



ENVELHECIMENTO CONTEMPORÂNEO: perfil socioeconômico e de fragilidades de idosos que demandam a Atenção Básica de Saúde

Maria do Socorro Silva Alencar¹
Martha Teresa Siqueira Marques Melo²
Natane Silva Sousa³
Marcília Alves Machado⁴
Layse Lopes Duarte⁵

RESUMO:

Discutem-se, neste artigo, questões intrínsecas à pessoa idosa no painel do envelhecimento populacional e suas complexidades, que carecem de mais atenção de gestores e profissionais que lidam nas unidades básicas de áreas da Estratégia Saúde da Família. Para tanto, valeu-se de aportes teóricos da política nacional de saúde da pessoa idosa e de seus instrumentos normativos; dos métodos da pesquisa exploratória, descritiva, de caráter transversal, com 112 idosos demandatários deste serviço, para ilustrar a análise a partir das características sociais e de fragilidades desse grupo etário.

Palavras-chave: Envelhecimento, Política de Saúde, condições de saúde.

ABSTRACT:

We discuss in this article, issues intrinsic to the elderly panel of population aging and its complexities that require further attention of managers and professionals dealing in the basic unities of Family Health Strategy. To do so, drew on the theoretical contributions of national health policy of the elderly and their normative instruments, methods of exploratory, descriptive, transversal research, with 112 elderly users of this service, to illustrate the analysis from social characteristics and fragilities of this age group.

Keywords: Aging, Public Health, health conditions.

¹ Doutora. Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: marynut@ufpi.edu.br

² Mestre. Universidade Federal do Piauí (UFPI)

³ Estudante de Graduação. Universidade Federal do Piauí (UFPI)

⁴ Estudante de Graduação. Universidade Federal do Piauí (UFPI)

⁵ Estudante de Graduação. Universidade Federal do Piauí (UFPI)



1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é desafio para a saúde pública contemporânea. Este acontecimento se iniciou em países desenvolvidos, mas, recentemente é nos países em desenvolvimento que a situação tem se acentuado (LIMA-COSTA, BARRETO, GIATTI, 2003).

O rápido e expressivo crescimento de pessoas idosas gera, de acordo com Tribess (2012), preocupação com as condições de saúde, principalmente da população mais idosa. Alterações resultantes do envelhecimento, que levam a perdas da adaptabilidade, deficiência funcional e morte, são potencializadas com o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), morbidade, incapacidade funcional, proporcionando grande impacto sobre as famílias e o sistema de saúde pública.

Diante disso, a discussão sobre fragilidade ou fragilização durante o envelhecimento surge com muita ênfase, já que essa é considerada uma condição intrínseca a esse processo. Estima-se, que, 10 a 25% de pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis. Tal síndrome é considerada multidimensional, pois envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais culminando com um estado de maior vulnerabilidade associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos (declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte) (DUARTE, 2009; HEBERT, 1997).

Como essas categorias se relacionam com a capacidade funcional (habilidades físicas e mentais necessárias para que pessoas idosas sejam independentes e autônomas nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, inclusive ações mais complexas do cotidiano, sem necessidade de ajuda), de modo agregado à qualidade de vida, requer-se, certamente, implementação de ações integradas e interdisciplinares nos serviços para lidar com essas implicações, a fim de evitar a incapacidade funcional daqueles que envelhecem (FHON et al., 2012).

Nesse contexto, este texto traz uma discussão sobre a temática do envelhecimento contemporâneo, tomando como ilustração dados de idosos atendidos em áreas de atuação de equipes da Saúde da Família sobre condições socioeconômicas e aspectos da fragilidade, bem como processos de fragilização a partir dos indicadores da



Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, diretriz da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2010; 2008; 2006).

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Pesquisa segundo Minayo (2004) de modalidade exploratório-descritiva, de caráter transversal com amostra composta por cento e doze (112) pessoas usuárias dos serviços de três Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família, da Coordenadoria Regional Centro-norte. Tomando como critérios de inclusão: idosos com 60 anos ou mais, ambos os sexos, atendidos no período do estudo. E, como critérios de exclusão: idosos impossibilitados de responder aos questionamentos e não acompanhados de seu cuidador; e aqueles que não aceitaram participar. Todos os sujeitos, após discussão sobre as perspectivas do estudo (objetivos, métodos, desdobramentos e responsabilidade técnico-científica), consentiram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade à Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

A coleta dos dados se deu em 2012, a partir de instrumento com perguntas fechadas, subdividido em duas partes: a) aspectos sociodemográficos (sexo, faixa etária, estado conjugal, grau de escolaridade e ocupação); b) indicadores de fragilidade ou processo de fragilização: autopercepção da saúde; doenças mais frequentes; uso de medicamentos; número de quedas nos últimos 12 meses; número de internações nos últimos 12 meses; e hábitos de vida (prática de atividade física, tabagismo e etilismo).

Os achados são ilustrados em frequência simples e percentual após leitura pelo programa Microsoft Office Excel 2007, com possíveis ponderações ancoradas em pesquisas nacionais e internacionais, além do respaldo das políticas de saúde da pessoa idosa e seus instrumentos normativos, bem como da literatura recorrente sobre o envelhecimento populacional.



3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos idosos pesquisados, (n=46; 41,0%) encontra-se na faixa etária de 65-74 anos em concordância com estimativas do IBGE (2008) para o município investigado. Sendo a pessoa nessa fase etária considerada, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), como medianamente idosa (IPEA, 2012). Observa-se, também, prevalência do gênero feminino em todos os grupos etários à medida que se acentua o envelhecimento. São aspectos relativos ao ritmo de crescimento dos que envelhecem, tanto no Brasil como no Piauí, fato que tem resultado em maior expectativa de vida, em 2010, para as mulheres em torno de 72,8 anos e para homens de 66,7, sendo em média 69,7 anos para ambos (IBGE, 2011).

O excedente feminino tem sido explicado como consequência da sobremortalidade masculina, que ocasiona diminuição paulatina das razões de sexo no Brasil. O IBGE (2012) especula para 2050, que essa razão alcance 94%. Esse fato pode estar relacionado à maior longevidade das mulheres frente aos homens, validando, assim, o panorama de feminilização do envelhecimento. Talvez isso se deva a menor exposição do grupo feminino a determinados fatores de risco (associados ao ambiente de trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool) do que os homens, como também, pelas atitudes diferenciadas das mulheres com doenças e incapacidades, além de maior cobertura da assistência gineco-obstétrica (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

A situação conjugal retrata que casados (as) predominam, (n=56; 50,0%), viúvos (as) representam (n=40; 35,7%), sendo maioria mulheres (n=38; 33,9%), seguido dos solteiros (as), separados (as) sem companheiro (a) e separados (as) com companheiro (a), respectivamente. As diferenças por sexo se devem, por um lado, à maior longevidade das mulheres e, por outro, a normas sociais e culturais prevalecentes em nossa sociedade, que levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens do que eles. Isto se dá, provavelmente, pelo processo que associa às mulheres, em geral, e às idosas, em especial, a menores oportunidades de um recasamento, em casos de separação ou viuvez (CAMARANO, 2012).

O nível de escolaridade dos idosos realça o analfabetismo em 33%, seguido por (n=25; 22,3%) dos que não frequentaram a escola, mas sabiam ler e escrever, apesar de



(n=30; 26,8%) terem concluído o ensino fundamental. Houve percentuais menores para os idosos com escolaridade mais elevada: ensino médio e ensino superior completo (n=5; 14,5% e n=2; 8%), respectivamente e, (n=3; 2,7%) declararam continuar estudando. O censo 2010 destaca que a escolaridade dos idosos brasileiros é considerada baixa, no qual 30,7% tinham menos de um ano de instrução, com maior evidência no grupo feminino (IBGE, 2011). Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) revelam que, no Brasil, 9,4% das pessoas entre 60 e 64 anos e 29,4% das pessoas de 65 anos ou mais são analfabetos (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

A proporção de aposentados e pensionistas foi de (n=80; 71,4%), enquanto (n=32; 28,6%) referiram não ser aposentados. Segundo pesquisa do IBGE 2009, os dados apontam que, no Brasil, 57,9% dos idosos são aposentados e 11,4% são pensionistas, números semelhantes aos encontrados neste estudo. No Nordeste, esses valores caem para 55,3% e 8,4%, respectivamente (IBGE, 2010). Sabe-se que a renda de um indivíduo é responsável pela determinação de sua capacidade de aquisição de bens e serviços, por isso, esta pode ser interpretada como um indicador de bem-estar individual e de pobreza.

Observamos, assim, que déficits nos indicadores educacionais e de rendimentos são reflexos do cenário político do país, deixando imensas lacunas no atendimento aos direitos sociais da população, os quais, certamente, podem comprometer a saúde e longevidade como premissa da política de saúde (BRASIL, 2010; 2006). Os indicadores analisados encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 – Caracteres sociais de idosos estudados em áreas da Saúde da Família. Teresina, 2013.

Variáveis	Sexo		Total n (%)
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Faixa etária			
60 – 64	09 (8,0)	24 (21,4)	33 (29,5)
65 – 74	07 (6,3)	39 (34,8)	46 (41,0)
≥ 75	08 (7,1)	25 (22,3)	33 (29,5)
Estado conjugal			
Solteiro (a)	-	8 (7,1)	8 (7,1)
Casado (a)	21 (18,8)	35 (31,3)	56 (50,0)
Viúvo (a)	2 (1,8)	38 (33,9)	40 (35,7)
Separado (a) sem companheiro(a)	1(0,9)	5 (4,5)	6 (5,4)
Separado (a) com companheiro(a)	-	2 (1,8)	2 (1,8)
Escolaridade			
Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	4 (3,6)	21 (18,8)	25 (22,3)



Não sabem ler e escrever	8 (7,1)	29 (25,9)	37 (33,0)
Ensino fundamental completo	8 (7,1)	22 (19,6)	30 (26,8)
Ensino fundamental incompleto	2 (1,8)	8 (7,1)	10 (8,9)
Ensino médio completo	2 (1,8)	3 (2,7)	5 (4,5)
Ensino superior completo	-	2 (1,8)	2 (1,8)
Continua estudando	-	3 (2,7)	3 (2,7)
Ocupação			
Aposentado e ¹ Pensionistas	20 (17,9)	60 (53,6)	80 (71,4)
Não aposentados	4 (3,6)	28 (25,0)	32 (28,6)
Total	24 (21,5)	88 (78,5)	112 (100,0)

¹Do total de respostas sobre a condição de ser ou não aposentado, 8,0% (n=9) são pensionistas.

Índices da tabela 2 mencionam maioria absoluta de (n=109; 97,4%) com patologias, sendo 66,1% com um a dois tipos e 31,3% três a quatro. Entre as mais comuns se resalta diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares — a hipertensão arterial a mais prevalente. Estas patologias são fatores de risco para mortalidade, embora estudos sobre determinantes de mortalidade em idosos mostrem que as doenças crônicas referidas ou diagnosticadas não afetam significativamente o risco de morte. Isso é explicado, provavelmente, pela variabilidade como a mesma doença afeta a capacidade funcional das pessoas idosas (WOLINSKY et al., 1995). Esses informes ratificam o uso de algum tipo de medicamento por 96,4% (n=108) dos pesquisados. Corroborando, Goldman (1996) alude que no processo de envelhecimento há probabilidade de aparecer doenças crônicas, esse fato pode levar às pessoas idosas utilizarem mais medicamentos do que os adultos.

A maioria referiu não fumar (n=88; 78,6%) e não ser etilista (n=85; 75,9%). Significa que estes índices não são protagonistas da fragilidade desse grupo, pois se acredita que o uso do álcool esteja associado ao aumento das doenças coronarianas, além de ser um dos principais motivos do aumento do número de quedas (BRASIL, 2008). De outro ângulo, o uso de tabaco é a segunda causa de mortalidade no mundo, sendo responsável pelo desencadeamento de doenças cardiovasculares, déficit cognitivo, diminuição da função respiratória e disfunção osteoarticular, que adquirem maior significado com o avançar da idade (DUNCAN et al., 2006).

A prática de atividade física foi relatada por (n=50; 44,6%) e a não prática por (n=59; 52,7%). Este último pode ser um comprometedor para a condição de saúde, pois Okuma (1998) afirma que a atividade física pode contribuir para a manutenção da capacidade funcional do idoso e, também, para a prevenção e o tratamento das



doenças crônicas que cursam com o envelhecimento, podendo, inclusive, reduzir comorbidades e morte precoce.

Observou-se que (n=79; 70,5%) do total não foram internados no ano anterior e, (n=33; 29,5%) dos idosos foram internados, pelo menos uma vez. Uma ou mais internações no período de um ano é considerado um dos indicadores para a fragilidade ou processo de fragilização entre os idosos, pelos parâmetros da caderneta de saúde, que deve ser valorizado pela equipe na avaliação funcional desse usuário (BRASIL, 2008). Santos (2007), embasado em estudo sobre a frequência de internação de homens e mulheres, informa que esta é progressivamente maior no sexo masculino dos 20 aos 69 anos de idade. E se torna menor, a partir dos 80 anos, pois o predomínio, a partir dessa idade, passa a ser das internações do sexo feminino.

Dos pesquisados, (n=82; 73,2%) afirmaram não ocorrência de queda no ano anterior, embora, os (n=30; 26,8%) restantes, sofreram algum episódio no ano anterior. A queda entre idosos decorre de fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo, pois, problema multifatorial. Requer da equipe de saúde um olhar mais diferenciado entre as inúmeras demandas. Pois, pode refrear a qualidade de vida e o envelhecimento condigno, além de possibilitar ônus para a família, sociedade e a própria rede de saúde (BRASIL, 2008).

Corroborando, Fhon (2011), reitera que as quedas se relacionam com múltiplas morbidades crônicas como a diminuição da visão, da força, do reflexo, da postura do corpo, do balanço e da habilidade para parar e sentar-se. Em um estudo citado pelo mesmo autor, verificou-se que as doenças mais relacionadas com as quedas foram: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, hipotensão ortostática, sequela de acidente vascular cerebral (AVC), cataratas, artrite, demência e depressão. As duas primeiras patologias foram mais prevalentes entre entrevistados deste estudo. Por seu lado, o uso de múltiplos medicamentos para diferentes doenças pode aumentar o risco de sofrer queda, devido a uma associação forte do tratamento de vários medicamentos relacionado às debilidades funcionais e precárias condições de saúde (SCHIAVETTO, 2008).

Quanto à autopercepção sobre o estado de saúde, (n=10; 8,9%) referiram estar ótimo, (n=35; 31,2%) bom, (n=46; 31,1%) regular e (n=21; 18,8%) mal. Embora a maioria dos pesquisados tenha feito referência a pelo menos uma patologia, 40,1% destes referiram ter um estado de saúde “bom” ou “ótimo”, talvez estes perfis guardem relação com outros aspectos do estilo de vida desse grupo etário.



Em comparação a outras pessoas da mesma idade, (n=65; 58,1%) dos idosos entrevistados, relataram que seu estado de saúde era “muito melhor” / “melhor”. Apesar disso, estes percentuais foram mais baixos do que os do estudo de Caetano, Iozzi e Carneiro (2012) com idosos cariocas. A percepção deles relativa ao estado de saúde “o mesmo” e “pior/muito pior” foi de (n=37; 33%) e (n=10; 8,9%), respectivamente. Ambos os valores foram superiores aos encontrados no estudo citado. O contorno de fragilidades é consonante aos estudos nacionais, mesmo assim as ações integrais e integradas à saúde da pessoa idosa, nesse cenário, são imprescindíveis.

Ainda que o envelhecimento populacional mude o perfil de adoecimento dos brasileiros, a PNSPI tem evidenciado ações de prevenção e de promoção para além do tratamento das DCNT. Portanto, a atenção precisa se voltar para as ações que contribuam para a manutenção da autonomia e valorizem as redes de suporte domiciliar e social (BRASIL, 2010; SILVESTRE, COSTA-NETO, 2003).

Tabela 2 - Indicadores de fragilidades ou processos de fragilização no grupo etário. Teresina, 2013.

Indicadores	n (%)	Indicadores	n (%)
Patologias autorreferidas		Uso de medicamentos	
Nenhuma doença	3 (2,7)	Sim	108 (96,4)
1-2 doenças	74 (66,1)	Não	4 (3,6)
3-4 doenças	35 (31,3)	Etilismo	
Fumo		Sim	17 (15,2)
Sim	8 (7,1)	Não	85 (75,9)
Não	88 (78,6)	Parou de beber	10 (8,9)
Parou de fumar	16 (14,3)	Internação no ano anterior	
Atividade física		Sim	33 (29,5)
Sim	50 (44,6)	Não	79 (70,5)
Não	59 (52,7)	Autopercepção do estado de saúde	
Parou de fazer	3 (2,7)	Ótimo	10 (8,9)
Queda no ano anterior		Bom	35 (31,2)
Sim	30 (26,8)	Regular	46 (41,1)
Não	82 (73,2)	Mal	21 (18,8)
Estado de saúde em relação ao de outros idosos			
Muito pior	1 (0,9)		
Pior	9 (8,0)		
O mesmo	37 (33,0)		
Melhor	60 (53,6)		
Muito melhor	5 (4,5)		



4 CONCLUSÃO

O estudo mostrou nessas áreas da ESF que o perfil de características sociodemográficas e dos indicadores de fragilidades e processos de fragilização já deve se constituir em pauta da agenda pública do setor saúde deste município, apesar de alguns índices apresentados serem compatíveis com o processo de envelhecimento. A atenção deve se voltar para o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis apresentadas pelo grupo etário, não apenas pelo viés do tripé diagnóstico-medicação-exame clínico, mas sobretudo guiado pela diretriz da PNSPI, que extrapola com ações preventivas e promocionais capazes de alcançar melhora na qualidade de vida e longevidade dos usuários da Rede Básica de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**, v. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Governo Federal, p.1-10; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências**. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/PolíticaPIIdosa2528.pdf>>. Acesso em: 27nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/96**, 1996.

CAETANO, S. C.; IOZZI, R.; CARNEIRO, A. **Percepção do Estado de Saúde do Idoso na Cidade do Rio de Janeiro – 2006**. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1194.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2012.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Disponível em: <http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2012.

DUARTE, Y. A. O. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. **Bol. Inst. Saúde (BIS)**, n.47, São Paulo, 2009.



DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial - Conduas Primárias Baseadas em Evidencia**. 3º ed. São Paulo: Artmed, 2006.

FHON, J. R. S. **A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional**. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2011.

GOODMAN, L. S. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1996.

HÉBERT, R. Functional decline in old age. **Canadian Medical Association Journal**, v.157, n.8, p.1037- 1045, 1997.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em 12 de junho de 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. IBGE, 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro; 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2009**.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Sociedade: a nova velha geração**. Disponível em: http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1143:reportagens-materias&Itemid=39. Acesso em 13 de maio de 2012.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3 p.735-743, 2003.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade**. 21 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. São Paulo: Papyrus, 1998.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n. 5; 2011.

SANTOS, M. I. P. O. Perfil dos idosos internados no hospital geral em Belém (Pará). **Esc Anna Nery R Enferm**, v.11, n.1, p. 23-29, 2007.

SCHIAVETO, F. V. **Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade**. 2008. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2008.

SILVESTRE, J. A; COSTA-NETO, M. M. Approach to the elderly in family health programs. **Cad. Saúde Pública**, n.19, v.3, p.839-847, 2003.



TRIBESS, S. **Estudo da associação entre o índice de fragilidade e variáveis demográficas de saúde e comportamentais em idosos.** 2012. 87f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)- Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília. 2012.

WOLINSKY, F. D; JOHNSON, R. L; STUMP, T. E. The Risk of Mortality Among Older Adults Over an Eight-year Period. **Gerontologist**, n.35, p.150- 161; 1995.