

*CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE USUÁRIOS  
IDOSOS DO PROGRAMA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA*

Fabianne de Jesus de Sousa<sup>1</sup>  
Marília de Fátima de Oliveira<sup>2</sup>  
Edson Marcos Leal Ramos<sup>3</sup>  
Lucia Hisako Takase Gonçalves<sup>4</sup>

resumo

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer e descrever as condições de vida e saúde da população idosa cadastrada e atendida no Programa Saúde da Família (PSF). Consiste em um estudo descritivo, analítico e transversal com abordagem quantitativa utilizando o teste do qui-quadrado, o valor de significância adotado de 5%. Sua amostra

---

1 Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Professora de Enfermagem na Universidade da Amazônia (UNAMA). E-mail: fabiannesousa@hotmail.com

2 Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora e Coordenadora do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: mariliafvo@hotmail.com

3 Graduado em Estatística. Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor Associado I de Estatística da Universidade Federal do Pará (UFPA) vinculado ao Instituto de Ciências Exatas e Naturais. E-mail: edson@ufpa.br

4 Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pesquisadora CNPq e Professora Visitante Nacional Sênior (CAPES) vinculada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: lhtakase@gmail.com

foi composta por 441 idosos usuários do PSF do município de Benevides, Pará, aplicando-lhes a caderneta do idoso do Ministério da Saúde. Os resultados revelaram que a maior parte dos idosos está entre 60 a 64 anos, é do sexo feminino, casada, católica e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. A maioria não ingeria bebida alcoólica e não possuía o hábito de fumar, mas não praticava atividade física nem se alimentava adequadamente. A hipertensão arterial (HÁ) prevalece como a doença crônica, seguida por *diabetes mellitus* (DM) e também hábitos de vida pouco saudáveis, o que leva os PSF a buscarem estratégias especialmente dirigidas a favor do extrato idoso com enfoque na prevenção precoce da instalação da cronicidade e seus agravos entre seus usuários adultos maduros.

palavras-chave

Enfermagem. Idoso. Condições de Saúde. Programa Saúde da Família. Prevenção de Cronicidade.

## 1 Introdução

Um processo dinâmico e progressivo, o envelhecimento caracteriza-se por modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, levando-o a uma maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos (PAPALÉO NETTO, 2007).

O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975 e até 20 milhões em 2008, um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Conseqüentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade (VERAS, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a população idosa a partir dos 60 anos de idade, limite válido para os países em desenvolvimento, elevando-se para os 65 anos quando se trata de países desenvolvidos. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil e, em todo o mundo, é de que existirão mais idosos do que jovens e crianças abaixo de 15 anos, fenômeno este nunca antes observado (BRASIL, 2011).

O índice de envelhecimento populacional indica uma projeção na população e aponta para mudanças na estrutura demográfica da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, existiam 25 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro mudará: para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, existirão 173 idosos. Em 2000, para cada pessoa com 65 anos

ou mais de idade, aproximadamente 12 estavam na faixa etária chamada de potencialmente ativa (15 a 64 anos), já em 2050, para cada pessoa com 65 anos ou mais de idade, pouco menos de 3 estarão na faixa etária potencialmente ativa (IBGE, 2011).

O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo neste processo. Se for considerada a saúde de forma ampliada, tornam-se necessárias algumas mudanças no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa. No trabalho das equipes da Atenção Básica e da Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo e a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para a atuação nas dimensões culturais e sociais (BRASIL, 2007).

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (MENDES, 2012).

A partir do exposto, o interesse em desenvolver um estudo sobre questões que envolvam as condições de saúde da população idosa deve-se pela necessidade de contribuir para uma população que avança em sua faixa etária e, por isso, merece cuidados próprios para um envelhecimento ativo e saudável, remetendo-nos aos seguintes questionamentos: quais são o perfil socioepidemiológico e a situação atual da população idosa do município de Benevides, Pará em termos de condições de vida e saúde?

Os objetivos deste estudo foram descrever o perfil socioepidemiológico, as condições de vida e a saúde da população idosa cadastrada e acompanhada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Benevides, Pará, Brasil.

## 2 Métodos

Realizou-se um estudo descritivo, analítico e transversal com abordagem quantitativa nas 16 unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Benevides, Pará, Brasil. Foi incluída a população idosa a partir de 60 anos de indivíduos de ambos os sexos e cadastrados nas unidades da ESF. A partir destes dados, foi realizada uma técnica estatística aleatória estratificada por unidade de saúde e sexo, que foi selecionada proporcionalmente ao número de idosos por sexo e unidade de saúde e com a qual foram inicialmente selecionados 381 idosos, com erro amostral fixado em 4,89%, mas, ao final do estudo,

foram selecionados 441 idosos, sendo o erro reduzido para 4,51%, conforme a expressão abaixo (BOLFARINE, 2005; BUSSAB, 2005):

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$$

Para a obtenção dos dados, foi aplicado um questionário oriundo da caderneta da pessoa idosa, que propicia um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem estar. Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificar os sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz (BRASIL, 2008).

Para fins operacionais, procedeu-se uma redução do questionário original, sendo mantidas apenas as perguntas que abordavam questões de interesse desta investigação: dados pessoais (identificação do idoso, grau de escolaridade, sua ocupação antes de se aposentar) e condições de vida (descrevem seus hábitos de vida que possam ser prejudiciais ou não à sua saúde, a exemplo do tabagismo e do sedentarismo) até as condições de saúde (autopercepção de sua saúde utilizada como indicador de saúde, portador de doenças crônicas e a presença de internações hospitalares durante os últimos 12 meses). As informações foram exportadas posteriormente para o banco de dados do programa *Excel 2010*.

Para análise inicial, utilizou-se a técnica da análise exploratória de dados que descreve as informações de modo simples, direto e objetivo, sendo demonstradas pelas tabelas desta pesquisa (MAGALHÃES; LIMA, 2011).

Para o tratamento estatístico, foi aplicado o teste de qui-quadrado e, em todos os testes, foi utilizado o nível de significância  $\alpha$  igual a 5%. Os resultados da análise estatística foram obtidos com o auxílio do programa *Statistica 6.0*.

O projeto de estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPA em Belém, Pará conforme o disposto na Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo o parecer de aprovação Nº 514.297.

### 3 Resultados

Pelos dados coletados, a população idosa investigada é composta pelas seguintes faixas etárias: de 60 a 64 (25,18%) ( $n = 111$ ), seguidas por 65 a 69

(20,86%) (n = 92) com predomínio do sexo feminino (52,83%) (n = 233). O estudo revelou que a maioria dos idosos tem como estado civil o casamento ou a união estável (61,68%) (n = 272), reside com o cônjuge (61,22%) (n = 270), renda mensal de 1 a 3 salários mínimos aproximadamente (67,12%) (n = 296), possui ensino fundamental incompleto (61,45%) (n = 271) e cerca da metade está aposentada (49,66%) (n = 219) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil socioepidemiológico de idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, Pará em 2013.

| Variável                      | Quantidade | Percentual |
|-------------------------------|------------|------------|
| <b>Faixa etária</b>           |            |            |
| 60 - 65                       | 111        | 25,18      |
| 65 - 70                       | 92         | 20,86      |
| 70 - 75                       | 74         | 16,78      |
| 75 - 80                       | 64         | 14,51      |
| 80 - 85                       | 54         | 12,24      |
| 85 - 90                       | 33         | 7,48       |
| 90 - 95                       | 7          | 1,59       |
| 95 - 98                       | 6          | 1,36       |
| <b>Sexo</b>                   |            |            |
| Feminino                      | 233        | 52,83      |
| Masculino                     | 208        | 47,17      |
| <b>Estado civil</b>           |            |            |
| Casado/união estável          | 272        | 61,68      |
| Viúvo                         | 92         | 20,86      |
| Solteiro                      | 66         | 14,97      |
| Divorciado                    | 11         | 2,49       |
| <b>Renda familiar</b>         |            |            |
| Sem rendimento                | 31         | 7,03       |
| < 1                           | 112        | 25,4       |
| 1 - 3                         | 296        | 67,12      |
| 3 - 5                         | 2          | 0,45       |
| <b>Escolaridade</b>           |            |            |
| Não estudou                   | 111        | 25,17      |
| Ensino fundamental incompleto | 271        | 61,45      |
| Ensino fundamental completo   | 46         | 10,43      |
| Ensino médio incompleto       | 6          | 1,36       |
| Ensino médio completo         | 7          | 1,59       |

Continua

Continuação

| Variável             | Quantidade | Percentual |
|----------------------|------------|------------|
| <b>Com quem mora</b> |            |            |
| Cônjuge              | 270        | 61,22      |
| Filhos               | 103        | 23,36      |
| Sozinho              | 46         | 10,43      |
| Cuidador             | 11         | 2,49       |
| Irmãos               | 11         | 2,49       |
| <b>Ocupação</b>      |            |            |
| Aposentado           | 219        | 49,66      |
| Dona de casa         | 107        | 24,26      |
| Serviços gerais      | 55         | 12,47      |
| Lavrador(a)          | 30         | 6,8        |
| Motorista            | 8          | 1,81       |
| Sem ocupação         | 8          | 1,81       |
| Autônomo             | 6          | 1,36       |
| Caseiro(a)           | 4          | 0,91       |
| *Outros              | 4          | 0,91       |

Nota: \* Funcionário público, pastor, pescador, operador de máquinas etc.

As informações referentes às condições de vida desta população idosa constataram predomínio de idosos que não ingerem bebida alcoólica (82,12%) (n = 393), não possuem o hábito de fumar (86,39%) (n = 381) e não praticam atividade física (83,90%) (n = 370) (Tabela 2).

Tabela 2 – Hábitos de vida de idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, Pará em 2013.

| Variável                       | Quantidade | Percentual |
|--------------------------------|------------|------------|
| <b>Ingere bebida alcoólica</b> |            |            |
| Não                            | 393        | 89,12      |
| Sim                            | 48         | 10,88      |
| <b>Hábito de fumar</b>         |            |            |
| Não                            | 381        | 86,39      |
| Sim                            | 60         | 13,61      |
| <b>Atividade física</b>        |            |            |
| Não                            | 371        | 83,9       |
| Sim                            | 70         | 16,1       |
| <b>Medicamento para dormir</b> |            |            |
| Não                            | 409        | 93         |
| Sim                            | 32         | 7          |

Com relação às condições de saúde autorreferidas, predominaram o estado de saúde regular (54,65%) (n = 241) e os portadores de alguma doença crônica não transmissível (81,86%) (n = 361), dentre os quais se destaca a hipertensão arterial com (58,24%) (n = 318), e a maioria dos idosos se trata de doença crônica (97,80%) (n = 172) (Tabela 3).

Tabela 3 – Condições de saúde de idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, Pará em 2013.

| Variável  | Quantidade | Percentual |
|---|------------|------------|
| <b>Avaliação do estado de saúde</b>                   |            |            |
| Péssimo   | 0          | 0          |
| Ruim  | 37         | 8,39       |
| Regular   | 241        | 54,65      |
| Bom   | 156        | 35,37      |
| Ótimo   | 7          | 1,59       |
| <b>Possui doença crônica não transmissível (DCNT)</b> |            |            |
| Sim   | 361        | 81,86      |
| Não   | 80         | 18,14      |
| <b>Tipo de DCNT</b>                                   |            |            |
| Hipertensão arterial                                  | 318        | 58,24      |
| Diabetes  | 95         | 17,4       |
| Doença metabólica                                     | 42         | 7,69       |
| Doença musculoesquelética                             | 32         | 5,86       |
| Doença cerebral                                       | 18         | 3,3        |
| Doença cardíaca                                       | 17         | 3,11       |
| Doença degenerativa                                   | 11         | 2,01       |
| Doença respiratória                                   | 8          | 1,47       |
| Doença ocular   | 2          | 0,37       |
| Gastrite crônica                                      | 1          | 0,18       |
| Depressão   | 2          | 0,37       |
| <b>Uso de remédio</b>                                 |            |            |
| Sim   | 356        | 97,8       |
| Não   | 8          | 2,2        |
| <b>Vítima de queda</b>                                |            |            |
| Não   | 407        | 92,29      |
| Sim   | 34         | 7,71       |

A Tabela 4 mostra que 17,69% (n = 78) dos idosos foram hospitalizados nos últimos 12 meses, 24,36% (n = 19) dos idosos foram acometidos por acidente vascular cerebral (AVC), seguido de câncer (11,54%) (n = 9). A maioria dos idosos não sofreu queda nos últimos 12 meses (92,29%) (n = 407) e comparece ao serviço de saúde independentemente de estar doente (70,07%) (n = 309).

Tabela 4 – Condições de saúde de idosos da Estratégia Saúde da Família do Município de Benevides, Pará em 2013.

| Variável                             | Quantidade | Percentual |
|--------------------------------------|------------|------------|
| <b>Hospitalização</b>                |            |            |
| Não                                  | 363        | 82,31      |
| Sim                                  | 78         | 17,69      |
| <b>Comparece ao serviço de saúde</b> |            |            |
| Independente de estar doente         | 309        | 70,07      |
| Somente quando adoecer               | 132        | 29,93      |
| <b>Motivo de hospitalização</b>      |            |            |
| AVC*                                 | 19         | 24,36      |
| Câncer                               | 9          | 11,54      |
| Afecção ocular                       | 7          | 8,97       |
| Cirurgia abdominal                   | 6          | 7,69       |
| Afecção pulmonar                     | 4          | 5,13       |
| Cardiopatía                          | 4          | 5,13       |
| Cirurgia inguinal                    | 4          | 5,13       |
| Fratura                              | 4          | 5,13       |
| Infecção urinária                    | 4          | 5,13       |
| Afecção gastrointestinal             | 3          | 3,85       |
| Cirurgia vascular                    | 3          | 3,85       |
| Cirurgia ginecológica                | 2          | 2,56       |
| Crise hipertensiva                   | 2          | 2,56       |
| Radioterapia                         | 2          | 2,56       |
| Outros**                             | 5          | 5,12       |

Nota: \* Acidente vascular cerebral.

\*\* Anemia grave, cirurgia cardíaca, crise hipertensiva/AVC, dengue clássica e hipoglicemia.

#### 4 Discussão

Um dos fenômenos que tem chamado a atenção na sociedade é o extraordinário crescimento da população acima dos 60 anos tanto nos países em



desenvolvimento como nos desenvolvidos (TRINDADE et al., 2011), fato este relacionado ao declínio nas taxas de fecundidade e de mortalidade (CARDOSO et al., 2012). Nas grandes cidades e nos países desenvolvidos, cerca de 20% da população estaria enfrentando modificações que ocorrem na terceira idade como a fragilidade inerente ao envelhecimento, a qual traz um aumento da demanda de cuidados intensivos e contínuos (MENEZES; VICENTE, 2007).

Uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) mostra que a proporção de idosos na população no Brasil passou de 3,00% em 1991 e 3,60% em 2000 para 4,60% em 2010. No presente estudo, constatou-se o predomínio de idosos na faixa etária de 60 a 64 anos, sendo acompanhados pela Estratégia Saúde da Família.

No presente estudo, predominam mulheres (52,83%), afirmando a feminização da velhice e corroborando os resultados de Santos e Mattos (2011): ao analisar idosos do município de Guarimiranga, Ceará, os autores encontraram que 60,30% dos participantes eram mulheres. Pilger et al. (2011) revelam, em sua pesquisa com idosos do município de Guarapuava, Paraná, que 64,40% dos participantes eram mulheres.

Quanto ao estado civil, predomina o estado conjugal, no qual os idosos se incluem como casados legalmente ou em união estável. Dados semelhantes são encontrados em Nunes et al. (2010): seu estudo sobre idosos atendidos pelas equipes de saúde no Distrito Sanitário Leste de Goiânia, em Goiás, evidenciou que 50,80% dos idosos são casados e 33,80% são viúvos. No entanto, divergências são apontadas no estudo com idosos realizado no município de Dourados, Minas Gerais por Alvarenga et al. (2010), que descobriu discreto predomínio de viúvos com 42,90% contra 41,60% de casados. A maioria dos idosos reside com o cônjuge, afirmando este resultado em pesquisa realizada por Pilger et al. (2011), em que 57,70% dos idosos coabitam com cônjuge. Santos e Mattos (2011) revelam que 59,10% dos idosos são casados(as) ou têm um(a) companheiro(a).

Quanto à renda familiar, a maioria dos idosos disse receber de 1 a 3 salários mínimos, o que corrobora o resultado do estudo de Campos et al. (2009) com idosos no Município de Botucatu, São Paulo, em que 42,50% da amostra de idosos recebem rendimentos de até 3 salários mínimos, provenientes em geral de aposentadoria e pensões. Em um estudo com idosos em Ribeirão Preto, São Paulo, Pedrazzi et al. (2010) encontraram que a maior parte dos idosos recebe entre 1 e 3 salários mínimos. A Estratégia Saúde da Família precisa levar em consideração esta situação financeira a fim de promover ações de saúde para que se possa prevenir as condições crônicas de saúde.

No que se refere ao grau de escolaridade, revela-se nos achados do estudo que o maior percentual de idosos está centrado no ensino fundamental

incompleto, ou seja, a maioria dos idosos tem até 4 anos de escolaridade, resultado que coincide com o dos estudos de Nunes et al. (2010), segundo os quais 43,80% dos idosos com doenças crônicas em vários municípios do Brasil (Belém, Pará; Parnaíba, Piauí; Campina Grande, Paraíba; Poços de Caldas, Minas Gerais; Ermelino Matarazzo, São Paulo, São Paulo; Campinas, São Paulo; e Ivoti, Rio Grande do Sul) têm de 1 a 5 anos de escolaridade, o que representa o ensino fundamental incompleto. Modenese et al. (2013) revelam que o grau de escolaridade interfere na qualidade de vida dos idosos, reforçando, assim, a importância da educação nesta faixa etária. Jerônimo (2011) encontrou que 51,00% dos idosos declaram ter ensino fundamental incompleto. Estes resultados corroboram ainda o de Campos et al. (2009), segundo os quais 50,00% dos idosos estudaram até o nível fundamental completo. Este grau de escolaridade evidencia a necessidade de ampliarmos a educação nesta população para que ela possa alcançar um envelhecimento ativo e saudável.

Quanto à ocupação, a maior parte ( $n = 219$ ) dos idosos é aposentada. A aposentadoria se configura na segurança individual que marca a sociedade moderna; é neste contexto que se encerra um ciclo produtivo e se inicia uma política previdenciária assegurando uma renda permanente ao idoso (MENDES, 2010). Em estudo realizado por Frumi e Celich (2006) com idosos de um grupo de convivência da terceira idade em Alto Uruguai, Rio Grande do Sul, as aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de rendimento. Santos e Mattos (2011) demonstram que são aposentados 87,40% dos idosos residentes em Guaramiranga, Ceará cadastrados pelas equipes da Saúde da Família deste município.

Em termos de hábitos de vida, constatou-se que predominam idosos que não ingerem bebida alcoólica (somente 10,88% bebem), o que corrobora os resultados do estudo de Xavier et al. (2008), que, ao analisarem a população idosa adstrita à Estratégia Saúde da Família de Florianópolis, Santa Catarina, encontraram que a maioria não consome bebidas alcoólicas (98,90%). Também o estudo de Jerônimo (2011) sobre condições de saúde em idosos na cidade de Natal, Rio Grande do Norte encontrou baixo consumo de bebida alcoólica entre os idosos, enquanto Ferreira et al. (2010), em estudo com idosos atendidos no posto de saúde da vila IAPI em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, encontram a prevalência para o consumo de bebida alcoólica de 6,00%, resultado pouco abaixo do encontrado neste estudo. Este resultado demonstra um fator de risco para esta população no que se refere ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, porém ressalta-se que a equipe estratégia da saúde está atuando na promoção da saúde destes idosos.

Quanto ao hábito de fumar, a maioria dos idosos não fuma, o que corrobora os achados de Xavier et al. (2008): em seu estudo, 96,60% dos idosos não

têm o hábito de fumar. Os autores enfatizam a importância da estratégia da saúde da família no acompanhamento destes idosos. Em inquérito realizado, Borim, Barros e Neri (2012) evidenciam que 67,70% dos idosos no município de Campinas, São Paulo também não têm o hábito de fumar. Peixoto, Firmo e Lima-Costa (2006), em estudo com idosos residentes na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais (Projeto Bambuí) mostram que se reduz o tabagismo à proporção que o indivíduo envelhece e que aumenta sua escolaridade, uma vez que o tabagismo é associado ao baixo grau de escolaridade e à baixa renda familiar do idoso. Quanto à atividade física, o estudo revelou o predomínio dos idosos que não a praticam, corroborando com o resultado do estudo de Nunes et al. (2010), que registra o sedentarismo em 62,00% dos idosos. Em estudo realizado por Siqueira et al. (2008) com idosos atendidos em unidades básicas de saúde de PSF (Programa Saúde da Família) em diversos estados do Brasil, que incluem Rio Grande do Sul e Santa Catarina, na Região Sul; e Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí na Região Nordeste, foi registrado que 58,00% não realizam atividade física.

No que se refere às condições de saúde, a maioria dos idosos considera seu estado de saúde como regular. Supõe-se que o autorreferido estado de saúde regular tenha relação ao comparecimento periódico dessa população ao serviço de saúde, situação que lhes dá sensação de segurança, neste sentido. Pilger et al. (2011) revelam que o estado de saúde dos idosos foi considerado bom para 54,80% e ruim para 31,70%. O estudo realizado por Nunes et al. (2010) mostra que 66,50% dos idosos consideram sua saúde regular.

No presente estudo, constatou-se o predomínio de portadores de alguma doença crônica não transmissível, o que corrobora os achados de Pilger et al. (2011), segundo os quais 88,30% dos idosos entrevistados portam alguma doença crônica não transmissível. Também, Santos e Mattos (2011) revelam que 79,10% dos idosos pesquisados por si são portadores de alguma doença crônica não transmissível. Tal resultado se confirma ainda com o estudo realizado por Nunes et al. (2010), que encontrou que 70,90% dos idosos possuem alguma doença crônica não transmissível.

A população idosa do estudo foi acometida por problemas cardiovasculares, predominando a hipertensão arterial. Estudos afirmam que 79,10% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relatam ser portadores de, pelo menos, uma doença crônica, sendo a doença crônica não transmissível mais prevalente a hipertensão arterial, segundo Mendes (2010). Em seu estudo, Nunes et al. (2010) evidenciaram que a hipertensão arterial foi a morbidade mais incidente em idosos, contando com 62,70%. O estudo realizado por Rocha et al. (2011) com idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina,

Piauí revelou que a hipertensão arterial atinge 85,90% dos idosos, resultado semelhante ao estudo com idosos no município de Bambuí, Minas Gerais, que revela a incidência da hipertensão arterial em 61,50% dos idosos.

Quanto à utilização de medicamentos entre os idosos deste estudo, prevaleceu a utilização daqueles destinados ao tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Rocha et al. (2011), Menezes et al. (2008) e Nunes et al. (2010) verificaram que o consumo de medicamentos entre os idosos é muito alto, tendência que cursa com o processo de envelhecimento, as doenças crônicas não transmissíveis e suas comorbidades, sendo utilizados rotineiramente por este grupo etário. No entanto, deve-se levar em consideração o consumo inadequado dos medicamentos, o que pode desencadear o fenômeno da polifarmácia (uso de pelo menos uma droga desnecessária no rol de prescrições supostamente necessárias) e de iatrogenia (efeito patogênico de uma droga ou interação de várias drogas) (OLIVEIRA et al., 2009).

Quando analisamos a hospitalização dos idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, encontramos 17,69% de hospitalizados nos últimos 12 meses (n = 78), taxa considerada alta quando comparada aos dados do estudo de Pilger et al. (2011), que revelam hospitalização de 8,40% em idosos, o que mostra a fragilidade de sua saúde, requerendo melhor acompanhamento por parte das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Foi verificado, ainda, que a principal causa de hospitalização desses idosos é o acidente vascular cerebral. O estudo de Pereira et al. (2009) sobre perfil epidemiológico de idosos atendidos pelo Programa saúde da Família situado no município de Vassouras, Rio de Janeiro constatou que a incidência de AVC em pessoas com 60 anos ou mais é de 2,93%. Rocha et al. (2011) mostram que a prevalência de AVC em idosos é de 4,20%. A pesquisa realizada por Cruz e Diogo (2009) com idosos atendidos em diferentes serviços de saúde no município de Campinas, São Paulo demonstra a ocorrência de AVC em 34,10%.

No presente estudo, apenas 7,71% (n = 34) dos idosos de Benevides afirmam ter caído, o que pode ser explicado pelo fato de a maioria 46,04% (n = 203) dos entrevistados estarem na faixa etária de 60 a 69 anos. Numa pesquisa sobre quedas em idosos na cidade de Baltimore, Maryland, Estados Unidos, Talbot et al. (2005) encontraram que 21,00% dos adultos com idade entre 46 e 65 anos caíram nos dois anos em que o estudo foi realizado, demonstrando que o risco de quedas aumenta com o avançar da idade. Sendo assim, idosos mais jovens, como os de Benevides, podem subestimar este fato e não reportar as quedas como problema de saúde.

Constata-se que os idosos procuram atendimento médico mesmo sem estarem doentes (70,07%) (n = 309), corroborando resultados obtidos por Pilger,

Menon e Mathias (2011), segundo os quais 70,40% população idosa é grande usuária dos serviços de saúde, principalmente os serviços públicos devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Segundo a literatura, 70,00% dos idosos afirmam procurar atendimento médico mesmo sem estarem doentes (MENDES, 2010).

## 5 Considerações finais e implicações

O presente estudo permitiu maior domínio da temática *idoso e suas condições de vida e saúde nos serviços de atenção primária*, fazendo com que o usuário idoso seja mais bem percebido e entendido na sua integralidade. No seu desenvolvimento, foi possível conhecer o perfil socioepidemiológico das condições de vida e saúde deste extrato populacional atendido pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

A população idosa estudada é jovem, vive em companhia do cônjuge (de fato ou de direito), é aposentada e sedentária, porém não é tabagista nem elitista. Autorrefere-se sua condição de saúde como *regular*, fato este que pode ser explicado pelo constante comparecimento aos serviços de saúde. A hipertensão arterial (HÁ) é a doença crônica prevalente, seguida por *diabetes mellitus* (DM) e hábitos de vida pouco saudáveis, o que motiva os Programas de Saúde da Família a buscarem estratégias especialmente dirigidas ao usuário idoso com o foco na prevenção precoce da cronicidade e seus agravos entre usuários adultos maduros.

Os resultados do presente estudo poderão contribuir para as políticas públicas de saúde coletiva e programas gerontológicos específicos com vistas ao desenvolvimento do processo de envelhecimento ativo com qualidade de vida para a população de faixa etária mais avançada. Sugere-se novos estudos que estabeleçam a relação entre a condição de vida, a saúde e qualidade de vida.

### LIVING AND HEALTH CONDITIONS OF ELDERLY USERS IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM

#### abstract

The study's objectives were to know and describe living conditions and health of the elderly population enrolled and attended in the Family Health Program. It is a descriptive, analytical and cross-sectional research of a quantitative approach using the chi-square test with a significance

value of 5%. The study's sample consisted of 441 elderly members of the Family Health Program (PSF) of the municipality of Benevides, Pará with the utilization of the protocol for elderly from the Ministry of Health. Results showed most of the elderly people is 60-64 years old; they are female, married, Catholic and with a family income from one to three minimum wages. Most of them did not drink alcohol beverages and did not have smoking habits; however, they did not practice physical activities or had an adequate diet. Arterial hypertension (AH) was the most prevalent chronic disease and was followed by Diabetes Mellitus (DM). PSFs are induced to search for strategies specifically targeted to assist the elderly stratum, addressing an early approach for chronicity prevention and its grievances among mature adult users.

#### key words

Nursing. Elderly. Health Conditions. Family Health Program. Chronicity Prevention.

#### referências

- ALVARENGA, Márcia Regina Martins et al. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1046-1051, dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 152 p. Série G. Estatística e Informação em Saúde.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; n. 19.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 24 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
- BOLFARINE, Heleno; SANDOVAL, Mônica Carneiro. *Introdução à Inferência Estatística*. Rio de Janeiro: SBM, 2005.
- BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; NERI, Anita Liberalesso. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 769-780, abr. 2012.
- BUSSAB, Wilton; MORETTIN, Pedro. *Estatística Básica*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.
- CAMPOS, Frederico Grizzi et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 77-86, jan. 2009.

CRUZ, Keila Cristiane Trindade; DIOGO, Maria José D'Elboux. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 666-672, out. 2009.

FRUMI, Cailene; CECLICH, Lilian Sedrez. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 3, n. 2, p. 92-100, dez. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

JERÔNIMO, Silvana Helena Neves de Medeiros. *A pessoa idosa com doença crônica não transmissível atendida em serviços de média complexidade na cidade de Natal/RN*. 2011. 119 f. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

MAGALHÃES, Marcos; LIMA, Antonio Carlos. *Noções de Probabilidade e Estatística*. 7. ed. São Paulo: EDUSP, 2011. 416 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

\_\_\_\_\_. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENEZES, Fabiana Gatti de et al. Consumo medicamentoso em idosos na região centro-oeste da cidade de São Paulo. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 5, n. 22, p. 126-130, jul./ago. 2008.

MENEZES, Leticia Neiva; VICENTE, Laélia Cristina Caseiro. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 90-98, jan./mar. 2007.

MODENESE, Denis Marcelo et al. Perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos: qualidade de vida associada com renda, escolaridade e morbidades. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 387-399, dez. 2013.

NUNES, Daniela Pires et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, set. 2010.

OLIVEIRA, Camila Alves Paes de et al. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1007-1016, jan./jun. 2009.

PAPALÉO NETTO, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2007.

PEDRAZZI, Elizandra Cristina et al. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 18-25, jan./fev. 2010.

PEIXOTO, Sergio Viana; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1925-1934, set. 2006.

PEREIRA, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, set. 2009.

PILGER, Calíope; MENON, Mario Humberto; MATHIAS, Thais Aídar de Freitas. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, ago./set. 2011.

ROCHA, Francisca Cecília Viana et al. Perfil de idosos assistidos por equipe da Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí. *Revista Interdisciplinar*, Teresina, v. 4, n. 4, p. 36-41, out./dez. 2011.

SANTOS, Maria Auxiliadora Bessa; MATTOS, Inês Echenique. Condições de vida e saúde da população idosa do Município de Guaramiranga-CE. *Epidemiologia & Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20, n. 2, p. 193-201, jun. 2011.

SIQUEIRA, Fernando V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangências de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste de Brasil. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 39-54, jul./set. 2008.

TALBOT, Laura A. et al. Falls in young, middle aged and older community dwelling adults: perceived causes, environmental factors and injury. *BMC Public Health*, London, v. 5, n. 85, Aug. 2005.

TRINDADE, Thais Marinho et al. Capacidade pulmonar de idosos praticantes de hidroginástica. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 79-96, jun. 2011.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009.

XAVIER, André Junqueira et al. Adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1543-1551, set./out. 2008.

Recebido: 25/05/2014  
Aceite Final: 15/01/2015