

Análise do perfil socio sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família

Analysis of the social and health profile of the elderly: the relevance of the Family Health Program

Renata Junqueira Pereira¹, Rosângela Minardi Mitre Cotta², Sylvia do Carmo Castro Franceschini³, Rita de Cássia Lanes Ribeiro⁴, Adelson Luiz Araújo Tinoco⁵, Lina Enriqueta Frandsen Paez de Lima Rosado⁶, Maria Teresa Fialho de Sousa Campos⁷.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar as características socio sanitárias dos idosos de Teixeira-MG, tendo como referência a organização territorial, no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF), visando a auxiliar a compreensão das demandas, necessidades e estruturação socio sanitária da população idosa. Foi realizado um estudo transversal, sendo aplicado um questionário especificamente criado para este estudo, que coletou informações socio sanitárias de 211 idosos residentes no município de Teixeira. Quanto ao perfil socio sanitário, os resultados mostraram que a maioria dos idosos recebe apoio emocional familiar, possui vínculo conjugal, reside em moradia própria, é de baixa escolaridade e de baixa renda, pratica atividades físicas, é portadora de comorbidades, não fuma, não ingere bebidas alcoólicas, necessita de cuidados à saúde (consultas e medicamentos) e não possui plano de saúde privado. Nesse sentido, há que se pensar em como promover a saúde da população idosa, buscando-se prevenir os agravos à saúde, afastar as causas evitáveis de morbidades e mortalidade, proporcionando-lhe condições para um envelhecimento saudável e ativo.

Palavras-chave: Idoso/estatística & dados numéricos; Assistência a Idosos; Serviços de Saúde para Idosos; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aim was to analyze the social and health characteristics of the elderly in Teixeira-MG, having as reference the territorial organization, in the context of the Family Health Program (FHP) / Programa de Saúde da Família (PSF), with the purpose of helping to understand the social and health demands, needs and structure of the elderly population. A cross-sectional study was carried out, applying a questionnaire specifically created for the study, which collected social and health information of 211 elderly people living in the Teixeira municipality. Regarding the social and health profile, the results show that most elderly receive family emotional support, are married, homeowners, have low education level and low income, have physical activities, have comorbidities, do not smoke, do not drink alcoholic beverages, need health care (consultations and medication) and do not have private health plans. Therefore, it must be thought how to promote the elderly population health, seeking to prevent health damage, remove possible morbidity and mortality causes, providing conditions for healthy and active ageing.

Key Words: Aged/statistics & numerical data; Old Age Assistance; Health Services for the Aged; Family Health Program.

¹ Mestre em Ciência da Nutrição pelo Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa - MG, Brasil.

² Doutora em Saúde Pública pela Universidade de Valência, Espanha. Professora Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa - MG, Brasil.

³ Doutora em Ciência pela Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil. Professora Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa - MG, Brasil.

⁴ Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG, Brasil. Professora Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa - MG, Brasil.

⁵ Pós-Doctor em Saúde Coletiva pela *University of Kentucky and Iowa State University*, Estados Unidos. Professor Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa - MG, Brasil.

⁶ Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo - SP, Brasil. Professora Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa - MG, Brasil.

⁷ Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal de Viçosa, Viçosa - MG, Brasil. Professora-Assistente do Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa - MG, Brasil.

Recebido em: 18/09/2006

Aprovado em: 16/12/2009

Instituição:

Universidade Federal de Viçosa - MG, Brasil

Endereço para Correspondência:

Prof. Rosângela Minardi Mitre Cotta
Universidade Federal de Viçosa MG, Brasil
Departamento de Nutrição e Saúde – DNS
Avenida: P.H. Rolfs s/n – Campus Universitário
CEP: 36570-000
Viçosa - MG, Brasil
Email: rmmitre@ufv.br

INTRODUÇÃO

Um dos fatos mais significativos da sociedade atual, e que seguramente adquirirá dimensões mais expressivas ao longo dos próximos anos, é o crescente envelhecimento da população e suas importantes consequências sobre o sistema socio-sanitário.¹

O envelhecimento da população é fenômeno universal, sendo que 75% dos idosos vivem em países desenvolvidos. As projeções populacionais das Nações Unidas indicam que, nos próximos 50 anos, a proporção de pessoas com mais de 60 anos, nos países em desenvolvimento, aumentará desde os atuais 5 ou 6% até aproximadamente 25% da população total. O Brasil, neste contexto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), chegará a ocupar, em 2025, a sexta posição entre os países com maior população de idosos.^{2,3}

Do ponto de vista sanitário, o aumento da longevidade é caracterizado pela mudança do perfil de saúde da população, que passa do predomínio de enfermidades infecto-parasitárias para as crônicas e suas complicações. Proporcionalmente ao crescimento do número de idosos e aumento da expectativa de vida, são mais frequentes as complicações por enfermidades crônico-degenerativas não-transmissíveis.⁴

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação, no Brasil ocorre rapidamente e num cenário de desigualdades, necessitando de modificações estruturais que respondam às demandas do grupo etário emergente.⁵ Associado a isto, ressalta-se o processo de acumulação epidemiológica, que no Brasil ganha dimensões importantes, ocorrendo a superposição de morbidades, e não uma transição entre as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas não-transmissíveis.⁶

Neste sentido, o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida podem levar ao incremento de enfermidades crônico-degenerativas não-transmissíveis e de incapacidades que requerem atenção socio-sanitária mais efetiva.⁷

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), as doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro, principalmente as doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer e as doenças respiratórias. A evidência científica revela mudanças nos hábitos e estilos de vida como medidas eficazes de prevenção dessas condições.⁸⁻¹⁰

Neste contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF), a partir da identificação de problemas em determinada área de abrangência e da elaboração do planejamento local, numa relação direta e de reciprocidade com a equipe multiprofissional, destaca-se como estratégia adequada à execução das ações de vigilância em saúde, direcionadas para a população idosa.¹¹

Ressalta-se ainda, a relevância científica e social de se investigarem as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos, como longevidade, capacidade funcional, enfermidades crônico-degenerativas não-transmissíveis, uso de medicamentos, utilização de serviços de saúde, papel social, situação socioeconômica, renda, escolaridade, relações familiares, produtividade, atividade física e hábitos de vida saudáveis, no intuito de criar alternativas de intervenção, propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece, tendo como foco central a promoção e prevenção em saúde.^{12,13}

O PSF incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, tem como princípios básicos a substituição do modelo biomédico hegemônico e o trabalho em equipe multiprofissional, com território definido e adscrição da clientela, realizando-se vigilância à saúde. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto de adultos e idosos quanto de crianças, sadias ou doentes, de forma integral e contínua.¹¹ O ano de referência para a implantação do PSF no município de Teixeira é 1997, sendo a cobertura total da população (100%) alcançada em 1999. Atualmente, estão em funcionamento três equipes de saúde da família, responsáveis por 18 microáreas de saúde.

Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar as características socio-sanitárias dos idosos de Teixeira-MG, tendo como referência a organização territorial, no âmbito do PSF, visando a auxiliar a compreensão das demandas, necessidades e estruturação socio-sanitária da população idosa.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, de corte transversal, de 211 indivíduos com idade ≥ 60 anos, residentes no município de Teixeira, no estado de Minas Gerais, Sudeste do Brasil.

Segundo o censo realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS), a população idosa no município é composta de um total de 1.478 indivíduos. Destes, 65,29% se encontram residindo na zona urbana e 34,7% na zona rural; 52,43% são do sexo feminino e 47,56% do masculino; 65,22% são usuários do PSF e 34,77% não o são, sendo a utilização uma escolha pessoal, uma vez que a cobertura no município é total; 6,83% se encontram acamados, além dos 3,78% inconscientes e 1,35%, institucionalizados.

A seleção da amostra do estudo foi aleatória, estratificada por sexo, pela utilização ou não do PSF e residência nas diferentes microáreas de saúde.

Foram selecionados 15% dos indivíduos cadastrados em cada uma das 18 microáreas de saúde do PSF, respeitando-se a proporção por sexo e usuários ou não do PSF em cada microárea, de forma a garantir representatividade equitativa segundo essas variáveis e em todas as áreas geográficas do município.¹⁴

De acordo com os objetivos do estudo, elaborou-se um questionário que possibilitou analisar as variáveis: sexo, idade, escolaridade, renda, zona de residência, situação conjugal, apoio familiar, condições da habitação, núcleo familiar, atividade profissional, cobertura previdenciária, prática de atividade física, morbidades autorreferidas, utilização de medicamentos, sono, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas e utilização de serviços de saúde, objetivando caracterizar os idosos quanto ao perfil socio-sanitário.

As entrevistas foram aplicadas por meio de visitas domiciliares no período de agosto a dezembro de 2004, por um único entrevistador, devidamente treinado.

Realizou-se um estudo-piloto em outro município com características semelhantes.

Os dados foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 10.0.¹⁵

RESULTADOS

Do total de idosos avaliados, a distribuição entre os gêneros foi de 51,7% feminino e 48,3% masculino; e de cor da pele definida pelo entrevistador como 48,3% branca, 34,1% parda e 17,5% negra. A maioria residia na zona urbana (66%) e 34% na zona rural.

A idade situou-se entre 60 e 93 anos, com média de 71,09 (\pm 8,09). A faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos (49,3%), seguida de 70 a 79 anos (32,7%), de 80 a 89 anos (15,6%) e 90 anos e mais (2,4%).

Aspectos sociais

Família

A maioria dos idosos estudados possuía vínculo conjugal (62,6%) e os 37,4% restantes viviam sem companheiro: eram viúvos (29,9%), solteiros (4,7%), separados ou divorciados (2,8%). É importante destacar que foi considerado o estado civil *de fato* e não de direito, buscando-se mostrar a situação conjugal real.

Quanto ao apoio emocional que recebem do grupo familiar, a maioria (89,1%) informou ser muito apoiada, 7,6% recebiam apoio razoável e 3,3% tinham pouco ou nenhum apoio da família.

Questionados quanto ao relacionamento familiar, 91,0% se declararam muito satisfeitos, 6,6% declararam-se pouco satisfeitos e 2,4% nada satisfeitos.

Condições de habitação

Quanto ao tipo de moradia, 83,9% referiram ter moradia própria e 7,6% viviam em moradia alugada ou cedida (8,5%).

A infraestrutura de saneamento básico foi abordada como adequada por 95,3% dos entrevistados e inadequada por 4,7%. A disponibilidade de água encanada foi relatada por 97,2% dos entrevistados; 95,7% mencionaram possuir rede de esgoto; 99,5% tinham rede elétrica em seus domicílios; e 68,2% possuíam serviço de coleta de lixo.

O número médio de cômodos por domicílio foi oito; 36% dos idosos possuíam quarto individual e 64% compartilhavam o quarto, sendo 55,9% com esposo, 3,4% com filhos, 2,8% com netos e 1,9% com outros parentes.

Em 89,6% dos domicílios, o banheiro possuía localização interna à residência, em 8,1% a localização era externa e 2,4% dos domicílios visitados não possuíam banheiro. Em relação à proximidade do banheiro com o quarto, 68,2% relataram possuir banheiro perto do quarto. No que se refere à adequabilidade do piso do banheiro, 75,8% contavam com piso adequado e 24,2% referiram-se ao piso como liso e escorregadio; 86,3% dos banheiros não tinham estruturas físicas de apoio para o idoso.

A análise da composição do domicílio mostrou que 31,8% dos idosos estudados moravam apenas com o cônjuge, 21,3% viviam no núcleo familiar (cônjuge e filhos), 17,1% vivam em domicílio mul-

tigeracional, 14,7% moravam sozinhos, 10,4 % moravam com filhos apenas e 4,7% moravam com irmãos e/ou outros parentes. Essa distribuição foi semelhante nos gêneros.

Escolaridade

A Tabela 1 mostra a distribuição da população estudada em relação aos anos de estudo.

A maioria (71,1%) era analfabeta funcional, ou seja, com menos de quatro anos de estudo formal¹⁶, enquanto 28,9% foram considerados alfabetizados, sendo baixo o percentual de idosos com mais de sete anos de escolaridade.

Tabela 1 - Escolaridade dos idosos, Teixeira MG, Brasil, 2004

Anos de estudo	N	Percentual
Sem instrução ou menos de 1 ano	84	39,8
1 a 3 anos	66	31,3
4 a 7 anos	53	25,2
8 a 10 anos	2	0,9
11 a 14 anos ou mais	6	2,8
Total	211	100

Trabalho e renda

A inserção em atividade profissional remunerada, mesmo que por tempo inferior ao necessário para a aposentadoria, foi relatada por 99,1% dos idosos. Destes, 38,9% ainda exerciam as suas ocupações.

As principais ocupações relatadas foram a de lavrador (47,4%), serviços do lar (17,1%), serviços autônomos – comerciante, fazendeiro, produtor rural – (10,0%), trabalhos temporários – lavadeira, pintor, pedreiro, costureira, diarista – (9,0%) e funcionário público (6,6%); e os 10% restantes se dividiram em outras profissões.

A situação previdenciária mostrou que 73% dos idosos estudados eram aposentados, 15,2% desempregados, ou seja, não trabalhavam e não recebiam benefícios previdenciários, e 11,8% não estavam aposentados, isto é, trabalhavam sem receber benefícios previdenciários.

A Figura 1 mostra a distribuição das fontes de renda do grupo estudado.

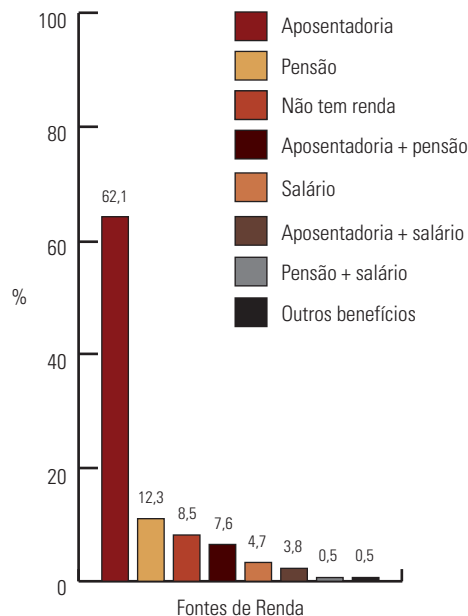


Figura 1 - Fontes de renda dos idosos, Teixeira-MG, Brasil, 2004

A Tabela 2 mostra a distribuição dos rendimentos mensais do grupo estudado.

Tabela 2 - Faixas de renda mensal dos idosos, Teixeira - MG, Brasil, 2004

Renda Mensal	N	Percentual
Sem rendimento	18	8,5
Até ½ SM	3	1,4
De ½ a 1 SM	126	59,7
Mais de 1 a 2 SM	38	18,1
Mais de 2 a 3 SM	14	6,7
Mais de 3 a 5 SM	6	2,8
Mais de 5 a 10 SM	6	2,8
Total	211	100

SM – Salário mínimo vigente na época do estudo: R\$ 260,00, equivalentes a 92,85 dólares.

Observa-se que a maioria (69,7%) possuía renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo, sendo que 8,5% não possuíam renda e o percentual de idosos com renda acima de três salários mínimos era baixo (5,6%).

Quando questionados em relação à satisfação das necessidades pelos recursos financeiros recebidos, a maioria (57,8%) declarou que os rendimentos satisfaziam razoavelmente as suas necessidades, seguidos por 25,1%, que relataram boa satisfação, e por 17,1% que tinham pouca ou nenhuma satisfação de suas necessidades.

Atividade física

Dos idosos estudados, 55% (n=116) praticavam atividade física e em 45,7% destes casos a atividade física estava relacionada à atividade profissional. Entre as atividades físicas mais praticadas destacaram-se a caminhada e o trabalho rural.

Considerando que a prática de atividade física regular é aquela exercida três ou mais vezes por semana, pode-se dizer que 90,5% dos idosos que praticavam atividades físicas as realizavam regularmente.

Morbidades autorreferidas e fatores de risco

Morbidades autorreferidas

Entre os idosos estudados, 76,8% (n=162) referiram alguma enfermidade e, destes, 72,51% eram portadores de menos de quatro enfermidades concomitantes, sendo a mediana do número de enfermidades igual a um. A enfermidade mais autorreferida foi a hipertensão arterial seguida do diabetes *mellitus*, das doenças cardiovasculares (angina, insuficiência cardíaca, afecções vasculares, arritmia cardíaca, acidente vascular cerebral, trombose) e das dislipidemias.

Na Figura 2, pode-se visualizar a frequência do número de enfermidades autorreferidas entre os idosos estudados.

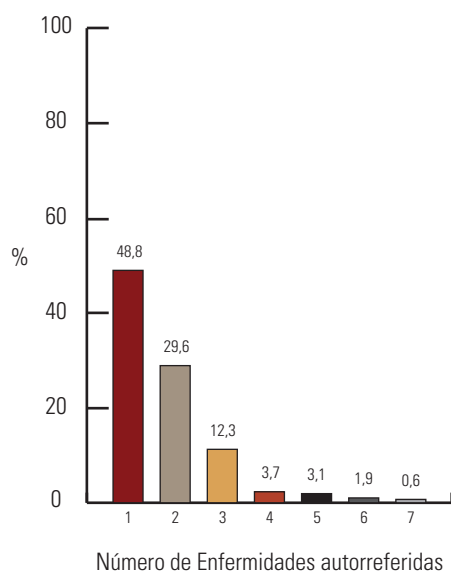


Figura 2 - Frequência do número de enfermidades autorreferidas entre os idosos, Teixeira-MG, Brasil, 2004

Insônia

Dos idosos, 54% referiram não ter problemas do sono, mas 46% tinham dificuldades para dormir. De 53,6% destes, o sintoma ocorria regularmente e em 46,4% às vezes.

Os motivos que mais perturbavam o sono dos idosos foram preocupação (47,4%) e nervosismo (9,3%), sendo que 37,1% não sabiam informar o motivo associado à perda do sono.

Em relação ao tratamento da insônia, 48,5% dos que apresentavam o problema referiram utilizar tratamento medicamentoso, sendo os ansiolíticos e tranquilizantes os mais utilizados (95,7%).

Tabagismo

O hábito de fumar foi reportado por 19,4% dos entrevistados (número médio de cigarros fumados por dia: 6,34; e mediana de cinco cigarros/dia), enquanto 80,6% não fumavam; 34,7% dos que não fumavam já haviam fumado no passado e a principal motivação para deixarem o vício foram os problemas de saúde (66,1%).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre o número de indivíduos fumantes usuários e não-usuários do PSF ($p < 0,05$).

Uso de bebidas alcoólicas

A ingestão de bebidas alcoólicas foi enfatizada por 22,3% dos entrevistados, enquanto 77,7% não possuíam esse hábito. A mediana de duração do hábito, entre os que ingeriam bebidas alcoólicas, foi de 50 anos.

Os tipos de bebidas mais consumidos foram: cachaça, cerveja, vinho e demais bebidas destiladas e/ou fermentadas, nesta ordem.

Quanto à periodicidade da ingestão de bebidas alcoólicas pelo grupo estudado, 36,2% ingeriam diariamente.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes no consumo de bebidas alcoólicas entre usuários e não-usuários do PSF ($p < 0,05$).

Utilização de serviços de saúde

Consultas e internações

Os resultados revelaram que 76,3% dos idosos entrevistados estiveram em consulta médica pelo menos

uma vez nos últimos seis meses, enquanto 23,7% afirmaram não ter consultado no período. A mediana do número de consultas foi três, tendo sido encontradas até 20 consultas para um mesmo indivíduo no período. Em relação ao tipo de serviço utilizado para as consultas, o PSF foi o mais utilizado (46,5%), seguido do serviço privado (29,7%) e de outros serviços públicos (23,8%).

Ao serem indagados sobre as internações no último ano, 23,7% foram internados pelo menos uma vez. O número máximo de internações encontrado foi dois, 88% estiveram internados uma vez e 12% duas vezes. Os motivos da internação foram as cirurgias (30%) e o aumento da pressão arterial (14%). O tipo de serviço mais usado para as internações foi o público (68%), seguido pelo serviço privado (32%).

Uso de medicamentos

Aproximadamente 77% dos idosos salientaram usar regularmente pelo menos um tipo de medicamento e 23,2% não utilizavam remédios. Os medicamentos mais consumidos foram os anti-hipertensivos, seguidos dos ansiolíticos, antianginosos, antiagregantes plaquetários e hipoglicemiantes. A Figura 3 mostra os medicamentos mais adotados pelos idosos estudados.

No que se refere ao número de medicamentos utilizados, 79,5% ingeriam quatro ou mais medicações concomitantemente, sendo três a mediana do número de medicações.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes no emprego de medicamentos entre usuários e não-usuários do PSF ($p < 0,05$).

Utilização do PSF e Plano de Saúde Privado

Segundo os resultados, 70,1% dos idosos não possuíam plano de saúde privado. A maioria (63%) usava os serviços do PSF na Unidade Básica de Saúde local.

Os tipos de planos de saúde privados predominantes foram os hospitalares regionais: PLAMHUV (49,2%), PLAMAG (22,2%), UNIMED (6,3%), seguidos dos planos de saúde empresariais: Petrobrás (4,8%), GIAP (3,2%), AGROS (3,2%), Aeronáutica (1,6%) e Polícia militar (1,6%); 7,9% não souberam informar o nome do plano privado que possuíam.

A análise da população usuária do PSF evidenciou que 73,7% possuíam renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo, 50,4% eram do gê-

nero masculino, 45,9% tinham mais de 70 anos, 85,7% consultaram pelo menos uma vez nos últimos seis meses, 81,9% portavam pelo menos uma enfermidade crônica, 83,4% utilizavam pelo menos um medicamento e 81,2% não possuíam plano de saúde privado.

Em relação aos idosos não-usuários do PSF, a renda mensal de 62,8% era igual ou inferior a um salário mínimo, 55,1% eram do gênero feminino, 46,1% tinham mais de 70 anos, 60,3% consultaram pelo menos uma vez nos últimos seis meses, 67,9% eram portadores de pelo menos uma enfermidade crônica, 65,4% ingeriam pelo menos um medicamento e 51,5% não tinham plano de saúde privado.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram que a maior parte do grupo estudado apresentava-se apoiada pelos familiares e em convivência harmoniosa com esses parentes.

De acordo com Ramos¹⁷, entre os efeitos positivos exercidos pelo apoio familiar na saúde dos idosos, destacam-se a redução dos efeitos indesejáveis do estresse na saúde mental, as sensações de segurança para lidar com problemas de saúde e de assistência, o aumento da autoestima e a diminuição do sentimento de solidão, principalmente na ausência de parentes mais próximos como o cônjuge e os filhos. Além disso, a ajuda dada e/ou recebida contribuiu para o aumento do autocontrole, influenciando positivamente o bem-estar psicológico.¹⁸

É importante ressaltar também que a maioria dos idosos estudados possuía vínculo conjugal, ou seja, viviam com um companheiro. Frequentemente, indivíduos que vivem com companheiros apresentam melhor estado de saúde do que os com outros estados civis¹⁹; e idosos não-casados e sem filhos necessitam mais de suporte emocional, o que constitui uma ameaça à qualidade de sua vida.¹⁷

Como o cuidado aos idosos no Brasil é tarefa que ainda se concentra na família, observa-se que estudar os arranjos domiciliares reveste-se de muita importância quando se refere à saúde do idoso.²⁰

Na população estudada, coexistiam diversos tipos de arranjos domiciliares, predominando os núcleos familiares, seguidos dos domicílios multigeracionais.

Essa convivência com familiares pode tanto oferecer benefícios no sentido do apoio familiar nas

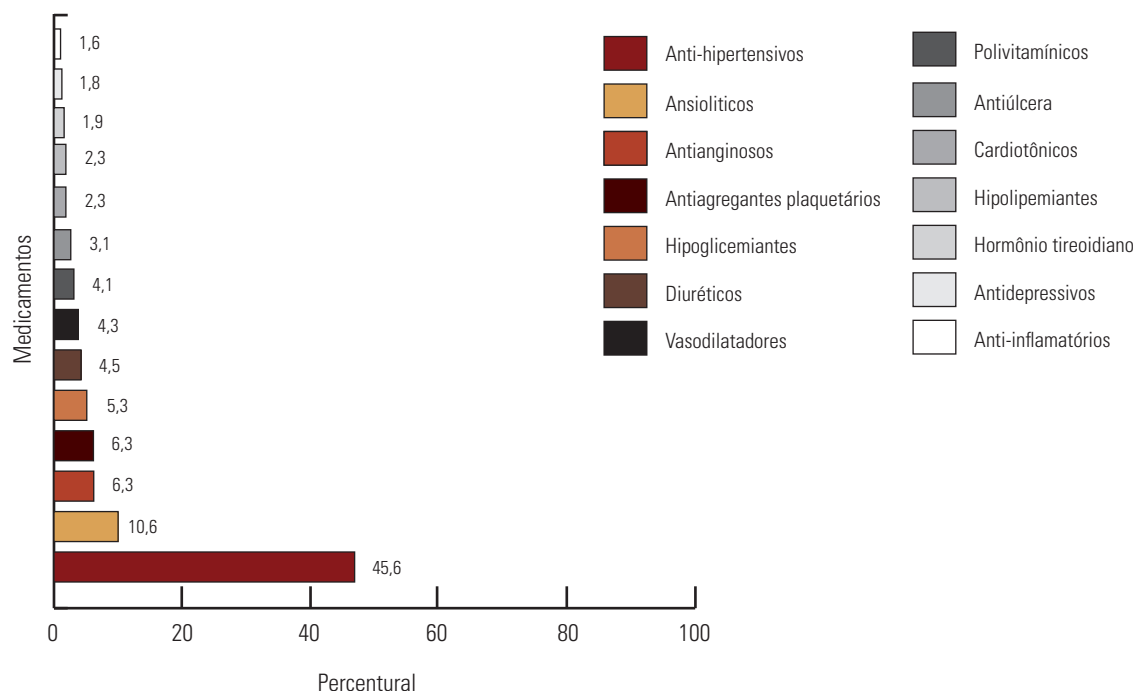


Figura 3 - Medicamentos mais utilizados pelos idosos, Teixeira-MG, Brasil, 2004

condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, como, no caso da inserção em domicílios multigeracionais, gerar conflitos intergeracionais que acabam por diminuir a autoestima e deteriorar o estado emocional do idoso.²¹ Neste estudo observou-se que, em geral, a convivência com familiares, dividindo a mesma residência, pareceu ser positiva.

No que se refere às condições da habitação, apesar do baixo poder aquisitivo, a maioria dos idosos residia em moradia própria com infraestrutura de saneamento básico disponível e adequada.

A escolaridade é dos indicadores mais precisos na identificação do nível socioeconômico da população, pois se relaciona ao acesso a emprego e renda. Além disso, está ligada também à utilização de serviços de saúde e à apreensão e receptividade a programas educacionais e sanitários.⁷

Verifica-se que 71,1% dos idosos estudados tinham menos de quatro anos de estudo e podiam ser considerados, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE¹⁶, analfabetos funcionais. Esta porcentagem é mais alta que a da população brasileira, que em 2003 possuía 57,9% de idosos com menos de quatro anos de escolaridade.

A renda mensal de 61,1% era igual ou inferior a um salário mínimo. Na população brasileira, em 2003, 43,8% dos idosos tinham rendimento inferior a um salário mínimo.¹⁶

Estudo de Paes de Barros *et al.*²², utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1997, mostrou tendência ao aumento da renda domiciliar do início da vida até os 60 anos. A partir daí, a renda se estagna, com tendência ao declínio com o avanço da idade. Essa estagnação, acompanhada pela posterior redução dos rendimentos, decorre da saída dos indivíduos do mercado de trabalho. Esses mesmos autores asseveraram que a aposentadoria chega a representar cerca de 50% da renda domiciliar total entre os idosos mais pobres, dados estes que coincidem com os do nosso estudo.

A maioria dos entrevistados possuía cobertura previdenciária, sendo a aposentadoria a fonte de renda predominante. Isso é especialmente importante quando se considera que a situação socioeconômica desempenha papel central na determinação das condições de saúde de indivíduos e populações, principalmente entre os idosos, que estão mais vulneráveis ao surgimento de doenças e, conseqüentemente, ao incremento nos gastos financeiros.^{23,24}

O trabalho na terceira idade pode tanto ser um indicador da manutenção da capacidade funcional, como pode refletir a necessidade de continuar trabalhando, mesmo sem condições, para manter a sobrevivência.²⁵

Neste estudo, a inserção em atividade profissional remunerada, mesmo que por tempo inferior ao ne-

cessário para a aposentadoria, foi relatada por 99,1% dos idosos e, destes, 38,9% ainda exerciam suas ocupações. Na comunidade estudada, em que o trabalho é predominantemente agrícola e doméstico, podendo ser exercido ao longo de toda vida, a inserção em atividade laboral após os 60 anos pode ser pensada como um indicador da manutenção da funcionalidade.

Dos idosos estudados, 55% praticavam atividades físicas e a maioria com a frequência de cinco ou mais vezes por semana. A prática regular de atividade física pode retardar o declínio funcional e reduzir o risco de enfermidades crônicas e de incapacidades relacionadas a essas enfermidades, bem como melhorar a saúde mental e favorecer contatos sociais entre os idosos; por isso, é especialmente importante fomentar a prática de atividades físicas, oferecendo áreas de lazer seguras e apoiando atividades comunitárias que estimulem a prática de exercícios físicos orientados, voltados para população idosa.²⁶

Pereira *et al.*²⁷, avaliando o Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI), um grupo de apoio ao idoso do município de Viçosa-MG, em que a prática de atividades físicas era incentivada por meio da oferta aos idosos de vagas gratuitas nas academias de ginástica do município, encontraram proporções significativas de sociabilização e manutenção da capacidade funcional, destacando-se a atividade física regular como importante fator de estímulo.

À medida que os indivíduos envelhecem, as enfermidades crônico-degenerativas não-transmissíveis se tornam as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, acabando por elevar os custos para as pessoas, as famílias e para a saúde pública.²⁶

Entre os idosos estudados, 76,8% referiram alguma enfermidade e, destes, 72,51% relataram menos de quatro enfermidades concomitantes, sendo a mais descrita a hipertensão arterial e depois o diabetes *mellitus* e as doenças cardiovasculares e dislipidemias.

Estes resultados se assemelham aos encontrados pela PNAD 2003, em que 77,6% da população idosa brasileira manifestaram a presença de pelo menos uma enfermidade crônica.²⁸

No presente estudo foram encontrados dados semelhantes aos da Organização Mundial da Saúde (OMS), que destaca as doenças cardiovasculares, seguidas de hipertensão, acidentes cérebro-vasculares, diabetes, câncer, enfermidade pulmonar, enfermidades músculo-esqueléticas, problemas mentais e

alterações visuais como as principais enfermidades crônicas que afetam os idosos.²⁹

É importante realçar que, neste estudo, 46% dos idosos queixaram-se de problemas para dormir e, destes, em 53,6% o sintoma ocorria regularmente. Segundo Flemons e Tsai³⁰, os problemas do sono podem causar dificuldades no desempenho cognitivo, distúrbios do humor, problemas emocionais, mau desempenho no trabalho e em atividades de lazer, além de prejuízo do bem-estar físico e mental. Desta forma, a elevada frequência de problemas do sono na população estudada pode revelar-se como fator de risco para essas intercorrências.

É importante considerar, também, que quando os problemas do sono coexistem com as enfermidades crônico-degenerativas não-transmissíveis, amplamente presentes no grupo estudado, podem exacerbar-se os sintomas crônicos, interromper o tratamento, causar complicações adicionais e favorecer o surgimento das incapacidades associadas a essas condições crônicas.³¹

O consumo de tabaco é um dos fatores de risco modificáveis mais importantes nos casos de enfermidades crônicas não-transmissíveis, tanto nos jovens como nos idosos, além de ser uma importante causa evitável de morte prematura.³²

Neste estudo, o hábito de fumar foi declarado por 19,4% dos entrevistados e, dos que não fumam atualmente, 34,7% disseram já terem fumado, sendo os problemas de saúde a principal motivação para deixarem o vício. Isso é especialmente importante quando se considera que, no idoso, o hábito de fumar acelera a taxa de redução da densidade óssea, da força muscular e da função respiratória, além de estar também negativamente relacionado a outros fatores causadores da perda da capacidade funcional e interferir no efeito de alguns tipos de medicamentos.²⁶

Dos idosos aqui acompanhados, apenas baixo percentual (22,3%) ingeria bebidas alcoólicas. Porém, é importante esclarecer que as pessoas idosas tendem a beber menos, mas as modificações metabólicas que acompanham o envelhecimento aumentam sua predisposição às enfermidades relacionadas ao uso do álcool (desnutrição, enfermidades hepáticas, gástricas e pancreáticas). E, também, o consumo de álcool pode interferir no efeito dos medicamentos e aumentar o risco de quedas e suas conseqüentes lesões.^{26,32}

Em relação à alta prevalência de morbidades, ela resulta em maior demanda por serviços de saúde pelos idosos, aumentando a necessidade de consultas e de atendimento especializado.

Os resultados encontrados salientaram que 76,3% dos idosos entrevistados estiveram em consulta médica pelo menos uma vez nos últimos seis meses, sendo o PSF o serviço mais utilizado. Assim, fica evidente a importância da oferta de serviços de saúde pelo PSF à população estudada, pois, como ressaltam Almeida *et al.*³³, a utilização de serviços de saúde é condicionada pela cobertura securitária pública ou privada, pela oferta de serviços e pela necessidade, definida pela existência de um problema de saúde. Nessas visitas à Unidade Básica de Saúde o idoso tem a oportunidade de se inserir e participar de grupos de discussão e palestras sobre cuidados e prevenção de enfermidades.

Nossos resultados aproximam-se dos da PNAD 2003, em que 79,5% da população idosa brasileira estiveram em consulta médica no ano que antecedeu a pesquisa.²⁸

Quanto às internações sofridas, em nosso estudo 23,7% dos idosos já foram internados pelo menos uma vez no último ano, sendo duas internações o número máximo encontrado por indivíduo. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes quanto às internações entre usuários e não-usuários do PSF ($p>0,05$).

Os presentes resultados assemelham-se aos achados de Anderson²⁵, que analisando resultados da população brasileira por meio da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989 (PNSN) encontrou proporção de 10,3% (idosos de 60 a 69 anos) a 21,2% (idosos de 80 anos e mais) de idosos com internação no período de um ano.

Já em 2003, de acordo com a PNAD²⁸, apenas 14% dos idosos brasileiros confirmaram alguma internação no ano que antecedeu a pesquisa, número bastante inferior ao encontrado em nosso estudo.

Os motivos mais frequentes das internações sofridas pelos idosos avaliados foram as cirurgias (30%) e o descontrole da pressão arterial (14%). Também para as internações o serviço público foi o mais utilizado - 68% dos casos.

Camarano *et al.*³⁴, analisando as internações ocorridas no país pelo SUS, também mostraram que as principais causas de internações hospitalares, para indivíduos de 60 anos e mais de ambos os sexos, foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas do aparelho respiratório. As duas, juntas, responderam por mais de 50% das causas de internação entre o grupo idoso.

Aproximadamente 77% dos idosos estudados utilizavam regularmente pelo menos um tipo de medi-

camento, sendo os mais usados os anti-hipertensivos e os ansiolíticos. A mediana do número de medicamentos utilizados concomitantemente pelo grupo foi de três medicações.

Estes resultados vão ao encontro dos observados por Rozenfeld³⁵ na população brasileira, em que a maioria dos idosos utiliza, pelo menos, um medicamento e quase um terço deles, cinco ou mais simultaneamente. Segundo essa autora, o uso dos medicamentos varia conforme a idade, o sexo, as condições de saúde e outros fatores de natureza social, econômica ou demográfica.

O uso, pelos idosos estudados, de várias medicações ao mesmo tempo preocupa, pois as mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento influenciam as concentrações séricas de medicamentos e seu metabolismo, de forma que a polifarmácia o predispõe à iatrogenia por interações farmacológicas, dosagens inadequadas e/ou alta frequência de reações adversas imprevisíveis.²⁶

Os resultados da PNAD 2003²⁸ mostraram que 70,2% da população idosa brasileira possuíam plano de saúde privado. Em nosso estudo verificou-se exatamente o contrário, ou seja, 70,1% dos idosos entrevistados não possuíam plano de saúde privado, sendo a maioria usuária da rede pública de saúde, por meio do PSF.

Em relação ao perfil dos usuários do PSF, a maioria possuía renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo; era do sexo masculino; consultou pelo menos uma vez nos últimos seis meses; possuía pelo menos uma enfermidade crônica; utilizava pelo menos um medicamento; não possuía plano de saúde privado; e 45,9% tinham idade acima de 70 anos.

Quando analisados os idosos não-usuários do PSF, o perfil encontrado foi semelhante ao dos usuários, exceto pelo fato de a maioria ser do gênero feminino e 51,5% não possuírem plano de saúde privado, ou seja, quase a metade dos não-usuários do PSF tinha plano de saúde privado; talvez, por isso não utilizavam a assistência gratuita disponível pelo PSF.

Os dados aqui analisados vão ao encontro dos trabalhos presentes na literatura, que enfatizam a influência do gênero, da idade, da renda e das condições de saúde na utilização dos serviços de saúde pelo grupo idoso.

Estudo de Bós e Bós³⁶, analisando os determinantes da utilização dos serviços de saúde entre idosos de uma investigação realizada pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul (CEI-RS), registrou que as

chances de utilização de serviços de saúde pelos idosos foram 15% mais altas para os indivíduos do sexo feminino; 2,7% mais altas com o aumento da idade a cada ano; 4% mais altas para cada ano de escolaridade a mais; 7% mais altas com o aumento da renda individual em um salário mínimo; 20% mais altas com o aumento da renda domiciliar em um salário mínimo.

Além disso, há evidência de que os planos privados de saúde tendem, pela seleção adversa, a excluir os mais velhos, os mais doentes e os mais pobres, pelo alto custo imposto às mensalidades à medida que crescem a gravidade dos problemas de saúde e a necessidade de atendimento especializado⁶, sendo estas justamente as características dos idosos do presente estudo, ou seja, de baixa renda, com idade avançada, portadores de enfermidades crônicas, necessitados de cuidados médicos (consultas e medicamentos) e que têm o serviço público como referência em cuidados sanitários.

Somado a isso, como salientam Cotta *et al.*³⁷, mesmo que o indivíduo possua plano de saúde privado, a maioria desses planos não cobre os procedimentos de alto custo e quando o indivíduo necessita desses serviços tem no serviço público de saúde sua única opção. Daí a importância da atenção da saúde pública por meio dos serviços prestados pelo PSF aos idosos, que estão mais sujeitos à utilização de serviços de saúde.

De acordo com a OMS, o envelhecimento ativo deve ser “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que os indivíduos envelhecem”, ou seja, permitir que eles realizem seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de todo o seu ciclo vital e participem na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto lhes são proporcionados proteção, segurança e cuidados adequados quando necessitam de assistência.²⁶

Nesse sentido, há que se pensar em como promover a saúde da população idosa, buscando-se prevenir os agravos à saúde, afastar as causas evitáveis de morbidades e mortalidade e proporcionando-lhe um envelhecimento saudável e ativo. E é aí que se insere o PSF, no sentido de somar qualidade de vida aos anos vividos por essa população, ao deixar de pensar o indivíduo de forma fragmentada, isolado de seu contexto familiar, social e de seus valores, desenvolvendo novas ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas.^{11,38}

REFERÊNCIAS

1. Cotta RMM, Morales MSV, Cotta Filho JS, Llopis AG, Ricós JAD, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(4):253-61.
2. Organização Mundial da Saúde. *The world health report*. Geneva: OMS; 2001.
3. Rubens J, Calvo JI, Riani L, Kaori L, Barbero FJ, Orejuela J. Identificación de los factores determinantes de enfermedades relacionadas con el movimiento en mayores. *Rev Mult Gerontol*. 2003; 13(5):302-9.
4. Cotta RMM, Morales MSV, Cotta Filho JS, Llopis AG, Ricós JAD, Real ER. Envejecimiento de la población, cambio demográfico e hospitalización domiciliaria: Nuevos rumbos en atención sanitaria ante los retos actuales e del futuro. *Agathos*. 2003; 3(1):4-13.
5. Chaimowicz FA. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(2):184-200.
6. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996. 300p.
7. Telarolli Jr R, Machado JCMS, Carvalho F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1996; 30(5): 485-98.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: OMS; 2003.
9. Azambuja MIR. Da degeneração à infecção e da abordagem centrada no indivíduo à investigação ecológica dos padrões de ocorrência de enfermidades nas populações. *Ciên. Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 851-6.
10. Lima-Costa MFL. Estilos de vida e uso de serviços de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (Inquérito de saúde de Belo Horizonte). *Ciên. Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 857-64.
11. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia de saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Rev Interface*. 2005; 9(16):53-66.
12. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-am Enferm*. 2002; 10(6): 757-64.
13. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(6): 793-799.
14. Hulley SB, Gove S, Browner WS, Cummings SR. Elección de los individuos que participarán en el estudio: especificación y muestreo. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Newman TB, Hearst N. *Diseño de la investigación clínica: un enfoque epidemiológico*. Madrid: Harcourt Brace; 1997. 264p.
15. Norusis JM, SPSS Inc. *Statistical Package for the Social Sciences for Windows. Base system user's guide*. Chicago: SPSS Inc; 1992.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais 2004*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005. p.359.

17. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002; 4(7):156-75.
18. Bisconti T, Bergeman C. Perceived social control as a mediator of the relationship among social support, psychological well being and perceived health. *Gerontology*. 1999; 39:94-103.
19. Cockerham W. *This aging society*. New Jersey: Prentice Hall; 1991.
20. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica Rio de Janeiro: IPEA; jan. 2002. Texto para Discussão nº 858.
21. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):773-81.
22. Paes de Barros R, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil Rio de Janeiro: IPEA; dez. 1999. Texto para Discussão nº 686.
23. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OMS/IPEA; 2001.
24. Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Ramalho WM, Sardinha LMV, *et al.* Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
25. Anderson MIP. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.
26. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002; 37(S2):74-105.
27. Pereira RJ, Netto MP, Campos KA, Vidigal FC, Vasques ACJ, Ribeiro RCL, Cotta RMM. Perfil de saúde de idosos, praticantes de atividade física, cadastradas no Programa Municipal da Terceira Idade do município de Viçosa MG. *Rev Med Minas Gerais*. 2004; 14(4):239-43.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Acesso e utilização de serviços de saúde-PNAD 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005. p.169.
29. Heikkinen RL, Organización Mundial de la Salud. Growing older, staying well, ageing and physical activity in everyday life. Ginebra: Organización Mundial de La Salud; 1998.
30. Flemons WW, Tsai W. Quality of life consequences of sleep-disordered breathing. *J Allergy Clin Immunol*. 1997; 99(2):S750-6.
31. Manocchia M, Keller S, Ware JE. Sleep problems, health-related quality of life, work functioning and health care utilization among the chronically ill. *Qual Life Res*. 2001; 10:331-45.
32. Hulse GK. Alcohol, drugs and much more in later life. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(1 supl):34-41.
33. Almeida MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):743-56.
34. Camarano AA, Beltrão KI, Pascom ARP, Medeiros M, Carneiro IG, Goldani AM, *et al.* G. Como vai o idoso brasileiro? Rio de Janeiro: IPEA; 1999. Texto para Discussão nº 681.
35. Rosenfeld, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):717-24.
36. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(1):113-20.
37. Cotta RMM, Muniz JN, Mendes FF, Cotta Filho JS. A crise do Sistema Único de Saúde e a fuga para o mercado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1998; 3(1):94-105.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. Treinamento Introdutório*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Caderno 2.