

PERFIL DEMOGRÁFICO E MORBIDADE DA POPULAÇÃO IDOSA DE BAGÉ – RS

MARTINS, Renata Cristina da Silva¹; CARVALHO, Evelise Nunes Moreira²; THUMÉ, Elaine³.

¹Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista de Iniciação Científica - PROBIC/Fapergs. Email: renatinhaa.martins@hotmail.com

²Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista de Iniciação Científica – PIBIC/CNPQ. Email: evecarvalhopel@hotmail.com

³Orientadora: Enfermeira Doutora em Epidemiologia. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Email: elainethume@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A necessidade de assistência aos idosos deveria ser plenamente atendida pelos serviços de saúde, dentro dos preceitos de universalidade, integralidade e equidade em saúde (MS, 2006a). Aos serviços de atenção básica à saúde cabe a responsabilidade pela avaliação da demanda potencial de assistência, incluindo não apenas a demanda espontânea referida por usuários ou familiares e a demanda induzida pelo próprio serviço, mas principalmente a demanda latente, não percebida ou manifesta por usuários, familiares e profissionais de saúde. A garantia do acesso aos serviços, sua aceitação e utilização pela população também é um potencial determinante na utilização dos serviços (Caldas, 2003).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Estatuto do Idoso sintetizam a resposta do Estado e da sociedade, garantindo o cuidado e a atenção integral pelo Sistema Único de Saúde- SUS – (BRASIL, 2003; MS, 2006b). A PNSPI define como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional e sua reabilitação, a assistência às necessidades de saúde, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas (MS, 2006c).

Uma das dificuldades dos sistemas de saúde é a identificação dos idosos que mais requerem cuidados, justificando a utilização de instrumentos capazes de classificar os idosos em diferentes graus de necessidade, possibilitando a hierarquização dos riscos e contribuindo para o desempenho dos serviços (Veras, 2003).

O objetivo deste estudo é descrever as características socioeconômicas, demográficas, morbidades e utilização de serviços de saúde dos idosos de Bagé, RS.

2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

O delineamento proposto foi o de um estudo transversal de base comunitária em área de abrangência dos serviços básicos de saúde (UBS Tradicionais e Unidades Saúde da Família). A população-alvo foram os indivíduos com 60 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana do município de Bagé, RS.

Foram incluídos no estudo idosos, moradores em domicílios particulares, na zona urbana do município na data de referência da pesquisa. Foram excluídos os indivíduos que, no momento da entrevista, estiverem viajando, privados de liberdade por decisão judicial ou residindo em Instituições de Longa Permanência.

Os dados foram coletados através de questionário estruturado com questões pré-codificadas e com dupla digitação em um banco de dados no programa EPI Info 6.0 (Dean, 1995). O instrumento foi planejado para obter, além das variáveis que compõem os desfechos, as informações sobre características demográficas, socioeconômicas, morbidades e hospitalizações. O questionário foi aplicado para todos os idosos residentes no domicílio e respondido pelo próprio idoso e, em caso de incapacidade, foi aplicado ao cuidador responsável que estava acompanhando o idoso no momento da entrevista.

A execução do projeto contou com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde. Foi realizado contato com o Secretário Municipal de Saúde, técnicos das Universidades locais – URCAMP e UNIPAMPA, e formado parcerias interinstitucionais. O estudo foi divulgado na imprensa, em programas de rádio e jornal de circulação local, como forma de auxiliar no recebimento dos entrevistadores nos domicílios. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Os princípios éticos foram assegurados, recorrendo-se ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Foi assegurada garantia do direito de não participação na pesquisa e do sigilo sobre os dados coletados.

A análise descritiva incluiu cálculos de percentuais estratificados de acordo com o modelo de atenção da área de residência dos idosos. As variáveis demográficas e socioeconômicas incluídas foram: sexo, idade (60 a 74 anos/ 75 anos ou mais), situação conjugal (casado ou com companheiro/ viúvo/ solteiro ou divorciado), alfabetizado (sim/não), renda percapita (em salários mínimos: ≤ 1 / > 1 e < 3 / ≥ 3) e plano privado de saúde (sim/não). Entre os indicadores de morbidade foram usadas as seguintes variáveis: história de queda no último ano (sim/não); diagnóstico médico de hipertensão (sim/não); diabetes (sim/não); derrame (sim/não); e câncer (sim/não). O teste Mini-mental (Folstein, 1975) foi utilizado para rastreamento de sinais de demência e o resultado foi dicotomizado considerando o nível de escolaridade. Para avaliar a presença de sintomas de depressão foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (Sheikh, 1986) e os resultados foram dicotomizados (presente: escore de 0 a 5/ ausente: escore ≥ 6). Para estabelecer incapacidade funcional foram utilizadas as Escalas de Katz e de Lawton e considerados com incapacidade os idosos que relataram precisar de ajuda para uma das atividades, no mínimo (Katz, 1963; Lawton, 1969). Foi investigado se o idoso esteve hospitalizado nos últimos quatro anos (nenhuma/ uma/ duas ou mais vezes).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 1713 idosos e 1593 participaram do estudo. A proporção de resposta foi de 93%, com 4% de perdas e 3% de recusas.

As mulheres representaram cerca de dois terços da amostra (63%), um terço era viúvo(a) e 51% eram casado(a) ou vivia com companheiro(a). Nas áreas da atenção Tradicional, foi observada maior proporção de idosos com 75 anos ou mais, renda superior a três salários mínimos e plano privado de saúde. Os grupos tiveram semelhanças nas prevalências de diagnóstico médico de hipertensão (55%); acidente vascular cerebral (10%); e história de queda no último ano (28%). Os idosos residentes das áreas da Saúde da Família apresentaram maior taxa de diabetes; demência; depressão; incapacidades para atividades básicas e instrumentais da vida diária; história de hospitalização nos últimos quatro anos; e ter

estado acamado nos últimos trinta dias. Independentemente da área, cerca de 41% dos idosos apresentaram uma avaliação negativa da sua situação de saúde. A prevalência de assistência domiciliar foi de 4% nas áreas da atenção Tradicional e de 10% nas áreas da Saúde da Família (Tab.1).

Tabela 1. Características da população estudada de acordo com o modelo de atenção. Bagé, 2008.

Variáveis	Tradicional		Saúde da Família		Amostra Total	
	N= 741	%	N= 852	%	N= 1593	%
Sexo						
Masculino	260	35.1	333	39.1	593	37.2
Feminino	481	64.9	519	60.9	1000	62.8
Idade						
60 a 74 anos	483	65.2	613	72.0	1096	68.8
75 anos ou mais	258	34.8	239	28.0	497	31.2
Sabe ler e escrever						
Não	115	15.5	264	31.0	379	76.1
Sim	626	85.5	588	69.0	1214	23.9
Situação Conjugal						
Solteiro/ Divorciado	109	14.7	129	15.2	238	15.0
Casado	374	50.6	442	51.9	816	51.2
Viúvo	257	34.7	281	32.9	538	33.8
Renda percapita						
≤1 SM	355	49.2	554	66.0	909	58.2
> 1 a 3 SM	243	33.6	250	29.8	493	31.6
> 3 SM	124	17.2	35	4.2	159	10.2
Plano Privado de Saúde						
Não	404	54.7	621	73.3	1025	64.6
Sim	335	45.3	226	26.7	561	35.4
Morbidades ^a						
Hipertensão	414	55.9	467	54.8	881	55.3
Diabetes	97	13.1	144	16.9	241	15.1
Derrame	70	9.5	87	10.2	157	9.9
Câncer	42	5.7	36	4.2	78	4.9
Demência	73	10.4	126	15.5	199	13.1
Depressão	91	12.9	134	16.6	225	14.9
Queda no último ano	208	28.1	238	28.0	446	28.0
Incapacidade AVD	67	9.0	102	12.0	169	10.6
Incapacidade AIVD	203	27.4	315	37.3	518	32.7
Hospitalização						
Não	525	70.9	614	72.1	1139	71.5
Uma vez	153	20.7	134	15.7	287	18.0
Duas ou mais vezes	63	8.5	104	12.2	167	10.5

^a O valor apresentado se refere a respostas positivas para a presença de morbidade AVD= Atividades da Vida Diária; AIVD= Atividades Instrumentais da Vida Diária

4 CONCLUSÃO

Uma das dificuldades dos sistemas de saúde é a captação eficiente dos idosos que mais requerem cuidados, justificando a utilização de instrumentos capazes de conhecer o perfil demográfico, socioeconômico e de situação de saúde da população. Desta forma, é possível organizar os serviços de saúde e planejar as ações priorizando os grupos mais vulneráveis.

O debate sobre o envelhecimento destaca o incremento da longevidade com independência. Agravos, como por exemplo, seqüelas de derrame são marcadores

de necessidade de cuidado e passíveis de prevenção com o manejo adequado da hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares.

À semelhança dos demais aspectos da vida e da saúde humana (Marmot, 2005), a interação entre processos demográficos, genéticos, psicológicos, ocupacionais, ambientais, econômicos e do estilo de vida determinam as características do envelhecimento de indivíduos e sociedades ao longo do tempo. Diferenças históricas em termos econômicos, culturais e sanitários se expressam na variabilidade das condições de morbimortalidade dos grupos humanos (Marmot, 2005; Carvalho, 2003). Em comparação às camadas mais abastadas da sociedade, as piores condições de saúde e envelhecimento das classes trabalhadoras e populares, são resultantes de iniquidades experimentadas ao longo da vida e continuadas no transcurso da “terceira idade”. Em suma, os mais pobres vivem menos e pior do que os mais ricos, chegando mais adoentados e “envelhecidos” à terceira idade. Ao identificar as diferenças nas proporções na distribuição da faixa etária, na renda e na escolaridade observa-se que a opção por implantar a estratégia saúde da família atendeu a prerrogativa de implantação nas áreas mais vulneráveis.

5 REFERÊNCIAS

- Brasil, MS (Ministério da Saúde). Estatuto do Idoso. MS. Lei 10.741, 1º de outubro de 2003. . Brasília: MS; 2003.
- Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica*. 2003 May-Jun;19(3):773-81.
- Carvalho JA, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003 May-Jun;19(3):725-33.
- Dean JA, Coulombier D, Smith DC, Brendel KA, Arner TG, Dean AG. *Epi Info*-computer programs for epidemiology, version 6.0. Atlanta, Georgia: CDC; 1995.
- 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 Sep 21;185:914-9.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969 Aut;9(3):179-86.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104
- Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica nº 19*. 2006a.
- MS (Ministério da Saúde). Portaria 648 de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: MS; 2006b.
- MS (Ministério da Saúde). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006c.
- Sheikh JI, Yesavage JA. *Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version*. New York: The Hayworth Press, 1986.
- Veras R. Em busca de uma assistência adequada a saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica*. 2003 May-Jun;19(3):705-15.