

**Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos<sup>1</sup>**

**Socioeconomic factors, functional disability and number of diseases among the elderly**

**Factores socioeconómicos, incapacidad funcional y número de enfermedades entre los ancianos**

Silvia Aparecida Locatelli dos Santos<sup>I</sup>, Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>II</sup>, Maria Helena Barabosa<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Esta pesquisa recebeu auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

<sup>I</sup> Enfermeira. Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde de Barretos. Barretos, SP, Brasil. E-mail: [silvia\\_locatelli@hotmail.com](mailto:silvia_locatelli@hotmail.com).

<sup>II</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária, Curso de Graduação em Enfermagem (CGE), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, MG, Brasil. E-mail: [darlenetavares@netsite.com.br](mailto:darlenetavares@netsite.com.br).

<sup>III</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar, CGE, UFTM. Uberaba, MG, Brasil. E-mail: [mhelena331@hotmail.com](mailto:mhelena331@hotmail.com).

**RESUMO**

O processo de envelhecimento humano é multifatorial e, para que ocorra com qualidade, vários fatores devem ser considerados, como: sexo, arranjo familiar, educação, renda, doenças crônicas e capacidade funcional. Visando aprofundar estes aspectos essa pesquisa objetivou comparar o número de morbidades dos idosos, com sexo, escolaridade, renda, uso de serviços de saúde e número de incapacidades funcionais. Participaram 2.912 idosos entrevistados no domicílio, selecionados através da técnica de amostragem estratificada proporcional com seleção sistemática, considerando os bairros como estratos. Os dados foram digitados em dupla entrada, no EpiInfo3.2. Realizou-se análise descritiva e o teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). A maioria dos idosos é do sexo feminino; com 60|-70 anos; possui 3|-8 anos de estudo; recebe de 1|-|3 salários mínimos; procurou o serviço de saúde nos últimos 12 meses; não foram internados; realizou exame nos últimos 12 meses; teve problema no atendimento do serviço de saúde, com destaque para o longo tempo de espera, apresenta de 1|-3 incapacidade funcional e possui, em média, quatro morbidades. O maior número de morbidades é proporcionalmente maior nas mulheres; entre os idosos sem escolaridade; com menor renda individual; que procuram mais pelo serviço de saúde; que apresentam maior frequência de escolarização e maior número de incapacidades funcionais.

**Descritores:** Idoso; Doença crônica; Atenção primária à saúde.

**ABSTRACT**

The human aging process is multifactorial, and to occur with quality, several factors must be considered, such as gender, living arrangements, education, income, chronic diseases and functional capacity. To deepen these aspects this study aimed to compare the number of morbidity among elderly, with education, income, use of health services and number of functional disabilities. 2.912 elderly people were interviewed at home, selected through proportional stratified sampling technique, with systematic selection, considering the districts as stratum. Data were entered into double entry in EpiInfo3.2. It was considered descriptive analysis followed by qui-square test ( $p < 0.05$ ). Most elderly people are female, with 60|-70 years old, having 3|-8 years of study, receives 1|-|3 minimum wages, sought medical care in the last 12 months, were not hospitalized, held examination in the last 12 months, had problems in meeting the health service, especially for the long waiting time, presents 1|-3 disability and has an average of four morbidities. The greatest number of illnesses is proportionally larger in women, among older people with no schooling, lower-income individual, looking more for a health service, with the greatest frequency of hospitalization and more functional disability.

**Descriptors:** Elderly; Chronic disease; Primary health care.

**RESUMEN**

El proceso de envejecimiento humano es multifactorial, y para que la calidad se produzca, varios factores deben ser considerados, como el género, arreglos de vivienda, educación, ingresos, enfermedades crónicas y capacidad funcional. Para profundizar en estos aspectos este estudio tuvo como objetivo comparar el número de la morbilidad entre los ancianos, con la educación, los ingresos, la utilización de los servicios de salud y el número de discapacidades funcionales. Participaron 2912 personas de edad entrevistados en el hogar, seleccionados mediante muestreo estratificado proporcional técnica, con selección sistemática, teniendo en cuenta los distritos de los estratos. Los datos fueron introducidos en doble entrada en EpiInfo3.2. Se consideró análisis descriptivo seguido de prueba de  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ ). La mayoría de las personas mayores son mujeres, con 60|-70 años, ofreciendo 3|-8 años de estudio, recibe 1|-|3 salarios mínimos, buscaron atención médica en los últimos 12 meses, no fueron hospitalizados, que se celebró examen en los últimos 12 meses, tuvo problemas en el cumplimiento de los servicios de salud, especialmente para una larga espera, presenta 1|-3 discapacidad y tiene un promedio de cuatro comorbilidades. El mayor número de enfermedades es proporcionalmente mayor en las mujeres, entre las personas mayores sin escolaridad, menor individuales de ingresos, mirando más por un servicio de salud, con la mayor frecuencia de hospitalización y incapacidad más funcional.

**Descriptores:** Anciano; Enfermedad crónica; Atención primaria de salud.

## INTRODUÇÃO

Os idosos brasileiros, pessoas com 60 anos ou mais, representam 10,2% da população total, estimando alcançar 14% em 2025<sup>(1)</sup>. Esta situação epidemiológica está relacionada à interação dinâmica dos coeficientes de mortalidade e natalidade, que por sua vez tiveram influência da descoberta dos antibióticos, dos avanços científicos e tecnológicos e da melhoria das condições sanitárias. Verificou-se, desta forma, aumento da expectativa de vida e maior concentração de idosos, denominado envelhecimento populacional<sup>(2)</sup>. Este novo panorama populacional, traz muitas implicações nos aspectos sociais, de saúde, alterações na vida dos sujeitos e na estrutura familiar<sup>(3)</sup>.

Envelhecer é um processo fisiológico, natural, que ocorre em todos os organismos multicelulares. É um processo dinâmico, progressivo, com alterações morfofuncionais e psicológicas<sup>(4)</sup>.

A busca pela imortalidade, juventude e beleza data dos mais antigos escritos. O processo de envelhecimento, durante séculos, foi visto de forma preconceituosa, sendo discutida como uma questão cultural. No Oriente, era considerada a fase da sabedoria, enquanto que no ocidente, era vista como uma fase improdutiva, em decorrência da valorização pessoal estar relacionada à capacidade física<sup>(3)</sup>.

Com o processo de envelhecimento ocorrem modificações físicas, biológicas, sociais e psicológicas, dentre outras. A pele torna-se enrugada; pode ocorrer perda dental; distúrbios de locomoção; o coração e os órgãos do sentido apresentam declínio no seu funcionamento. O vigor, a concentração e o estado de alerta ficam diminuídos. No sexo masculino, ocorre um ligeiro declínio sexual. Nesta fase acontece ainda a aposentadoria, os filhos muitas vezes saem de casa, a vida social pode ter mudanças e o idoso pode ter um sentimento de perda do papel e da função social<sup>(4)</sup>.

O idoso fica mais vulnerável às doenças crônicas degenerativas, como as cardiovasculares, cerebrovasculares, câncer, transtornos mentais e àquelas que afetam o sistema locomotor e os sentidos<sup>(4)</sup>. Esse fator, associado ao impacto social do envelhecimento, das condições ambientais, da diminuição da renda, da possível rejeição pelo grupo social e do afastamento dos filhos, pode culminar em maior co-morbidade, influenciando na qualidade de vida do idoso<sup>(2)</sup>.

O aumento da população idosa tem gerado aumento na demanda dos serviços de saúde. Estudo realizado no Brasil evidenciou que o maior consumo de serviços de saúde ocorre entre as crianças e os idosos, que apresentam mais problemas de saúde. Observou ainda que as doenças crônicas pode aumentar com o avançar da idade<sup>(5)</sup>.

A escolaridade e a renda têm sido associadas à melhoria na qualidade de vida e longevidade. No Brasil, apesar de ocorrer melhora na taxa de analfabetismo (33,5%), quando comparado com 10 anos atrás (43,5%); ainda é muito grande o número de idosos que não sabem ler e escrever<sup>(1,5)</sup>.

Verificou-se também nos últimos 10 anos a melhoria na renda do idoso. Aqueles que recebiam meio salário mínimo houve acréscimo de, aproximadamente, dois pontos percentuais (5,4%); entre os que possuíam renda de meio a um salário mínimo; ocorreu aumento de quatro pontos percentuais (14,1%) e entre os que recebem de um a dois salários mínimos foi de cinco pontos (15,1%)<sup>(5)</sup>. Apesar destes aumentos verificados na renda e na taxa de

analfabetismo, considera-se que há muito ainda por fazer, para que se possa viver com qualidade de vida e garantir a inserção social.

Publicação recente destaca as desigualdades sociais em saúde e sua relação com a posição social<sup>(4)</sup>. As necessidades em saúde tendem a ser desfavoráveis em posições sociais menos favorecidas. No Brasil, verificou-se que conforme aumentou o rendimento familiar, houve uma diminuição dos problemas de saúde referidos, excetuando-se quando estava relacionada ao número de doenças crônicas. Estas requerem a maior presença nos serviços de saúde, guardando relação com a possibilidade de acesso e que é desfavorável aos sujeitos com menor renda mensal<sup>(4)</sup>.

Para que o ser humano tenha um envelhecimento com qualidade, vários fatores devem ser considerados, como: a idade, o sexo, o arranjo familiar, o estado conjugal, a educação, a renda, as doenças crônicas e a capacidade funcional. Estudo evidenciou que a idade, o sexo, a renda, a escolaridade e a etnia estavam relacionados a maior chance dos idosos apresentarem dificuldades para realizar as atividades instrumentais da vida diária, assim como a presença de duas ou mais doenças<sup>(6)</sup>.

Desta forma, alguns questionamentos têm sido suscitados sobre a existência de relação de número de morbidades entre os idosos e a renda, a escolaridade, o uso dos serviços de saúde e o número de incapacidade funcional.

Assim, percebe-se a necessidade de redirecionar a atenção à saúde do idoso, buscando compreender, no cotidiano dos serviços de saúde, a presença de fatores que contribuem com a deteriorização da saúde desta população visando identificar as principais necessidades de cuidado<sup>(7)</sup>. Ademais, várias políticas focalizam o idoso e sua família; entretanto, é mister o enfrentamento dos desafios para sua implementação, que vai desde a precária captação de recursos financeiros, ao frágil sistema de informação para a análise de condições de vida e de saúde, até a inadequada capacitação de recursos humanos<sup>(8)</sup>. Nesta perspectiva, esta pesquisa visa subsidiar o planejamento da atenção à saúde do idoso e teve como objetivo comparar o número de morbidades dos idosos com o sexo, a escolaridade, a renda individual, o uso de serviços de saúde e o número de incapacidades funcionais.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior tipo inquérito domiciliar, transversal e observacional, realizado na zona urbana do município de Uberaba-MG, por pesquisadores de enfermagem do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Os idosos residentes no município de Uberaba representam 12,1% da população total, significando, aproximadamente 35.847 habitantes<sup>(9)</sup>. A amostra populacional foi calculada em 2.892 idosos considerando 95% de confiança, 80% de poder de teste, margem de erro de 4% para estimativas intervalares e uma proporção estimada de  $r=0,5$  para as proporções de interesse. Para cálculo dos idosos em cada bairro, utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional. Naqueles bairros em que o cálculo amostral foi inferior a cinco, considerou-se pelo menos dez idosos. Utilizou-se a técnica de amostragem sistemática para selecionar os domicílios nos quais os idosos foram entrevistados. Portanto, com as perdas, obteve-se

uma amostra final de 2.924 idosos.

A amostra (n) deste estudo foi constituída pelos idosos que atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; ter respondido o item morbidade na íntegra; sexo masculino ou feminino; morar na zona urbana no município de Uberaba-MG e concordar participar da pesquisa. Atenderam a estes critérios 2.912 idosos, sendo que em 12 entrevistas estavam incompletas as questões referentes à morbidade.

Em cada bairro foi calculado o Intervalo Amostral (IA), e por meio de sorteio foi selecionado o primeiro domicílio a ser visitado na primeira quadra do bairro. No sentido horário, os demais domicílios foram considerados em cada quadra até percorrer o bairro todo. Nos domicílios em que não havia idoso, considerou-se o domicílio imediatamente posterior. Realizou-se um sorteio quando, na residência selecionada, havia mais de um idoso. Quando no domicílio selecionado havia idoso, mas, não estava em casa, agendou-se outro horário, e se no dia agendado o idoso não estivesse, considerou-se o domicílio imediatamente posterior. Em condomínios (prédios ou casas) o entrevistador apresentou-se na portaria e questionou sobre números de apartamentos ou casas existentes, elaborou um roteiro e deu-se sequência na seleção dos domicílios.

Utilizou-se o mapa de cada bairro disponibilizado pelo Centro de Controle de Zoonoses do Município de Uberaba, como itinerário para a seleção dos domicílios. Quando todo bairro foi percorrido e não se alcançou o número de idosos desejado, voltou-se ao início do bairro na casa subsequente à primeira casa selecionada e, repetiu-se todos os procedimentos até obter o número desejado de idosos.

Para a coleta dos dados foram selecionados 10 entrevistadores, com experiência prévia, os quais foram treinados para realização das entrevistas, incluindo o preenchimento dos instrumentos e dos relatórios, assim como a abordagem ao entrevistado. Reuniões sistemáticas ocorreram para supervisão e orientações necessárias. Foi elaborado um manual de orientações para realização das entrevistas.

Os dados foram coletados, no domicílio, utilizando-se de instrumento estruturado, baseado no questionário Older Americans Resources and Services (OARS), elaborado pela Duke University e adaptado à realidade brasileira<sup>(10)</sup>.

Antes de iniciar a entrevista foi realizada avaliação cognitiva com o idoso, procurando avaliar a preservação da memória recente para responder as questões propostas. A avaliação cognitiva foi baseada no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), versão reduzida validada pelos pesquisadores do Projeto SABE<sup>(11)</sup>. Quando o idoso obteve menos de 13 pontos, solicitou-se um informante. Considerou-se como informante uma pessoa que reside na mesma casa que o entrevistado, e que soubesse oferecer informações sobre o idoso (entrevistado). Ao informante foi aplicada a escala PFEFFER. Se o resultado fosse cinco ou menos, a entrevista continuava sendo realizada com o idoso, e as informações complementadas pelo informante, denominado auxiliar. Nos escores de seis ou mais, a entrevista foi conduzida com o informante, denominado substituto.

A aplicação do questionário ocorreu no período de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006. Todos os itinerários do entrevistador, no bairro foram registrados na planilha de campo, e acompanhados por seu respectivo supervisor. Quando alguma informação mostrava-se duvidosa ou o

processo de seleção de domicílios, apresentava algum problema, o supervisor orientava o entrevistador que voltasse ao bairro, na referida residência, e procedesse as correções.

Conforme as entrevistas estavam sendo realizadas, os instrumentos preenchidos eram entregues aos pesquisadores, que procederam as devidas revisões e codificações.

Foi construído um banco de dados eletrônico, no programa Epiinfo 3.2<sup>TM</sup>, os dados coletados foram digitados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada, para posterior verificação da existência de registros de idosos duplicados, assim como de nomes diferentes entre duas bases de dados. Procedeu-se então, a consistência dos campos, verificando digitação errada. Quando havia dados inconsistentes retornava-se para entrevista original, para confirmação e/ou correção. Deste banco de dados selecionaram-se os itens morbidade, renda, anos de estudo, uso dos serviços de saúde e incapacidade funcional.

Para a condução deste estudo selecionaram-se as variáveis: número de morbidades (0; 1|-3; mais de 3); sexo (masculino; feminino); faixa etária (60|-70; 70|-80; 80 e mais anos); anos de estudo (analfabeto; 1|-3; 3|-8; mais de 8); renda individual (0|-1; 1|-3; mais de 3 salários mínimos); uso de serviços de saúde (procura nos últimos 12 meses – sim e não; internação nos últimos 12 meses – sim e não; satisfação na internação – sim e não; realização de exames nos últimos 12 meses – sim e não; tipo de problema no serviço de saúde – não tem, espera longa, não confia, distância, dificuldade de atendimento, atendimento não é bom); número de incapacidade funcional (0; 1|-3; mais de 3).

Para atender aos objetivos propostos foi utilizada, inicialmente, análise descritiva a partir de frequências simples absolutas e percentuais. As associações entre variáveis categóricas foram estudadas utilizando-se o teste qui-quadrado. Considerou-se significativo quando  $p < 0,05$ .

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, protocolo Nº553, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os idosos foram contactados em seus domicílios, aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecido às informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, foi conduzida a entrevista.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 2.912 idosos, residentes em 101 bairros do município de Uberaba/MG. Do total das entrevistas realizadas, 92% foram com idosos, 4,17% com informante auxiliar (houve contribuição nas respostas de um membro da família ou cuidador que convive frequentemente com o idoso) e 3,83% com informante substituto (na impossibilidade da entrevista ser realizada com o idoso, essa foi obtida junto a um membro familiar ou cuidador que convive frequentemente com o idoso).

Neste estudo, as morbidades foram identificadas por meio do número de respostas positivas para as 25 doenças elencadas por cada idoso. A mediana foi de quatro, variando de zero a 15. Destaca-se que 62,1% referiram ter mais de três morbidades, seguidos por aqueles que possuíam 1|-3 (33,1%) e dos que não tinham morbidades (4,8%).

Investigação realizada com idosos brasileiros encontrou percentual acima do obtido neste estudo (30,6%)<sup>(12)</sup>.

Na Tabela 1, a seguir, apresentam-se as variáveis estudadas segundo o número de morbidades.

**Tabela 1.** Distribuição de frequência de algumas variáveis relacionadas aos idosos segundo número de morbidade. Uberaba, MG, 2005-2006.

Variáveis	Número de morbidades						Total		
	0		1 - 3		Mais de 3		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
Sexo	Masculino	85	60,7	452	46,9	514	28,4	1051	36,1
	Feminino	55	39,3	512	53,1	1294	71,6	1861	63,9
Escolaridade	Sem escolaridade	27	19,4	226	23,6	422	23,8	675	23,5
	1 - 3	46	33,1	262	27,4	590	33,3	898	31,3
	3 - 8	40	28,8	378	39,5	605	34,2	1023	35,7
	Mais de 8	26	18,7	91	9,5	154	8,7	271	9,5
	< 1	18	13,2	125	13,0	300	16,7	443	15,3
Renda Individual	1 - 3	94	69,1	718	74,8	1344	74,7	2156	74,5
	Mais de 3	24	17,6	117	12,2	154	8,6	295	10,2
Procura serviços saúde	Sim	49	35,8	546	56,9	1446	80,2	2041	70,4
	Não	88	64,2	413	43,1	356	19,8	857	29,6
Internação	Sim	10	7,3	159	16,7	458	25,6	627	21,8
	Não	127	92,7	795	83,3	1333	74,4	2255	78,2
Satisfação com a internação	Sim	6	66,7	108	76,1	383	87,1	497	84,1
	Não	3	33,3	34	23,9	57	12,9	94	15,9
Realizou exames	Sim	31	52,5	345	63,9	878	65,1	1254	64,5
	Não	28	47,5	195	36,1	470	34,9	693	35,5
	Não	78	58,2	392	41,2	754	42,1	1224	42,5
Problema atendimento serviço saúde	Tempo de espera	39	29,1	408	42,9	743	41,5	1190	41,3
	Não tem confiança	1	0,7	11	1,1	23	1,3	35	1,2
	Distância	1	0,7	24	2,5	32	1,8	57	2,0
	Dificuldade atendimento	8	6,0	66	6,9	125	7,0	199	6,9
	Atendimento não é bom	4	3,0	29	3,0	57	3,2	90	3,1
Nº incapacidades funcionais	outros	3	2,2	22	2,4	58	3,1	83	2,9
	0	59	42,1	292	30,5	322	17,9	673	23,3
	1 - 3	73	52,2	633	66,1	1328	74,0	2034	70,3
	mais de 3	8	5,7	33	3,4	145	8,1	186	6,4

A maioria dos entrevistados, Tabela 1, é do sexo feminino (63,9%). Ao analisar a distribuição dos sexos por número de morbidades, verifica-se que há maior proporção de homens que não possuem morbidades, enquanto as mulheres apresentam mais de três ( $\chi^2 = 131,52$ ;  $p < 0,0001$ ), maior que a encontrada para o Brasil (55,1%) e MG (54,8%) na amostra nacional por domicílios<sup>(12)</sup>.

Em estudo multicêntrico da cidade de São Paulo, a população foi formada por 58,6% de mulheres e 41,4% de homens, e 48% das mulheres e 33% dos homens relataram possuir mais de três morbidades<sup>(13)</sup>.

Investigação verificou que a maior utilização dos serviços de saúde foi entre as mulheres e aqueles que apresentavam pior condição de saúde. Estes dados evidenciam as desigualdades no uso e acesso aos serviços, podendo impactar de forma negativa na qualidade de vida desta população<sup>(14)</sup>. Por outro lado, estudo evidenciou que a mulher apresenta maior cobertura pelos planos de saúde suplementar em relação aos homens, assim como estão mais presentes nos serviços<sup>(15)</sup>.

A escolaridade apresentou mediana de três anos, com valores mínimos de zero e máximo de 23 anos. Estes dados são semelhantes aos obtidos para o Estado de Minas Gerais (3,1 anos) e para o Brasil (3,4 anos), realizado com idosos responsáveis por domicílio<sup>(12)</sup>. Destaca-se, Tabela 1, que os maiores percentuais são para os que possuem de 3|-|8 anos de estudo (35,7%). Quando comparado o número de morbidades com anos de estudo, verificou-se que há maior

proporção de idosos sem escolaridade que apresentam mais de três morbidades, enquanto aqueles que possuem mais de oito anos de estudo referem não ter morbidades ( $\chi^2 = 28,76$ ;  $p < 0,0005$ ). Vários fatores podem estar relacionados a isto, dentre eles ressalta-se o acesso à informação, bem como o seu entendimento.

A associação entre escolaridade e melhor qualidade de vida e do autocuidado tem sido discutida. Nesta perspectiva, é necessário estar atento para este fato, e ao realizar educação em saúde utilizar linguagem acessível ao cliente atendido. Da mesma forma, na confecção de cartazes, valorizar a comunicação visual por meio de figuras, visando atingir o público alvo. Por outro lado, com o processo de envelhecimento humano pode ocorrer diminuição da capacidade auditiva e visual, interferindo na comunicação. Assim, é possível melhorar a interação falando de frente para o idoso, para que ele possa visualizar os lábios, de forma pausada.

Quanto à renda individual, Tabela 1, a maioria recebe de 1|-|3 salários mínimos (74,5%), dado este que se encontra acima da média nacional (62,6%)<sup>(3)</sup>. Na presente pesquisa verificou-se maior proporção de idosos com renda individual de mais de três salários mínimo sem morbidades enquanto os que recebiam <1 apresentavam mais de três morbidades ( $\chi^2 = 28,76$ ;  $p < 0,00025$ ). A maior renda favorece a melhor condição de saúde e o menor poder aquisitivo demanda em mais doenças e, por sua vez, em maior necessidade de atenção à saúde<sup>(14)</sup>.

Uma menor renda pode estar associada a condições de trabalho mais desgastantes, a uma maior exposição a fatores de risco, uma menor preocupação com a saúde e uma maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, bens de consumo, alimentos saudáveis e educação, ficando, portanto mais vulnerável às morbidades<sup>(14)</sup>.

A maioria (70,4%) procurou o serviço de saúde nos últimos 12 meses, Tabela 1, percentagem esta semelhante à encontrada na pesquisa nacional por amostra domiciliar (70,6%)<sup>(12)</sup>, assim como na pesquisa realizada com idosos do Brasil (74%)<sup>(3)</sup>.

Observou-se que ocorreu maior proporção pela procura ao serviço de saúde por idosos que possuem mais de três morbidades quando comparados aos que não as possuem ( $\chi^2 = 246,21$ ;  $p < 0,00001$ ). Em geral, os idosos têm doenças crônicas, o que frequentemente os leva aos serviços de saúde, e na maioria das vezes, à internação prolongada<sup>(17)</sup>.

A internação nos últimos 12 meses foi relatada por 21,8% dos idosos, superior a encontrada para o Brasil (17%)<sup>(3)</sup>, Tabela 1. A proporção entre idosos que tem mais de três morbidades e são internados é significativamente maior do que aqueles que não as tem ( $\chi^2 = 46,65$ ;  $p < 0,0001$ ). Este dado já era esperado, visto que as doenças crônicas requerem acompanhamento permanente e contínuo. Dentre os idosos que se internaram nos últimos 12 meses, Tabela 1, a maioria (84,1%) ficou satisfeita; semelhante ao encontrado para a população brasileira (86,2%) que utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(3)</sup>.

No que concerne à realização de exame nos últimos 12 meses, Tabela 1, 64,5% dos idosos o fizeram; superiores aos encontrados em estudo multicêntrico realizado na cidade de São Paulo, onde 40% dos idosos realizaram exames preventivos<sup>(13)</sup>. Esperava-se percentual maior do que o obtido, pois 94,2% dos entrevistados têm pelo menos uma doença. O acompanhamento e controle da maioria das doenças crônicas requerem a realização de exames. O hábito de realizar exames periódicos contribui para prevenir ou postergar morbidades.

Destaca-se que, aproximadamente, 50% dos idosos que não apresentam morbidades realizaram exames, denotando uma preocupação com a sua saúde. A presença deste idoso no serviço de saúde é um momento privilegiado para o enfermeiro realizar ações promocionais de saúde.

Referente ao tipo de problema encontrado no atendimento do serviço de saúde, Tabela 1, 42,5% não teve. Dentre aqueles que tiveram, a maioria (41,3%) estava relacionado ao longo tempo de espera. No Brasil, na pesquisa nacional por amostra de domicílios, os motivos encontrados para a não procura dos serviços foram: falta de dinheiro (23,8%), atendimento demorado (18,1%), serviço distante (12,7%) horário incompatível com o seu (12,7%)<sup>(12)</sup>. A dificuldade de atendimento no serviço de saúde pode levar a uma diminuição da promoção da saúde e prevenção de morbidades, resultando em diagnósticos mais tardios e aumento das complicações causadas pelas doenças crônicas.

Neste estudo, a incapacidade funcional foi considerada quando o idoso referiu não conseguir realizar determinada atividade da vida diária, a saber, comer; tomar banho; vestir-se; pentear cabelo; deitar e levantar da cama; ir ao banheiro em tempo; controle urinário e intestinal; subir e descer escadas; transporte cadeira p/cama e vice versa; andar no plano, andar perto de casa e cortar unhas dos pés.

Desta maneira ele precisava da ajuda de terceiros, no momento da realização da entrevista.

Observa-se na Tabela 1, que a maioria (70,3%) dos idosos tem de 1|-3 incapacidade funcional. Verificou-se maior ocorrência no número de incapacidades funcional entre os idosos com mais de três morbidades, enquanto os que não tinham incapacidade funcional não referiam morbidade ( $\chi^2 = 99,37$ ;  $p < 0,0001$ ). Estudo na cidade de São Paulo aponta que 46% dos idosos possuíam no mínimo uma incapacidade funcional<sup>(16)</sup>; pesquisa populacional no Brasil revela que 40% dos idosos necessitam de ajuda para realizar pelo menos uma atividade de vida cotidiana<sup>(17)</sup>; investigação conduzida em Goiânia obteve que 38,1% dos idosos cadastrados na Estratégia da Saúde de Família eram dependentes para realização de uma a três atividades da vida diária<sup>(18)</sup>. Essas situações geram a necessidade de um cuidador, onerando assim a família em atenção de um de seus membros e/ou em recursos financeiros. A relação entre cuidador e idoso merece atenção especial dos serviços de saúde, tendo em vista que pode influenciar de forma positiva ou não no bem estar de ambos<sup>(19)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES

A análise evidenciou que o maior número de morbidades é proporcionalmente maior nas mulheres; entre os idosos sem escolaridade; com menor renda individual; que procuram mais pelo serviço de saúde; que apresentam maior frequência de internação e maior número de incapacidade funcional.

O envelhecimento populacional é hoje uma realidade para a qual os profissionais de saúde devem atentar. Desta forma, é necessário que as equipes de saúde estejam qualificadas para atender as peculiaridades dessa população.

Os resultados, obtidos neste estudo, podem contribuir para nortear o planejamento da atenção à saúde de maneira que os profissionais busquem identificar estas variáveis na coleta de informações sobre a saúde do idoso.

A enfermagem, parte integrante da equipe multidisciplinar, pode por meio da sistematização da assistência, identificar os aspectos relacionados à senescência e à senilidade e propor estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos. Ademais, deve contribuir para organização da demanda de atendimento, não por ordem de chegada, como ocorre na maioria dos serviços de saúde e sim, pela avaliação da necessidade de saúde do idoso, facilitando o acesso resolutivo à atenção desta população. Assim, contribuirá para diminuir as desigualdades geradas pelas questões socioeconômicas que esta população ainda está submetida.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 21. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS1395/99 – Política de Saúde do Idoso. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999. p. 1-19.
3. Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública [online]. 2009;43(3):548-54.
4. Lebrão ML, Duarte YAO. Saúde e independência: aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo

- satisfeitas? In: Idosos no Brasil Vivências e Expectativas na Terceira Idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007. p. 191-203. (Edições SESC São Paulo).
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
  6. Santos JLF, Lebrao ML, Duarte YAO, Lima FD. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008;24(4):879-86.
  7. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzi SCC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(1):32-9.
  8. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva.* 2007;12(2):363-72.
  9. DATASUS, 2009 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2010 abr 27]. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>.
  10. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. Assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community [tese]. London (England): London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
  11. Lebrão, Maria Lúcia. SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.
  12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
  13. Maia FO, Duarte YAO, Lebrão ML. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(4):540-7.
  14. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2008;42(4):733-40.
  15. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2008;42(3):497-502.
  16. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública* 2010;44(3):468-78
  17. Louvison MCP, Lebrão ML, Laureti R. Desigualdades nas condições de saúde e no uso de serviços entre as pessoas idosas do município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. *Saúde Coletiva* 2008;5(24):189-94.
  18. Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(1):144-50. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>.
  19. Pimenta GMF, Costa MASM, Gonçalves LHT e Alvarez AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2009;43(3):609-14.

Artigo recebido em 02.10.2009

Aprovado para publicação em 13.09.2010

Artigo publicado em 31.12.2010