

Perfil do idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Aparecida de Goiânia - GO

Maria Aparecida da Silva Araújo¹, Adelia Yaeko Kyosen Nakatani²,
Luciana Barbosa da Silva³, Maria Márcia Bachion⁴

RESUMO

O presente estudo identifica as condições sócio-econômicas, as condições de saúde referidas pelo idoso e a capacidade destes quanto às atividades da vida diária. Foi realizado em junho de 2001 com participação de 111 idosos cadastrados por uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Aparecida de Goiânia-GO. Identificou-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, alfabetizados, com renda de dois salários mínimos, com os cartões de vacina em dia, sofria de doenças cardiopulmonares e apresentavam independência para executar as atividades da vida diária. O perfil indica necessidades de profissionais de saúde preparados para atuar na promoção da saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e na reabilitação de doenças cardiopulmonares, na mudança de comportamento dos idosos diante de situações de risco, junto às famílias do idoso, visando à melhoria da qualidade de vida no domicílio, com autonomia e independência.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Programa de Saúde da Família, Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

A longevidade é uma das grandes conquistas do século XX, que, juntamente com a queda na taxa de natalidade, vem ocasionando o envelhecimento da população mundial. A expectativa de vida média do brasileiro, de acordo com o IBGE (2001), é de 68 anos, chegando a 75 anos nas regiões mais desenvolvidas, o que vem confirmar que o Brasil também presencia um momento de envelhecimento populacional.

Desde 1970, a população de idosos cresce, em termos proporcionais, mais do que qualquer outra faixa etária no Brasil. Segundo Ramos (1990), entre o censo de 1970 e de 1991, os idosos (pessoas de 60 anos acima) aumentaram 124%, enquanto as crianças (0-14 anos) e adultos

jovens (15-59 anos) aumentaram 28% e 71%, respectivamente. A perspectiva para o século XXI é de que em 2025 o Brasil seja a sexta maior população de idosos no mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas neste grupo.

As principais causas de longevidade estão relacionadas às grandes inovações científicas e tecnológicas, melhores condições de vida da população, urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, melhor higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências, muito melhores que anteriormente. (KALACHE, 1996)

O aumento significativo da população de idosos vem sendo motivo de grande preocupação, pelas implicações que podem trazer, no atendimento às necessidades básicas deste segmento etário. Tal situação, implica no desenvolvimento de políticas públicas de ação específica sobre idosos, para promoção de seu bem estar físico, social, econômico e psicoló-

gico (NASCIMENTO e SILVA et al., 1998).

Diante das peculiaridades da população idosa, em 1994, foi aprovada a Lei n.º 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Essa lei foi regulamentada em 1996 pelo decreto n.º 1948 de 03 de julho de 1996 (BRASIL, 1997).

No mesmo ano em que foi aprovada a Política Nacional do Idoso, o Ministério da Saúde assumiu a implantação de um novo modelo assistencial de saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito de reverter o modelo assistencial predominante no país, ou seja, prática hospitalar individualista, com utilização racional de recursos, mas baixa resolutividade.

O Programa Saúde da Família (PSF) elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, MS, 1997).

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção. Isso se dá porque é nesse espaço que se constroem as relações intra e parte das extra familiares, assim como o lugar de desenvolvimento da luta pela melhoria das condições de vida. O novo objeto

de atenção permite, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

Com o propósito de adequar as ações do PSF às reais necessidades locais dos idosos, existe a necessidade de conhecê-los melhor, traçando o seu perfil, englobando aspectos bio-sócio-econômicos, para que a assistência aos mesmos seja eficiente, humana e resolutiva, como preconiza o novo modelo assistencial.

OBJETIVOS

- Levantar as condições sócio-econômicas da população idosa;
- Identificar as condições de saúde referidas pelos idosos;
- Verificar a capacidade dos idosos quanto às atividades da vida diária.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, desenvolvido nos setores Nova Cidade e parte do Independência Mansões, localizados no município de Aparecida de Goiânia - GO.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética do Hospital Materno Infantil de Goiânia. Os sujeitos só participaram do estudo após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e, a aquiescência, por meio da assinatura ou impressão digital no mesmo.

A coleta de dados ocorreu no período de junho de 2001, foram feitas entrevistas domiciliar ou na unidade de saúde ali fixada, por um questionário previamente validado. A análise dos dados foi realizada utilizando procedimentos de estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um total de 188 idosos, que fazem parte das famílias atendidas por uma equipe do PSF do Município de

Faixa Etária	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60 a 64 anos	25	22,5	17	15,3	42	37,8
65 a 69 anos	14	12,6	13	11,7	27	24,3
70 a 74 anos	9	8,2	7	6,3	16	14,5
75 a 79 anos	9	8,2	8	7,2	17	15,4
80 ou mais	5	4,5	4	3,6	9	8,1
Total	62	55,9	49	44,1	111	100,0

Tabela 1: Distribuição da população idosa inscrita no PSF por faixa etária e sexo. Município de Aparecida de Goiânia, julho de 2001.

Aparecida de Goiânia, participaram da pesquisa, 111.

Houve predomínio de mulheres (Tabela1). O dados corroboram o panorama de feminilização do envelhecimento. Este fenômeno pode ser explicado pelo fato das mulheres apresentarem condutas menos agressivas, menor exposição aos riscos no trabalho, maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde, melhor conhecimento destes e maior utilização dos serviços de saúde (BERQUÓ,1998).

Com relação à situação conjugal, foi identificado um elevado contingente de viúvas, 40,3%, em contraste com 12,2,% de viúvos. Berquó (1998) afirma que o recasamento para viúvos idosos é maior do que para viúvas em idades avançadas, o que provavelmente explica os dados encontrados em nossa pesquisa; para as mulheres são maiores as chances de enfrentar o declínio da capacidade física e mental sem apoio de um marido. Dos homens, 79,5% encontram-se casados e 8,1%, solteiros ou divorciados, ao passo que 38,7% das mulheres encontram-se em companhia do cônjuge e 20,9% são solteiras ou divorciadas.

O IBGE (2001) refere que ocorrem altas taxas de migração da população dos estados do norte-nordeste para outros estados, em busca de melhor qualidade de vida. A maior parte da população entrevistada é procedente das regiões norte e nordeste, 55%, sendo 31% procedente do Centro-

oeste e 14% procedente do Sul.

De acordo com a religião, 46,8% professam o catolicismo, 42,3% são evangélicos, 7,21% espíritas e 3,60% relatam não pertencer a nenhuma religião. A religiosidade parece aumentar com o envelhecimento. A maturidade, a experiência, os problemas da vida e a maior disponibilidade de tempo conduzem para uma maior aproximação com a espiritualidade. Este fenômeno deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde no atendimento à população idosa (VALENTE, 2001).

O analfabetismo nos idosos é marcante. Trata-se de um contingente de 45% desta população. Entre aqueles que conseguiram chegar às escolas, apenas 5,4% puderam completar o curso primário e 49,6% têm o primário incompleto.

A satisfação no trabalho constitui-se num dos mais importantes estímulos para a longevidade entre os homens (BRASIL. MS, 2001). Trabalho esse, entendido de maneira ampla, não só enquanto atividade profissional, mas também o trabalho doméstico e voluntário.

Este fato torna-se preocupante se pensarmos que 51,2% dos homens entrevistados encontravam-se sem nenhuma atividade profissional, ao passo que 70,9% das mulheres apontaram o cuidado ao lar como atividade profissional.

Segundo IBGE (2001), 40% dos idosos brasileiros tem uma renda fa-

Dentre os entrevistados identificamos 14,4% que afirmam sofrer maus-tratos, agressões verbais e/ou físicas. Dessas agressões 31,2% são provocadas pelos filhos, 12,5% pelo esposo, 25% por vizinhos e 31,2% por outros.

miliar per capita menor que um salário mínimo. Na população pesquisada encontramos 55% com renda de dois salários mínimos, 31% vivem com um salário mínimo e 14% com três salários mínimos.

Berquó (1998), esclarece que a situação familiar das pessoas nesta fase da vida reflete o efeito acumulado de eventos sócio-econômico-demográficos e de saúde ocorridos em etapas anteriores do ciclo vital. O tamanho da prole, a renda familiar, as migrações, a viuvez, vão confirmando, ao longo do tempo, distintos tipos de arranjos familiares e domésticos, os quais, com o passar da idade, adquirem características específicas, que podem colocar o idoso do ponto de vista emocional e material, em situação de segurança ou de vulnerabilidade.

Considerando as pessoas que coabitam com o idoso, encontramos os seguintes números: 25% vivem so-

45% apresentam visão ruim, o que pode interferir na locomoção e no desempenho das atividades corriqueiras.

mente com seu parceiro(a), 34,5% com o parceiro, filhos e netos, 36% com os filhos e netos e 4,5% convivendo com outros tipos de pessoas. Em relação à moradia, 79% possuem

residência própria e 21% residem em casas alugadas, de parentes ou cedidas.

A violência contra pessoas idosas é um problema que toma maior amplitude a cada dia. Os atos de violência manifestam-se principalmente sobre a forma de abandono pela família, institucionalização forçada, ameaças, chantagem, desvalorização, roubos, abuso de autoridade, abuso de confiança, agressões físicas e verbais.

Dentre os entrevistados identificamos 14,4% que afirmam sofrer maus-tratos, agressões verbais e/ou físicas. Dessas agressões 31,2% são provocadas pelos filhos, 12,5% pelo esposo, 25% por vizinhos e 31,2% por outros.

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. A assistência às vítimas integrará o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias da Saúde da Família (BRASIL, MS, 1997).

A pesquisa abordou ainda as questões de tabagismo e alcoolismo. Dos entrevistados, 21% são tabagistas e 11% são etilistas. O álcool tem efeitos nocivos nos idosos, modifica o funcionamento cognitivo e o comportamento, tornando-os mais vulneráveis a quedas, acidentes, à dependência e pode promover o isolamento aumentando o risco da demência, confusões mentais, intoxicações graves, dentre outros. Os danos provocados pelo cigarro também são inúmeros e predis põem o idoso ao câncer de pulmão, bronquites, enfisemas entre outras patologias.

Mais da metade das pessoas idosas entrevistadas, 60%, declararam ter boa saúde, enquanto 34% queixaram estar com a saúde ruim e 6% consi-

deram-se em péssimo estado de saúde.

Lessa (1998), explica que em São Paulo, apenas 14% dos idosos consideram-se livres de doenças crônicas, enquanto 15% mencionaram cinco ou mais patologias dessa natureza.

De acordo com os dados, 45% apresentam visão ruim, o que pode interferir na locomoção e no desempenho das atividades corriqueiras. Em contrapartida ao quantitativo com problemas de visão, 60% dos idosos referem boa audição.

Os problemas relacionados à baixa acuidade visual podem impedir ou dificultar a independência do idoso em sua vida cotidiana. Essas alterações podem ser: presbiopia, catarata, glaucoma, retinopatia diabética, dentre outras.

As alterações auditivas comuns no envelhecimento são a presbiacusia (diminuição da audição) e o tinnitus (audição de ruídos desagradáveis e incômodos zumbidos), levando o idoso a apresentar problemas psicossociais e risco de acidentes (BURNSIDE, 1979).

Segundo Christo (1994), cerca de 50% das pessoas idosas apresentam Hipertensão Arterial (HA). O risco da doença nos idosos é três vezes maior do que nos jovens, ocorrendo o aumento da morbi-mortalidade na HA não tratada. Por isso, observando esses fatores, conclui-se que a prevenção educativa e o tratamento sempre se justificam.

Nossos dados são confirmados com os do autor, já que encontramos 50% dos entrevistados com doenças cardio pulmonares, havendo predomínio de HA. Encontramos 19% de relatos de doenças neuromúsculo-esqueléticas, 15% de distúrbios gastrointestinais e 5,4% com afecções no aparelho urogenital. Dentre outras patologias sobressaiu-se o Diabetes, num total de 5,4%. Apenas 4,5% dos

...os profissionais de saúde devem estar preparados para atuar na promoção da saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e na reabilitação de doenças cardio pulmonares...

idosos dizem não possuir nenhuma patologia.

Em 1973, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Imunização e decretou, a partir do ano de 1998, que todo indivíduo após os 60 anos fosse vacinado contra Influenza/Pneumonia, pois a idade os torna predispostos a adquirirem tais patologias. A cobertura vacinal contra Influenza, Tétano e Febre Amarela dos idosos entrevistados foi de 92%.

Atualmente, a auto medicação é prática habitual em nosso meio, tornando-se uma preocupação para o Ministério da Saúde, sendo inclusive, motivo de campanhas publicitárias contra a adoção de tal atitude pela população. Contudo, por influências culturais e/ou dificuldade de acesso imediato a consultas médicas, os idosos fazem uso de medicações, por eles consideradas inofensivas, mas que podem ter sérias repercussões (PAPALEO NETTO (1996). Encontramos grande número de idosos que recorrem à auto medicação (67%), nas seguintes situações: dores de cabeça, dores artríticas, problemas digestivos, obstipação, gripes, tosses.

De acordo com Nascimento E Silva et. al. (1998), embora existam idosos que tenham condições de viver e manter-se sozinhos, ou que tenham familiares interessados em acompanhar suas vidas auxiliando-os quando necessitam, devemos considerar que grande parte dos idosos é constituída de pobres, sem condições de viver sozinhos.

Com relação à mobilidade e à capacidade para executar o autocuida-

do, 83,8% apresentam-se independentes, 11,7% necessitam de ajuda para se moverem e 4,5% são dependentes.

A eliminação urinária é um dos problemas mais freqüentes na terceira idade, podendo ser agravada entre os idosos com a mobilidade limitada. Dos entrevistados, 79,3% são continentais com relação às eliminações urinárias, 17,1% são incontinentes ocasionais e 3,6% incontinentes. Com relação às evacuações, 92,8% são continentais, 3,6%, incontinentes ocasionais e 3,6% incontinentes.

Vasconcelos (1994), define incontinência urinária como uma perda involuntária de urina que pode chegar a produzir um problema social e higiênico, e incontinência fecal, como situação na qual há perda de fezes pelo reto a qualquer momento. Para muitas pessoas representa uma situação humilhante, com repercussão nas suas atividades, levando até mesmo ao isolamento social do indivíduo.

CONCLUSÃO

Os dados deste trabalho demonstram que os idosos representam 3,5% da população, referente à localidade de abrangência de uma equipe de PSF.

Foi constatado que a maioria da população idosa entrevistada era do sexo feminino, procedente da região nordeste do Brasil, alfabetizada, professava alguma religião, convivia com a família, apresentava doenças cardio pulmonares, encontrava-se vacinada como preconizado pelo MS e se automedicava.

O perfil desses idosos indica que os profissionais de saúde devem estar preparados para atuar na promoção da saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e na reabilitação de doenças cardio pulmonares, na mudança de comportamento dos idosos diante situações de riscos e junto às famílias, auxiliando a encontrar soluções frente a momentos de fragilidade do idoso, visando à melho-

ria da qualidade de vida no domicílio, com autonomia e independência.

Não foi nossa intenção criticar negativamente a vida cotidiana de nossos idosos, mas sim, despertar a família, a sociedade, os profissionais de saúde e o Estado para a necessidade de renovar os modelos de cuidados à saúde do idoso. Tanto o setor público, como o privado, precisam enfrentar o desafio do envelhecimento populacional e as suas conseqüências na organização dos serviços, aliás, este é o paradigma do novo milênio.

Autores

¹ Enfermeira Especialista em Gerontologia e Saúde do Idoso, Residente em Saúde da Família Faculdade de Enfermagem (FEN)/UFG.

² Prof^a. Doutora da FEN/UFG.

³ Acadêmica da FEN UFG - Bolsista PIBIC/CNPq.

⁴ Professora Doutora da FEN/UFG

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERQUÓ, E. Pirâmide da solidão. In: Anais do quinto encontro nacional de estudos populacionais. Águas de São Pedro: ABEP, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/idoso/programa.htm>>. Acesso em: 17 set. 2001.
- _____. Presidente da República. Decreto n.º 1948, de 03/06/96 que regulamenta a lei 8.842 de 04/01/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BURNSIDE, I.M. *Enfermagem e os idosos*. São Paulo: Andrei, 1979.
- CHRISTO, F.F.S. Hipertensão Arterial no idoso. In: *Caminhos do Envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p. 131-7.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 21 de jun. 2001.
- LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis. RJ/SP: HUJCT/ABRASCO, 1998.
- KALACHE, A. Envelhecimento no contexto internacional, a perspectiva da Organização Mundial de Saúde. In: Anais do 1º Seminário Internacional: Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretária da Assistência Social, 1996.
- NASCIMENTO E SILVA, E.B.; PEREIRA, N.G.; GARCIA, V.R. *Instituição e o idoso: um estudo das características da instituição e do perfil de seus moradores*. São Paulo, 1998.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. Disponível em www.organizacaomundialde.saude.gov.br. Acesso em 21 de jun. 2001.
- PAPALEO NETTO, M. *Gerontologia: velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- RAMOS, L.R.; SAAD, P.M. *Idosos e saúde na população idosa*. In: *Fundação Seade: o idoso na grande São Paulo*. São Paulo: Coleção Realidade Paulista, 1990.
- VASCONCELOS, D.C. de. Incontinências: problemas para o paciente, o cuidador e o médico. In: *Caminhos do Envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p. 151-61.
- VALENTE, M. M. A percepção pelo profissional de saúde na assistência ao idoso e caracterização de sua atuação na área. 2001. Monografia (Especialização em Gerontologia e Saúde do Idoso)- Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.