

CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DE IDOSOS ACOMPANHADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SOBRAL — CE

HEALTH AND SOCIAL CONDITIONS OF ELDERLY ACCOMPANIED BY PRIMARY ATTENTION IN SOBRAL — CE

CONDICIONES SOCIALES Y DE SALUD DE ANCIANOS ACOMPAÑADAS POR LA ATENCIÓN PRIMARIA SOBRAL — CE

Jamilly Cruz Linhares¹, Eliany Nazaré Oliveira², Sara Cordeiro Eloia³, Cibelly Aliny Siqueira de Lima Freitas⁴, Hirok Shinkai⁵, Tâmia Queiroz Lira⁶

A transição demográfica faz com que as questões relativas ao envelhecimento ganhem interesse, desencadeiem estudos e pesquisas e mereçam destaque no cenário mundial. A pesquisa objetiva traçar o perfil das condições sociais e de saúde da população idosa acompanhada pela Atenção Primária de Sobral — CE, Brasil tem caráter exploratório — descritivo com abordagem quantitativa e abrangeu 200 idosos. Identificou-se que 72,5% são mulheres, 40,5% possuíam idade entre 70 e 79 anos e 57% não eram alfabetizados; 61% possuíam algum tipo de dependência e 48% fazem uso de 02 a 03 medicamentos diariamente. 52% apresentaram boa dinâmica familiar, com maior presença do filho como cuidador. A maioria manifestou depressão leve e 34% relataram estado de saúde bom. Dessa forma, os dados permitem observar que são requeridos investimentos que priorizem a prevenção de doenças e controle de condições de cronicidade que permita aos idosos um viver com qualidade.

Descritores: Idoso; Atenção Primária à Saúde; Condições Sociais.

The demographic transition has made the aging issues gain interest, trigger studies and research and deserve worldwide distinction. The research aims to draw the profile of the social and health conditions of the elderly population accompanied by Primary Care attention in Sobral — CE, Brazil. This is an exploratory — descriptive and quantitative approach that included 200 elderly people. It was found out that 72.5% are women, 40.5% were aged between 70 and 79 years and 57% were illiterate, 61% had some kind of dependence and 48% make use of about 02 to 03 kinds of medications daily. 52% had a good family dynamics, with greater presence of the child as a caregiver. Most expressed mild depression and 34% reported good health. Thus, the data let us to conclude that investments that focus on disease prevention and control of chronic conditions that allow the elderly to live with a quality are required.

Descriptors: Aged; Primary Health Care; Social Conditions.

La transición demográfica hace con que problemas del envejecimiento ganen intereses, desarrollen estudios e investigaciones que merecen destaques en el escenario mundial. La investigación tiene como objetivo trazar el perfil de las condiciones sociales y de salud de la población anciana acompañada por la Atención Primaria de Sobral — CE, Brasil. Es exploratoria, descriptivo, con enfoque cuantitativo e incluyó 200 ancianos. Se encontró que 72,5% eran mujeres, 40,5% tenían entre 70 y 79 años y 57% eran analfabetos, 61% tenían algún tipo de dependencia y 48% usaban 02 a 03 medicamentos diarios. 52% tenían buena dinámica familiar, con mayor presencia del hijo como cuidador. La mayoría expresó depresión leve y 34% informó buen estado de salud. Por lo tanto, los datos permitieron observar que se necesitan inversiones invertir en la prevención y control de enfermedades crónicas que permita que los ancianos vivan con una calidad.

Descriptores: Ancianos; Atención Primaria de Salud; Condiciones Sociales.

¹ Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú — UVA. Brasil. E-mail: jamilly.linhares@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará — UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú — UVA. Brasil. E-mail: eliany@hotmial.com

³ Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú — UVA. Brasil. E-mail: saeloia@hotmail.com

⁴ Mestre em enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú — UVA. Brasil. E-mail: cibellyaliny@yahoo.com.br

⁵ Médico de Família — SBMFC. Geriatria — ESPCE. Docente do Curso de Medicina UFC/Sobral. Mestre em Saúde Pública — UFC. Brasil. E-mail: hirokishinkai@yahoo.com.br

⁶ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú — UVA. Brasil. E-mail: tamyq.lira@hotmail.com

Autor correspondente: Jamilly Cruz Linhares

Rua Coronel José Inácio, 441. Sobral — CE. Brasil. CEP: 62010-790. Brasil. E-mail: jamilly.linhares@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional consiste em um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, essa modificação no perfil etário da população é uma resposta a mudança de indicadores de saúde, com a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida⁽¹⁾.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios vem acontecendo uma evolução da população idosa, quando comparados os anos de 1998 a 2008 para o Brasil, o Nordeste e o Ceará. Mais especificamente, o Estado do Ceará apresentou uma população de 914.514 idosos em 2008 contra 618.917 em 1998⁽²⁾.

Acreditamos que as questões relativas ao envelhecimento ganhem interesse, desencadeiem estudos e pesquisas e mereçam destaque no cenário mundial atual, pois essa transição demográfica traz uma nova configuração etária e a longevidade como um fato novo na história da humanidade⁽³⁾.

Na área da saúde, esse expressivo aumento da população idosa vem trazendo repercussões importantes. Dessa forma, denotamos os profissionais de saúde como sujeitos essenciais para o desenvolvimento de ações que assistem ao indivíduo em suas fases de vida e no processo saúde-doença. Neste contexto, percebem-se novas necessidades de cuidado aos idosos, pois o envelhecimento populacional produz impacto direto nos serviços de saúde, uma vez que os idosos apresentam mais problemas de saúde, especialmente de longa duração.

O pacto pela vida de 2006 determina que devem ser seguidas algumas diretrizes norteadoras de suas ações em relação aos idosos como: estímulo às ações intersetoriais, implantação de serviços de atenção domiciliar, promoção do envelhecimento saudável, atenção integrada e integral à saúde da pessoa idosa, fortalecimento da participação social, acolhimento preferencial em unidades de saúde, provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e divulgação e informação sobre a Política Nacional de saúde da Pessoa idosa, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS⁽⁴⁾.

Informações relevantes para a determinação das condições de vida e saúde da população idosa têm sido obtidas a partir de estudos epidemiológicos de base populacional, e podem ser utilizadas no planejamento de políticas públicas voltadas para esse segmento. A importância de informações desse cunho é apontada, assim

como de dados sobre suas demandas por serviços de atenção médica e social, no planejamento da atenção e promoção da saúde⁽⁵⁾.

Diante do exposto, faz-se necessário compreender os fatores individuais, sociais, ambientais, culturais, afetivos e de saúde/doença dos idosos. Dessa forma, destacamos a idade, o aspecto de situação conjugal, escolaridade, trabalho remunerado, tabagismo, participação em alguma atividade física e demais hábitos de vida, as perdas de prazer nas atividades habituais e de energia (estados depressivos), o suporte familiar e assistência do domicílio como fatores essenciais nesta caracterização.

De acordo com o objeto deste estudo, enfatizamos os idosos inseridos na Atenção Primária de Sobral-Ceará-Brasil, que foram acompanhados pelos acadêmicos do curso de Enfermagem do 7º período da disciplina de Enfermagem Geriátrica da Universidade Estadual Vale do Acaraú — UVA.

Partindo do pressuposto de que, quando se conhece o real panorama das condições de saúde das pessoas que estão envelhecendo, podemos planejar e programar ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos e reabilitação, o estudo mostra a sua relevância, pois informações nesse sentido são escassas e dispersas, dificultando o planejamento de ações de maior resolutividade coletiva. Neste sentido, justificamos este estudo que servirá de subsídio para sugestões de intervenções que poderão ser implementadas, visando melhorar as ações oferecidas aos idosos na área da saúde, mais especificamente no processo de cuidado dos profissionais de enfermagem, bem como evidenciar as ações relevantes. Dessa forma, nosso estudo foi norteador pelas questões que envolvem o idoso em níveis sociais, culturais, econômicos, financeiros e de saúde-doença.

Considerando as premissas evidenciadas, para o favorecimento de políticas públicas dirigidas a esse grupo populacional e o planejamento das ações de atenção à saúde em nível local e regional, julgamos necessário conhecer o perfil social e de saúde dos idosos e suas respectivas peculiaridades. Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer as condições de vida e saúde da população idosa acompanhada pela Atenção Primária do município de Sobral — CE.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter exploratório — descritivo com abordagem quantitativa. Foi realizado a

partir de visitas domiciliares aos idosos que residem em Sobral — Ceará e inseridos na Atenção Primária. A coleta de dados foi feita pelos estudantes de Enfermagem da disciplina de Enfermagem Geriátrica da Universidade Estadual Vale do Acaraú, no domicílio, com pré-agendamento com os idosos ou responsáveis, respeitando-se suas atividades cotidianas.

Ressaltamos que a amostragem não probabilística intencional desenhou nosso estudo e que as escolhas dos idosos e das unidades de saúde às quais pertencem dependeram do acesso dos estudantes de Enfermagem na identificação e abordagem dos idosos no domicílio. A pesquisa traçou o perfil de 200 idosos na faixa etária de 60 anos ou mais, de ambos os gêneros, sem distinção de raça e religião ou grau de dependência. Para a inclusão na pesquisa, os idosos deveriam estar inseridos na Atenção Primária da área urbana do Município de Sobral e serem acompanhados por acadêmicos que cursam a disciplina de geriatria do 7º período da Faculdade de Enfermagem da UVA. Neste cenário, quatro turmas estiveram envolvidas na coleta das informações. Foram excluídos aqueles que não consentiram ou não tiveram a permissão de familiares para participar da pesquisa.

A construção deste estudo teve início no mês de julho de 2009, a partir de consultas em livros e publicações nos principais periódicos da área da saúde a fim de buscar literatura sobre esta temática. Como instrumento para a coleta de dados, os estudantes dos períodos de 2009.2 a 2011.1 utilizaram um formulário contendo dados sobre o perfil sócio-demográfico, hábitos de vida, atividades de vida diária através do Índice de Barthel, acesso a serviços de saúde, uso de medicações, morbidade(s) referida(s), APGAR familiar, o estado de depressão de acordo com a escala geriátrica GDS-15, percepção do estado de saúde e assistência no domicílio. Para aplicação deste formulário os estudantes foram previamente capacitados para aplicá-lo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú — UVA, resultando em parecer favorável, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o nº 2534.0.000.039-10, o que afirmou ser estudo de grande contribuição social.

Este estudo atendeu aos aspectos éticos constantes na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, onde incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que

dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado⁽⁶⁾. Para participar da pesquisa, o idoso ou seu responsável assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podendo o idoso desistir do estudo em qualquer fase de sua realização.

As informações obtidas a partir do formulário foram organizadas, por meio do Programa Excel 2007, com procedimentos estatísticos simplificados, para posterior análise quantitativa. Os resultados foram expressos em valores absolutos e percentuais, por meio de tabelas. A discussão e a análise foram fundamentadas de acordo com a literatura pertinente.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Visando à melhor compreensão, dividimos os dados obtidos em 5 categorias: 1. Características sócio-demográficas; 2. Hábitos de vida e Atividades de Vida Diária (AVD); 3. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage e Avaliação subjetiva do estado de saúde; 4. Uso regular de medicamentos; 5. APGAR familiar e assistência no domicílio. Em subtópicos, os dados foram apresentados em tabelas com fundamentação teórica.

Tabela 1 — Perfil de idosos acompanhados pela Atenção Primária de acordo com as variáveis sócio-demográficas. Sobral,CE, Brasil, 2011

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo	55	27,5	145	72,5	200	100
Idade						
60 a 69 anos	10	18,1	43	29,6	53	26,5
70 a 79 anos	17	30,9	64	44,1	81	40,5
≥ 80 anos	28	50,9	38	26,2	66	33
Total	55	100	145	100	200	100
Escolaridade						
Analfabeto	34	61,8	80	55,1	114	57
Ensino Fundamental	18	32,7	61	42,06	79	39,5
Ensino Superior	3	5,45	4	2,75	7	3,5
Total	55	100	145	100	200	100
Profissão						
Atividade remunerada	6	10,9	13	8,9	19	9,5
Aposentadoria	52	94,5	114	78,6	166	83
Estado Civil						
Casado	43	78,1	52	35,8	95	47,5
Separado	2	3,6	7	4,82	9	4,5
Viúvo	8	14,5	76	52,4	84	42
Solteiro	2	3,6	10	6,89	12	6
Total	55	100	145	100	200	100
Convívio familiar						
Mora com o(a) esposo(a)	42	76,3	48	33,1	90	45
Não mora com o(a) esposa(a)	2	3,6	18	12,4	20	10
Mora com outras pessoas	11	20	79	54,4	90	45
Total	55	100	145	100	200	100

Fonte Primária

A partir dos resultados, apresentados na tabela

01, pode-se observar que 72,5% dos idosos são do sexo feminino, 40,5% possuíam faixa etária de 70 a 79 anos e 57% não são alfabetizados. Destaca-se também que 83% são aposentados. Foi visto que 42% são viúvos e que 45% moram com o(a) esposo(a).

Tabela 2 — Perfil dos idosos acompanhados pela Atenção Primária quanto aos hábitos de vida e à dependência das atividades de vida diária. Sobral, CE, Brasil, 2011

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Atividade Física						
Sim	8	14,5	33	22,7	41	20,5
Não	47	85,4	112	77,2	159	79,5
Total	55	100	145	100	200	100
Fuma ou já fumou						
Sim	43	78,1	65	44,8	108	54
Não	12	21,8	80	55,1	92	46
Total	55	100	145	100	200	100
Consumiu bebida alcoólica						
Sim	34	61,8	18	12,4	52	26
Não	21	38,1	127	87,5	148	74
Total	55	100	145	100	200	100
Dependente (AVD)						
Sim	38	69,09	84	57,9	122	61
Não	17	30,9	61	42	78	39
Total	55	100	145	100	200	100

Fonte Primária

Em relação aos principais hábitos de vida, os dados da tabela 02 demonstram que, 79,5% referiram não realizar atividade física, e apenas 20,5% informaram adotar essa prática. Junto a isso, os idosos também apresentaram elevado grau de dependência funcional, com 61% dos casos. Em relação ao uso de tabaco, 54% fizeram uso por tempo prolongado. Quanto ao consumo de bebida alcoólica 26% referiram ter feito uso por algum tempo.

Tabela 3 — Perfil de idosos acompanhados pela Atenção Primária quanto a escala de depressão geriátrica e a percepção do estado de saúde. Sobral, CE, Brasil, 2011

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sem depressão	14	25,4	45	31	59	29,5
Leve	28	50,9	67	46,2	95	47,5
Grave	4	7,2	14	9,6	18	9
Não se aplica	9	16,3	19	13,1	28	14
Total	55	100	145	100	200	100
Percepção do estado de saúde						
Excelente	0	0	6	4,13	6	3
Bom	18	32,7	50	34,4	68	34
Regular	31	56,3	71	48,9	102	51
Ruim	6	10,9	18	12,4	24	12
Não se aplica	0	0	0	0	0	0
Total	55	100	145	100	200	100

Fonte Primária

Conforme dados da tabela 03, em relação ao estado depressivo, a definição de depressão leve esteve presente em 47,5% dos casos e apenas 9% foram definidos como depressão grave. Frente às percepções do estado de saúde, apenas 34% relatam possuir bom estado de saúde e 3% excelente.

Tabela 4 — Perfil de idosos acompanhados pela Atenção Primária quanto ao uso regular de medicamentos Sobral, CE, Brasil, 2011

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Uso regular de medicamentos						
Até 02 medicamentos	17	30,9	39	26,8	56	28
02 a 03 medicamentos	25	45,4	71	48,9	96	48
03 ou mais medicamentos	11	20	30	20,6	41	20,5
Não usa medicamentos	2	3,6	5	3,4	7	3,5
Total	55	100	145	100	200	100

Fonte Primária

Os dados da tabela acima nos mostram que grande parte dos idosos estudados, 48%, fazem uso de 02 a 03 medicamentos diariamente.

Tabela 5 — Perfil de idosos acompanhados pela Atenção Primária quanto ao APGAR familiar e a assistência no domicílio. Sobral, CE, Brasil, 2011

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
APGAR familiar						
Altamente funcional	27	49,09	77	53,1	104	52
Moderadamente disfuncional	14	25,4	34	23,4	48	24
Severamente disfuncional	5	9,09	14	9,65	19	9,5
Não se aplica	9	16,36	20	13,7	29	14,5
Total	55	100	145	100	200	100
Assistência no domicílio						
Filho	23	41,8	85	58,6	108	54
Companheiro	29	52,72	20	13,7	49	24,5
Irmão	0	0	5	3,44	5	2,5
Amigo	0	0	7	4,82	7	3,5
Profissional de saúde	1	1,8	4	2,75	5	2,5
Outros	2	3,6	24	16,55	28	14
Total	55	100	145	100	200	100

Fonte Primária

Ao analisar a funcionalidade familiar de idosos, constatamos que 52% relataram boa dinâmica familiar, enquanto que 33,5% referiram comprometimento dessa dinâmica. Vale ressaltar que a alternativa “não se aplica ao idoso” se relacionou ao fato de não poderem verbalizar com o pesquisador devido a suas limitações.

Em relação à assistência no domicílio, conforme dados da tabela 05, houve a predominância de que o principal cuidador do idoso seja uma pessoa da família, com destaque para o filho(a), 54%, e o seu companheiro/sua companheira, 24,5%. Evidenciamos a presença de netos(as), noras e primas, em maior número, comparando-se a demais categorias dentro da alternativa “outros”. Essas informações confirmam o bom relacionamento da dinâmica familiar.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos formulários da pesquisa, percebemos que os idosos residentes na zona urbana do Município de Sobral e incluídos na atenção primária, caracterizam-se por ser a maioria mulher.

Na atualidade, a expectativa de vida vem aumentando em virtude dos avanços científicos e tecnológicos, das melhores condições de higiene e saneamento básico, que reduziram, por exemplo, as mortes por doenças infecto-contagiosas. A iniquidade das políticas locais, em diversas regiões do mundo, adquire uma maior visibilidade com o fenômeno do envelhecimento. As possibilidades de envelhecimento estão estreitamente relacionadas ao acesso a condições dignas de vida e renda. Esse acesso, inclusive, poderá ser um fator determinante da qualidade com que se vai envelhecer⁽⁷⁾.

No Brasil, o número absoluto de mulheres idosas é superior quando confrontado com o de homens acima de 65 anos. Este fato pode estar atribuído a menor exposição das mulheres a determinados fatores de risco encontrados no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e pela maior cobertura da assistência à saúde⁽⁸⁾.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, a maior proporção de idosos na população brasileira tem entre 60-69 anos, mas a proporção de idosos com 70 anos ou mais tem aumentado⁽²⁾. Os idosos com 70-79 anos representam 40,5% da população deste estudo. Detectamos ainda que 83% dos idosos são aposentados.

A baixa escolaridade dos sujeitos, 57% de analfabetos, confirma o encontrado em outros estudos desenvolvidos com este mesmo grupo etário. Consideramos que, possivelmente, essa baixa escolaridade dos idosos seja reflexo da taxa de alfabetização nos anos 20-40 do

século passado, quando não havia tanta cobrança por nível escolar como atualmente e o papel das mulheres na sociedade era casar, ter filhos e cuidar de casa e, via de regra, não eram estimuladas a estudar⁽⁹⁾. Esses dados demonstraram um dos aspectos de desigualdades sociais de nosso país.

Houve a predominância de casados entre os homens e que viviam com sua companheira, e de viúvas entre as mulheres, convivendo em ambientes multigeracionais.

A pesquisa também oportunizou conhecimentos acerca dos hábitos de vida dos idosos, denotando características similares a estudos em distintas regiões do Brasil. Assim, dentre o grupo estudado, a sua maioria não realizava atividades físicas, e já fez ou faz uso do tabaco. Também em relação ao consumo de bebida alcoólica foi relatado maior frequência entre os homens. Esses dados, possivelmente, explicam o elevado grau de dependência funcional que os idosos apresentaram, pois conforme a literatura, a prática de exercícios físicos proporciona maior independência nas atividades da vida diária.

Diante do envelhecimento populacional, a meta no atendimento à saúde deixa de ser a de apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. Para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde, e as políticas públicas devem enfatizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças. Além disso, o idoso deve ser avaliado de forma holística, com o objetivo principal de manutenção da capacidade funcional⁽¹⁰⁾.

Quanto à capacidade funcional, observamos que 61% dos idosos possuíam algum tipo de dependência para realizar as atividades de vida diária e que idosos da faixa etária mais elevada apresentaram uma maior prevalência de incapacidades. Esses dados são semelhantes aos verificados na literatura brasileira e de outros países, que afirmam que, a cada ano, cerca de 10% da população adulta, a partir dos 75 anos, perde a independência em uma ou mais atividades básicas da vida diária, tais como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se e higiene pessoal⁽¹¹⁾.

Em nosso estudo foi notável a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, entre os idosos. Este fenômeno explica a crescente procura por serviços de saúde, e o consumo de grande quantidade de medicamentos. A elevada quantidade média de uso de medicamentos observada nessa pesquisa parece ser comparável com

achados prévios. O fácil acesso a medicações e a baixa frequência de uso de recursos não farmacológicos para o manejo de problemas médicos contribui para esse consumo elevado de medicamentos pela população de idosos⁽¹²⁾. O elevado consumo de medicamentos pelos idosos vem trazendo repercussões importantes, pois apesar de não existir um consenso sobre qual número expresse polifarmácia, ela tem sido definida, basicamente, de duas formas: como o uso concomitante de fármacos, medida por contagem simples dos medicamentos ou como a administração de um maior número de medicamentos do que os clinicamente indicados, avaliada nas revisões clínicas, usando critérios específicos. Quantitativamente, ela tem sido classificada por alguns autores como uso concomitante de cinco ou mais medicamentos⁽¹²⁾. Neste contexto, revelamos a importância do treinamento para os profissionais de saúde, em especial aqueles da atenção básica, a fim de se adequarem às novas exigências da população idosa, sabendo direcionar seu papel de apoio e assistência de forma mais integral e responsável.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo no qual, modificações morfológicas, funcionais e bioquímicas podem interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive, tornando-o mais vulnerável aos agravos e doenças, comprometendo sua qualidade de vida. Aliado a isso, a depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade, porque traz prejuízos à vida familiar e comunitária, além de certo impacto negativo em todos os aspectos da vida, sendo assim de grande relevância na saúde pública. Os custos associados à depressão na terceira idade são grandes, além do declínio funcional, estresse familiar, aumento do risco de doenças, piora na recuperação de doenças e morte prematura por suicídio ou outras causas⁽¹³⁾.

A percepção da saúde tem sido descrita como um importante preditor de sobrevivência entre idosos. Os estudos confirmam que diferenças de gênero e idade, na percepção da saúde, são importantes determinantes do comportamento em relação à procura por atendimento de saúde⁽¹⁴⁾.

A caracterização familiar deste grupo de idosos apontou para uma boa dinâmica familiar, porém acreditamos que se as famílias tivessem maior assistência por parte dos profissionais de saúde, no que tange ao suporte emocional, sobrecarga do cuidador, e ensinamentos sobre a doença do seu parente, os relacionamentos seriam mais firmes, com menos atrito, e haveria maior participa-

ção dos familiares no processo saúde-doença vivida pelo idoso.

O conhecimento do estado depressivo nos idosos foi válido, pois muitas vezes eles manifestam sintomas depressivos, mas nem sempre isso é valorizado pelos profissionais, não sendo diagnosticado nem tratado. Este fenômeno também não pode ser considerado normal, nem tampouco sinônimo de tristeza ou solidão, por isso há necessidade de conhecê-lo. Neste estudo, portanto, a maioria do grupo pesquisado manifestou estado depressivo, sendo mais freqüente a definição de depressão leve. Valorizar estes dados, analisá-los e posicionar uma consciência profissional diante desses idosos se faz urgente, objetivando o desenvolvimento de estratégias eficazes para um diagnóstico fidedigno e que haja intervenções saudáveis.

Para contornar tal situação, a adequação de estratégias que incentivem e proporcionem atividades de recreação e lazer se constituem como medida efetiva para a redução do isolamento, da melhor inserção do idoso no meio social e do desenvolvimento de novas habilidades, o que pode refletir diretamente na melhora da auto-estima e da condição de saúde⁽¹⁵⁾.

Frente às percepções do estado de saúde, referidas pelos idosos que podiam se comunicar, apenas 34% deles responderam possuir estado de saúde bom e 3%, excelente. Do ponto de vista cultural, as mulheres têm mais percepção das doenças, apresentam uma tendência maior para o autocuidado e buscam os serviços de saúde mais frequentemente, em comparação com os homens⁽¹⁶⁾.

Essas informações sugerem a formação de grupos de convivência que proporcionem momentos de participação e comunicação com outros idosos de características semelhantes, contribuindo para elevar sua auto-estima e melhor posicionamento dos profissionais, já que eles estariam mais próximos e compreenderiam as condições de vida desta população.

Na pergunta: "Quem mais cuida de você?", observamos a maior presença do filho, valorizando os laços afetivos e familiares, no entanto, não conseguimos identificar qual significado do cuidado. Deve ser reconhecida, pela equipe multidisciplinar, a importância do suporte e educação aos familiares a fim de que tenham condições de prestar os cuidados que o idoso necessita e mantê-lo autônomo o máximo possível, pois se estima que a família proveja entre 80% e 90% do auxílio a seus membros idosos, incluindo cuidado médico e de enfermagem, ta-

refas cotidianas, como transporte, e ajuda nas atividades domésticas e nas compras, além de ser responsável por iniciar e manter o vínculo com os serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

As relações afetivas dentro do contexto familiar devem significar equilíbrio e bem estar para aqueles que envelhecem, por isso o vínculo emocional entre o idoso e seu cuidador é importante para que se construa uma relação de intimidade, e os laços afetivos envolvidos podem favorecer uma maior confiança⁽¹⁸⁾. A família é um sistema que promove a saúde entre seus membros, através de valores, crenças, conhecimentos e práticas que norteiam suas ações em busca da prevenção da doença. Participa do cuidado à saúde, responsabilizando-se pelo estado de bem-estar de seus integrantes, interagindo com os serviços de saúde, com o devido respeito aos conhecimentos científicos dos profissionais, bem como articulando os saberes populares do cuidado e tomando decisão sobre a melhor forma de tratamento. Sofre a influência de seu contexto social e influencia a sociedade em que vive⁽¹⁹⁾.

Para os pesquisadores, aplicando o APGAR da família, pode-se dimensionar uma maior compreensão da interação do sistema familiar do idoso e, ao mesmo tempo, proporcionar um momento de reflexão sobre as relações familiares e o processo do envelhecimento.

Portanto, destacamos que o maior desafio na atenção à saúde da pessoa idosa é contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam vir a ocorrer, os indivíduos possam redescobrir possibilidades de viver com a melhor qualidade de vida possível. Isso faz com que o estudo do envelhecimento e da velhice, como processos do ciclo vital, seja atualmente um dos principais pontos de atenção dos agentes sociais e governamentais, bem como da medicina em geral.

CONCLUSÃO

Com o propósito de mostrar o panorama das condições de saúde das pessoas que estão envelhecendo no município de Sobral — CE, o estudo leva a observar a necessidade de programas públicos de atenção à saúde dos idosos que sejam promotores de um envelhecimento saudável e bem estar. Para tal, são requeridos investimentos que priorizem a prevenção de doenças e controle de condições de cronicidade que permita aos idosos um viver com qualidade.

Acreditamos que esta pesquisa seja uma fonte importante e atualizada de informações e discussões so-

bre o perfil de idosos na atenção básica de Sobral e que conduzirá a novas propostas de atenção e saúde pelos profissionais, num processo de conhecimento gradual da realidade de transição demográfica, e que contribuam positivamente no cuidado ao idoso, em suas diferentes especificidades.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19)
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de amostra domicílio. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. [Internet]. [citado 2011 mar 25]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>.
3. Herédia VBM, Casara MB, Cortelletti IA. Impactos da longevidade na família multigeracional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007;10(1):7-28.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela saúde. [Internet]. [citado 2011 abr 25]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
5. Rosa TEC, Benício MHD'A, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes de capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(1):40-8.
6. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
7. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública.* 2002; 19(3):700-1.
8. Silva MJ, Lopes MVO, Araujo MFM, Moraes LA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(2):14-20.
9. Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(2):168-77.
10. Costa EFA, Porto CC, Soares AT. Envelhecimento populacional brasileiro e aprendizado de geriatria e ge-

- rontologia. Rev UFG Online [periódico na Internet]. 2003 [citado 2011 abr 02]; 5(2):7-10. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/envelhecimento.html
11. Costa AJL. Methods and measures for the evaluation of functional capacity: a preliminary analysis based on the National Household sample survey health interviews — PNAD, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11:927-40.
 12. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(6):924-9.
 13. Tourigny-Rivard MF, Buchanan D, Cappeliez P. The assessment and treatment of depression. Toronto: Canadian Coalition for Seniors Mental Health; 2006.
 14. Barreto SM, Giatti L, Kalache A. Gender inequalities in health among Brazilian older adults. *Pan Am J Public Health*. 2004; 16(2):110-7.
 15. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):759-71
 16. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira I, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(1):62-70.
 17. Angelo M. O contexto domiciliar. In: Duarte Y, Diogo M, editors. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2005.
 18. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Alves GS, Sampaio LS, et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Aval Psicol*. 2009; 8(3):415-23.
 19. Moreno V. Enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde: visão sobre a família. *Rev Rene*. 2008; 9(1):9-18.

Recebido: 30/06/2011

Aceito: 16/09/2011