino (tabela 1).

Em relação à idade, também encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre as três faixas etárias estabelecidas. Entre os idosos que moravam sozinhos, 34,5% tinham entre 60 e 69 anos; 38,7% dos idosos tinham entre 70 e 79 anos e 26,8% tinham 80 anos ou mais. Dos idosos que moravam com o cônjuge, mas sem descendência, 47,8% tinham entre 60 e 69 anos; 39,4% tinham entre 70 e 79 anos; 12,8% tinham 80 anos ou mais. Entre os idosos que moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge, 47,8% tinham entre 60 e 69 anos; 37,7% tinham entre 70 e 79 anos; 14,5% tinham 80 anos ou mais. Dos idosos que moram com irmãos, 64,1% tinham entre 60 e 69 anos; 12,6% tinham entre 70 e 79 anos; 46,1% tinham 80 anos ou mais. Entre os idosos que moravam com outros parentes, agregados e/ou empregados domésticos, 22,5% tinham entre 60 e 69 anos; 31,4% tinham entre 70 e 79 anos e 46,1% tinham 80 anos e mais (tabela 1).

Com relação à raça/cor, foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,004$) entre as categorias. Entre os idosos que moram sozinhos, 79,3% declararam-se brancos; 6,4% declararam-se pretos; 12,4% declararam-se pardos; 1,9% declararam-se de outra cor/raça (amarelos ou indígenas). Entre os idosos que moravam com o cônjuge, sem descendência, 80,8% declararam-se brancos; 3,0% declararam-se pretos; 13,0% declararam-se pardos; 3,2% declararam-se de outra cor/raça (amarelos ou indígenas). Dos idosos que moravam com cônjuge e descendência, 70,9% declararam-se

brancos; 3,1% declararam-se pretos; 22,7% declararam-se pardos e 3,3% declararam-se de outra cor/raça (amarelos e indígenas). Entre os idosos que moravam com descendência, mas sem o cônjuge, 65,2% declararam-se brancos; 9,4% declararam-se pretos; 23,5% declararam-se pardos; 1,9% declararam-se de outra cor/raça (amarelos ou indígenas). Dos idosos que moravam com irmãos, 75,1% declararam-se brancos; um indivíduo (5,1%) declarou-se preto; 8,8% declararam-se pardos; 13,4% declararam-se de outra cor/raça (amarelos ou indígenas). Entre os idosos que moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos, 89,5% declararam-se brancos; um indivíduo (5,1%) declarou-se preto; um indivíduo (5,4%) declarou-se pardo; nenhum dos idosos que moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos declarou-se de outra cor/raça (tabela 1).

Em relação à escolaridade dos idosos, encontrou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,017$) entre as categorias. Entre os idosos que moravam sozinhos, 27,2% tinham até 3 anos de escolaridade; 33,7% tinham entre 4 e 7 anos de escolaridade; 21,1% tinham entre 8 e 11 anos de escolaridade; 18,0% tinham 12 ou mais anos de escolaridade. Dos idosos que moravam com o cônjuge, sem descendentes, 24,5% tinham até 3 anos de escolaridade; 28,1% tinham entre 4 e 7 anos de escolaridade; 33,9% tinham entre 8 e 11 anos de escolaridade; 13,5% tinham 12 ou mais anos de escolaridade. Entre os idosos que moravam com cônjuge e descendência, 30,7% tinham até 3 anos de escolaridade; 33,5% tinham entre 4 e 7 anos de escolaridade; 26,3% tinham entre 8 e 11 anos de escolaridade; 9,5% tinham 12

ou mais anos de escolaridade. Dos idosos que moravam com descendência, mas sem a presença de um cônjuge, 38,5% tinham até 3 anos de escolaridade; 33,8% tinham entre 4 e 7 anos de escolaridade; 18,7% tinham entre 8 e 11 anos de escolaridade; 9,0% tinham 12 ou mais anos de escolaridade. Entre os idosos que moravam com irmãos, 17,5% tinham até 3 anos de escolaridade; 32,2% tinham entre 4 e 7 anos de escolaridade; 18,8% tinham entre 8 e 11 anos de escolaridade; 31,4% tinham 12 ou mais anos de escolaridade. Dos idosos que moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos, 16,1% tinham até 3 anos de escolaridade; 42,5% tinham entre 4 e 7 anos de escolaridade; 36,8% tinham entre 8 e 11 anos de escolaridade; um indivíduo (5,0%) tinha 12 ou mais anos de escolaridade (tabela 1).

Com relação à renda familiar *per capita*, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,002$) entre as categorias. Entre os idosos que moravam sozinhos, 32,2% tinham renda familiar per capita menor que um salário mínimo vigente a data da entrevista; 21,0% tinham renda familiar per capita entre um e 1,9 salários mínimos vigentes a data da entrevista; 31,2% tinham renda familiar per capita entre dois e 4,9 salários mínimos vigentes a data da entrevista; 15,6% tinham renda per capita familiar com cinco ou mais salários mínimos vigentes a data da entrevista. Dos idosos que moravam com o cônjuge, mas sem descendência, 35,2% tinham renda familiar per capita menor q um salário mínimo vigente a data da entrevista; 24,3% tinham renda familiar per capita entre um e 1,9 salários mínimos vigentes a data da entrevista; 22,5% tinham renda familiar per capita entre dois e 4,9 salários

mínimos vigentes a época da entrevista; 18,0% tinham renda familiar per capita de cinco ou mais salários mínimos vigentes a data da entrevista. Entre os idosos que moravam com cônjuge e descendência, 48,0% tinham renda familiar per capita menor que um salário mínimo vigente a data da entrevista; 30,0% tinham renda familiar per capita entre um e 1,9 salários mínimos vigentes a data da entrevista; 15,0% tinham renda entre dois e 4,9 salários mínimos vigentes a data da entrevista; 7,0% tinham renda familiar per capita com cinco ou mais salários mínimos vigentes a data da entrevista. Dos idosos que moravam com descendência, sem a presença do cônjuge, 56,4% tinham renda familiar per capita menor do que um salário mínimo vigente a data da entrevista; 25,6% tinham renda familiar per capita entre um e 1,9 salários mínimos vigentes a data da entrevista; 14,4% tinham renda familiar per capita entre dois e 4,9 salários mínimos vigentes a data da entrevista; 3,6% tinham cinco ou mais salários mínimos vigentes a data da entrevista. Entre os idosos que moravam com irmãos, 37,8% tinham renda familiar per capita menor do que um salário mínimo vigente a época da entrevista; 29,4% tinham renda familiar per capita entre um e 1,9 salários mínimos vigentes a época da entrevista; 24,5% tinham renda familiar per capita entre dois e 4,9 salários mínimos vigentes a época da entrevista; 8,3% tinham cinco ou mais salários mínimos vigentes a época da entrevista. Dos idosos moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos, 21,0% tinham renda familiar per capita menor que um salário mínimo vigente a época da entrevista; 23,3% tinham renda familiar per capita entre um e 1,9 salários mínimos vigentes a

época da entrevista; 44,1% tinham entre dois e 4,9 salários vigentes a época da entrevista; 11,6% tinham renda familiar per capita de cinco e mais salários mínimos vigentes a época da entrevista (tabela 1).

Em relação à situação de trabalho, foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre as categorias. Entre os idosos que moravam sozinhos, 10,7% estavam em atividade ou afastado por motivos de doença; 10,6% estavam em atividade, porém já eram aposentados; 48,5% estavam aposentados; 8,8% eram donas de casa; 20,9% eram pensionistas; um indivíduo (0,5%) relatou estar desempregado ou estava em outra situação não detalhada. Dos idosos que moravam com o cônjuge, sem a presença de descendentes, 16,6% estavam em atividade ou afastados por motivos de doença; 11,0% estavam em atividade, porém já eram aposentados; 48,9% estavam aposentados; 17,6% eram donas de casa; 5,3% eram pensionistas; dois indivíduos (0,6%) estavam desempregados ou estavam em outra situação não detalhada. Entre os idosos que moravam com o cônjuge e com descendência, 19,9% estavam em atividade ou afastados por motivos de doenças; 8,9% estavam em atividade, porém já eram aposentados; 42,2% estavam aposentados; 14,4% eram donas de casa; 9,9% eram pensionistas; 4,5% estavam desempregados ou em outra situação não relatada. Dos idosos que moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge, 11,9% estavam em atividade ou afastado por motivos de doenças; 3,0% estavam em atividade, porém já eram aposentados; 45,6% eram aposentados; 10,9% eram donas de casa; 26,8% eram pensionistas; 1,8% estavam desempregados ou

em outra situação não relatada. Entre os idosos que moravam com irmãos, 19,0% estavam em atividade ou afastados por motivos de doenças; 11,2% estavam em atividade, porém já eram aposentados; 50,7% eram aposentados; um indivíduo (2,7%) relatou que era dona de casa; 16,4% eram pensionistas; nenhum indivíduo estava desempregado ou em outra situação não relatada. Entre os idosos que moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos, dois indivíduos (10,5%) estavam em atividade ou afastados por motivos de doenças; um indivíduo (5,0%) estava em atividade, porém já era aposentado; 57,3% estavam aposentados; um indivíduo (3,5%) era dona de casa; 21,4% eram pensionistas; um indivíduo (2,3%) estava desempregado ou em outra situação não relatada (tabela 1).

Tabela 1: Arranjos familiares e as características sociodemográficas dos idosos, São Paulo, SP- 2008

Arranjo Familiar																			
Variável	Mora só			Só cônjuge			Cônjuge e descendência			Só descendência			Irmãos			Outros****			p ⁴
	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	
Sexo																			
Masculino	29	22,8	4,4	121	54,6	2,1	157	55,4	2,0	30	16,8	2,6	11	29,7	8,0	6	23,7	8,9	<0,001
Feminino	110	77,2	4,4	111	45,4	2,1	130	44,6	2,0	171	83,2	2,6	24	70,3	8,0	20	76,3	8,9	
Total	139	100,0		232	100,0		287	100,0		201	100,0		35	100,0		26	100,0		
Faixa etária																			
60-69 anos	47	34,5	4,6	112	47,8	4,2	167	57,7	3,4	90	47,8	3,8	20	64,1	8,1	5	22,5	8,9	<0,001
70-79 anos	57	38,7	4,4	88	39,4	3,8	80	27,3	3,0	82	37,7	3,7	6	12,6	5,6	8	31,4	9,1	
80 e + anos	35	26,8	4,3	32	12,8	2,8	40	15,0	2,1	29	14,5	2,2	9	23,3	8,1	13	46,1	9,6	
Total	139	100,0		232	100,0		287	100,0		201	100,0		35	100,0		26	100,0		
Raça/cor																			
Branca	103	79,3	4,0	182	80,8	3,2	195	70,9	3,2	124	65,2	3,3	24	75,1	10,1	24	89,5	9,5	0,004
Preta	11	6,4	2,0	8	3,0	1,3	11	3,1	0,9	21	9,4	2,0	1	2,7	2,7	1	5,1	4,6	
Parda	22	12,4	3,0	34	13,0	2,5	72	22,7	2,8	51	23,5	3,2	4	8,8	4,9	1	5,4	4,9	
Outros*	2	1,9	1,3	8	3,2	1,6	9	3,3	1,2	4	1,9	0,9	6	13,4	8,0	-	-	-	
Total	138	100,0		232	100,0		287	100,0		200	100,0		35	100,0		26	100,0		
Escolaridade																			
Nunca - 3 anos	47	27,2	4,0	70	24,5	3,5	98	30,7	2,9	86	38,5	3,3	7	17,5	5,5	5	16,1	6,1	0,017
4 - 7 anos	57	33,7	3,3	79	28,1	3,3	109	33,5	2,4	74	33,8	3,5	15	32,3	8,3	12	42,1	8,8	
8 - 11 anos	20	21,1	3,2	63	33,9	3,2	63	26,3	3,4	29	18,7	2,7	5	18,8	7,0	8	36,8	9,5	
12 e + anos	15	18,0	4,1	20	13,5	3,3	16	9,5	3,1	11	9,0	2,4	8	31,4	9,5	1	5,0	4,7	
Total	139	100,0		232	100,0		286	100,0		200	100,0		35	100,0		26	100,0		

Renda**																			0,002
<1 salário	50	32,2	4,1	88	35,2	4,2	154	48,0	4,9	120	56,4	4,3	12	37,8	13,7	6	21,0	8,5	
1 – 1,9 salários	34	21,0	3,1	63	24,3	3,8	86	30,0	3,6	53	25,6	3,2	14	29,4	11,0	6	23,3	8,0	
2 – 4,9 salários	39	31,2	4,2	54	22,5	3,4	33	15,0	3,6	23	14,4	3,2	7	24,5	12,3	11	44,1	8,6	
5 e + salários	16	15,6	3,7	27	18,0	4,5	14	7,0	2,5	5	3,6	2,0	2	8,3	8,1	3	11,6	7,5	
Total	139	100,0		232	100,0		287	100,0		201	100,0		35	100,0		26	100,0		
Trabalho***																			<0,001
Atividade/afastado****	14	10,7	2,9	35	16,6	3,0	59	19,9	2,1	22	11,9	2,8	6	19,0	5,9	2	10,5	9,5	
Sim e aposentado	11	10,6	2,7	21	11,0	2,3	24	8,9	1,9	5	3,0	2,0	3	11,2	5,7	1	5,0	4,7	
Aposentado	68	48,5	4,7	115	48,9	3,6	121	42,4	2,5	90	45,6	2,7	18	50,7	8,0	14	57,3	9,7	
Dona de casa	11	8,8	2,8	43	17,6	2,5	44	14,4	2,0	22	10,9	2,7	1	2,7	2,7	1	3,5	3,4	
Pensionista	34	20,9	3,4	15	5,3	1,3	27	9,9	1,8	58	26,8	2,8	7	16,4	5,8	7	21,4	8,1	
Desempregado/outros	1	0,5	0,5	2	0,6	0,4	12	4,5	1,1	4	1,8	0,8	-	-	-	1	2,3	2,3	
Total	139	100,0		231	100,0		287	100,0		201	100,0		35	100,0		26	100,0		

Notas:

- 1 Números absolutos na amostra
 - 2 Foram levadas em consideração as ponderações da amostra
 - 3 Erro Padrão
 - 4 Teste Qui-quadrado de Pearson
- * Amarelos e indígenas
 ** Renda familiar *per capita* em salários mínimos vigentes a data da entrevista
 *** "Atualmente o(a) sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não de trabalho?"
 **** Em atividade ou afastado por motivos de doenças
 ***** Outros parentes, agregados ou empregados domésticos

5.3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ACORDO COM OS TIPOS DE ARRANJOS FAMILIARES

As características sociodemográficas de acordo com o tipo de arranjo familiar podem ser encontradas na tabela 2. Com relação ao sexo, foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$). Do total da amostra de 920 idosos, 354 eram do sexo masculino, sendo que 8,4% moravam sozinhos; 35,1% moravam com o cônjuge, mas sem descendência; 43,0% moravam com o cônjuge e com descendência; 8,2% moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge; 3,2% moravam com irmãos; 2,1% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Dentre os 920 idosos, 566 eram do sexo feminino, sendo que 19,2% moravam sozinhas; 19,8% moravam com o cônjuge sem descendente; 23,5% moravam com cônjuge e descendência; 27,6% moravam com descendência sem a presença de um cônjuge; 5,2% moravam com irmãos; 4,7% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 2).

Com relação às faixas etárias a diferença entre as categorias foi estatisticamente significativa ($p=0,001$). Estavam entre 60 e 69 anos 441 idosos, sendo que 10,5% moravam sozinhos; 25,5% moravam com o cônjuge, sem a presença de descendentes; 37,1% moravam com o cônjuge e descendência; 19,4% moravam com descendentes, mas sem a presença de um cônjuge; 5,8% moravam com irmãos; 1,7% moravam com outros parentes,

agregados ou empregados domésticos. Na faixa etária de 70 a 79 anos estavam 321 idosos, sendo que 17,0% moravam sozinhos; 30,4% moravam com o cônjuge, sem a presença de descendência; 25,4% moravam com cônjuge e descendência; 22,2% moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge; 1,6% moravam com irmãos; 3,4% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Na faixa etária de 80 ou mais anos estavam 158 idosos, sendo que 22,6% moravam sozinhos; 19,0% moravam com cônjuge, sem descendência; 26,8% moravam com cônjuge e descendentes; 16,3% moravam com descendentes, sem a presença de um cônjuge; 5,7% moravam com irmãos; 9,6% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 2).

Em relação à raça/cor, a diferença entre as categorias foi estatisticamente significativa ($p=0,005$). Dos 920 idosos da amostra, 652 declararam-se brancos, sendo que 15,6% moravam sozinhos; 28,3% moravam com o cônjuge, sem descendentes; 30,0% moravam com cônjuge e descendência; 17,3% moravam com descendência sem a presença de um cônjuge; 4,4% moravam com irmãos. Cinquenta e três idosos declararam-se pretos, dentre os quais, 19,3% moravam sozinhos; 16,1% moravam com o cônjuge sem a presença de descendentes; 20,2% moravam com cônjuge e descendentes; 38,2% moravam com descendentes, sem a presença de um cônjuge; um indivíduo (2,5%) morava com irmãos; um indivíduo (3,7%) morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Cento e oitenta e quatro idosos declararam-se pardos, sendo que 10,3% moravam sozinhos;

19,3% moravam com o cônjuge, sem descendentes; 40,6% moravam com cônjuge e descendência; 26,4% moravam com descendência sem a presença de um cônjuge; 2,3% moravam com irmãos; um indivíduo (1,1%) morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Vinte e nove idosos declararam-se de outras raças/cores (amarelos ou indígenas), sendo que dois indivíduos (8,9%) moravam sozinhos; 26,8% moravam com o cônjuge, sem a presença de descendentes; 33,2% moravam com cônjuge e descendentes; 11,9% moravam com descendentes sem a presença de um cônjuge; 19,2% moravam com irmãos; nenhum indivíduo que se declarou como pardo morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 2).

Com relação à escolaridade, a diferença encontrada entre as categorias foi estatisticamente significativa ($p=0,017$). Da amostra de 920 idosos, 313 tinham escolaridade de até 3 anos, das quais 13,9% moravam sozinhas; 21,9% moravam com o cônjuge sem descendência; 33,2% moravam com cônjuge e descendência; 26,3% moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge; 2,7% moravam com irmãos; 2,0% moravam com outros parentes, agregados e empregados domésticos. Entre 4 a 7 anos de escolaridade estavam 346 idosos, dentre os quais 15,4% moravam sozinhos; 22,5% moravam com cônjuge, sem descendência; 32,4% moravam com cônjuge e descendência; 20,6% moravam com descendência sem a presença de um cônjuge; 4,4% moravam com irmãos; 4,7% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Entre 8 e 11 anos de escolaridade estavam 188 idosos, dentre os quais 12,0% moravam sozinhos; 33,8%

moravam com o cônjuge, sem descendentes; 31,7% moravam com cônjuge e descendentes; 14,2% moravam com descendentes sem a presença do cônjuge; 3,2% moravam com irmãos; 5,1% moravam com outros parentes, agregados e empregados domésticos. Com escolaridade de 12 anos ou mais estavam 71 idosos, dentre os quais, 21,7% moravam sozinhos; 28,7% moravam com o cônjuge, sem descendentes; 23,7% moravam com cônjuge e descendentes; 13,0% moravam com descendentes, sem a presença de um cônjuge; 11,3% moravam com irmãos; um indivíduo (1,5%) morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 2).

Com relação à renda foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p=0,002$). Com renda familiar per capita de até um salário mínimo vigente na data da entrevista estavam 430 idosos dos quais 11,2% moravam sozinhos; 21,5% moravam com cônjuge sem descendência; 35,4% moravam com cônjuge e descendência; 26,2% moravam com descendência, mas sem a presença de um cônjuge; 3,9% moravam com irmãos; 1,8% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Tinham renda familiar per capita entre um e 1,9 salários mínimos vigentes a data da entrevista 256 idosos, dentre os quais 12,0% moravam sozinhos; 24,2% moravam com cônjuge, sem descendência; 36,2% moravam com cônjuge e descendência; 19,4% moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge; 5,0% moravam com irmãos; 3,2% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Tinham renda familiar per capita entre dois e 4,9 salários mínimos vigentes a data da entrevista 167

idosos dos quais 22,3% moravam sozinhos; 28,3% moravam com cônjuge sem descendência; 22,6% moravam com cônjuge e descendência; 13,7% moravam com descendentes, sem a presença de um cônjuge; 5,1% moravam com irmãos; 7,7% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Com renda familiar per capita de 5 ou mais salários mínimos vigentes a data da entrevista estavam 67 idosos entre os quais 21,6% moravam sozinhos; 43,8% moravam com cônjuge, sem descendência; 20,5% moravam com cônjuge e descendência; 6,5% moravam com descendência sem a presença de um cônjuge; dois indivíduos (3,4%) moravam com irmãos; três indivíduos (3,9%) moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 2).

Com relação à situação de trabalho foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($<0,001$). Dentre os 920 idosos da amostra, 138 estavam em atividade ou afastados por motivos de doenças, dos quais 10,0% moravam sozinhos; 27,3% moravam com o cônjuge sem descendência; 39,9% moravam com cônjuge e descendência; 15,0% moravam com descendência sem a presença de um cônjuge; 5,3% moravam com irmãos; dois indivíduos (2,5%) moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Estavam trabalhando, porém eram aposentados 65 idosos dos quais, 18,5% moravam sozinhos; 33,6% moravam com cônjuge, sem descendentes; 33,0% moravam com cônjuge e descendentes; 7,0% moravam com descendentes sem a presença de um cônjuge; 5,8% moravam com irmãos; um indivíduo (1,0%) morava com outros parentes, agregados ou

empregados domésticos. Quatrocentos e vinte e seis idosos eram aposentados, sendo que 15,5% moravam sozinhos; 27,1% moravam com cônjuge sem descendentes; 28,6% moravam com cônjuge e descendentes; 19,5% moravam com descendentes sem a presença de um cônjuge; 4,8% moravam com irmãos; 4,5% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Cento e vinte e dois idosos classificaram-se como donas de casa, sendo que 10,2% moravam sozinhos, 35,6% moravam com o cônjuge sem descendência; 35,4% moravam com cônjuge e descendência; 17,0% moravam com descendência sem a presença de um cônjuge; um indivíduo (0,9%) morava com irmãos; um indivíduo (0,9%) morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Entre os pensionistas estavam 148 idosos dentre os quais 21,6% moravam sozinhos; 9,4% moravam com cônjuge sem descendência; 21,8% moravam com cônjuge e descendência; 36,8% moravam com descendência sem a presença do cônjuge; 5,0% moravam com irmãos; 5,4% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Entre os idosos desempregados ou em outra situação não realada estavam 19 idosos dentre os quais um indivíduo (3,8%) morava sozinho; dois indivíduos (8,2%) moravam com cônjuge sem a presença de descendência; doze idosos (66,9%) moravam com cônjuge e descendência; quatro idosos (17,1%) moravam com descendência sem a presença de um cônjuge; nenhum indivíduo morava com irmãos; um indivíduo (4,0%) morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 2).

Tabela 2: Características sociodemográficas da população idosa de acordo com os tipos de arranjos familiares, São Paulo, SP, 2008

Arranjo Familiar																				
Variável	Mora só			Só cônjuge			Cônjuge e descendência			Só descendência			Irmãos			Outros			Total (N)	p ⁴
	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³		
Sexo																				
Masculino	29	8,4	1,4	121	35,1	2,4	157	43,0	2,5	30	8,2	1,6	11	3,2	1,1	6	2,1	1,0	354	<0,001
Feminino	110	19,2	2,3	111	19,8	1,7	130	23,5	2,2	171	27,6	2,5	24	5,2	1,4	20	4,7	1,2	566	
Faixa etária																				
60-69 anos	47	10,5	1,7	112	25,5	2,3	167	37,1	2,3	90	19,4	2,2	20	5,8	1,4	5	1,7	0,6	441	<0,001
70-79 anos	57	17,0	2,1	88	30,4	3,0	80	25,4	3,1	82	22,2	2,8	6	1,6	0,8	8	3,4	1,5	321	
80 e + anos	35	22,6	4,0	32	19,0	3,8	40	26,8	4,7	29	16,3	2,8	9	5,7	2,1	13	9,6	2,8	158	
Raça/cor																				
Branca	103	15,6	1,9	182	28,3	2,0	195	30,0	2,4	124	17,3	2,0	24	4,4	1,1	24	4,4	1,0	652	0,005
Preta	11	19,3	5,6	8	16,1	6,1	11	20,2	6,2	21	38,2	7,7	1	2,5	2,5	1	3,7	3,6	53	
Parda	22	10,3	2,4	34	19,3	3,3	72	40,6	4,1	51	26,4	3,5	4	2,3	1,3	1	1,1	1,1	184	
Outros*	2	8,9	6,9	8	26,8	8,4	9	33,2	8,9	4	11,9	6,6	6	19,2	8,3	-	-	-	29	
Escolaridade																				
Nunca - 3 anos	47	13,9	2,0	70	21,9	2,9	98	33,2	2,8	86	26,3	2,5	7	2,7	1,0	5	2,0	1,0	313	0,017
4 - 7 anos	57	15,4	2,0	79	22,5	2,3	109	32,4	2,3	74	20,6	2,1	15	4,4	1,4	12	4,7	1,3	346	
8 - 11 anos	20	12,0	2,7	63	33,8	3,3	63	31,7	3,6	29	14,2	2,7	5	3,2	1,4	8	5,1	1,9	188	
12 e + anos	15	21,7	5,9	20	28,7	5,1	16	23,7	6,7	11	13,0	3,8	8	11,3	4,5	1	1,5	1,3	71	
Renda**																				
<1 salário	50	11,2	1,5	88	21,5	2,4	154	35,4	2,5	120	26,2	2,7	12	3,9	1,5	6	1,8	0,7	430	0,002
1 – 1,9 salários	34	12,0	2,0	63	24,2	3,6	86	36,2	3,8	53	19,4	2,5	14	5,0	2,2	6	3,2	1,2	256	

2 – 4,9 salários	39	22,3	3,9	54	28,3	3,5	33	22,6	4,4	23	13,7	3,1	7	5,1	3,0	11	7,7	2,9	167
5 e + salários	16	21,6	6,7	27	43,8	7,4	14	20,5	6,2	5	6,5	3,9	2	3,4	3,5	3	3,9	2,3	67
Trabalho***																			
Atividade/afastado****	14	10,0	2,5	35	27,3	4,3	59	39,9	3,6	22	15,0	3,5	6	5,3	2,0	2	2,5	2,3	138
Sim e aposentado	11	18,5	4,9	21	33,6	6,6	24	33,0	6,1	5	7,0	4,5	3	5,8	2,9	1	2,1	2,1	65
Aposentado	68	15,5	2,2	115	27,1	2,3	121	28,6	2,4	90	19,5	2,3	18	4,8	1,4	14	4,5	1,1	426
Dona de casa	11	10,2	3,1	43	35,6	4,7	44	35,4	4,0	22	17,0	3,7	1	0,9	0,9	1	0,9	0,9	122
Pensionista	34	21,6	3,5	15	9,4	2,1	27	21,8	3,9	58	36,8	3,6	7	5,0	1,8	7	5,4	2,3	148
Desempregado/outros	1	3,8	3,6	2	8,2	5,2	12	66,9	10,1	4	17,1	7,8	-	-	-	1	4,0	4,0	19

<0,001

Notas:

- 1 Números absolutos na amostra
- 2 Foram levadas em consideração as ponderações da amostra
- 3 Erro Padrão
- 4 Teste Qui-quadrado de Pearson

* Amarelos e indígenas

** Renda familiar *per capita* em salários mínimos vigentes a data da entrevista

*** "Atualmente o(a) sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não de trabalho?"

**** Em atividade ou afastado por motivos de doenças

***** Outros parentes, agregados ou empregados domésticos

5.4. CARACTERIZAÇÃO DOS ARRANJOS FAMILIARES DE ACORDO COM O USO DE SERVIÇO DE SAÚDE

Para as mulheres foi questionado a respeito da realização do exame de Papanicolau para a prevenção do câncer do colo do útero e encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p=0,038$). Dentre as idosas que moravam sozinhas, 5,0% nunca haviam realizado; 95,5% haviam realizado ao menos uma vez na vida. Das idosas que moravam o cônjuge, sem descendência, 5,2% nunca haviam realizado o exame; 94,2% haviam realizado ao menos uma vez na vida. Entre as idosas que moravam com o cônjuge e descendência, 7,3% nunca haviam realizado o exame; 92,7% disseram ter realizado o exame ao menos uma vez na vida. Das idosas que moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge, 11,8% nunca haviam realizado o exame; 88,2% haviam realizado o exame ao menos uma vez na vida. Entre as idosas que moravam com irmãos, 29,5% nunca haviam realizado o exame. 70,5% haviam realizado o exame ao menos uma vez na vida. Entre as idosas que moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos, uma idosa (4,5%) nunca havia feito o exame; 19 idosas (95,5%) haviam realizado o exame ao menos uma vez na vida (tabela 3).

Também entre as mulheres foi questionado quanto à realização da mamografia, exame para a prevenção do câncer de mama, e foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p=0,010$). Entre as mulheres que moravam sozinhas, 14,8% nunca tinham realizado a mamografia;

37,3% tinham realizado a mamografia a menos de um ano da data da entrevista; 22,9% tinham realizado a mamografia entre um e dois anos da data da entrevista; 25,0% tinham realizado a mamografia há dois anos ou mais tempo da data da entrevista. Entre as idosas que moravam com o cônjuge, sem descendência, 12,1% nunca tinham realizado a mamografia; 56,9% tinham realizado a mamografia a menos de um ano da data da entrevista; 16,8% haviam realizado a mamografia entre um e dois anos da data da entrevista; 14,2% haviam realizado a mamografia há dois anos ou mais tempo da data da entrevista. Das idosas que moravam com cônjuge e descendência, 14,1% nunca haviam realizado o exame de mamografia; 32,5% haviam realizado a mamografia a menos de um ano da data da entrevista. 22,5% haviam realizado a mamografia entre um e dois anos da data da entrevista; 30,9% haviam realizado a mamografia há dois anos ou mais tempo da data da entrevista. Entre as idosas que moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge, 25,5% nunca haviam realizado a mamografia; 26,7% haviam realizado a mamografia a menos de um ano da data da entrevista; 18,0% haviam realizado a mamografia entre um e dois anos da data da entrevista; 29,8% haviam realizado a mamografia há dois anos ou mais tempo da data da entrevista. Das idosas que moravam com irmãos, 31,7% nunca haviam realizado a mamografia; 39,1% haviam realizado a mamografia a menos de um ano da data da entrevista; 13,9% haviam realizado a mamografia entre um e dois anos da data da entrevista; 15,3% haviam realizado a mamografia há dois anos ou mais tempo da data da entrevista. Entre as idosas que moravam com

outros parentes, agregados ou empregados domésticos, duas idosas (7,3%) nunca haviam realizado a mamografia; 35,3% haviam realizado a mamografia a menos de um ano da data da entrevista; 27,2% haviam realizado a mamografia entre um e dois anos da data da entrevista; 30,2% haviam realizado a mamografia há dois anos ou mais tempo da data da entrevista (tabela 3).

Para os homens, foi questionado referente à realização de algum exame preventivo para o câncer de próstata e foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p=0,006$). Entre os homens que moravam sozinhos, 24,8% não havia realizado nenhum exame preventivo para o câncer de próstata; 75,2% haviam realizado algum exame preventivo para o câncer de próstata. Entre os idosos que moravam com cônjuge sem a presença de descendência, 8,8% nunca haviam realizado exame preventivo para o câncer de próstata; 91,2% haviam realizado algum exame preventivo para o câncer de próstata. Dos idosos que moravam com cônjuge e descendência, 26,4% nunca haviam realizado exame preventivo para o câncer de próstata; 73,6% havia realizado algum exame preventivo para o câncer de próstata. Entre os idosos que moravam com descendência sem a presença de um cônjuge, 33,4% nunca havia realizado exame para a prevenção do câncer de próstata; 66,6% haviam realizado algum exame para a prevenção do câncer de próstata. Dos idosos que moravam com irmãos, um homem (15,2%) nunca havia realizado exame preventivo para o câncer de próstata; 84,4% haviam realizado exame preventivo para o câncer de próstata. Entre os idosos que moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos, um

homem (9,8%) nunca havia realizado exame preventivo para o câncer de próstata; 90,2% haviam realizado exame preventivo para o câncer de próstata (tabela 3).

Para ambos os sexos foi questionado a respeito da realização de exames para a prevenção do câncer de intestino e foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as categorias (0,023). Entre os idosos que moravam sozinhos, 78,4% nunca haviam realizado exame para a prevenção do câncer de intestino; 21,6% havia realizado exame para a prevenção do câncer de intestino. Entre os idosos que moravam com cônjuge sem descendência, 76,9% nunca haviam realizado exame para a prevenção do câncer de intestino; 23,1% haviam realizado exame para prevenção do câncer de intestino. Dos idosos que moravam com cônjuge e descendência, 88,2% nunca haviam realizado exame para prevenção do câncer de intestino; 11,8% haviam realizado exame para a prevenção do câncer de intestino. Entre os idosos que moravam com descendência sem a presença de um cônjuge, 87,3% nunca haviam realizado exame para prevenção do câncer de intestino; 12,7% haviam realizado exame para a prevenção do câncer de intestino. Dos idosos que moravam com irmãos, 83,0% nunca haviam realizado exame a prevenção do câncer de intestino; 17,0% haviam realizado exame para a prevenção do câncer de intestino. Entre os idosos que moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos, 80,6% nunca haviam realizado exame preventivo para o câncer de intestino; 19,4% haviam realizado exame preventivo para o câncer de intestino (tabela 3).

Com relação à realização de consulta odontológica nos últimos 12 meses, foi perguntado a ambos os sexos e encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p=0,014$). Entre os idosos que moravam sozinhos, 59,2% não haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista; 40,8% haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista. Dos idosos que moravam com cônjuge sem descendência, 48,4% não haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista; 51,6% haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista. Entre os idosos que moravam com cônjuge e descendência, 65,3% não haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista; 34,7% haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista. Dos idosos que moravam com cônjuge, sem a presença de um filho, 57,4% não haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista; 42,6% haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista; Entre os idosos que moravam com irmãos, 37,8% não haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista; 62,2% haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista. Dos idosos que moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos, 48,8% não haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista; 51,2% haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que precederam a entrevista (tabela 3).

Com relação ao uso de serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p=0,689$). Entre os idosos que moravam sozinhos, 76,3% não procuram serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista; 20,7% procuraram serviço de saúde uma vez nos 15 dias que antecederam a entrevista; 3,0% procuraram duas ou mais vezes serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista. Dos idosos que moravam com cônjuge sem descendentes, 79,8% não procuraram serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista; 15,2% procuraram serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista; 5,0% procuraram duas ou mais vezes serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista. Entre os idosos que moravam com cônjuge e descendência, 82,1% não procuraram serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista; 14,1% procuraram uma vez serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista; 3,8% procuraram duas ou mais vezes serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista. Dos idosos que moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge, 80,5% não procuraram serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista; 17,4% procuraram serviço de saúde uma vez nos 15 dias que antecederam a entrevista; 2,1% procuraram o serviço de saúde duas ou mais vezes nos 15 dias que antecederam a entrevista. Entre os idosos que moravam com irmãos, 81,6% não procuraram serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista; 18,4% procuraram uma vez serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista; nenhum idoso procurou serviço de

saúde duas ou mais vezes nos 15 dias que antecederam a entrevista. Dos idosos que moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos, 82,6% não procuraram serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista; 14,0% procuraram uma vez serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista; um idoso (3,4%) procurou serviço de saúde duas ou mais vezes nos 15 dias que antecederam a entrevista (tabela 3).

Entre os idosos que procuraram serviço de saúde, foi questionado a respeito dos motivos que os levaram a buscar atendimento e não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as categorias (0,454). Dos idosos que moravam sozinhos, 35,5% procuraram serviço de saúde para a realização de exames, exames preventivos ou de rotina; um idoso (3,2%) procurou serviço para reabilitação; nenhum idoso procurou o serviço para vacinação; 41,1% procuraram o serviço de saúde para consultas que já estavam marcadas ou para o agendamento de consultas; 12,2% procuraram o serviço de saúde para buscar remédios; 8,0% procuraram o serviço de saúde por outros motivos como buscar atestado médico. Entre os idosos que moravam com cônjuge sem descendência, 41,8% procuraram o serviço para realização de exames, exames preventivos ou de rotina; dois idosos (3,6%) procuraram o serviço de saúde para reabilitação; nenhum idoso procurou serviço de saúde para vacinação; 43,6% procuraram o serviço de saúde para consultas que já estavam marcadas ou para o agendamento de consultas; dois idosos (3,2%) procuraram o serviço de saúde para buscar remédios; 7,8% procuraram o serviço de saúde por outros motivos, como atestado médico.

Entre os idosos que moravam com cônjuge e descendência, 41,6% procuraram o serviço de saúde para realização de exames, exames preventivos ou de rotina; dois idosos (3,2%) procuraram o serviço de saúde para reabilitação; dois idosos (2,8%) procuraram o serviço de saúde para vacinação; 33,8% procuraram o serviço de saúde para consultas já marcadas ou para o agendamento de consultas; 6,1% procuraram o serviço de saúde para buscar remédios; 12,5% procuraram o serviço de saúde por outros motivos, como atestado médico. Dos idosos que moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge, 46,8% procuraram serviço de saúde para realização de exames, exames preventivos ou de rotina; nenhum idoso procurou serviço de saúde para reabilitação; nenhum idoso procurou serviço de saúde para vacinação; 38,6% procuraram serviço de saúde para consultas que já estavam marcadas ou para agendamento de consultas; 6,3% procuraram o serviço para buscar remédio; 8,3% procuraram serviço de saúde por outros motivos, como atestado médico. Entre os idosos que moravam com irmãos, 58,6% procuraram o serviço de saúde para realização de exames, exames preventivos ou de rotina; nenhum idoso procurou o serviço de saúde para reabilitação; um idoso (10,5%) procurou o serviço para vacinação; um idoso (15,7%) procurou o serviço para consultas que já estavam marcadas ou para o agendamento de consultas; um idoso (15,2%) procurou o serviço para buscar remédios; nenhum idoso procurou o serviço por outros motivos. Dos idosos que moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos, um idoso (19,2%) procurou o serviço de saúde para realização de exames, exames preventivos

ou de rotina; um idoso (19,5%) procurou o serviço para reabilitação; nenhum idoso procurou o serviço de saúde para vacinação; três idosos (61,3%) procuraram o serviço de saúde para consultas já marcadas ou para o agendamento de consultas; nenhum idoso procurou o serviço de saúde para buscar remédios; nenhum idoso procurou serviço de saúde por outros motivos (tabela 3).

Tabela 3: Arranjos familiares e uso de serviço de saúde, São Paulo, SP - 2008

Variável	Arranjo Familiar																		p4
	Mora só			Só cônjuge			Cônjuge e descendência			Só descendência			Irmãos			Outros			
	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	
Papanicolau																			
Não	5	5,0	1,8	5	5,2	2,4	11	7,3	2,6	21	11,8	2,4	7	29,5	7,1	1	4,5	4,5	
Sim	104	95,0	1,8	106	94,8	2,4	119	92,7	2,6	150	88,2	2,4	17	70,5	7,1	19	95,5	7,1	
Total	109	100,0		111	100,0		130	100,0		171	100,0		24	100,0		20	100,0		
Mamografia																			
Nunca	15	14,8	3,6	15	12,1	3,0	21	14,1	3,6	42	25,5	3,0	9	31,7	13,2	2	7,3	5,1	
Menos de 1 ano	42	37,3	4,7	59	56,9	5,6	42	32,5	4,0	46	26,7	3,9	8	39,1	12,3	6	35,3	12,0	
De 1 a até 2 anos	23	22,9	4,1	20	16,8	3,6	30	22,5	3,2	29	18,0	3,2	3	13,9	7,0	5	27,2	10,1	
2 anos ou mais	29	25,0	4,9	17	14,2	3,9	37	30,9	4,5	52	29,8	3,2	4	15,3	6,9	7	30,2	10,7	
Total	109	100,0		111	100,0		130	100,0		169	100,0		24	100,0		20	100,0		
Próstata																			
Não	9	24,8	7,3	13	8,8	2,1	46	26,4	3,4	9	33,4	8,5	1	15,2	14,0	1	9,8	9,9	
Sim	20	75,2	7,3	108	91,2	2,1	110	73,6	3,4	20	66,6	8,5	10	84,8	14,0	5	90,2	9,9	
Total	29	100,0		121	100,0		156	100,0		29	100,0		11	100,0		6	100,0		
Intestino																			
Não	114	78,4	3,4	184	76,9	3,6	256	88,2	1,9	176	87,3	2,7	28	83,0	6,6	21	80,6	9,5	
Sim	25	21,6	3,4	48	23,1	3,6	30	11,8	1,9	24	12,7	2,7	6	17,0	6,6	5	19,4	9,5	
Total	139	100,0		232	100,0		286	100,0		200	100,0		34	100,0		26	100,0		
Consulta odontológica																			
Não	88	59,2	4,0	125	48,4	4,0	197	65,3	3,2	122	57,4	3,3	16	37,8	10,1	14	48,8	12,1	
Sim	51	40,8	4,0	107	51,6	4,0	90	34,7	3,2	79	42,6	3,3	19	62,2	10,1	12	51,2	12,1	
Total	139	100,0		232	100,0		287	100,0		201	100,0		35	100,0		26	100,0		
Uso serviço*																			
																			0,689

Não	105	76,3	3,5	182	79,8	3,4	231	82,1	2,4	163	80,5	3,2	28	81,6	7,2	21	82,6	1,8	
Uma vez	30	20,7	3,4	38	15,2	2,6	45	14,1	2,6	34	17,4	3,2	7	18,4	7,2	4	14,0	7,0	
Duas ou mais vezes	4	3,0	1,6	12	5,0	1,5	11	3,8	1,1	4	2,1	1,0	-	-	-	1	3,4	3,1	
Total	139	100,0		232	100,0		287	100,0		201	100,0		35	100,0		26	100,0		
Motivos uso serviço																			0,454
Exames**	12	35,5	8,9	20	41,8	6,9	23	41,6	6,7	18	46,8	6,2	4	58,6	16,2	1	19,2	18,1	
Reabilitação	1	3,2	3,2	2	3,6	2,5	2	3,2	2,2	-	-	-	-	-	-	1	19,5	18,1	
Vacinas	-	-	-	-	-	-	2	2,8	1,9	-	-	-	1	10,5	10,6	-	-	-	
Consulta***	14	41,1	8,7	21	43,6	7,8	19	33,8	3,4	14	38,6	7,8	1	15,7	10,6	3	61,3	22,5	
Remédio	4	12,2	6,5	2	3,2	2,1	4	6,1	3,4	3	6,3	3,5	1	15,2	14,6	-	-	-	
Outros****	3	8,0	4,7	5	7,8	3,1	6	12,5	5,0	3	8,3	4,1	-	-	-	-	-	-	
Total	34	100,0		50	100,0		56	100,0		38	100,0		7	100,0		5	100,0		

Notas:

- 1 Números absolutos na amostra
- 2 Foram levadas em consideração as ponderações da amostra
- 3 Erro Padrão
- 4 Teste Qui-quadrado de Pearson

* "Nesses últimos 15 dias, o(a) sr.(a) procurou algum serviço de saúde por motivos não referidos até agora?"

** Exames, exames preventivos ou exames de rotina

*** Consultas previamente marcadas ou agendamento de consultas

**** Outros motivos não especificados ou atestado médico.

5.5. CARACTERÍSTICAS DE USO DE SERVIÇO DE SAÚDE SEGUNDO OS TIPOS DE ARRANJOS FAMILIARES

Para as mulheres, foi perguntado quanto à realização do exame de Papanicolau e foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p=0,038$). Do total de 566 mulheres idosas da amostra, 50 delas nunca haviam realizado o exame de Papanicolau, sendo que 10,5% delas moravam sozinhas; 11,8% moravam com o cônjuge sem descendência; 19,7% moravam com cônjuge e descendência; 37,7% moravam com irmãos; uma idosa (2,4%) morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Do total de 566 mulheres da amostra, 515 haviam realizado o exame de Papanicolau ao menos uma vez, sendo que 20,0% delas moravam sozinhas; 20,6% moravam com o cônjuge sem descendentes; 23,9% moravam com cônjuge e descendentes; 26,7% moravam com descendentes, sem a presença de um cônjuge; 4,0% moravam com irmãos; 4,8% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 4).

Para as mulheres também foi perguntado a respeito do exame de mamografia e foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,010$) entre as categorias. Das 566 das idosas da amostra, 104 nunca haviam realizado a mamografia, sendo que 16,2% moravam sozinhas; 13,7% moravam com cônjuge sem descendência; 18,9% moravam com cônjuge e descendentes; 39,8% moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge; 9,4% moravam com irmãos; duas idosas (2,0%) moravam com outros

parentes, agregados ou empregados domésticos. Duzentas e três idosas haviam realizado a mamografia a menos de um ano da data da entrevista, sendo que 19,3% moravam com sozinhas; 30,4% moravam com cônjuge; 20,7% moravam com cônjuge e descendência; 19,6% moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge; 5,5% moravam com irmãos; 4,5% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Cento e dez idosas haviam realizado a mamografia entre um e dois anos da data da entrevista, sendo que 21,9% moravam sozinhas; 16,8% moravam com cônjuge, sem descendentes; 26,7% moravam com cônjuge e descendentes; 24,6% moravam com descendentes, sem a presença de um cônjuge; 3,6% moravam com irmãos; 6,4% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Cento e quarenta e seis idosas haviam realizado a mamografia a dois anos ou mais tempo da data entrevista, sendo que 18,9% moravam sozinhas; 11,2% moravam com cônjuge sem descendentes; 28,8% moravam com cônjuge e descendência; 32,2% morava com descendência, sem a presença de um cônjuge; 3,1% moravam com irmãos; 5,6% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 4).

Para os homens foi perguntado quanto à realização de exames preventivos para o câncer de próstata e foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,006$) entre as categorias. Do total de 354 homens da amostra de idosos, 79 nunca haviam realizado exame para prevenção do câncer de próstata, sendo que 10,5% moravam sozinhos; 15,6% moravam com cônjuge sem descendentes; 57,1% moravam com cônjuge e

descendência; 13,3% moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge; um idoso (2,5%) morava com irmãos; um idoso (1,0%) morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Duzentos e setenta e três idosos haviam realizado algum exame para a prevenção do câncer de próstata, sendo que 7,9% moravam sozinhos; 40,2% moravam com cônjuge, sem descendentes; 39,5% moravam com cônjuge e descendência; 6,6% moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge; 3,4% moravam com irmãos; 2,4% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 4).

Para ambos os sexos foi perguntado quanto à realização de exame preventivo para câncer de intestino e foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,023$) entre as categorias. Da amostra de 920 idosos, 779 nunca haviam realizado exame para prevenção do câncer do intestino, sendo que 14,0% moravam sozinhos; 24,1% moravam com cônjuge sem descendência; 33,3% moravam com cônjuge e descendência; 20,8% moravam com descendência sem a presença do cônjuge; 4,3% moravam com irmãos; 3,5% moravam com outros parentes, agregados e empregados domésticos. Cento e trinta e oito idosos haviam realizado exame preventivo para o câncer de intestino, sendo que 19,0% moravam sozinhos; 35,7% moravam com cônjuge sem descendentes; 21,9% moravam com cônjuge e descendentes; 14,9% moravam com descendentes, sem a presença de um cônjuge; 4,3% moravam com irmãos; 4,2% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 4).

Para todos os idosos da amostra foi perguntado com relação à realização de consulta odontológica nos 12 meses que antecederam a entrevista e foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,014$) entre as categorias. Dos 920 idosos da amostra, 562 não haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que antecederam a entrevista, sendo que 15,5% não moravam sozinhos; 22,2% moravam com cônjuge, sem descendentes; 36,2% moravam com cônjuge e descendentes; 20,1% moravam com descendentes sem a presença de um cônjuge; 2,9% moravam com irmãos; 3,1% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Trezentos e cinquenta e oito idosos haviam realizado consulta odontológica nos 12 meses que antecederam a entrevista, sendo que 13,9% moravam sozinhos; 30,9% moravam com cônjuge sem descendentes; 25,1% moravam com cônjuge e descendentes; 19,4% moravam com descendentes, sem a presença de descendentes; 6,4% moravam com irmãos; 4,3% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 4).

Para o uso de serviço de saúde não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,689$) entre as categorias. Dos 920 idosos da amostra, 730 não usaram o serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a data da entrevista, sendo que 14,1% moravam sozinhos; 25,8% moravam com cônjuge, sem descendentes; 32,1% moravam com cônjuge e descendentes; 19,8% moravam com descendência, sem a presença de um cônjuge; 4,5% moravam com irmãos; 3,7% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Cento e cinquenta e oito idosos usaram uma vez o

serviço de saúde, sendo que 18,9% moravam sozinhos; 24,3% moravam com cônjuge sem descendentes; 27,3% moravam com cônjuge e descendentes; 21,3% moravam com descendentes sem a presença do cônjuge; 5,0% moravam com irmãos; 3,2% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Trinta e dois idosos usaram duas ou mais vezes o serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista, sendo que 12,9% moravam sozinhos; 37,4% moravam com cônjuge sem descendência; 34,0% moravam com cônjuge e descendência; 12,1% moravam com descendência sem a presença de um cônjuge; nenhum idoso morava com irmãos; um idoso morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela4).

Os motivos de busca do serviço foram perguntados aos idosos que haviam procurado serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista e não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,454$) entre as categorias. Setenta e oito idosos haviam procurado o serviço de saúde para realização de exames, exames preventivos e de rotina sendo que 15,3% moravam sozinhos; 26,8% moravam com cônjuge sem descendência; 28,5% moravam com cônjuge e descendência; 22,1% moravam com descendência sem a presença de um cônjuge; 5,8% moravam com irmãos; um idoso (1,5%) moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Seis idosos procuraram o serviço de saúde para reabilitação, sendo que um idoso (18,8%) morava sozinho; dois idosos (31,7%) moravam com cônjuge sem descendentes; dois idosos (29,3%) moravam com cônjuge e descendentes; nenhum idoso morava com descendência sem a presença de um cônjuge;

nenhum idoso morava com irmãos; um idoso (20,2%) morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Três idosos procuraram serviço de saúde para vacinação, sendo que nenhum morava sozinho; nenhum morava com cônjuge sem descendentes; dois idosos (64,8%) moravam com cônjuge e descendentes; nenhum idoso morava com descendentes sem a presença de um cônjuge; um idoso (35,2%) morava com irmãos; nenhum idoso morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Setenta e dois idosos procuraram o serviço de saúde nos 15 dias q antecederam a entrevista para consultas previamente marcadas ou agendamento de consultas, sendo que 18,9% moravam sozinhos; 29,9 moravam com cônjuge sem descendentes; 24,9% moravam com cônjuge e descendentes; 19,6% moravam com descendentes sem a presença de um cônjuge; um idoso (1,7%) morava com irmãos; 5,1% moravam com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Catorze idosos procuraram o serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista para buscar remédios, sendo que 32,7% moravam sozinhos; dois idosos (12,7%) moravam com cônjuge sem descendentes; 26,3% moravam com cônjuge e descendentes; 18,9% moravam com descendentes sem a presença de um cônjuge; um idoso (9,4%) morava com irmãos; nenhum idoso morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos. Dezesete idosos procuraram o serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista por outros motivos não especificados ou busca de atestado médico, sendo que 16,4% moravam sozinhos; 23,9% moravam com cônjuge sem descendentes; 41,0% moravam com cônjuge e

descendentes; 18,7% moravam com descendentes sem a presença de um cônjuge nenhum idoso morava com irmãos; nenhum idoso morava com outros parentes, agregados ou empregados domésticos (tabela 4).

Tabela 4: Uso de serviço de saúde segundo os tipos de arranjos familiares, São Paulo, SP - 2008

Variável	Arranjo Familiar																		Total (N ¹)	p ⁴		
	Mora só			Só cônjuge			Cônjuge e descendência			Só descendência			Irmãos			Outros						
	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³	N ¹	% ²	EP ³				
Papanicolau																						0,038
Não	5	10,5	4,7	5	11,8	5,1	11	19,7	8,1	21	37,7	8,1	7	17,7	6,0	1	2,4	2,4	50			
Sim	104	20,0	2,2	106	20,6	1,8	119	23,9	2,2	150	26,7	2,4	17	4,0	1,0	19	4,8	1,2	515			
Mamografia																						0,010
Nunca	15	16,2	4,6	15	13,7	3,4	21	18,9	4,7	42	39,8	5,4	9	9,4	4,2	2	2,0	1,4	104			
Menos de 1 ano	42	19,3	2,8	59	30,4	3,4	42	20,7	3,0	46	19,6	3,0	8	5,5	2,3	6	4,5	1,6	203			
De 1 a até 2 anos	23	21,9	4,9	20	16,8	3,5	30	26,7	5,0	29	24,6	5,0	3	3,6	2,0	5	6,4	2,4	110			
2 anos ou mais	29	18,9	3,3	17	11,2	2,8	37	28,8	3,9	52	32,2	3,7	4	3,1	1,6	7	5,6	2,8	146			
Próstata																						0,006
Não	9	10,5	3,1	13	15,6	3,7	46	57,1	5,4	9	13,3	3,6	1	2,5	2,3	1	1,0	1,0	79			
Sim	20	7,9	1,7	108	40,2	2,6	110	39,5	2,6	20	6,6	1,6	10	3,4	1,2	5	2,4	1,1	273			
Intestino																						0,023
Não	114	14,0	1,6	184	24,1	1,7	256	33,3	2,0	176	20,8	2,0	28	4,3	1,0	21	3,5	0,8	779			
Sim	25	19,0	2,8	48	35,7	3,7	30	21,9	3,4	24	14,9	3,3	6	4,3	1,8	5	4,2	2,2	138			
Consulta odontológica																						0,014
Não	88	15,5	1,7	125	22,2	2,1	197	36,2	2,4	122	20,1	1,8	16	2,9	0,9	14	3,1	1,1	562			
Sim	51	13,9	1,9	107	30,9	2,6	90	25,1	2,7	79	19,4	2,8	19	6,4	1,9	12	4,3	1,3	358			
Uso serviço*																						0,689
Não	105	14,1	1,7	182	25,8	2,0	231	32,1	2,3	163	19,8	1,8	28	4,5	1,1	21	3,7	1,0	730			
Uma vez	30	18,9	3,1	38	24,3	3,5	45	27,3	3,5	34	21,3	3,8	7	5,0	2,1	4	3,2	1,5	158			
Duas ou mais vezes	4	12,9	5,6	12	37,4	7,1	11	34,0	8,4	4	12,1	6,0	-	-	-	1	3,5	3,1	32			
Motivos uso serviço																						0,454
Exames**	12	15,3	4,5	20	26,8	5,2	23	28,5	4,9	18	22,1	4,6	4	5,8	3,1	1	1,5	1,5	78			

Reabilitação	1	18,8	13,3	2	31,7	14,8	2	29,3	19,3	-	-	-	-	1	20,2	18,9	6		
Vacinas	-	-		-	-		2	64,8	2,8	-	-	1	35,2	2,8	-	-	3		
Consulta***	14	18,9	4,2	21	29,9	5,6	19	24,9	5,0	14	19,6	5,1	1	1,7	1,6	3	5,1	3,0	72
Remédio	4	32,7	1,4	2	12,7	8,7	4	26,3	13,3	3	18,9	9,0	1	9,4	9,0	-	-		14
Outros****	3	16,4	9,2	5	23,9	8,6	6	41,0	12,1	3	18,7	10,1	-	-		-	-		17

Notas:

- 1 Números absolutos na amostra
 - 2 Foram levadas em consideração as ponderações da amostra
 - 3 Erro Padrão
 - 4 Teste Qui-quadrado de Pearson
- * "Nesses últimos 15 dias, o(a) sr.(a) procurou algum serviço de saúde por motivos não referidos até agora?"
- ** Exames, exames preventivos ou exames de rotina
- *** Consultas previamente marcadas ou agendamento de consultas
- **** Outros motivos não especificados ou atestado médico.

6. DISCUSSÃO

6.1. ARRANJOS FAMILIARES DE IDOSOS

Neste estudo verificou-se que os idosos estavam distribuídos em diversos tipos de arranjos familiares, sendo o mais prevalente (31,4%) aquele arranjo no qual o idoso morava com cônjuge e descendentes (filhos, netos e/ou bisneto). Segundo dados da PNAD de 2009.⁽¹⁰⁾ do total de arranjos familiares brasileiros, 42,4% era de casal com filhos. Na região metropolitana de São Paulo esse percentual era de 42,8%.⁽¹⁰⁾ Esse ainda é o tipo de arranjo familiar mais prevalente na população brasileira em geral, considerando idosos e não idosos, mas tem demonstrado queda devido ao aumento do percentual de arranjos do tipo casal sem filhos.⁽¹⁰⁾

O segundo arranjo familiar mais prevalente entre os idosos da amostra ponderada foi o de morar com cônjuge sem descendentes (26,0%). Segundo dados da PNAD de 2009⁽¹⁰⁾, na população idosa brasileira, 23,8% tinha como arranjo familiar casal sem filhos e essa proporção aumentava para 26,0% quando considerada a população idosa da região sudeste do país.⁽¹⁰⁾ Este tipo de arranjo familiar tem aumentado na população geral (idosos e não idosos): em 1999 eram 13,3% dos arranjos familiares; em 2004 eram 14,6%; em 2009 eram 17,1%.⁽¹⁰⁾ Um estudo longitudinal realizado no Município de São Paulo usando dados com corte transversal do ano 2000 verificou que 20,0% dos idosos moravam com o cônjuge, sem descendência.⁽³⁹⁾

Morar com descendentes, sem a presença de um cônjuge foi o terceiro arranjo familiar mais prevalente neste presente estudo (19,8%). Alguns estudos^(10,39) consideram a idade dos descendentes e os diferenciam entre netos, filhos e bisnetos. Tais critérios de classificação de arranjo familiar não foram adotados neste presente estudo uma vez que o seu desenho transversal não permitiu dizer se os idosos foram morar com seus descendentes ou se foram os descendentes que não saíram de casa ou voltaram a viver com seus pais/avós. O arranjo familiar 'morar com descendentes' foi assim denominado neste estudo considerando-se que pode haver troca de apoio, que pode ser unilateral ou bilateral. Tal apoio pode ser econômico e/ou emocional.^(44,45)

O tipo de arranjo familiar no qual o idoso morava sozinho apareceu em quarto lugar com 14,8%. Segundo dados da PNAD 2009, no Brasil 13,8% dos idosos moravam sozinhos e na região sudeste 15,0% dos idosos moravam sozinhos.⁽¹⁰⁾ Um estudo longitudinal realizado no Município de São Paulo verificou que no ano 2000, 13,1% dos idosos moravam sozinhos e em 2006 esse número passou para 15,9%.⁽⁴⁷⁾ O aumento da moradia unipessoal é uma tendência mundial decorrente das atuais mudanças demográficas, econômicas e culturais: um estudo realizado pela Organização das Nações Unidas em mais de 130 países verificou que um em cada sete idosos vive sozinho principalmente em países com rendas maiores como Estados Unidos e Dinamarca.⁽⁴⁸⁾ Eventos que acontecem durante toda de vida dos idosos contribuem para a formação de seu arranjo familiar e Castro et al. 2011, em uma revisão a respeito dos fatores que contribuem para a formação de

domicílios unipessoais habitados por idosos listaram alguns como uma renda que permita seu autossustento, a ausência de parentes, independência e autonomia física e mental e preferência pela privacidade proporcionada por morar sozinho.⁽³⁴⁾ Alguns autores destacam, no entanto, que, por mais autônomo e saudável que sejam os idosos que moram sozinhos, é preciso que haja uma articulação de políticas públicas que reflitam em construção de redes sociais para que, caso seja necessário, os idosos consigam apoio sem grandes dificuldades.^(34,39,44,45,48) Apesar da moradia com outras pessoas não garantir apoio adequados e necessários aos idosos, a família ainda é considerada um importante e imediato suporte a população idosa.^(39,47)

6.2 ARRANJOS FAMILIARES E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

6.2.1 Arranjos familiares e sexo

Da amostra de 902 idosos, a maioria (60,5%) era do sexo feminino. Na população brasileira, os dados da PNAD 2009 mostraram que as mulheres eram 55,8% dos idosos. Um estudo longitudinal realizado com idosos no Município de São Paulo verificou que no ano 2000, as mulheres eram 58,6% do total de idosos e em 2006 essa porcentagem era de 61,0%.⁽⁴⁷⁾ Esses resultados estão de acordo com a literatura que relata que a velhice é feminina.

Isto é, há mais mulheres do que homens idosos devido a maior longevidade do sexo feminino e esse fenômeno é denominado de “Feminização da Velhice”.⁽⁴⁹⁾

Com relação aos arranjos familiares foi encontrada diferença na distribuição dos sexos: as mulheres idosas moravam mais sozinhas quando comparadas aos homens. Isto se dá, dentre outros motivos, porque as mulheres ficam mais viúvas e se recasam menos do que os homens. Além disso, quando os homens se casam novamente, normalmente o fazem com mulheres mais jovens do que eles.^(25,47-49) Verificou-se também que as mulheres moravam mais com descendentes sem a presença do cônjuge quando comparadas aos homens. Por viverem mais anos do que os homens, as mulheres também exercem por mais tempo os papéis de mães e avós, podendo contribuir com apoio para seus descendentes durante mais tempo, cumprindo o papel de cuidadora historicamente atribuído às mulheres.^(25,31,49) Por outro lado, o tempo vivido a mais pelas mulheres nem sempre está acompanhado de qualidade de vida e, muitas vezes está repleto de doenças, agravos, baixa renda e incapacidades.^(31,49) Desse modo, muitas das vezes que as mulheres moram com seus descendentes pode ser consequência de sua dependência, seja ela financeira, emocional ou por motivos de doenças/agravos.^(31,49) Os homens, por sua vez, moravam mais com cônjuges e com cônjuges e descendentes e, portanto estavam menos distribuídos entre os tipos de arranjos familiares. Esses resultados também foram encontrados em um estudo realizado pela ONU em mais de 130 países a respeito dos arranjos familiares dos idosos: de maneira geral, as mulheres estavam mais bem distribuídas entre os diferentes

tipos de arranjos familiares e moravam mais com descendentes do que os homens.⁽⁴⁸⁾

6.2.2 Arranjos familiares e faixa etária

A maioria dos idosos (48,7%) estava na faixa etária entre 60 e 69 anos, seguido pelos idosos de 70 a 79 anos (33,7%) e por último estavam os idosos com 80 ou mais anos (17,6%). Segundo a Prefeitura Municipal de São Paulo, a parcela de idosos com 80 anos e mais é a que mais cresce no Município de São Paulo já que no ano 2000 esse segmento dentre o total de idosos eram de aproximadamente 12,0% e em 2010 passaram para cerca de 15,3%.⁽⁵⁰⁾ Um estudo longitudinal realizado com idosos no Município de São Paulo também verificou que os idosos com 80 anos e mais aumentaram com o passar do tempo: no ano 2000 eles eram cerca de 10,9% e em 2006 passaram para 21,7%.⁽⁴⁷⁾ Com esses dados podemos verificar a tendência de envelhecimento da população idosa.^(46,50) Neste presente estudo esta foi a faixa etária (80 anos e mais) que menos morava somente com descendentes, sem a presença de um cônjuge. Dentre os idosos que tinham 80 anos e mais a maioria (26,8%) moravam com cônjuge e descendência, seguidos pelos que moravam sozinhos (22,6%). Tais dados sugerem a importância de se conhecer cada vez mais as populações idosas mais velhas e suas demandas que são, de uma maneira geral, diferentes das demais faixas etárias de idosos já que normalmente

apresentam mais incapacidades e dificuldades em atividades de vida diária do que as demais faixas etárias da população idosa.^(39,46,51)

6.2.3 Arranjos familiares e raça/cor

A maioria dos idosos se declarou da cor/raça branca (74,4%), seguidos pelos idosos que se consideraram pardos (17,7%) e dos idosos que se consideraram pretos (4,8%) e de outras cores/raças (3,1%). A prevalência predominantemente da raça/cor branca encontrada neste presente estudo é semelhante a um inquérito domiciliar de saúde de base populacional realizado no Município de Campinas, SP, no ano de 2008, onde 76,1% dos idosos entrevistados declararam-se brancos.⁽⁵²⁾ No entanto, de acordo com dados do CENSO 2010, na população geral (idosos e não idosos) brasileira, 47,7% consideravam-se brancos; 7,6% consideravam-se pretos; 43,1% consideravam-se pardos.⁽¹⁷⁾ Segundo o IBGE, a proporção de indivíduos que se declaram brancos na população geral aumenta para 63,9% quando se considera somente o estado de São Paulo e a proporção dos que se consideram pretos e pardos caem para 5,5% e 29,1% respectivamente.⁽¹⁷⁾ Verificou-se neste presente estudo que os idosos que se declararam pardos e negros eram os idosos que mais moravam com os descendentes, na presença ou não de um cônjuge. Esse achado sugere que esses idosos eram os que mais precisam de apoio e/ou davam apoio aos seus descendentes, uma vez que estudos que envolvem as variáveis raça/cor no Brasil apontam para a

associação de piores condições de vida, saúde e uso de serviço com as raças/cores não brancas.⁽⁵³⁻⁵⁵⁾

6.2.4 Arranjos familiares e escolaridade

A categoria de escolaridade mais prevalente entre os idosos encontrada nesse presente estudo foi de 4 a 7 anos (32,6%), seguidas pelas escolaridades nunca até 3 anos e 11 e mais anos, 29,1% e 29,2% respectivamente. As prevalências encontradas neste presente estudo para o Município de São Paulo nas duas primeiras categorias de escolaridade foram melhores do que as encontradas pela PNAD 2009 na população idosa brasileira, na qual 50,2% dos idosos tinham menos de quatro anos de escolaridade.⁽¹⁰⁾ Assim como os idosos que se declararam com raças/cores diferentes da branca, os idosos de menores escolaridades moravam mais com descendentes sem a presença de um cônjuge. Estudos têm demonstrando que a escolaridade também está associada com piores condições de saúde e de vida,^(26,36,53) sugerindo que idosos com essas características podem precisar de mais apoio. Por outro lado, os descendentes de idosos com essas características podem ter o mesmo perfil devido às heranças socioculturais e assim dependerem de seus pais/avós para conseguirem apoio necessário, seja ele material, financeiro e/ou emocional.⁽⁴⁵⁾

6.2.5 Arranjos familiares e renda

A renda familiar per capita mais prevalente encontrada nesse presente estudo foi de até um salário mínimo vigente na data da entrevista (42,6%), seguida pela renda familiar per capita entre um e 1,9 salários mínimos (26,1%). Em um inquérito domiciliar de saúde de base populacional realizado na cidade de Campinas, SP em 2008 39,2% dos idosos tinham renda familiar per capita inferior a um salário mínimo.⁽⁵²⁾ Resultados parecidos foram encontrados para a população idosa brasileira na PNAD 2009 na qual 43,2% dos idosos viviam com até um salário mínimo per capita e 29,0% viviam com familiar per capita entre um e dois salários mínimos.⁽¹⁰⁾ Desse modo, podemos verificar que, uma maneira geral, os idosos brasileiros tem renda familiar per capita baixa. Em consequência disso, assim como os idosos de baixa escolaridade e de cores/raças diferentes da branca, os idosos com menores rendas que são normalmente mais doentes, avaliam de maneira pior sua saúde, tem piores condições de vida,^(35,52,53,56) também vivem mais com seus descendentes. Esse tipo de arranjo familiar foi bastante comum entre os idosos com as piores características socioeconômicas, sugerindo mais uma vez que essa convivência pode ser uma ferramenta de sobrevivência para facilitar o fluxo de apoio entre pais/avós e filhos e netos, em ambas as direções.^(20,45) Corroborando com esta informação, a minoria de idosos (10,6%) que apresentaram renda familiar per capita maior do que cinco salários mínimos vigentes a época da entrevista moravam mais somente com o cônjuge. Tal

achado sugere que a renda é um dos importantes fatores para que haja menos pessoas/gerações no arranjo familiar.⁽²⁰⁾

6.2.6 Arranjos familiares e situação de trabalho

A maioria dos idosos (46,6%) eram aposentados, seguidos pelos idosos que tinham atividade ou estavam afastados por motivos de doença (15,7%) e dos idosos pensionistas (14,4%). Segundo dados da PNAD em 2009, 57,9% dos idosos brasileiros eram aposentados e 11,4% eram pensionistas. Neste presente estudo, os idosos que trabalhavam e os que eram aposentados moravam mais com cônjuge e descendência, sugerindo que nesses casos a renda gerada pelo idoso contribuía para o sustento dos descendentes. O CENSO 2000 verificou que 54,5% dos domicílios cujos responsáveis são idosos há a presença de filhos.⁽⁵⁷⁾

Neste presente estudo foi verificado que a maioria dos idosos que eram pensionistas e donas de casa moravam com descendência. Importante ressaltar que entre os idosos que eram donas de casas só havia dois indivíduos que eram do sexo masculino. O mesmo aconteceu com os pensionistas. Assim, o fato de as pensionistas morarem mais com descendentes sugere que elas podem contribuir para a renda total da casa e as donas de casa podem precisar mais de apoio por parte dos descendentes. No entanto, há novamente que se considerar que as mulheres vivem mais do que os homens, que a velhice é feminina e que esses anos vividos a mais

pelas mulheres podem nem sempre representarem melhor qualidade de vida.^(31,49,58) Desse modo, a moradia intergeracional pode significar um fluxo unilateral e também bilateral de apoio.^(44,45)

6.3 ARRANJOS FAMILIARES E USO DE SERVIÇO DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO

6.3.1 Arranjo Familiar e exame de Papanicolau

Para as mulheres idosas foi perguntado quanto à realização do exame de Papanicolau e verificou-se que 8,7% delas nunca haviam realizado o exame na vida. Verificou-se também que das idosas que nunca haviam realizado o exame de Papanicolau, 40 delas estavam com idade superior a 70 anos, sugerindo um efeito de coorte. Na época da realização da entrevista (ano 2008), o Ministério da Saúde preconizava que mulheres com vida sexual ativa com idade entre 25 e 59 anos deveriam realizar os exames de Papanicolau com intervalos de três em três anos, após a realização de dois exames consecutivos com resultados negativos com intervalo anual.⁽⁵⁹⁾ Atualmente, o Ministério da Saúde aumentou a faixa etária prioritária para entre 25 e 64 anos. As mulheres com mais de 64 anos e que nunca fizeram os exames de Papanicolau, devem realizá-lo por duas vezes com intervalos entre um e três anos. Se os dois resultados forem negativos, ficam dispensadas de outros exames.⁽⁵⁹⁾

Entre as idosas que nunca haviam realizado o exame de Papanicolau a maioria morava com descendentes, sem a presença de um cônjuge. Esse achado possivelmente está relacionado com as características sociodemográficas encontradas entre os idosos que moravam com descendentes como menor escolaridade e renda e cores/raças diferentes da branca, como já foi encontrado em outros estudos.⁽⁶⁰⁻⁶²⁾

6.3.2 Arranjo Familiar e mamografia

Foi perguntado às mulheres com relação à realização do exame de mamografia ao menos uma vez na vida e encontrou-se que 17,5% das idosas nunca haviam realizado o exame. Dados da PNAD 2009 mostraram que na região sudeste, 78,5% das mulheres com idade entre 60 e 69 anos haviam realizado a mamografia ao menos uma vez na vida.⁽⁶³⁾ Essa proporção diminuiu com o aumento da idade, possivelmente pelo efeito de coorte: 65,4% das idosas da região sudeste do Brasil com 70 anos ou mais haviam realizado a mamografia ao menos uma vez na vida.⁽⁶³⁾

Neste presente estudo a maioria (39,8%) das idosas que nunca realizaram a mamografia moravam somente com descendentes. Das que moravam com cônjuge, a maioria (56,9%) haviam realizado a mamografia a menos de um ano e as que moram com descendência, com ou sem a presença de um cônjuge haviam realizado o exame a mais tempo que as demais. O Ministério da Saúde preconiza que a mamografia seja feita em mulheres com

idade entre 50 e 69 anos, a cada dois anos⁽⁶⁴⁾ Mais uma vez podemos verificar que as idosas que moravam com descendência tinham os piores índices de realização de mamografia. Assim como ocorreu com o exame de Papanicolau, a não realização ou realização menos adequada (mais de dois anos) do exame de mamografia parece estar associada com piores condições socioeconômicas, tal como outros estudos já mencionaram.^(60,63,65)

6.3.3 Arranjo Familiar e prevenção para câncer de próstata

Foi perguntado aos homens com relação à realização de algum exame para prevenção do câncer de próstata e 80,2% relataram que já haviam realizado ao menos uma vez na vida. Apesar de o Ministério da Saúde não indicar o rastreamento para o câncer de próstata, estudos tem inserido esta questão em seus roteiros uma vez que tem esse tipo de câncer na população brasileira está entre as maiores incidências.⁽⁶⁶⁾

Neste presente estudo, entre os homens que haviam realizado exame para prevenção do câncer de próstata os arranjos familiares mais comuns foram aqueles no quais havia um cônjuge, com e sem descendência, reforçando evidências de que a presença da mulher na família influencia positivamente nos cuidados com a saúde.^(66,67)

6.3.4 Arranjo Familiar e prevenção do câncer do intestino

Para ambos os sexos foi perguntado com relação a realização de exames preventivos para o câncer de intestino. A maioria (83,1%) dos 920 idosos nunca havia realizado algum tipo de exame para a prevenção do intestino. Essa baixa prevalência também foi encontrada em um estudo realizado com idosos da região metropolitana de Belo Horizonte,⁽⁶⁰⁾ apesar de o Ministério da Saúde recomendar que indivíduos acima de 50 anos devem realizar o exame de sangue oculto nas fezes anualmente.⁽⁶⁸⁾

Dos idosos que realizaram exame de prevenção para o câncer de intestino, a maioria morava com cônjuge e com cônjuge e descendentes. Esse tipo de arranjo vem sendo apontado por outros estudos com o que melhor atenderia as necessidades dos idosos^(20,39) e a realização desse exame pode demonstrar a preocupação com a saúde e a influência de se ter um cônjuge.

6.3.5 Arranjo Familiar e consulta odontológica

Com relação a realização de consulta odontológica nos 12 meses que antecederam a entrevista, 56,7% dos idosos afirmaram que não haviam realizado. Apesar de a prevalência ser baixa, estudos com a população brasileira indicam que o uso de serviços odontológicos tem aumentado no Brasil.^(37,69) Dos idosos que haviam realizado consulta odontológica a maioria morava com o cônjuge (30,9%) e com cônjuge e descendência (25,1%),

arranjos que também apresentaram melhores índices de escolaridade. Outros estudos encontraram maiores índices de escolaridades associados a maior uso de serviços odontológicos, sugerindo que o nível de esclarecimento e ainda a renda podem influenciar também nesse comportamento.^(37,69)

Historicamente a saúde bucal não é prioridade nas atividades de promoção da saúde no Brasil. No entanto, a saúde bucal merece destaque, principalmente entre a população idosa que por ainda apresentar elevados índices de edentulismo e necessidade de próteses totais ou parciais, necessita de atenção especial para a saúde bucal.⁽⁷⁰⁾

6.3.6 Arranjos Familiares e procura de serviço de saúde

Foi perguntado aos idosos quanto a procura de uso de serviços de saúde nos 15 dias anteriores a entrevista na ausência de morbidades. Da amostra de 920 idosos, 18,7% haviam procurado serviço de saúde, sendo que 16,2% haviam procurado uma vez e 3,5% haviam procurado duas vezes ou mais nos 15 dias que antecederam a entrevista. Dentre os motivos que levaram os idosos a procurarem os serviços de saúde neste presente estudo, a maioria (41,1%) foi para a realização de exames e para consultas ou agendamento de consultas (39,0%). Em um estudo realizado com dados do suplemento de saúde da PNAD, Silva et al (2011) verificaram que entre idosos, a porcentagem de pessoas que haviam procurado serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista no ano de 2008 foi de 23%.⁽³⁷⁾ Nesse mesmo estudo

de Silva et al (2011), a maioria dos indivíduos, idosos e não idosos, procuraram o serviço de saúde por doenças (50,0%). Importante ressaltar que a PNAD não separa as morbidades de 15 dias em uma pergunta a parte como aconteceu no questionário utilizado pelo ISA-Capital 2008, o que dificulta a comparação dos dados. Apesar de identificar diferença estatisticamente significativa somente para escolaridade dentre as variáveis sociodemográficas, o estudo de Silva et al (2011) verificou que o perfil de quem mais usou os serviços de saúde era de pessoas que tinham maiores escolaridades, rendas e eram da raça/cor branca.⁽³⁷⁾ Em relação ao arranjo familiar, neste presente estudo, dos indivíduos que usaram o serviço de saúde na ausência de morbidade a maioria morava com cônjuge e cônjuge e descendência, assim como a realização de exames preventivos discutidos anteriormente. Esses achados sugerem que arranjos com cônjuges e cônjuges e descendentes, juntamente com as características sociodemográficas que os acompanham colaboram para que mais atitudes preventivas de saúde aconteçam dentre os seus componentes idosos.

6.4 USO DE SERVIÇO, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para além dos valores construídos sobre a saúde que refletem nas ações em prevenção de doenças compartilhados no ambiente familiar, há algumas barreiras socioeconômicas para o acesso e uso de serviços de saúde

para no Sistema Único de Saúde (SUS) já conhecidas da literatura acadêmica. Apesar de a rede de atenção primária do SUS ter aumentado nos últimos anos com a implantação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e programas como a Estratégia Saúde da Família, de uma maneira geral, indivíduos com condições socioeconômicas desfavoráveis como menores rendas e escolaridade ainda têm menos acesso e usam menos os serviços de saúde.^(71,72)

Além disso, algumas barreiras de fluxos formais para referência e contrarreferência dos exames preventivos podem interferir na realização ou não dos mesmos. O exame de Papanicolau é oferecido na atenção primária e pode ser realizado em unidades básicas de saúde⁽⁵⁹⁾ ao contrário do exame de mamografia que é mais complexo e depende da disponibilidade de equipamentos específicos e ainda profissionais treinados para manuseá-los. Com relação aos exames para prevenção do câncer de próstata (toque retal ou dosagem de PSA), o Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento, exceto para homens que tenham histórico da doença na família⁽⁷³⁾ o que não incentiva a realização. Os exames para prevenção do câncer de intestino seguem um fluxo: primeiro é recomendado o exame para detecção de sangue oculto nas fezes e, em caso positivo, recomenda-se a colonoscopia.⁽⁷⁴⁾

6.5 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Este é um estudo epidemiológico descritivo com dados do Inquérito de Saúde de São Paulo ISA-Capital 2008. O ISA-Capital 2008 é um inquérito que

foi realizado nos domicílios particulares da área urbana do Município de São Paulo. Não foram incluídos na amostra, portanto, indivíduos em situação de rua, institucionalizados ou da área rural do Município de São Paulo. Segundo dados da PNAD 2009, aproximadamente 2,7% dos idosos vivem nas áreas rurais da região metropolitana de São Paulo.⁽¹⁰⁾ Uma pesquisa publicada em 2011 realizada pelo IPEA com dados do CENSO 2000 identificou que somente aproximadamente 1% da população idosa residia em instituições de longa permanência.⁽⁷⁵⁾ Este dado porém pode estar subestimado uma vez que existem muitas instituições de longa permanência clandestinas e que podem não terem sido identificadas e não terem entrado na pesquisa. Também devido a dificuldades metodológicas, não há muitos dados a respeito de quantos idosos estão em situação de rua no Brasil. No entanto, uma pesquisa realizada em algumas capitais do Brasil no ano de 2008 encontrou a que a maioria dos moradores de rua são homens (82,0%) e tem entre 25 e 44 anos (53,0%).⁽⁷⁶⁾ Além disso, a pesquisa revelou que 51,9% dos indivíduos em situação de rua têm familiares na mesma cidade em que vivem e que 38,9% não mantêm contato com a família, ao passo que 34,5% mantêm contato frequente (diário, semanal e/ou mensal).⁽⁷⁶⁾ As condições da população idosa rural, em situação de rua ou institucionalizada são específicas e possivelmente se diferem dos dados encontrados nesse presente estudo.

Por ser um tema ainda pouco discutido e sem consenso de definição na literatura, há diferentes formas de classificação de tipos de arranjos familiares, o que dificulta a comparação de dados.

O caráter descritivo não possibilita profundidade nas questões abordadas, mas é um avanço científico uma vez que poucos estudos descrevem os arranjos familiares nos quais estão inseridos os idosos residentes da área urbana do Município de São Paulo e a relação com aspectos de uso preventivo de serviço de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, este estudo colaborou no avanço de conhecimento a respeito dos tipos de arranjos familiares nos quais estão inseridos os idosos residentes em domicílios particulares da área urbana de São Paulo e a relação com o uso de serviço de saúde para prevenção de doenças e agravos. Os idosos da amostra eram de maioria do sexo feminino (59,5%), com idade entre 60 e 69 anos (48,7%), brancos (74,4%), com escolaridade entre 4 e 7 anos (32,6%), com renda familiar per capita menor do que um salário mínimo vigente a época da entrevista (42,6%) e aposentados (46,6%).

O tipo de arranjo domiciliar mais prevalente encontrado entre os idosos foi o de morar com cônjuge e descendência (31,4%), seguido de morar somente com o cônjuge (26,0%) e com descendência sem a presença do cônjuge (19,8%). Os dois primeiros arranjos, morar com cônjuge e com cônjuge e descendência, foram os que mais se declararam brancos e também apresentaram melhores condições socioeconômicas, como maiores escolaridades, rendas e mais utilizaram os serviços de saúde para a realização de exame para prevenção de câncer de próstata e de intestino, realização de consultas odontológicas e mais procuraram os serviços de saúde na ausência de morbidades nos 15 dias que antecederiam a entrevista. Um achado importante de Silva et al (2011) com dados dos suplementos de saúde da PNAD 2003 e de 2008 foi de que houve diminuição no uso preventivo de serviços de saúde para todas as idades.⁽³⁷⁾ Isso sugere que investigações a respeito do uso de serviço de saúde, principalmente para fins preventivos

devem ser incentivadas. Isso se dá de maneira especial nesse cenário de envelhecimento populacional e transição epidemiológica, onde doenças crônicas tendem a ser cada vez mais frequentes.

Idosos que moram com descendentes, sem a presença de um cônjuge foram os que apresentaram as piores condições socioeconômicas e piores índices de uso de serviço de saúde para a prevenção de doenças, sugerindo que a identificação desses indivíduos e a o direcionamento de campanhas preventivas e de promoção da saúde podem ser necessárias. Além disso, idosos que moram sozinhos também merecem acompanhamento próximo das equipes e serviços de saúde, uma vez que caso precisem de ajuda, podem não tê-la imediatamente através da família.

Neste presente estudo, os arranjos familiares 'morar com irmãos' (4,4%) e 'morar com outras pessoas' (3,6%) tiveram pouca prevalência e afirmações a respeito poderiam ser bastante imprecisas, devido aos elevados erros padrões encontrados. Deve-se atentar porém, que seus percentuais não são desprezíveis e que outras pesquisas desenhadas para a exploração a respeito desses arranjos familiares específicos podem render resultados interessantes e úteis para o sistema de saúde, uma vez que nosso estudo sugere que tais arranjos têm comportamentos distintos dos demais.

Este estudo contemplou a importância da família e também o uso de serviços de saúde não considerando como inteira responsabilidade do indivíduo o seu envelhecimento saudável, tal como teoriza a autora Debert

(1999) com o conceito de 'reprivatização da velhice' em seu livro "*A reinvenção da velhice: A reinvenção da velhice: socialização processos de reprivatização do envelhecimento*".⁽⁷⁷⁾ Pretendeu-se descrever como o arranjo familiar pode colaborar ou não para as atitudes preventivas de saúde. O conhecimento da composição familiar do idoso tem potencial para contribuir com a elaboração de políticas públicas, assim como já destacaram outros estudos.^(14,18,39)

Devido à histórica característica dinâmica que tem a instituição familiar explorada nas primeiras partes deste texto, e diante do atual cenário de mudanças na pirâmide etária, sugere-se que outros estudos a respeito das alterações das características familiares sejam realizados de maneira periódica para que haja uma avaliação global do indivíduo, principalmente dos idosos que carregam eventos de vida que podem influenciar sua organização e colocação na sociedade e atitudes com relação ao processo saúde-doença. O monitoramento de tais características pode contribuir para que as políticas sejam mais efetivas e eficientes.

8. REFERÊNCIAS

1. Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. 3ª edição. São Paulo: Centauro Editora; 2002.
2. Fustel de Coulanges ND. A família. A Cidade Antiga.[versão para internet]. São Paulo: Editora das Américas; 1961. [acesso em 26/07/2012]. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/cidadeantiga.html>
3. Casey J. A história da família. São Paulo: Editora Atica; 1992.
4. Saraceno C. Sociologia da família. Lisboa: Imprensa Universitária; 1992.
5. Samara E de Me. O que mudou na família brasileira? (da colônia à atualidade). Psicol. USP. 2002;13(2): 27-48
6. Simionato MAW, Oliveira RG. Funções e transformações da família ao longo da história. In: Anais de I Encontro Paranaense de Psicopedagogia; 2003; Maringá, BR. 2003. p. 10.
7. Martin VB, Angelo M. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. Rev Lat Am Enfermagem. 1998;6(5):45–51.
8. Brasil. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil, DF: Senada; 1988.
9. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º outubro de 2003. Estatuto do idoso. Brasília, DF; Diário Oficial da União - Seção 1
10. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. Rio de Janeiro; 2010.
11. Garzón JS, Quiñonez JJ, Ochoa OV. Retos de las familias en sociedades en transición. Revista CES Salud Pública. 2011;2(1):45–55.
12. Cioffi S. Famílias Metropolitanas: Arranjos Familiares e condições de Vida. In: Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP; 1998 Campinas, BR. 1998. p. 1041–70.

13. Garbado RM, Junges JR, Selli L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(1):91–97.
14. Medeiros M. A importância de se conhecer melhor as famílias para a elaboração de políticas sociais na América Latina. *Planejamento & Políticas Públicas*. 2000;(22):48–71.
15. Medeiros M, Osório R. Mudanças nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998. IPEA. Brasília, DF; 2002; Texto para discussão nº 886.
16. IBGE. Família na definição do IBGE [Internet]. [acesso em 13 set 2012] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/glossario/familia_definicao.html.
17. IBGE. Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro; 2011.
18. Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Cien Saude Colet*. 2002;7(4):777–94.
19. Peixoto CE, Heilborn ML, Barros ML de. Família, geração e cultura. In: Peixoto CE, editor. *Família e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: FGV Editora; 2004.
20. Teixeira SM, Rodrigues V da S. Modelos de família entre idosos : famílias restritas ou extensas? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2009;12(2):239–54.
21. Silva MJ, Bessa MEP, Oliveira AMC de. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. *Ciencia y Enfermeria*. 2004;10(1):31–9.
22. Camarano AA. *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?* Ipea. Rio de Janeiro: Ipea; 2006.

23. Camarano AA, Ghaouri SKa EI. Famílias com Idosos: ninhos vazios? In: Anais do XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, MG; 2002.
24. Peixoto CE. Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar. In: Peixoto CE, editor. Família e Envelhecimento. Rio de Janeiro: FGV Editora; 2004.
25. Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: Muito Além dos 60? Brasília: IPEA; 2004.
26. Lebrão ML, Laurenti R. Envelhecimento : o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(2):127–41.
27. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. um desafio novo. Rev Saúde Pública. 1987;21(3):200–10.
28. Brasil. Saúde e Envelhecimento da Pessoa Idosa. Brasília; 2005 (Série A)
29. Schramm JM de A, Oliveira AF de, Leite I da C, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Cien Saude Colet. 2004;9(4):897–908.
30. WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
31. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva. 2007;4(17):135–40.
32. UNITED NATIONS. Resumen. Living Arrangements of Older Persons Around the World. United Nat. New york; 2005.
33. UNITED NATIONS. Preface. Living arrangements of older persons around the world. New york: Department of Economic and Social Affairs; 2005. p. 1–12.
34. Castro MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso , família e domicílio : uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. Rev Bras Estud Popul 2011;28(1):217–30.

35. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social , individual e programática em idosos da comunidade : dados do estudo FIBRA , Campinas , SP , Brasil. Cien Saude Colet. 2012;17(8):2129–39.
36. Rosa TE da C, Benício MHD´a, Latorre M do R de O, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev de Saúde Pública. 2003;37(1):40–8.
37. Silva ZP da, Ribeiro MCS de A, Barata RB, Almeida MF de. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. Cien Saúde Colet. 2011;16(9):3807–16.
38. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo : demandas, desafios e inovações. Rev de Saúde Pública. 2009;43(3):548–54
39. Duarte YA de O, Lebrão ML, Lima FD de. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo , Brasil. Rev. Panam. Salud Publica. 2005;17(5/6):370–8.
40. Barros MB de A. Os inquéritos domiciliares e o estado de saúde da população. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, editores. Saúde e Condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo, SP; 2005. p. 11–43.
41. Campos CEA. Os Inquéritos de Saúde sob a Perspectiva do Planejamento. Cadernos de Saúde Pública. 1993;9(2):190–200.
42. ISA-Capital [homepage na Internet]. São Paulo. [acessado em 13/05/2012]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/isa-sp/index.htm>
43. UNITED NATIONS. Living Arrangements: Patterns and Trends. Living Arrangements of Older Persons Around the World. New york: United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division; 2005. p. 15–61.

44. Rosa TE da C, Benício MHD´a. As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. *Envelhecimento & Saúde - Boletim do Instituto de Saúde*. São Paulo, SP; 2009 Sep;80–3.
45. Saad PM. Transferências de apoio entre o idoso e a família no Nordeste e no Sudeste do Brasil. *Rev. Bras. Estudos Pop.* 1997;14(1/2):159–67.
46. Pedrazzi EC, Motta TT Della, Vendruscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(1):1–8.
47. Lebrão ML, Duarte YA de O, Santos JLF, Laurenti R. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo. *São Paulo em perspectiva*. 2008;22(2):30–45.
48. UNITED NATIONS. Conclusion. *Living Arrangements of Older Persons Around the World*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division; 2005. p. 107–12.
49. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud. interdiscip. envelhec.* 2002;4:7–19.
50. *Informes Urbanos: Cresce número de idosos na cidade de São Paulo*. São Paulo, SP; 2011 p. 1–3.
51. Lima-Costa MF, Matos DL, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998,2003,2008). *Cien Saúde Colet.* 2011;16(9):3689–96.
52. Borim FSA, Barros MB de A, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos : pesquisa de base populacional no Município de Campinas , São Paulo , Brasil. *Cadernos de saude publica.* 2012;28(4):769–80.
53. Barros MB de A, Francisco PMSB, Zanchetta LM, Cesar CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil , PNAD: 2003- 2008. *Cien Saúde Colet.* 2011;16(9):3755–68.

54. Pinheiro L, Soares V. Brasil, retrato das desigualdades: gênero e raça. 2005: IPEA p. 31.
55. Duca GF Del, Silva MC da, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Rev Saúde Pública. 2009;43(5):796–805.
56. Rebouças M, Pereira MG. Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. Rev. Panam. Salud Publica. 2008;23(4):237–46.
57. IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro; 2002.
58. Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? Estudos Avançados. 2003;17(49):35–63.
59. INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro; 2011.
60. Lima-Costa MF. Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2004 Dec;13(4):209–15.
61. Dionizio É. Realização do exame de Papanicolaou em mulheres com 20 anos ou mais : Inquérito de Saúde de base populacional no Município de São Paulo - 2008. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública; 2011.
62. Malta DC, Oliveira MR de, Moura EC de, Silva SA, Zouain CS, Santos FP dos, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar : resultados do inquérito telefônico Vigitel , Brasil , 2008. Cien Saúde Colet. 2011;16(3):2011–22.
63. IBGE. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços , condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro; 2010.

64. Brasil. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro; 2009.
65. Novaes CO, Mattos IE. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;310–20.
66. Amorim VMSL, Barros MB de A, Cesar CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(2):347–56.
67. Yazaki LM. Arranjos Familiares e a presença da mulher no apoio aos idosos. In: *Anais do VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*. Brasília; 1992.
68. INCA. Prevenção do câncer do intestino. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2003;49(4):1.
69. Matos DL, Lima-Costa MF. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(11):2740–8.
70. Moreira R da S, Nico LS, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(6):1665–75.
71. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003 Jun;19(3):745–57.
72. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YA de O, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES de. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):733–40.

73. INCA. Prevenção do câncer da próstata. Revista Brasileira de Cancerologia. 2003;48(3):204.
74. INCA. Prevenção do câncer da próstata. Revista Brasileira de Cancerologia. 2003;48(3):204.
75. IPEA. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. 2011.
76. MDS. Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua. 2008.
77. Debert G. A reinvenção da velhice: socialização processos de reprivatização do envelhecimento. EDUSP/FAPESP, editor. São Paulo, SP; 1999. p. 266.

Anexos

ANEXO I

Plano de amostragem do ISA-Capital 2008

Maria Cecília Goi Porto Alves

Maria Mercedes L. Escuder

24 de junho de 2009

Tamanho da amostra

A população de estudo refere-se àquela residente em área urbana do Município de São Paulo¹. A partir dos objetivos do projeto, foram fixados oito domínios de estudo formados pelos grupos sexo/idade: menores de um ano, de 1 a 11 anos de idade, mulheres de 12 a 19; 20 a 59 e 60 ou mais, e homens, nas mesmas faixas etárias.

Planejou-se a realização de pelo menos 300 entrevistas em cada subgrupo populacional de interesse. Esse tamanho permitiria estimar proporções ($P=0,50$) com erros de amostragem de 7 pontos percentuais ($d=0,07$) ao nível de confiança de 95% e com efeitos do delineamento de 1,5.

Considerando-se que os percentuais da população nos grupos etários eram muito distintos entre si, optou-se em não manter a autoponderação da amostra. Assim sendo, os tamanhos de amostra foram calculados de tal forma que as frações de amostragem nos diferentes grupos fossem de 2 a 7 vezes a observada no grupo de menores de um ano (Tabela 1).

¹ Residentes em setores de situação urbana: área urbanizada, não urbanizada e urbanizada isolada, e dos tipos: comum e especial subnormal (favela), segundo classificação do IBGE.

Tabela 1. Distribuição da população em área urbana do Município de São Paulo* e das amostras proporcional e planejada, segundo grupos idade e sexo. ISA-Capital 2008.

	População	Proporção	Amostra	fração	Amostra
		População	proporcional		peçoas
Menor 1 ano	160351	0,01637	300	1	300
1 a 11 anos	1715453	0,17510	3210	7	459
12 a 19 homem	705881	0,07205	1321	3	440
12 a 19 mulher	724741	0,07397	1356	3	452
20 a 59 homem	2612632	0,26667	4889	7	699
20 a 59 mulher	2926930	0,29875	5477	7	783
60 mais homem	385478	0,03935	722	2	361
60 mais mulher	565702	0,05774	1059	2	530
Total	9797168	1			4024

* Censo de 2000.

Na tabela 2 estão indicados os números de domicílios que deveriam ser visitados para localizar as pessoas de cada grupo sexo/idade. Esses cálculos foram feitos a partir da média esperada de pessoas por domicílio (razão pessoas/domicílios) em cada grupo de idade, sendo que o total de domicílios existentes no Município de São Paulo, considerando-se os setores censitários de interesse, era de 2866183 no ano do censo. Dividiu-se, então, o tamanho da amostra por essa média.

Tabela 2. Cálculo dos tamanhos de amostra nos grupos de idade e sexo. ISA-Capital 2008.

Grupos sexo/idade	Amostra	Razão	Amostra
	peçoas		domicílios
Menor 1 ano	300	0,05595	5362
1 a 11 anos	459	0,5986	767
12 a 19 homem	440	0,24631	1787
12 a 19 mulher	452	0,2529	1788
20 a 59 homem	699	0,91167	767
20 a 59 mulher	783	1,02134	767
60 mais homem	361	0,13451	2684
60 mais mulher	530	0,1974	2685
Total	4024	3,41868	

O número total de domicílios sorteados não correspondeu à soma de domicílios de cada grupo sexo/idade uma vez que não se planejou procurar todos os grupos em todos os domicílios da amostra.

Na Tabela 3 estão indicados os números de domicílios a serem visitados em cada setor censitário considerando o sorteio de 60 setores censitários. Para esse número de setores, o número de entrevistas por setor deveria variar entre 5 (menores de um ano) e 13 (mulheres de 20 a 59 anos), correspondendo a efeitos de delineamento entre 1,2 a 1,6 para grau de homogeneidade intraclasse de 0,05.

Tabela 3. Números de domicílios e setores na amostra e número de domicílios por setor, segundo domínio de estudo.

Domínio	Amostra domicílios	Setores	Amostra domicílios por setor
Menores 1 ano	5362	60	90
1 a 11 anos	767	60	13
homens 12 a 19 anos	1787	60	30
mulheres 12 a 19anos	1788	60	30
homens 20 a 59 anos	767	60	13
mulheres 20 a 59anos	767	60	13
homens 60 anos ou +	2684	60	45
mulheres 60 anos ou +	2685	60	45

Prevendo-se uma taxa de não resposta da ordem de 20% e o encontro de 5% de domicílios vagos, seria necessário o sorteio de números maiores de domicílios. No entanto, as frações de amostragem foram calculadas com os números apresentados na Tabela 3, uma vez que se verificou que o tamanho atual dos setores censitários eram, no conjunto, 30% maiores em relação ao tamanho que tinham no Censo de 2000 (com base no qual foi feito o sorteio da PNAD).

Processo de amostragem

O cadastro utilizado para o sorteio de unidades primárias (setor censitário) foi o da PNAD 2005. Ou seja, a amostra do ISA-Capital constitui uma subamostra da PNAD. Nessa pesquisa do IBGE haviam sido sorteados 267 setores censitários na área urbana não pertencentes ao estrato de novas construções, entre os quais foram sorteados 60 setores para compor a amostra do ISA-Capital.

Os estágios de seleção em cada domínio e as respectivas frações de amostragem foram:

1º. estágio → sorteio de 267 setores censitários da PNAD com probabilidade proporcional ao tamanho M_i , expresso pelo número de domicílios do setor no Censo de 2000, e posterior sorteio aleatório simples de 60 setores, $f_1 = \frac{267M_i}{M} \cdot \frac{60}{267}$, sendo M o total de domicílios.

2º. estágio → sorteio de b domicílios com probabilidade $f_2 = \frac{b}{M_i}$. Para manter a mesma

fração em todos os setores censitários considerando que os tamanhos dos setores se alteraram desde o censo de 2000 (passando para M'_i), foram incluídos na amostra $b(M'_i/M_i)$ domicílios em cada setor i . Os valores de b foram 90, 13, 30 e 45 para, respectivamente, os grupos de menores de um ano, de crianças e adultos, de adolescentes e de idosos, levando a diferentes probabilidades de seleção. Os dados da amostra foram ponderados para compensar essas diferentes probabilidades de seleção

$$\text{A fração global de amostragem foi: } f = \frac{267M_i}{M} \cdot \frac{60}{267} \cdot \frac{b(M'_i/M_i)}{M_i} = \frac{60b}{M}.$$

Durante o trabalho de campo, foi contabilizado um número menor de entrevistas do que o esperado. Analisando-se os dados produzidos durante os primeiros meses, verificou-se que as razões pessoas/domicílios em 2009 eram menores do que as utilizadas no plano de amostragem (do Censo de 2000), e que, portanto, os tamanhos de amostra planejados não seriam alcançados. Optou-se, então, pelo sorteio de mais 10 setores censitários, o que foi possível por ser a amostra ao ISA-Capital 2008 uma subamostra, sorteada por

amostragem aleatória simples, da PNAD. Com isso, a fração global de amostragem foi alterada para: $f = \frac{70b}{M}$ e os dados da amostra foram ponderados por $\frac{M}{70b}$.

Operacionalização do plano de amostragem

A primeira tarefa consistiu no sorteio dos setores censitários, a partir da listagem de setores da amostra da PNAD, fornecida pelo IBGE. Foram excluídos da listagem os setores de área rural.

Para os setores sorteados, à exceção dos constituídos por favelas, foi obtida no IBGE a listagem de endereços feita durante o trabalho de campo do PNAD 2005, além dos croquis e da descrição dos limites geográficos correspondentes. Nas quatro favelas sorteadas, os pesquisadores de campo percorreram toda a área refazendo os croquis e realizando um novo “arrolamento” de endereços.

Com base no número de domicílios constante nesse material, foi realizada a seleção de segunda etapa, sorteando-se números que correspondem aos domicílios da amostra. Estes foram transcritos nas listagens de endereços, identificando, assim, aqueles que pertenceriam à amostra e que foram digitados.

A partir do arquivo de endereços da amostra, foram elaboradas etiquetas para serem coladas nos questionários, contendo as informações referentes à localização dos domicílios sorteados e a identificação (pelo sexo e faixa etária) das pessoas que devem ser incluídas na amostra

ANEXO II

RELAÇÃO DOS MORADORES DOS DOMICÍLIOS SORTEADOS

BLOCO A

A 07. Tipo de domicílio: particular **1**
 coletivo **2**

A 08. Número de famílias no domicílio: _____

Quadro de moradores no domicílio:

Nº	NOME	IDADE	SEXO		RELAÇÃO PARENTESCO COM CHEFE	MORADOR RESPONDENTE (para menores de 12 anos e incapazes)	SORTEIO	Nº DE ORDEM	Resultado
			M	F					
A 09a.			1	2	CHEFE 1				
A 09b.			1	2					
A 09c.			1	2					
A 09d.			1	2					
A 09e.			1	2					
A 09f.			1	2					
A 09g.			1	2					
A 09h.			1	2					
A 09i.			1	2					
A 09j.			1	2					
					Relação parentesco com o chefe: 2. cônjuge 3. filho/enteado 4. pai/mãe/sogro 5. neto/bisneto 6. irmão/irmã 7. outro parente 8. agregado 9. pensionista 10. empregado doméstico 11. parente do empregado doméstico 12. outro: _____	Marque com um X o morador que foi sorteado		Resultado: 1. realizada 2. agendada 3. ausente 4. recusada 5. impossibilitado de responder	

não, só estudante	08
outros	09
NS/NR	99

BLOCO Q

Quadro de composição e renda familiar:

	nome	relação com o chefe da família	renda	NS/NR
Q 25a.		Chefe 1	R\$: _____	99999
Q 25b.			R\$: _____	99999
Q 25c.			R\$: _____	99999
Q 25d.			R\$: _____	99999
Q 25e.			R\$: _____	99999
Q 25f.			R\$: _____	99999
Q 25g.			R\$: _____	99999
Q 25h.			R\$: _____	99999
Q 25i.			R\$: _____	99999
Q 25j.			R\$: _____	99999
		2. cônjuge 3. filho/enteado 4. pai/mãe/sogro 5. neto/bisneto 6. irmão/irmã 7. outro parente 8. agregado 9. pensionista 10. empregado doméstico 11. parente do empregado doméstico 12. outro: _____		

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

BLOCO G

CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

G 01. O(a) sr.(a) consultou o dentista nos últimos 12 meses?

não	1
sim	2
NS/NR	9

OUTROS USOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

BLOCO G_

G 10. Nesses últimos 15 dias, o(a) sr.(a) procurou algum serviço de saúde por motivos não referidos até agora?

sim, quantas vezes	_____
não	0
NS/NR	9

G 11. Qual(is) foi(ram) o(s) motivos?

Pode haver mais de uma resposta

atestado médico	01
pré-natal	02
puericultura	03
parto	04
exame de rotina	05
tratamento de reabilitação	06
exames preventivos	07
vacinação	08
exame	09
consulta previamente marcada	10
agendamento de consulta e/ou exame	11
outros, especif.: _____	12
buscar remédios	13
NS/NR	99

EXAMES PREVENTIVOS

BLOCO H



PARA TODAS AS MULHERES COM 20 ANOS OU MAIS

H 01. O exame de Papanicolau é usado nos programas de prevenção de câncer de colo de útero. A senhora fez este exame alguma vez?

- | | |
|-------------|---|
| não | 1 |
| sim | 2 |
| NS/NR | 9 |



PARA TODAS AS MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS.

H 10. A mamografia é um raio X dos seios, e é utilizada nos programas de prevenção de câncer de mama. Quando foi a última vez que a senhora fez este exame?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| nunca fez mamografia | 1 |
| fez, há menos de 1 ano | 2 |
| fez, de 1 ou 2 anos incompletos | 3 |
| fez, de 2 ou 3 anos incompletos | 4 |
| fez, há mais de 3 anos | 5 |
| NS/NR | 9 |



PARA TODOS OS HOMENS COM 40 ANOS OU MAIS.

H 14. Existem exames utilizados nos programas de prevenção de câncer de próstata. O sr. já fez algum exame com esta finalidade?

- | | |
|-------------|---|
| não | 1 |
| sim | 2 |
| NS/NR | 9 |



PARA HOMENS E MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS.

H 20. Existem exames utilizados nos programas de prevenção de câncer de intestino. O(a) sr(a). já fez algum exame com esta finalidade?

- | | |
|-------------|----------|
| não | 1 |
| sim | 2 |
| NS/NR | 9 |

ANEXO III

Inquérito de Saúde no Município de São Paulo

Termo de consentimento livre e esclarecido

O Senhor (Sra.) está sendo convidado para participar da pesquisa: "Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – 2008". O objetivo deste estudo é conhecer melhor as condições de vida e saúde dos moradores do Município de São Paulo. Estas informações poderão ajudar na elaboração de propostas para melhorar o atendimento de saúde da cidade de São Paulo. Esta pesquisa é um estudo conjunto da Universidade de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde São Paulo.

Numa entrevista, serão coletadas informações sobre sua saúde, seus comportamentos relacionados à saúde, o uso de serviços de saúde, bem como sobre suas condições sócio-econômicas.

Na divulgação dos dados não haverá identificação dos entrevistados e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes dos entrevistados nesta pesquisa.

A sua decisão pela participação ou não da pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar. Sua recusa não implicará nenhuma alteração no atendimento na unidade de saúde habitual.

Os pesquisadores responsáveis por este trabalho estarão à disposição para qualquer esclarecimento e informações adicionais relativos a esta pesquisa.

Caso tenha alguma reclamação sobre esta pesquisa também poderá entrar em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde à Rua General Jardim, 36, 2º andar, fone 3218-4043.

Eu, _____
residente à Rua _____ nº _____ bairro _____
_____ aceito o convite e afirmo meu consentimento para participar na
pesquisa "Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – 2008".

São Paulo, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do(a) entrevistado _____

Assinatura do(a) entrevistador(a) _____

Contactos com os responsáveis pela pesquisa:

Prof. Dr. Moisés Goldbaum
Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – Tel 3061-7084/7444

Prof. Dr. Chester Luiz Galvão Cesar
Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP – Tel 3061-7739

Dr^a Margarida Lira
Coordenação de Epidemiologia e Informação/ Secretaria Municipal de Saúde- Tel 3218-4090

PROJETO DE PESQUISA

Título: Envelhecer em São Paulo: arranjos familiares e saúde.

Área Temática:

Pesquisador: Erika Laide Nigro

Versão: 1

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade
de São Paulo - FSP/USP

CAAE: 01364212.5.0000.5421

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 48329

Data da Relatoria: 22/06/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto está inserido no contexto de uma pesquisa maior realizada no município de São Paulo " Inquérito de Saúde no município de São Paulo" Tem como foco a saúde do Idoso e pretende descrever os diferentes arranjos familiares em que os idosos (não institucionalizados) estão inseridos, pressupondo que os idosos que moram sozinhos tem melhores condições de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever os diferentes arranjos familiares da população do município de São Paulo segundo suas características sociodemográficas e de estado de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos reais e/ou potenciais para os sujeitos da pesquisa pois será desenvolvida com dados secundários.

Os resultados alcançados poderão agregar novos conhecimentos sobre o tema e contribuirão para o aprimoramento da Política de Saúde do Idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa embora esteja restrita ao município de São Paulo tem em alguma medida possibilidade de generalizar os resultados e recomendações para outras localidades.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os requisitos obrigatórios foram atendidos.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser aprovado, não há pendências, nem inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

02 de Julho de 2012

Assinado por:
Claudio Leone