

PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA CADASTRADA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PROFILE OF ELDERLY PEOPLE
ENROLLED IN A FAMILY HEALTH UNIT

PERFIL DE LA POBLACIÓN ENVEJECIDA
REGISTRADA EN UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Monalise Lemos¹
Nilzemar Ribeiro de Souza²
Maria Manuela Rino Mendes³

RESUMO

Estudo descritivo quantitativo com objetivo de caracterizar a população idosa cadastrada em uma Unidade de Saúde da Família, através da ficha A do SIAB do Ministério da Saúde de 119 idosos. Identificou-se prevalência do sexo feminino, idade entre 60 e 69 anos, 1º grau incompleto de escolaridade, residência própria, renda per capita de 200 a 400 reais, estado civil casado, predomínio da religião católica, hipertensão arterial no quadro de morbimortalidade e situação vacinal completa. Diante desses resultados, pode-se direcionar a tomada de decisões e planejamento da atenção à saúde, introduzindo os idosos na agenda da atenção primária à saúde.

Palavras chave: Saúde do Idoso; Centros de Saúde; Medicina de Família e Comunidade

ABSTRACT

This is a descriptive quantitative study with the objective of describing the elderly population enrolled in a Family Health Unit through file A of SIAB of the Ministry of Health for 119 elderly people. There were more women than men aged 60 - 69 years old, not having finished elementary school, home owners, average income between R\$ 200-400, married, mainly Roman Catholic, high blood pressure and inoculation up-to-date. With these results available, decision-making and health care planning is possible with the inclusion of the elderly in primary health care.

Key words: Aging Health; Health Centers; Family Practice

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo con miras a caracterizar la población envejecida registrada en una Unidad de Salud de la Familia, a través de la ficha "A" del SIAB del Ministerio de Salud de 119 mayores. Se identificó que prevalece el sexo femenino, edad entre 60 y 69 años, escolaridad primaria incompleta, casa propia, ingreso per capita de 200 a 400 reales, estado civil casado, religión católica, hipertensión arterial en la tabla de morbimortalidad y situación vacunal completa. Ante tales resultados se pueden tomar de decisiones y planificar la atención a la salud incorporando a los mayores en la agenda de atención primaria a la salud.

Palabras clave: Salud del Anciano; Centros de Salud; Medicina Familiar y Comunidad.

¹ Enfermeira. Especializada em saúde Pública – UNIFRAN - Universidade de Franca.

² Enfermeira. Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem de Passos – FAENPA/UEMG.

³ Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP.

Endereço para correspondência: Rua Dom Inácio Dalmont, nº 416, Centro. Passos – MG. CEP: 37900-174. TEL: (35) 3521-7239. FAX: (35) 3521-8152. E-mail: monalemos@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No âmbito de saúde pública mundial, o século XX destacou-se pelo aumento de 30 anos do tempo de vida da população, determinando um fenômeno global e local, com evolução preocupante à medida que a rápida diminuição das taxas de natalidade, observadas nos últimos anos na maioria dos países, indica um aumento ainda maior do processo global do envelhecimento da população.⁽¹⁾

Chaimowicz⁽²⁾ comenta que a queda nas taxas de mortalidade e natalidade em países industrializados iniciadas no século passado, aconteceu em conjunto com a ampliação da cobertura vacinal, dos sistemas de proteção social e das melhorias das condições de habitação, alimentação, trabalho e saneamento básico. No Brasil, a transição demográfica iniciada pelo declínio da mortalidade, foi determinada mais pela ação médico-sanitária do Estado do que pelas transformações estruturais que significariam melhoria na qualidade de vida da população: nas primeiras décadas do século XX, através de políticas urbanas de saúde pública como a vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias, e a partir da década de 40 pela ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública.

O envelhecimento populacional é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma história de sucesso nas políticas de saúde públicas e sociais, constituindo uma das maiores vitórias da humanidade no último século; vitória que precisa de elaboração e execução de políticas e programas que promovam o envelhecimento digno e sustentável e que contemple as necessidades dos idosos.⁽³⁾

Os profissionais de saúde terão o desafio de idealizar estratégias para melhor atuar com o grande contingente de idosos, que provavelmente manterão uma boa saúde, independência funcional e autonomia se tiverem disponíveis serviços comunitários que atendam suas necessidades.

Dentro dessa busca de adequação às mudanças do modelo assistencial, surge a necessidade de preparação do profissional enfermeiro para prestar o cuidado de forma integral e humana, voltado para o aprendizado sobre o cliente e sua família.

Para uma atuação eficaz da enfermagem no cuidado com os idosos, faz-se necessário traçar o perfil de saúde, socioeconômico e demográfico dessa parcela da população, através do qual se conhecem as morbidades e incapacidades que, segundo Chaimowicz⁽²⁾, refletem de modo mais adequado o impacto da doença sobre as famílias, o sistema de saúde e principalmente a qualidade de vida dos idosos.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana ocorrida em 1998, em Washington, mostra uma nova visão do envelhecimento, que considera os idosos como participantes ativos na sociedade e apresenta como princípio concentrar a atenção na promoção da saúde e na minimização da dependência dos idosos, baseando-se no pressuposto de que o envelhecimento bem sucedido depende muito mais da prevenção de doenças e deficiências, da manutenção de elevadas funções físicas e cognitivas e da participação constante em atividades sociais e produtivas.⁽⁴⁾

O Brasil, nas últimas décadas, tem conquistado im-

portantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do SUS, regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Complementares, fundamenta-se nos pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Uma reforma no modo de atendimento à população, pelos gestores de saúde, tem sido realizada com vistas abandonar o modelo biomédico e hospitalar, voltando-se para a potencialização da atenção básica, complementada pela rede de serviços especializados e hospitalares.⁽⁵⁾

Nesse contexto, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a Estratégia de Saúde da Família, visando a reorganização do modelo tradicional, por intermédio da reesquematização da atenção básica à saúde. Essa estratégia possibilita a organização dos serviços básicos de saúde, bem como ressalta a relação desses serviços com a comunidade e, entre os diversos níveis de complexidade, com a integralidade da assistência e criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhada entre os serviços de saúde e a população.⁽⁵⁾

Acredita-se que a Unidade de Saúde da Família, devido a seu vínculo com a comunidade, seja o local propício para a ação dos profissionais de saúde para eliminação de fatores de risco relacionados com a capacidade funcional, bem como para o estabelecimento de ações de ordem preventiva que possam estar presentes em programas sociais que facilitem a formação de grupos de idosos, estimulando o convívio social saudável. O estudo do perfil dos idosos é o melhor modo de se conhecer esse segmento da população, de promover ações sem que o idoso saia do convívio familiar, estando a enfermagem cada vez mais presente nos domicílios, melhorando assim sua atuação na promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo caracterizar a população idosa cadastrada em uma Unidade de Saúde da Família.

MATERIAL E MÉTODO

Realizado estudo descritivo do perfil da população idosa cadastrada em uma Unidade de Saúde da Família da cidade de Passos, situada no sudoeste do estado de Minas Gerais, com população de 103.670 habitantes, sendo esta população composta por aproximadamente 12.507 idosos.

Passos possui 17 Unidades de Saúde da Família, das quais foi escolhida a Unidade Escola para realização da pesquisa, pelo fato de possuir o maior contingente de idosos e ser o resultado de uma parceria que a Faculdade de Enfermagem tem com o município, com propósito de ser um local de treinamento e formação para outras equipes.

A Unidade de Saúde da Família Escola - Ismael de Souza Nunes foi inaugurada em 12 de maio de 2004, situa-se em região central da cidade de Passos, estando cadastradas 3.916 pessoas. Dessas, 1.257 famílias e 681 idosos, distribuídos em 6 microáreas, das quais foi escolhida para coleta dos dados a microárea de número 1 por constituir-se do maior número de idosos, 119 no total. A equipe é composta por 1 enfermeira, 1 médico, 1 auxiliar de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde e 12 acadêmicos de enfermagem.

A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP. Trata-se de consulta aos dados secundários sobre os idosos usuários dos serviços de saúde, através da ficha A do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) do Ministério da Saúde, referentes à abertura da Unidade de Saúde da Família Escola. A coleta dos dados foi realizada em agosto de 2005, com cautela na consulta dos documentos, atentando-se ao sigilo dos sujeitos na difusão dos resultados.

Os dados obtidos estão expostos em tabelas; receberam uma análise descritiva quantitativa, obedecendo ao agrupamento dos perfis através das características dos idosos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 681 idosos cadastrados pela Unidade de Saúde da Família Escola, foram pesquisadas as fichas cadastrais de 119 (17,5%) idosos pertencentes a uma das seis microáreas da unidade.

A proporção de idosos do sexo feminino 63 (52,9%) foi maior do que a do sexo masculino 56 (47,1%), dados que vêm confirmar, segundo Veras⁽⁶⁾, a predominância das mulheres sobre os homens, 55,0% e 45,0% respectivamente. Para Araújo et al.⁽⁷⁾ esse fenômeno pode ser explicado pelo fato de as mulheres apresentarem condutas menos agressivas, uma menor exposição aos riscos de trabalho, maior atenção ao surgimento de problemas de saúde e maior utilização dos serviços de saúde.

Na tabela 1, estão apresentadas as características socioeconômicas e demográficas, podendo-se observar o predomínio de 67 (56,3%) idosos na faixa etária de 60 a 69 anos. Segundo Chaimowicz⁽²⁾, o Brasil é um país que ainda não se caracteriza pelo aumento de idosos com idade avançada; estima-se que a proporção de maiores de 80 anos varie de 9,0% a 11,3% entre 1995 e 2020, sendo que a proporção daqueles acima de 70 anos vem aumentando progressivamente, como pode ser observado na presente pesquisa: os de 80 anos ou mais com 10,9%, os acima de 70 anos com 32,8%.

Concordamos com Telarolli Junior et al.⁽⁸⁾ quando indicam a escolaridade como constituinte mais precisa da identificação do nível socioeconômico de uma população, estando relacionada às possibilidades de acesso a empregos e renda, utilização dos serviços de saúde e à receptividade aos programas educacionais e sanitários.

Os idosos com nível mais baixo de escolarização (apenas lêem e escrevem/analfabetos) são cinco vezes mais susceptíveis a dependência moderada/grave.⁽⁹⁾

Tudo indica que idosos alfabetizados com uma melhor situação de escolaridade dependem menos das outras pessoas para se medicar, utilizar meios de comunicação, transporte e participar de grupos comunitários.

Possuem curso superior 4,2% e segundo grau completo (ensino médio) 4,2%, índice próximo ao de Berzins⁽³⁾ com 4,0% dos idosos de Florianópolis com curso superi-

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO, POR GÊNERO, DOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS. PASSOS, MINAS GERAIS, 2005

Características	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
IDADE						
60-69 anos	32	(57,1)	35	(55,6)	67	(56,3)
70-79 anos	18	(32,1)	21	(33,3)	39	(32,8)
80 anos ou mais	6	(10,7)	7	(11,1)	13	(10,9)
ESCOLARIDADE						
1º grau incompleto	32	(57,1)	39	(61,9)	71	(59,7)
1º grau completo	15	(26,8)	15	(23,8)	30	(25,2)
2º grau completo	3	(5,4)	2	(3,2)	5	(4,2)
Curso Superior	3	(5,4)	2	(3,2)	5	(4,2)
Analfabeto	3	(5,4)	5	(7,9)	8	(6,7)
OCUPAÇÃO						
Aposentado	32	(57,1)	18	(28,6)	50	(42,0)
Dona de casa	-	-	35	(55,6)	35	(29,4)
Trabalha	24	(42,9)	8	(12,7)	32	(26,9)
Pensionista	-	-	2	(3,2)	2	(1,7)
RENDA FAMILIAR						
De 01 a 03 salários mínimos	28	(50,0)	37	(58,7)	65	(54,6)
De 03 a 05 salários mínimos	16	(28,6)	13	(20,6)	29	(24,4)
Acima de 05 salários mínimos	12	(21,4)	13	(20,6)	25	(21,0)
RENDA PER CAPTA						
<R\$150,00	4	(7,1)	6	(9,5)	10	(8,4)
De R\$150,00 a R\$199,00	9	(16,1)	8	(12,7)	17	(14,3)
De R\$200,00 a R\$400,00	30	(53,6)	32	(50,8)	62	(52,1)
Acima de R\$400,00	13	(23,2)	17	(27,0)	30	(25,2)
ESTADO CIVIL						
Casado	45	(80,4)	36	(57,1)	81	(68,1)
Viúvo	5	(8,9)	18	(28,6)	23	(19,3)
Solteiro	2	(3,6)	6	(9,5)	8	(6,7)
Separado	4	(7,1)	3	(4,8)	7	(5,9)

MORADIA						
Própria	45	(80,4)	58	(92,1)	103	(86,6)
Alugada	10	(17,9)	5	(7,9)	15	(12,6)
Cedida	1	(1,8)	0	(0,0)	1	(0,8)
ARRANJO DOMICILIAR						
Cônjuge e outros familiares	30	(53,6)	25	(39,7)	55	(46,2)
Cônjuge	15	(26,8)	11	(17,5)	26	(21,8)
Outros familiares	6	(10,7)	20	(31,7)	26	(21,8)
Só	5	(8,9)	7	(11,1)	12	(10,1)

or, mas se distanciando quanto ao ensino médio de 10,5%..

Os idosos analfabetos constituem 6,7%; 59,7% com primeiro grau incompleto e 25,2% com primeiro grau completo; dados importantes para a atuação da enfermagem, pois, conhecendo-se o grau de instrução da pessoa idosa, se verifica a melhor forma de abordá-la.

A aposentadoria, para 42,0% dos idosos, constitui a principal fonte de renda, sendo que 29,4% se ocupam com afazeres domésticos e 26,9% trabalham. Essa porcentagem de aposentados que se aproxima à apresentada em estudo de Santos.⁽¹⁰⁾, com 46,9% dos idosos de João Pessoa que têm a aposentadoria como principal fonte de renda. O número de mulheres trabalhando após os 60 anos em relação aos homens é bem menor, sendo 8 (12,7%) e 24 (42,9%) respectivamente. Isso, segundo Berzins⁽³⁾, se deve ao fato de às mulheres até o início dos anos 1970 ser reservado o papel de donas de casa e mães, não sendo destinado a elas um lugar na vida produtiva social, dado este também observado neste estudo com 35 (55,6%) mulheres ocupando-se como donas de casa.

O fator renda pode indicar melhores condições de vida e de saúde para os idosos, incluindo consumo de alimentos, serviço de saúde e informações, além de melhores condições de moradia.

A pesquisa mostra que 54,6% dos idosos apresentam uma renda familiar de um a três salários mínimos, 52,1% com renda per capita de duzentos a quatrocentos reais e 25,2% acima de quatrocentos reais, demonstrando que essa população tem um poder aquisitivo médio.

Com relação ao estado civil, os casados predominam com 81 (68,1%), sendo 45 (80,4%) homens e 36 (57,1%) mulheres, seguidos pelos viúvos 23 (19,3%), com 5 (8,9%) homens e 18 (28,6%) mulheres. Essas diferenças são explicadas segundo Santos.⁽¹⁰⁾ tanto pela menor longevidade dos homens, quanto pela sua maior frequência

de casamentos após a viuvez e maior tendência de se casarem com mulheres mais jovens.

Constatou-se que 103 (86,6%) dos idosos possuem casa própria, resultado semelhante ao do estudo de Santos⁽¹⁰⁾ em que 82,0% deles possuíam casa própria. Esses dados revelam que a maioria acumulou ao longo da vida algum patrimônio. Constata-se que 55 (46,2%) moram com o cônjuge e outros familiares, podendo-se inferir que os outros familiares são filhos que podem ter continuado a viver com os pais.

No arranjo domiciliar a convivência com o cônjuge e outros familiares é de 55 (46,2%), 26 (21,9%) com o cônjuge, 26 (21,9%) com outros familiares e 12 (10,1%) sozinhos; o que evidencia que a maioria deles reside em domicílios multigeracionais, como indica Ramos⁽¹¹⁾ em São Paulo, com 50,0% dos idosos vivendo com filhos e netos e somente 10,0% vivendo sozinhos.

Na tabela 2 estão apresentados os indicadores de suporte social. Encontra-se, na maioria dos pesquisados, afinidade por algum tipo de atividade ou prática religiosa, com predomínio da religião católica com 79,8%. Para Santos⁽¹⁰⁾ a prática de uma religião constitui uma ligação entre as limitações e o aproveitamento das potencialidades da pessoa idosa, ajudando-a a vencer com mais facilidade essa etapa da vida.

A participação em grupos religiosos e comunitários proporciona ao idoso uma melhor interação social, troca de experiências com membros da igreja, vizinhos, amigos e família, sendo identificado que somente 31,1% dos idosos cadastrados na Unidade Escola participam de grupos comunitários. Esse percentual, portanto, denota a importância de haver um estímulo para que essa população venha a participar mais de atividades comunitárias, através de programas destinados a ela.

Silva⁽¹²⁾ constatou que os efeitos do envelhecimento

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO, POR GÊNERO, DOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO INDICADORES DE SUPORTE SOCIAL. PASSOS, MINAS GERAIS, 2005

Indicadores	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
RELIGIÃO						
Católica	46	(82,1)	49	(77,8)	95	(79,8)
Evangélica	4	(7,1)	4	(6,3)	8	(6,7)
Espírita	1	(1,8)	6	(9,5)	7	(5,9)
Outra	5	(8,9)	4	(6,3)	9	(7,6)
PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS						
Sim	14	(25,0)	23	(36,5)	37	(31,1)
Não	42	(75,0)	40	(63,5)	82	(68,9)

PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA						
Sim	23	(41,1)	23	(36,5)	46	(38,7)
Não	33	(58,9)	40	(63,5)	73	(61,3)
PRÁTICA ATIVIDADE DE LAZER						
Sim	37	(66,1)	37	(58,7)	74	(62,2)
Não	19	(33,9)	26	(41,3)	45	(37,8)
RECURSOS ARTÍSTICOS/CULTURAIS						
Sim	2	(3,6)	17	(27,0)	19	(16,0)
Não	54	(96,4)	46	(73,0)	100	(84,0)
MEIO DE COMUNICAÇÃO						
Rádio	11	(19,6)	8	(12,7)	19	(16,0)
Telefone	11	(19,6)	17	(27,0)	28	(23,5)
Televisão	29	(51,8)	36	(57,1)	65	(54,6)
Internet	3	(5,4)	1	(1,6)	4	(3,4)
Jornal	2	(3,6)	1	(1,6)	3	(2,5)
MEIO DE TRANSPORTE						
Ônibus	6	(10,7)	10	(15,9)	16	(13,4)
Moto	2	(3,6)	1	(1,6)	3	(2,5)
Caminhão	1	(1,8)	-	-	1	(0,8)
Bicicleta	2	(3,6)	-	-	2	(1,7)
Carro	35	(62,5)	39	(61,9)	74	(62,2)
Outros	10	(17,9)	13	(20,6)	23	(19,3)

são devidos à imobilidade e à desadaptação social. O que é comumente chamado de envelhecimento do Primeiro Mundo, pode ser em aproximadamente 50,0% atribuído à atrofia por desuso e que o declínio da capacidade funcional inicia-se aproximadamente entre 30 e 35 anos de idade (1,0% ao ano em pessoas sedentárias).

Nota-se a importância da atividade física na terceira idade, sendo verificado no presente trabalho que 46 (38,7%) idosos praticam alguma atividade física e 73 (61,3%) não praticam.

Nota-se a importância da atividade física na terceira idade, sendo verificado no presente trabalho que 46 (38,7%) idosos praticam alguma atividade física e 73 (61,3%) não praticam.

Atividade de lazer para o idoso se faz muito importante, pois está intimamente ligada à sua qualidade de vida. Ele pode distrair-se, dedicando tempo para si, por meio da utilização de recursos artísticos e culturais. Verificou-se que 74 (62,2%) dos idosos praticam alguma atividade de lazer e somente 19 (16,0%) utilizam recursos artísticos e culturais no seu cotidiano.

Entre os meios de comunicação que mais utilizam, a televisão vem em primeiro lugar com 65 (54,6%), seguido pelo telefone com 28 (23,5%); dados que vêm confirmar que a televisão é o meio de comunicação mais utilizado nas residências brasileiras, e segundo Grinover⁽¹³⁾

87,0% dos idosos assistem televisão diariamente.

O transporte coletivo para Telarolli Junior et al.⁽⁸⁾ representa um elevado grau de dificuldade e risco para os idosos nas grandes metrópoles, onde o caos e a falta de civilidade no trânsito constituem quase regra nos países em desenvolvimento. As menores distâncias nas cidades médias favorecem a assistência pelos filhos, amigos e outros cuidadores de idosos, ao contrário das grandes metrópoles. Constatou-se que o transporte coletivo (ônibus) é utilizado por 16 (13,5%) idosos, sendo o carro para 74 (62,2%) o meio de transporte mais utilizado.

De acordo com Veras⁽⁶⁾, é amplamente reconhecido que os idosos são usuários do serviço de saúde em taxas mais altas do que os demais grupos etários, sendo a procura por motivo de doenças crônicas mais elevadas que por doenças não crônicas, 28,9% e 8,1% respectivamente.

Estudos populacionais realizados no país demonstram que 85,0% das pessoas acima de 60 anos apresentam pelo menos uma doença crônica e cerca de 5,0% apresentam pelo menos cinco dessas. A presença de uma ou mais enfermidades crônicas no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar atividades de maneira independente, estando ela sob controle e com um adequado acompanhamento de saúde.⁽⁵⁾

Nesse sentido, a Política Nacional do Idoso apresenta como propósito basilar a promoção do envelhecimento sa-

TABELA3. DISTRIBUIÇÃO, POR GÊNERO, DOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO DOENÇAS E CONDIÇÕES REFERIDAS. PASSOS, MINAS GERAIS, 2005

Doenças/Condições referidas	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nenhuma	19	(33,9)	9	(14,3)	28	(23,5)
Hipertensão Arterial	18	(32,1)	35	(55,6)	53	(44,5)
Hipertensão + Diabetes	3	(5,4)	5	(7,9)	8	(6,7)
Diabetes	3	(5,4)	2	(3,2)	5	(4,2)
Obesidade	3	(5,4)	1	(1,6)	4	(3,4)
Doenças Respiratórias	2	(3,6)	2	(3,2)	4	(3,4)

Labirintite	-	-	2	(3,2)	2	(1,7)
Hipertensão + Osteoporose	1	(1,8)	1	(1,6)	2	(1,7)
Doença Cardiovascular	1	(1,8)	1	(1,6)	2	(1,7)
Hipertensão + Doença Cardiovascular	-	-	2	(3,2)	2	(1,7)
Hipertensão + Diabetes + Doença Cardiovascular	-	-	2	(3,2)	2	(1,7)
Doenças Digestivas	2	(3,6)	-	-	2	(1,7)
Hipertensão + Acidente Vascular Cerebral	-	-	1	(1,6)	1	(0,8)
Insônia	1	(1,8)	-	-	1	(0,8)
Depressão	1	(1,8)	-	-	1	(0,8)
Hipertensão + Chagas + Diabetes	1	(1,8)	-	-	1	(0,8)
Hepatite C	1	(1,8)	-	-	1	(0,8)

dável, mantendo e melhorando a capacidade funcional dos idosos, com prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, garantindo-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.⁽⁵⁾

Observa-se na tabela 3 que 28 (23,5%) idosos não apresentam doenças, 19 (33,9%) homens e 9 (14,3%) mulheres. As mulheres relataram maior número de doenças; este gênero, segundo Gazalle et al.⁽¹⁴⁾, apresenta maiores queixas de doenças, relacionadas a uma baixa participação em grupos comunitários e pouca atividade física, como pôde ser observado na tabela 2 em que 40 (63,5%) mulheres não participam de grupos comunitários nem realizam atividades físicas. Para o referido autor esses são fatores predisponentes à evolução de quadros depressivos, oposto do que se observa no gênero masculino com apenas 1 (0,8%) homem nessa condição.

Em 4 (3,4%) estão presentes doenças respiratórias, estas ocorrendo com maior frequência na população idosa em consequência do declínio na função respiratória ocasionado pelo envelhecimento, combinado às condições crônicas

e sedentarismo, aumentando assim a suscetibilidade a doenças e incapacidades.

Constatou-se que a hipertensão arterial está associada a várias outras doenças, sendo a doença crônica que mais atinge a população idosa com 53 (44,5%) no total, dos quais 18 (32,1%) entre os homens e 35 (55,6%) entre as mulheres, confirmando observações previamente realizadas em outros estudos em que a prevalência de hipertensão entre os homens foi igual a 37,0% e 50,0% entre as mulheres.⁽¹⁵⁾

Perim et al.⁽¹⁶⁾ afirmam que um dos mais graves problemas de saúde pública vem sendo a hipertensão arterial sistêmica, atingindo especialmente os mais idosos, com prevalência estimada entre adultos de 15,0% a 20,0%, em especial na região sul do Brasil.

A diabetes também veio associada a outras doenças, estando em 8 (6,7%) pessoas acima de 60 anos associada a hipertensão arterial, isoladamente ela atinge 5 (4,2%), com 3 (5,4%) entre os homens e 2 (3,2%) entre as mulheres.

A dieta alimentar precária e o sedentarismo, segundo a Organização Mundial de Saúde, estão entre as

TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO, POR GÊNERO, DOS IDOSOS CADASTRADOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO FATORES RELACIONADOS À SAÚDE. PASSOS, MINAS GERAIS, 2005

Fatores	Masculino		Feminino		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
NÚMERO DE REFEIÇÕES DIÁRIAS						
Duas	3	(5,4)	4	(6,3)	7	(5,9)
Três	13	(23,2)	25	(39,7)	38	(31,9)
Quatro	36	(64,3)	33	(52,4)	69	(58,0)
Cinco ou mais	4	(7,1)	1	(1,6)	5	(4,2)
SITUAÇÃO VACINAL ATUAL						
Completa	37	(66,1)	36	(57,1)	73	(61,3)
Não lembra	14	(25,0)	15	(23,8)	29	(24,4)
Atrasada	5	(8,9)	12	(19,0)	17	(14,3)
TEM PLANO DE SAÚDE						
Sim	31	(55,4)	34	(54,0)	65	(54,6)
Não	25	(44,6)	29	(46,0)	54	(45,4)
EM CASO DE DOENÇA PROCURA						
Hospital	23	(41,1)	26	(41,3)	49	(41,2)
Unidade Básica de Saúde	17	(30,4)	21	(33,3)	38	(31,9)
Pronto Socorro	11	(19,6)	14	(22,2)	25	(21,0)
Farmácia	2	(3,6)	2	(3,2)	4	(3,4)
Outro	3	(5,4)	0	(0,0)	3	(2,5)
PREVENÇÃO DE CÂNCER CERVICAL (PAPANICOLAU) E DE PRÓSTATA (PSA)						
Em dia	27	(48,2)	36	(57,1)	63	(52,9)
Atrasado	29	(51,8)	27	(42,9)	56	(47,1)

maiores causas de problemas cardiovasculares, diabetes tipo 2, câncer e doenças relacionadas à obesidade, correspondendo a 60,0% dos 52 milhões de mortes que poderiam ser evitadas mundialmente, todos os anos. A obesidade é o segundo fator que mais causa mortes⁽¹⁷⁾ e foi identificada em 4 (3,4%) dos idosos pesquisados e pode estar relacionada ao sedentarismo dessa população.

Conforme mostra a tabela 4, a alimentação é para 69 (58,0%) pessoas composta por quatro refeições diárias, não podendo ser levado em consideração que esta seja uma alimentação com todos os nutrientes que uma pessoa idosa necessita, já que à medida que surge o envelhecimento o corpo sofre mudanças específicas desse processo, tais como a diminuição da capacidade de absorção alimentar, salivação e paladar, e exige o suprimento alimentar com substâncias nutritivas alternativas, com vistas à utilização de uma alimentação balanceada, em maior frequência e menor quantidade.

Para Santos, Hiramatsu e Duarte⁽¹⁸⁾ a alimentação do idoso deve estar adequada a suas condições fisiológicas ou patológicas, a idade, sexo e atividade física. A quantidade de alimento deve ser suficiente para atender às necessidades do organismo e manter o equilíbrio nutricional, estando as quantidades de nutrientes relacionadas proporcionalmente entre si.

A situação vacinal de indivíduos após 60 anos ficou amplamente em destaque devido a campanhas de vacinação específicas para essa faixa etária, em que a predisposição a adquirir Influenza e Pneumonia é maior.

Araújo et al.⁽⁷⁾ esclarecem que o Programa Nacional de Imunização foi criado pelo Ministério da Saúde em 1973. A partir de 1998, foi decretado que todo indivíduo após os 60 anos deve ser vacinado contra Influenza e Pneumonia.

A população idosa cadastrada na Unidade Escola que se encontra com a situação vacinal completa é de 73 (61,3%), 29 (24,4%) não se lembram e 17 (14,3%) estão desatualizadas com a vacina.

Entre os participantes deste estudo, possuem plano privado de saúde 65 (54,6%) idosos acima de 60 anos, e 54 (45,4%) não o possuem. Para Telarolli Junior et al.⁽⁶⁾ o consumo de assistência privada à saúde, como ocorre em parcela significativa da população acima de 60 anos, só é possível caso se disponha dos recursos necessários a sua aquisição, não sendo a frequência das doenças entre os idosos, explicação para o maior consumo de convênios privados. Visto que a população pesquisada apresenta um poder aquisitivo médio, no entanto, cabe destacar que grande parte dos idosos é usuária dos serviços de saúde do governo, fazendo-se necessárias ações nas políticas públicas destinadas a esta parcela da população.

A Unidade Básica de Saúde é procurada em caso de doença por 38 (31,9%) idosos, tendo esta sido implantada recentemente na região central do município de Passos – MG. O Pronto Socorro é procurado por 25 (21,0%), a farmácia por 4 (3,4%) e outros por 3 (2,5%). O hospital é procurado por 49 (41,2%), esta maior procura pode ser explicada pelo maior contingente de idosos portadores de planos privados de saúde.

Constatamos que 27 (48,2%) dos homens estão com

exame de prevenção de câncer de próstata (PSA) em dia contra 29 (51,8%) em atraso, podendo este ser explicado tanto pelo preconceito masculino de ir ao urologista quanto pelo medo de ser diagnosticado um câncer, ou ainda pela presença na sociedade de vários preconceitos quanto à masculinidade dos homens. Sabe-se também que as pessoas acima de 60 anos são conservadoras.

Entre as mulheres, verificou-se que a maioria 36 (57,1%) está com o exame de prevenção de câncer cervical em dia contra 27 (42,9%) em atraso. Problemas do trato reprodutor das idosas são preveníveis com exames frequentes, apesar de muitas considerarem o procedimento embaraçoso e desagradável.

À enfermeira, por ser um agente educador, cabe informar e tranquilizar os pacientes sobre os procedimentos a serem realizados, bem como sobre a importância dos mesmos e procurar lidar da melhor forma possível com os preconceitos vigentes, principalmente entre os homens. A Unidade de Saúde da Família é o local mais apropriado para serem desenvolvidas ações educativas gerais e específicas, principalmente pelo fato de estar em contato direto com a comunidade.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados deste estudo, a Unidade de Saúde da Família, por meio de uma equipe qualificada e multidisciplinar, apoiada sistematicamente por uma rede de serviços especializados e hospitalares, pode adotar medidas de referência e contra-referência e poderá direcionar a tomada de decisões e o planejamento da atenção à saúde, introduzindo a população idosa na agenda da atenção primária à saúde, com a abordagem e melhor orientação da pessoa idosa e sua família, quanto ao processo de envelhecimento e a importância da identificação precoce de alterações em sua saúde. São também fundamentais o estabelecimento do suporte familiar, a adoção de atividades em grupo e a disponibilização de serviços de apoio comunitário para promover o convívio social do idoso, seu envelhecimento com participação ativa e qualidade de vida aos anos subseqüentes. Essas medidas, aliadas ao controle das doenças crônicas poderão minimizar e até mesmo evitar a passividade do idoso quanto à sua saúde, permitindo-lhe autonomia, independência maior satisfação nas atividades diárias.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a Saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2004; 9(2): 423-32.
2. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, 1997; 31(2): 184-200.
3. Berzins MAVS. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. *Rev Serviço Social*, São Paulo, 2003; 75: 19-34.
4. Ferrari MAC. O envelhecer no Brasil. *Rev O Mundo da Saúde*, São Paulo, 1999; 23(4): 197-203.
5. Silvestre JA, Costa NMM. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003; 19(3): 839-47.
6. Veras RP. A longevidade da população: desafios e conquistas. *Rev Serviço Social*, São Paulo, 2003; 75: 5-19.
7. Araújo MAS et al. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO. *Rev da UFG*, 5(2) dez 2003. [Citado em: 7 jul. 2005]. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>.

8. Telarolli Júnior R, Machado JC, Carvalho F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, 1996; 30(5): 485-98.
9. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, 2003; 37(1): 40-8.
10. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latina Am. Enf.* 2002; 10(6): 757-64.
11. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epíodoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*, São Paulo, 2003; 19(3): 793-97.
12. Silva LM. A importância do toque nas atividades físicas para a terceira idade. *Rev A Terceira Idade*, São Paulo, 2004; 15(30): 64-81.
13. Grinover P. O poder da terceira idade. [Citado em: 6 jul. 2005]. Disponível em: <http://www.portaldafamilia.org>.
14. Gazalle FK et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, Porto Alegre, 2004; 38(3): 365-71.
15. Lima MFC, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gasto com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003; 19(3): 735-43.
16. Perim CNB et al. Uma proposta de sistematização para controle da hipertensão arterial sistêmica em idoso no contexto do pacs/psf com ênfase na saúde bucal. [Citado em: 6 jul. 2005]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br>.
17. Conceição C. Obesidade e qualidade de vida. *Anais da 3ª semana de serviço social*. 2004, 400. Passos: UEMG/FESP; 2004.
18. Santos GER, Hiramatsu CS, Duarte ALN. Alimentação e hidratação do idoso. In: Rodrigues RAP, Diogo MJD. *Como cuidar dos idosos*. 3 ed. Campinas: Papyrus; 2002: 67-75.

Recebido em: 16/12/2005

Aprovado em: 02/10/2006