

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Sociodemographic and Health Profile of the Elderly in the city of João Pessoa – PB

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Conhecer o perfil sociodemográfico e de saúde física de idosos adscritos em Unidades de Saúde da Família (USF) em João Pessoa-PB, Brasil, e os fatores associados aos diagnósticos autorreferidos. **Métodos:** A amostra foi composta por 401 idosos com 60 anos ou mais inseridos nas USF, selecionados através de sorteio aleatório de prontuários das famílias. Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário semiestruturado. Foram calculadas as prevalências e seus respectivos IC 95% das características da amostra e para verificar a heterogeneidade entre as proporções utilizou-se o teste do qui-quadrado. **Resultados:** Da população estudada, 67,6% (n=271) eram do sexo feminino, 53,6% (n=215) possuíam entre 60-69 anos e 54,9% (n=220) encontravam-se casados. Cerca de 50,4% (n=202) autoperceberam sua saúde como regular e 52,1% (n=209) apresentaram algum grau de dependência para a realização de atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Encontrou-se associação significante ($p > 0,005$) entre o número de diagnósticos autorreferidos e as variáveis sexo, autopercepção de saúde, total de medicamentos ingeridos por dia e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). **Conclusão:** O perfil da população apresenta predominância de mulheres na faixa etária entre 60-69 anos, casadas, coabitando com no máximo cinco pessoas, sendo os filhos as pessoas de maiores vínculos com os idosos, com pouco mais da metade da amostra não sabendo ler e escrever, e com renda total do domicílio entre dois e três salários mínimos. Os idosos apresentaram também independência para a realização das atividades de vida diária e dependência leve ou moderada para a realização de pelo menos uma das atividades instrumentais de vida diária.

Descritores: Saúde do idoso; Perfil de Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To explore the sociodemographic profile and physical health of elderly enrolled in Family Health Units (USF) in the city of João Pessoa – PB, Brazil, and the factors associated with self-reported diagnoses in this population. **Methods:** The sample consisted of 401 elderly aged 60 years or more enrolled in USF, selected through a random drawing of families' medical charts. A semi-structured questionnaire was applied to collect data. Prevalence rates and their related IC 95% were calculated for sample characterization and chi-square test was used to verify heterogeneity among the proportions. **Results:** In the assessed population, 67.6% (n=271) were female, 53.6% (n=215) were aged 60-69 and 54.9% (n=220) were married. Regarding health conditions, 50.4% (n=202) self-perceived their health as fine and 52.1% (n=209) displayed some degree of dependence to perform instrumental activities of daily living (IADL). Significant association was found ($p > 0.005$) between the number of self-reported diagnoses and gender, self-rated health, amount of medicine ingestion per day and instrumental activities of daily living. **Conclusions:** The profile of population reveals predominance of women, aged 60-69 years, married, living with a maximum of five people, the children being the ones with the strongest linkage to the elderly, with just over half of the sample not knowing how to read and write, and total household income in the interval of two and three minimum wages. The elderly also showed independence to perform activities of daily living and light or moderate degree of dependence to perform at least one of the instrumental activities of daily living.

Descriptors: Health of the Elderly; Health Profile; Family Health.

Laryssa Dantas Dias⁽¹⁾
Geraldo Eduardo Guedes de Brito⁽¹⁾
Franklin Delano Soares Forte⁽¹⁾
Kalina Menezes Brindeiro de Araújo⁽¹⁾
Eleazar Marinho de Freitas Lucena⁽¹⁾

1) Universidade Federal da Paraíba – UFPB
– João Pessoa (PB) – Brasil

Recebido em: 01/07/2011

Revisado em: 10/10/2011

Aceito em: 28/10/2011

INTRODUÇÃO

O número de idosos no Brasil vem aumentando rapidamente, em quantidade e em termos de expectativa de vida, desde a segunda metade do século XX, caracterizando, assim, a transição demográfica e epidemiológica no país^(1,2). Estes dois fenômenos estão ocorrendo no Brasil como um todo e em um contexto de importantes desigualdades socioeconômicas construídas historicamente. Assim, eles são processos universais, mas não homogêneos, com características diferenciadas quando se considera as dimensões continentais e a diversidade das regiões brasileiras e indicadores sociais da população⁽³⁾.

Este processo foi construindo-se ao longo das últimas décadas e o seu primeiro fator causal pode ser atribuído à explosão demográfica ocorrida entre os anos de 1940 e 1960. Neste período, o país vivenciou uma redução importante da mortalidade geral e a manutenção de uma elevada taxa de natalidade. A partir da década de 1960, impulsionado pela melhoria das condições gerais de vida dos brasileiros, verificou-se também um declínio da taxa de fecundidade, consolidando, então, o envelhecimento da população⁽⁴⁾. Em 1960, o Brasil possuía 3 milhões de idosos, passando a ter 7 milhões em 1975 e impressionantes 20 milhões em 2008, o que representou um incremento de cerca de 700% no número absoluto desta faixa etária no país⁽²⁾. Segundo dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população com 60 anos ou mais chegou a mais de 20.590.000 pessoas em todo o país no ano de 2010. Destes, mais de 5 milhões se encontram na região Nordeste e cerca de 451.000 idosos estão no estado da Paraíba⁽⁵⁾.

Com o incremento da idade, os problemas de saúde tendem a aumentar e a se agravar, principalmente com o acúmulo das doenças crônico-degenerativas típicas do envelhecimento, que demandam cuidados prolongados e onerosos, e que podem levar a complicações importantes, comprometendo a autonomia e a independência do indivíduo⁽⁶⁾. Entretanto, é possível que o idoso com doenças crônicas seja considerado um indivíduo independente e autônomo, através do controle e acompanhamento adequado de suas doenças, evitando, assim, as incapacidades associadas⁽⁷⁾. Logo, o envelhecimento saudável independe da presença ou não de doenças e está associado ao conjunto: saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica⁽⁶⁾.

Um dos grandes desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) é capacitar e adequar a sua rede de serviços, em especial a Atenção Primária, para o atendimento das necessidades da população idosa. Em decorrência do envelhecimento da população é importante a capacitação dos profissionais em todos os níveis de atenção à saúde,

por meio da qualificação dos mesmos para que possam cuidar integralmente do idoso⁽⁸⁾. Cerca de 70% dos idosos brasileiros não possuem planos privados de saúde, o que aumenta ainda mais a responsabilidade do SUS em garantir o acesso e a qualidade da assistência oferecida⁽⁹⁾. Cabe destacar que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) expandiu ainda mais a cobertura assistencial para amplas parcelas populacionais antes sem acesso à atenção à saúde, com oferta diversificada de serviços, ainda que insuficiente⁽¹⁰⁾. No ano de 2007, a ESF foi responsável pelo atendimento primário de 46,6% da população brasileira, correspondendo a aproximadamente 87,7 milhões de pessoas⁽¹¹⁾.

Neste cenário, os estudos de perfil socioeconômico e de saúde física são de extrema relevância para a formulação e sistematização das políticas de saúde, sua contribuição para os serviços de saúde representa um grande desafio para um melhor entendimento dos determinantes de saúde da população idosa⁽¹²⁾. Eles possibilitam a identificação das necessidades deste grupo populacional para que sejam desenvolvidas ações voltadas à manutenção da sua independência e autonomia, além de estratégias de educação permanente para os trabalhadores do SUS⁽⁸⁾.

Assim, o presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e de saúde física de idosos adscritos em Unidades de Saúde da Família (USF) no município de João Pessoa – PB e os fatores associados ao número de diagnósticos autorreferidos por esta população.

MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido com base nos dados obtidos pelo projeto de pesquisa “Avaliação Multidimensional de Idosos Adscritos à ESF no Município de João Pessoa – PB” em parceria com o Programa de Educação pelo Trabalho – PET – Saúde da Família. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e de base domiciliar realizado nas comunidades do município de João Pessoa, envolvendo sujeitos com 60 anos ou mais, adscritos nas USF.

Para o cálculo da amostra, considerou-se como população fonte os 59.763 sujeitos com 60 anos ou mais, cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), nas 180 USF de João Pessoa – PB. O tamanho amostral foi definido a partir da fórmula: $n = Z^2 PQ/d^2$; sendo n = tamanho amostral mínimo, Z = variável reduzida, P = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado, $Q = 1-P$; d = precisão desejada. Adotou-se $p = 50\%$, por se tratar de uma avaliação multidimensional, e a precisão almejada para o estudo de 10%. Com base nesse critério, a amostra mínima calculada foi de 380 sujeitos.

Realizou-se a composição da amostra, a partir do sorteio aleatório de 10, ao máximo de 12 prontuários de domicílios

com usuários cadastrados, com 60 anos ou mais, de duas microáreas de 18 USF do município, distribuídas em seis diferentes bairros. Destas USF, sortearam-se 17 entre as 42 que eram cenários de práticas do PET – SAÚDE DA FAMÍLIA no ano de 2010, e uma sorteada aleatoriamente entre as USF do distrito sanitário V. Foram incluídos sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, adscritos em uma das 18 USF selecionadas, que aceitaram participar do estudo e alcançaram escore superior a 18 pontos (alfabetizados) e 13 pontos (analfabetos) no Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹³⁾.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistadores previamente treinados para a abordagem dos sujeitos, preenchimento do instrumento e realização da entrevista propriamente dita. Os dados foram coletados no domicílio, através de uma entrevista semiestruturada, devidamente agendada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das USF. Os indivíduos que aceitaram participar da entrevista assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sendo assim, a população do estudo compreendeu 401 idosos.

As variáveis abordadas neste estudo foram: sociodemográficas (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda), de saúde física (autopercepção da saúde, morbidades referidas e utilização de medicamentos) e de Capacidade Funcional (Atividades da vida diária – AVD e atividades instrumentais de vida diária – AIVD). Para a coleta dos dados sociodemográficos utilizaram-se questões do “*Brazil Old Age Schedule – BOAS*”⁽¹⁴⁾; para os dados de saúde física foram utilizadas questões da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003 – PNAD 2003⁽¹⁵⁾ e para avaliação da capacidade funcional foram utilizados dois instrumentos: o Índice de Katz^(16,17), que avalia o desempenho funcional de seis atividades consideradas básicas da vida cotidiana de idosos (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se); e a Escala de Lawton⁽¹⁸⁾, que avalia o desempenho nas AIVD através de nove dimensões, como uso de medicação, preparo de refeições e manejo do dinheiro.

Através do programa Epi Info™ ocorreu a entrada de dados, o controle de qualidade e o processamento dos mesmos. Para a caracterização da amostra, calcularam-se as prevalências e seus respectivos IC 95%, e para a avaliação da heterogeneidade das proporções nos subgrupos, no que se refere à associação entre números de diagnósticos autorreferidos e as características da amostra, utilizou-se o teste qui-quadrado.

A Secretaria Municipal de Saúde do município de João Pessoa autorizou a execução da presente pesquisa, a qual recebeu aprovação do Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB (protocolo n° 365/10).

RESULTADOS

Entre o período de agosto a dezembro de 2010 foram entrevistados 401 sujeitos. Esta amostra foi composta, predominantemente, por idosos do sexo feminino (n=271/ 67,6%), com média de idade de 70 anos ($\pm 9,0$). A distribuição por faixas etárias não foi homogênea, na medida em que mais da metade dos sujeitos encontram-se na faixa de 60-69 anos (n=215/ 53,6%), seguidos dos de 70-79 anos (n=128/ 31,9%) e 80 anos e mais (n=58/ 14,5%). A maioria dos idosos declarou-se casado (n=220/ 54,9%) e coabitando com 3 a 5 pessoas (n=209/ 52,1%). No que se refere ao vínculo entre as pessoas que residem no mesmo domicílio que os idosos, verificou-se que viver com os filhos (n=276/ 68,8%), cônjuges (n=214/ 53,4%) e netos (n=178/ 44,4%) foram as situações mais frequentes. Dos entrevistados, (n=201/ 50,1%) não sabem ler e escrever, com renda total do domicílio para a maioria dos entrevistados menor que três e maior que dois salários mínimos (n=158/ 39,4%), e menor que dois e maior que um salário mínimo (n=131/ 32,75%). Estas características encontram-se apresentadas na Tabela I.

Sobre o seu próprio estado de saúde, 50,4% (n=202) dos idosos o perceberam como regular, 28,9% (n= 116) como bom ou muito bom e 20,7% (n=83) como ruim ou muito ruim. Apenas 3,5% (n=14) dos entrevistados declararam-se livres de qualquer doença, enquanto que a maioria (n=225/ 56,1%) aludiu quatro ou mais diagnósticos. Os diagnósticos autorreferidos mais prevalentes foram os problemas de visão (n=289/ 72,1%), a hipertensão arterial sistêmica (n=267/ 66,6%), os problemas de circulação (n=192/ 47,9%), as doenças reumáticas (n=184/ 45,9%) e os problemas de memória (n=155/ 38,7%), mesmo sendo critério de inclusão no estudo a obtenção de escores acima dos pontos de corte no MEEM para sugestão de comprometimento neste último diagnóstico. Quanto ao uso diário de medicamentos, 62,6% (n=251) declararam ingerir de um a três medicamentos e 20,2% (n=81) quatro ou mais.

Em relação às seis atividades de vida diária avaliadas pelo índice de Katz, 87,0% (n=349) da amostra foi completamente independente. A dependência parcial foi verificada em 10,2% (n=42) e a dependência completa em 2,8% (n=11), ambas em pelo menos uma dimensão do instrumento. Nas AIVD, avaliadas pela escala de Lawton, 52,1% (n=209) da amostra apresentou dependência leve ou moderada em pelo menos uma das atividades investigadas e 46,6% (n=187) declararam-se completamente independentes.

Foram encontradas associações significantes ($p > 0,005$) entre o número de diagnósticos autorreferidos e as variáveis sexo, autopercepção de saúde, total de medicamentos

Tabela I – Características sociodemográficas e econômicas da amostra. João Pessoa – PB, 2010.

Características	n	%	IC 95%
Sexo			
Feminino	271	67,6	62,7 - 72,1
Masculino	130	32,4	27,9 - 37,3
Faixa etária			
60-69 anos	215	53,6	48,6 - 58,6
70-79 anos	128	31,9	27,4 - 36,8
80 anos e mais	58	14,5	11,2 - 18,4
Estado civil			
Casada(o)	220	54,9	49,8 - 59,8
Viúva(o)	111	27,7	23,4 - 32,4
Separada(o)	37	9,2	6,7 - 12,6
Solteira(o)	33	8,1	5,8 - 11,5
Número de pessoas que vivem no domicílio			
De 3 a 5 pessoas	209	52,1	47,1 - 57,1
De 0 a 2 pessoas	117	29,2	24,8 - 33,9
6 ou mais pessoas	75	18,7	15,1 - 22,9
Vínculo com o idoso dos que cohabitam*			
Filhos	276	68,8	64,0 - 73,3
Cônjuge	214	53,4	48,4 - 58,3
Neto(s)	178	44,4	39,5 - 49,4
Genro(a)/nora(s)	72	18,0	14,4 - 22,1
Bisneto(s)	15	3,7	2,2 - 6,2
Irmão(s), primo(s) ou amigo(s)	13	3,2	1,8 - 5,9
Outro(s)	33	8,2	5,8 - 11,5
Sabe ler e escrever			
Sim	200	49,9	44,9 - 54,9
Não	201	50,1	45,1 - 55,1
Renda do domicílio**			
< 3 salários \geq 2 salários	158	39,4	34,6 - 44,4
< 2 salários \geq 1 salário	131	32,7	28,1 - 37,5
\geq 3 salários	92	22,9	19,0 - 27,4
< 1 salário	20	5,0	3,2 - 7,7

*Os sujeitos poderiam ter mais de um vínculo.

** Valor do salário mínimo na ocasião da coleta de dados: 510,00 reais.

ingeridos por dia e atividades instrumentais de vida diária, conforme apresentado na Tabela III.

No que se refere ao sexo, as mulheres apresentaram prevalência maior de quatro ou mais diagnósticos quando comparadas aos homens, com valor de $p < 0,001$. Idosos que perceberam o seu próprio estado de saúde como regular, ruim e muito ruim também apresentaram maior prevalência de quatro ou mais diagnósticos autorreferidos ($p < 0,001$). O incremento no número de medicamentos acompanhou o acúmulo de diagnósticos ($p < 0,001$) assim como a presença

de algum grau de dependência em pelo menos uma atividade instrumental de vida diária ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

A composição predominante de mulheres, observada no presente estudo, seguiu a tendência mundial no que se refere ao sexo de indivíduos com sessenta anos ou mais. Os resultados do Censo Demográfico realizado no ano 2010, disponíveis no DATASUS, apontaram que as

Tabela II – Características de saúde física da amostra. João Pessoa – PB, 2010.

<i>Características</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>IC 95%</i>
Auto-percepção da saúde			
Regular	202	50,4	45,4 – 55,4
Muito boa ou boa	116	28,9	24,6 – 33,7
Muito ruim ou ruim	83	20,7	16,9 – 25,1
No de diagnósticos autorreferidos			
4 ou mais diagnósticos	225	56,1	51,1 – 61,0
1 a 3 diagnósticos	162	40,4	35,6 – 45,4
Nenhum diagnóstico	14	3,5	2,0 – 5,9
Diagnósticos autorreferidos*			
Comprometimento visual	289	72,1	67,4 – 76,4
Hipertensão arterial	267	66,6	61,7 – 71,1
Comprometimento circulatório	192	47,9	42,9 – 52,9
Acometimentos reumáticos	184	45,9	40,9 – 50,9
Comprometimento de memória	155	38,7	33,9 – 43,6
Osteoporose	117	29,9	24,8 – 33,9
Diabetes	94	23,4	19,4 – 28,0
Depressão	93	23,2	19,2 – 27,7
Cardiopatas	67	16,7	13,3 – 20,8
Comprometimento de marcha/equilíbrio	29	7,2	4,4 – 9,5
Acidente vascular encefálico	26	6,5	5,0 – 10,3
Acometimentos respiratórios	26	6,5	4,4 – 9,5
Comprometimento auditivo	12	3,0	1,6 – 5,3
Doença de Parkinson	11	2,7	1,4 – 5,0
Neoplasias	10	2,2	1,3 – 4,7
Outros	64	15,9	12,4 – 19,7
Nº de medicamentos em uso			
1 a 3 medicamentos	251	62,6	57,6 – 67,3
4 ou mais medicamentos	81	20,2	16,4 – 24,5
Nenhum medicamento	69	17,2	13,7 – 21,3
AVDS			
Independentes	349	87,0	83,1 – 89,9
Dependência leve ou moderada em pelo menos uma AVD	42	10,2	7,7 – 14,0
Dependência completa	11	2,8	1,3 – 4,7
AIVDS			
Dependência leve ou moderada em pelo menos uma AIVD	209	52,2	41,7 – 51,6
Independentes	187	46,6	47,1 – 57,1
Dependência completa	5	1,2	0,5 – 3,1

*Os entrevistados poderiam ter mais de um diagnóstico autorreferidos.

mulheres representavam 61,1% do total da população da área urbana de João Pessoa, percentual superior quando comparado ao do estado da Paraíba (58,8%), da região Nordeste (57,7%) e do Brasil (57,1%)⁽¹⁹⁾. A feminização da população idosa pode estar associada ao fato de a ida mais

frequente aos serviços de saúde, quando comparadas aos homens⁽²⁰⁾. Da mesma forma, as doenças letais acometem mais os homens, enquanto que as incapacitantes e crônicas predominam no sexo feminino, podendo estar associado ao estilo de vida adotado por homens e mulheres⁽²¹⁾. Neste

Tabela III – Associação entre características da amostra e número de diagnósticos autorreferidos. João Pessoa – PB, 2010.

Características	0-3 diagnósticos		4 ou mais diagnósticos		p
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	93	34,3	178	65,7	< 0,001
Masculino	83	63,8	47	36,2	
Autopercepção de saúde					
Positiva	78	67,2	38	32,8	<0,001
Negativa	98	34,4	187	65,6	
Total de medicamentos					
0 – 3 medicamentos	166	51,9	154	48,1	<0,001
4 ou mais medicamentos	10	12,3	71	87,7	
Atividades instrumentais de vida diária					
Independentes	102	54,5	85	45,5	<0,001
Com algum grau de dependência	74	34,6	140	65,5	

sentido, a efetivação da Política Nacional de Saúde do Homem poderá contribuir, em longo prazo, para a reversão desta discrepância histórica entre gêneros no que se refere à assistência a saúde.

Em relação à faixa etária, os resultados do atual estudo foram coincidentes com os do Censo 2010, o qual apontou que a redução em número absoluto de sujeitos acompanhou o incremento da idade. Para o estado da Paraíba, o Censo de 2010 também reforça esse resultado, uma vez que a população idosa do estado era composta por 51,5% da faixa entre 60-69 anos, 31,2% entre 70-79 anos e 17,6% com mais de 80 anos⁽²²⁾. Assim, deve-se considerar o fato de que o processo de envelhecimento populacional no Brasil é recente quando comparado com o de países desenvolvidos, cuja população idosa com mais de 80 anos é mais prevalente⁽²³⁾. Logo, a devida preparação dos serviços de saúde e de assistência social para atenderem às necessidades de um número absoluto cada vez maior de idosos deve ser acompanhada da expectativa do incremento também do número de idosos com idades cada vez mais avançadas para as próximas décadas.

Quanto ao estado civil, verificou-se, na presente pesquisa, que a maioria dos idosos declarou ser casado, seguidos dos viúvos e separados. Resultado semelhante foi encontrado por estudo na zona urbana de Uberaba-MG, onde 47% dos entrevistados viviam com o cônjuge e 36,6% eram viúvos(as)⁽²⁴⁾. Os idosos, devido às suas características mais conservadoras no que se refere ao matrimônio, quando comparados às novas gerações, acreditam que o casamento deve ser único e para a vida toda, estando a importância do apoio familiar e os valores morais muito presentes em suas vidas⁽²⁵⁾.

Residir acompanhado parece ser uma situação bastante frequente entre os idosos brasileiros, o que também foi verificado no presente estudo. Em estudo transversal realizado no distrito Noroeste de Porto Alegre-RS com 292 idosos, observou-se que 78,1% dos entrevistados relataram morar acompanhado⁽⁸⁾. Em Botucatu-SP, 365 idosos identificaram que 87,1% destes moravam com no máximo quatro pessoas⁽²⁶⁾. Com relação às pessoas que viviam com os idosos da amostra, a maioria eram os seus filhos, seguidos pelos cônjuges e netos. O mesmo foi verificado em um estudo de caráter exploratório, com 75 idosos, cadastrados no PSF Jardim Mariliza em Goiânia-GO, onde 42,7% dos idosos relataram viver com os filhos e 33,3% com os cônjuges⁽²⁵⁾. Estes arranjos familiares intergeracionais podem ser ocasionados devido ao estabelecimento de relações de interdependência, tanto do idoso para com sua família quanto da família para com o idoso, onde muitas vezes os filhos dependem financeiramente dos pais ou estes, já idosos, necessitam de auxílio nas atividades de vida diária⁽²⁵⁾. Outro aspecto importante é que, em muitos casos onde os idosos são casados, um deles se torna o cuidador de seu cônjuge, ou no caso dos que moram com os filhos, tornam-se também cuidadores dos netos.

Um resultado expressivo verificado no estudo em tela foi a alta prevalência de idosos que declararam não saber ler e escrever. Este dado apresenta variações quando considerase outros estudos com a população idosa brasileira. Um estudo transversal com 369 idosas da comunidade do Rio de Janeiro encontrou 49,3% de analfabetismo. Entretanto, em Uberaba – MG o índice de idosos alfabetizados encontrado no estudo foi de 76,9%⁽²⁴⁾. A alta taxa de analfabetismo entre os idosos pode ser uma das consequências da dificuldade

no acesso à educação anos atrás, que na maioria das vezes se dava por classe social e pela raça do cidadão⁽²⁵⁾, e que certamente se manifesta nas diferenças regionais do Brasil. Vale salientar que o nível de escolaridade está associado a uma melhor qualidade de vida, proporcionando cada vez mais o autocuidado e, conseqüentemente, aumentando a expectativa de vida da população. Os idosos analfabetos e que moram sozinhos são mais vulneráveis a adoecer e morrer, por terem mais dificuldade de cuidar da própria saúde⁽²⁷⁾.

Na amostra da atual pesquisa, 39,4% dos entrevistados relatou que a renda total do seu domicílio era compreendida entre 2 e 3 salários mínimos, resultado bastante semelhante ao encontrado por outros autores em Bambuí – MG, onde dos 1516 entrevistados, 37,7% relataram que a renda mensal está entre 2 e 4 salários mínimos⁽²⁸⁾. É notoriamente sabido que a principal fonte de rendimento dos idosos são as pensões e aposentadorias, que são de extrema importância para a sobrevivência dos mesmos⁽²³⁾. Assim, ao se avaliar o rendimento mensal dos domicílios dos entrevistados, considerando que a maioria cohabita com pelo menos três pessoas, sugere-se que a renda do idoso tenha um grande peso no montante mensal do domicílio. Outro aspecto relevante é que os idosos com baixa renda procuram menos os serviços de saúde, possuem menos acesso aos medicamentos e sentem dificuldade em manter o tratamento até o final, o que interfere na qualidade de vida dos mesmos, negativamente sua percepção de saúde⁽²⁹⁾.

Um aspecto que apresentou variações quando compararam-se estudos realizados com a população brasileira, foi a autopercepção de saúde. Estudos verificaram que 43,5% e 49,2% dos idosos entrevistados avaliaram o seu estado de saúde como regular^(24,28). Em contrapartida, segundo os resultados de outros estudos, a maioria dos idosos percebeu a sua saúde como boa^(26,30,31). Sabe-se que a percepção de saúde está muitas vezes relacionada com as condições econômicas dos indivíduos, sendo assim, a prevalência em se avaliar de forma regular o estado de saúde pode ser decorrente dessa desigualdade social. Um padrão de vida menos elevado gera menores condições de saúde e conseqüentemente aumenta o risco de mortalidade⁽²⁴⁾. A insatisfação com a qualidade de vida é mais frequente na região Nordeste, provavelmente devido a essa desigualdade social, que se torna mais evidente nesta região, tornando mais difícil o acesso a melhores condições de saúde⁽²⁶⁾.

Conforme verificado pelo presente estudo, o acúmulo de doenças crônicas entre idosos é também uma situação bastante comum. Esses resultados se assemelham com os encontrados por outros autores onde 69,2%; 96% e 69% dos entrevistados possuíam pelo menos uma doença^(8,9,25). Um estudo com 86 idosos residentes em Jandaia do Sul – PR obteve uma média de 3,49 doenças autorreferidas

pelos idosos entrevistados⁽³¹⁾. Este acúmulo de doenças crônicas ocorre porque, com o avançar da idade, o número de diagnósticos tende a aumentar. Esse processo, conseqüentemente, ameaça a qualidade de vida dos idosos, já que as doenças crônico-degenerativas promovem a limitação da mobilidade, podendo causar, inclusive, quadros de dependência completa para a realização de atividades de vida diária⁽²⁵⁾.

Um estudo realizado em Goiânia – GO apresentou que as doenças mais frequentes relatadas pelos entrevistados foram: Hipertensão Arterial – HA (64%), reumatismos (25,3%), diabetes (22,7%), distúrbios visuais (5,3%) e problemas vasculares (2,7%)⁽²⁵⁾. Em outro estudo apenas 19,5% dos idosos considerou-se livres de doenças crônicas (HA, problemas de coluna, diabetes, artrose/reumatismo, problemas de visão, problemas cardíacos, entre outras), o que equivale a dizer que 80,5% referiram pelo menos uma dessas doenças. Entre aqueles que relataram algum problema de saúde, 31% apresentaram dois problemas e 15,5% apresentaram três problemas⁽²³⁾. Ao se avaliar uma população hipertensa, constatou-se que indivíduos com idades avançadas apresentam dificuldade no controle da pressão arterial, sendo este problema relacionado à própria senescência, que provoca uma limitação fisiológica no funcionamento dos órgãos e aumenta a resistência vascular periférica, levando a um aumento da pressão arterial⁽³²⁾. A prevalência desses problemas crônicos de saúde, associados com suas incapacidades, não diverge do que é observado em outros países do mundo, sendo uma consequência natural do envelhecimento populacional. Esta transição sociodemográfica, associada ao exacerbado aumento da população idosa, torna-se um objeto preocupante, numa perspectiva de extrema privação para a população, resultado da existência de uma demanda insuportável para o sistema de saúde, sobretudo no que diz respeito aos leitos nas Instituições de Longa Permanência⁽⁶⁾.

O grande número de medicamentos utilizados pelos idosos do presente estudo também foi verificado em outro estudo, onde 77% da amostra utilizavam medicamentos regularmente⁽²⁴⁾. Esse alto índice também foi encontrado em um estudo transversal com 197 idosos participantes de grupos de convivências em Belo Horizonte – MG, com 89,8% dos entrevistados utilizando pelo menos um medicamento por dia⁽³⁰⁾. O aumento no número de medicamentos ingeridos por dia está diretamente associado ao acúmulo de diagnósticos ao longo dos anos. No Distrito Federal, dos 149 idosos entrevistados, obteve-se que os mesmos utilizavam em média 4,4 (homens) e 4,7 (mulheres) medicamentos por dia⁽³³⁾.

Um importante aspecto relacionado à polifarmácia é que como os idosos possuem uma quantidade de água reduzida em seu organismo e um metabolismo hepático

mais lento, há uma maior dificuldade na eliminação das drogas e, conseqüentemente, acúmulo de toxinas no organismo. Essa combinação de fatores pode promover efeitos adversos cada vez mais fortes⁽³⁴⁾. Assim, esta é uma situação para a qual as equipes de saúde devem estar bastante atentas, onde o consumo elevado de medicamentos pode causar interações medicamentosas, efeitos adversos e gastos desnecessários⁽³³⁾.

Grande parte dos entrevistados, no presente estudo, relatou ser independente para realização de AVD's, como tomar banho, vestir-se, utilizar o banheiro, realizar transferências, continência e alimentação. Resultados semelhantes foram encontrados^(8,9,31), onde 63,2%, 84,6% e 77,9% dos idosos entrevistados eram independentes para tais tarefas. Já com relação às AIVD, 52,2% da amostra, apresenta pelo menos uma dependência leve ou moderada, o que vai de encontro com outras pesquisas^(30,31) onde 85,3% e 61,6% dos entrevistados são independentes para tais atividades.

O processo de envelhecimento acarreta uma redução na qualidade e quantidade de informações que servem de base para um desempenho motor e cognitivo satisfatórios, necessários para a realização das atividades do cotidiano, sendo esse declínio linear em decorrência do tempo⁽³⁵⁾. Estes quadros de dependência demandam uma maior necessidade de reestruturação dos ambientes urbanos e domésticos, com o intuito de facilitar a realização de algumas atividades e a locomoção dos idosos⁽³¹⁾. Para as equipes de saúde, ergue-se o desafio para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde que facilitem o envelhecimento com independência e autonomia.

Foi encontrada, na presente pesquisa, associação entre a prevalência de doenças crônicas e o sexo feminino ($p < 0,001$). Possíveis explicações para esta associação podem ser atribuídas ao fato de que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde, são mais sensíveis e atenciosas do que os homens no que se refere aos cuidados de saúde, percebendo os sinais e sintomas das doenças mais rapidamente e por estarem mais informadas com relação a estas. Assim, as mulheres relatam com mais frequência a presença de possíveis problemas de saúde^(20,36,37).

O idoso saudável é aquele com sua autonomia e independência preservadas. A autopercepção ruim da saúde está muitas vezes relacionada com a baixa renda e com as dificuldades impostas pelas complicações ocasionadas pelo acúmulo de morbididades para o desempenho de atividades cotidianas^(8,24). Assim, quanto maior o número destas doenças, maior a probabilidade do idoso relatar sua saúde como ruim⁽²⁹⁾, o que pode justificar a associação ($p < 0,001$) encontrada neste estudo entre a autopercepção de saúde e o acúmulo de diagnósticos.

A associação entre a prevalência de doenças crônicas e quantidade de medicamentos ingeridos por dia ($p < 0,001$) pode ser discutida à luz da concepção de que com o avançar da idade as doenças crônico-degenerativas tornam-se mais presentes, sendo necessária uma maior quantidade de fármacos para realização dos tratamentos destas doenças. Contudo, essa polimedicação dos idosos pode levar a sérias complicações, sendo indispensável um maior cuidado com a saúde do mesmo e uma maior consciência dos riscos a que estão sujeitos⁽³⁸⁾.

Neste contexto, quanto maior o número de doenças diagnosticadas pelo médico, maiores serão as necessidades de utilização de combinações medicamentosas e, conseqüentemente, mais prováveis as interações entre os fármacos⁽³⁹⁾. Essas reações podem influenciar negativamente a relação entre o médico e o paciente, e no próprio controle do quadro patológico⁽⁴⁰⁾.

As AIVD também tiveram associação com a prevalência de doenças crônicas ($p < 0,001$). Essas são as atividades em que os idosos são capazes de administrar o ambiente em que vive; atividades necessárias para viver de forma independente na sociedade. Incluem, por exemplo, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, usar telefone, fazer compras, utilizar meios de transporte, cuidar do próprio dinheiro, lavar roupas e tomar medicações na hora e com a posologia certas^(41,42). As AIVD são mais complexas que as AVD e são as atividades responsáveis pela promoção das primeiras incapacidades⁽⁴³⁾. A dependência, por parte do idoso, para a realização das AIVD, compromete a saúde mental, o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo, além de ocasionar incômodo para sua família que, de acordo com o grau de dependência, terá que dispor de um maior tempo e recursos financeiros para atender suas necessidades⁽⁴²⁾.

CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico dos idosos pesquisados em João Pessoa-PB revelou uma população composta predominantemente por mulheres, com faixa etária entre 60-69 anos, casada, coabitando com no máximo cinco pessoas, sendo os filhos as pessoas de maiores vínculos com os idosos, com pouco mais da metade da amostra não sabendo ler e escrever, e com renda total do domicílio entre dois e três salários mínimos. Os idosos avaliam sua saúde de forma regular, mesmo com a maioria portando quatro ou mais doenças crônicas autorreferidas. Dentre estas, o comprometimento visual e a hipertensão arterial foram os diagnósticos mais referidos. Os idosos apresentaram também independência para a realização das AVD e dependência leve ou moderada para a realização de pelo menos uma AIVD.

Os indivíduos que relataram quatro ou mais diagnósticos são predominantemente do sexo feminino, percebem sua saúde negativamente, utilizam quatro ou mais medicamentos e apresentam algum grau de dependência para a realização de AIVD.

As características sociodemográficas e de saúde física verificadas neste estudo apontam para a discussão de que apesar do envelhecimento estar diretamente associado às doenças crônicas e às incapacidades, esta associação não é imutável. Uma sociedade que se prepara para envelhecer deve considerar que viver mais anos sem devido planejamento e promoção da saúde pode aumentar o risco da incidência dessas doenças. Torna-se inevitável, então, a prevenção destas morbidades e co-morbidades através de políticas públicas de saúde voltadas para a terceira idade. Estas seriam estratégias que ampliariam a possibilidade do envelhecimento com qualidade de vida, melhorando a autonomia e a funcionalidade, promovendo, assim, o bem-estar desta população idosa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da população do Brasil. 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207>. Acesso em: 20 Mar 2011.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):548-54.
3. Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev Bras Estud Popul*. 2008; 25(1):5-26.
4. Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(3):597-605
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico de 2010 [acesso em 2011 Mai 31]. Brasília. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/preliminar_tab_adic_zip.shtm
6. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):793-8.
7. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(3):535-46.
8. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5):757-68.
9. Lima-Costa MF, Barreto SM, 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*. 2003; 19(3):735-43.
10. Giovanella, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2008; 24(1):21-3.
11. Reis ML. Estratégia de saúde da família no sistema de saúde suplementar: convergências e contradições de uma nova proposta [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2008.
12. Pedraza DF. Epidemiologia e Avaliação dos Serviços de Saúde. *Rev Brás Promoç Saúde*. Fortaleza. 2011; 24(2): 151-8.
13. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.
14. Veras RP (Organizador). *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: UnAti – UERJ; 2001.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD 2003 [acesso em 2011 Mar 19]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/coeficiente_brasil.shtm
16. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 21:185-94.
17. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12.
18. Lawton MP, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9:179-86.
19. DATASUS. Banco de dados eletrônico: informações demográficas [acesso em 2010 Nov 17]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>.
20. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças

- crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):911-26.
21. Neri AL. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher [acesso em 2011 Jun 20]. 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. 2001. Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>
 22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico de 2010: Pirâmide Etária. Brasília. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/piramide_etaria/
 23. Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Rev Enferm*. 2008; 12(4):706-16.
 24. Tavares DMS, Guidetti GECB, Saúde M BM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev Eletrônica de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2011 Abr 4]; 10(2):299-09. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a02.htm>
 25. Araújo LAO, Bachion MM. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(5):586-90.
 26. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(1):131-8.
 27. Santos GS, Cianciarullo TI. Perfil sociodemográfico dos idosos de uma área de abrangência do Programa Saúde da Família do município de Guarulhos - SP. *Rev Saúde Coletiva*. 2009; 33(6):200-6.
 28. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(6):827-34.
 29. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*. 2005; 17(5/6):333-41.
 30. Castro e Borges PL, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(12):2798-808.
 31. Farinasso ALC. Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
 32. Silva DB, Souza TA, Santos CM, Jucá MM, Moreira TMM, Frota MA, *et al.* Associação entre hipertensão e diabetes. *RBPS*. Fortaleza. 2011; 24(1): 16-23.
 33. Danilow MZ, Moreira ACS, Villela CG, Barra BB, Novaes MRCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Com Ciências da Saúde*. 2007; 18(1):9-16
 34. Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6):2899-905.
 35. Pontes-Barros JF, Alves KCAO, Dibai Filho AV, Rodrigues JE, Neiva HC. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió-AL. *Rev Brás Promoç Saúde*. 2010; 23(2):168-74.
 36. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
 37. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):743-56.
 38. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):717-24.
 39. Paniz VMV, Fassa ACG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, *et al.* Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):267-80.
 40. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):136-40.
 41. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8):1924-30.
 42. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(1):43-8.

43. Aires M, Paz AA, Perosa CT. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. 2006; 3(2):79-91.

Endereço para correspondência:

Laryssa Dantas Dias
Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva
Universidade Federal da Paraíba - UFPB
Centro de Ciências da Saúde - Departamento de
Fisioterapia
Campus I - Cidade Universitária
CEP: 58059-900 - João Pessoa - PB - Brasil
E-mail: laryssa-dantas@hotmail.com