



CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERIZATION OF ELDERLY ASSISTED IN PRIMARY HEALTH CARE

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE MAYORES SERVIDOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Keylla Talitha Fernandes Barbosa¹, Fabiana Maria Rorigues Lopes de Oliveira², Maria das Graças Melo Fernandes³

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde. **Método:** um estudo descritivo, transversal, desenvolvido com 368 idosos do município de João Pessoa-PB. A coleta dos dados ocorreu de fevereiro a abril de 2014. A análise dos dados foi por meio da estatística descritiva. O estudo teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 23958013.0.0000.5188. **Resultados:** prevaleceram idosos do sexo feminino, faixa etária entre 60 a 69 anos, casadas, com escolaridade entre quatro e oito anos de estudo e renda familiar média entre 1,1 e 3 salários mínimos. Dos entrevistados, 44% avaliaram sua saúde como razoável, 84% apresentaram três ou mais problemas de saúde, destacando-se entre eles: alterações na visão, hipertensão arterial e varizes. **Conclusão:** conhecer o perfil sociodemográfico e clínico fornece o diagnóstico situacional da população, possibilitando o planejamento de ações em saúde voltado para as suas especificidades. **Descritores:** Saúde do Idoso; Fatores Socioeconômicos; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: identifying the sociodemographic and clinical profile of the elderly attended in Primary Health Care. **Method:** a descriptive, cross-sectional study developed with 368 elderly in the city of João Pessoa-PB. Data collection occurred from February to April 2014. Data analysis was by descriptive statistics. The study had the project approved by the Research Ethics Committee, CAAE: 23958013.0.0000.5188. **Results:** prevailed female elderly, aged between 60-69, married, schooling between four and eight years of study and average family income between 1,1 and 3 times the minimum wage. Of the respondents, 44% rated their health as fair, 84% had three or more health problems, foremost among them: changes in vision, hypertension and varicose veins. **Conclusion:** recognizing the sociodemographic and clinical profile provides the situational diagnosis of the population, enabling the planning of health actions focused on its specificities. **Descriptors:** Aging Health; Socioeconomic Factors; Family Health.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil sociodemográfico y clínico de los ancianos atendidos en Atención Primaria de Salud. **Método:** un estudio descriptivo, transversal, desarrollado con 368 ancianos en la ciudad de João Pessoa-PB. La recolección de datos ocurrió entre febrero y abril de 2014. El análisis de datos fue mediante estadística descriptiva. El estudio tuvo el proyecto aprobado por el Comité de Ética en la Investigación, CAAE: 23958013.0.0000.5188. **Resultados:** predominaron hembras de edad avanzada, con edades comprendidas entre 60 a 69 años, casadas, con escolaridad entre cuatro y ocho años de estudio y renta familiar media entre 1,1 y 3 veces el salario mínimo. De los encuestados, 44% calificaron su salud como regular, el 84% tenían tres o más problemas de salud, sobre todo entre ellos: cambios en la visión, hipertensión y las venas varicosas. **Conclusión:** conocer el perfil sociodemográfico y clínico proporciona el diagnóstico situacional de la población, lo que permite la planificación de acciones de salud adaptadas a sus especificidades. **Descriptores:** Salud de Mayores; Los Factores Socioeconómicos; Salud de la Familia.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Egressa, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. Email: keyllafernandes@gmail.com; ²Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Egressa, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. Email: fabianarodriguesenf@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem Clínica, Programa de pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/UFPB/PPGENF/CCS/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. Email: graacafernandes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno de amplitude mundial que teve início no século XIX, com um processo denominado transição demográfica, caracterizado pela diminuição nas taxas de mortalidade e fecundidade com posterior elevação na expectativa de vida. Com exceção de alguns países africanos, todas as demais nações estão vivenciando alguma etapa desta transição. As projeções estatísticas sugerem que, no século XXI, o quantitativo de pessoas com 60 anos ou mais na população mundial triplicará, saindo de 606 milhões para 2 bilhões de pessoas.¹

Em 1900, os idosos ocupavam menos de um por cento da população mundial. Em 1992, esse número cresce para 6,2% e em 2050 será mais de 20% da população total. Nos Estados Unidos, na década de 80, o número de idosos com mais de cem anos de idade cresceu mais de 160%, em 2040, poderão chegar a 40 milhões de pessoas com 85 anos ou mais. No Brasil, o processo de transição demográfica está ocorrendo em ritmo mais intenso, pois em 1940 a população de idosos correspondia a 40 milhões de pessoas e em 2050 poderá chegar a 200 milhões de pessoas com idade acima de 65 anos.²

As mudanças demográficas que resultam no envelhecimento populacional são também acompanhadas pela transição epidemiológica, que desvela as modificações nos padrões de morbimortalidade ocorridas ao longo do tempo. Esse fenômeno resulta no aumento considerável da utilização dos serviços pelos idosos, bem como em elevados custos para o setor saúde, uma vez que a senescência está frequentemente associada a múltiplos problemas de saúde relacionados às condições de adoecimento crônico, perdas sociais, financeiras e afetivas.³

Nos próximos trinta anos, o número de idosos muito idosos (aqueles com mais de 80 anos) também vai sofrer um acréscimo importante, elevando ainda mais as demandas de atendimento para este setor. Assim, os maiores desafios para a saúde neste século são: o retardamento de agravos e a manutenção da saúde, da independência e da autonomia dos idosos. Esses aspectos despertam para a necessidade de reestruturação do atendimento a esta população, proporcionando um cuidado integral, preventivo e que esteja pautado nas especificidades desses indivíduos.³⁻⁵

Cada vez mais vem sendo discutido na literatura gerontológica a necessidade da assistência ao idoso ser voltada para promoção da saúde e prevenção de agravos,

assim como propõe a Estratégia de Saúde da Família, com vistas ao envelhecimento saudável e ativo. Ademais, para uma assistência mais eficaz e contextualizada com o cotidiano do idoso no ambiente comunitário e familiar, os profissionais da atenção primária devem se apoderar do diagnóstico situacional das condições de vida da população a quem presta cuidados, possibilitando um maior vínculo e consequente reconhecimento das necessidades dos idosos, assim como a identificação dos aspectos que favorecem o declínio das condições de saúde.³

Conhecer o perfil dos usuários da atenção primária de saúde é de grande relevância, uma vez que possibilita a definição de prioridades, o planejamento de ações e a avaliação do impacto das intervenções, o que resulta em diminuição do adoecimento e melhora na qualidade de vida dos idosos. Diante do exposto, o presente estudo objetiva:

- Identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um inquérito domiciliar com delineamento descritivo, observacional de corte transversal, desenvolvido entre os idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Município de João Pessoa, Paraíba.

A população do estudo compreendeu todos os indivíduos maiores de 60 anos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica do referido Município, correspondendo a 24.328 idosos cadastrados em 56 Unidades de Saúde da Família e em cinco distritos sanitários. Para a composição da amostra, considerou-se a seguinte fórmula: $n = Z^2 PQ/d^2$, sendo n = tamanho amostral mínimo; Z = variável reduzida; P = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado; $Q = 1-P$; d = precisão desejada, calculado com base em uma margem de erro de 5% e $p = 50\%$. Utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional que levou em consideração os 5 (cinco) distritos sanitários como estratos.

Foram adotados como critérios de inclusão idosos de ambos os sexos, que evidenciavam condições cognitivas preservadas, de modo que fossem capazes de responder às questões de investigação, bem como aqueles que residiam no distrito sanitário pesquisado. Foram excluídos aqueles que apresentavam déficits de audição e problemas com a fala que dificultassem fortemente a comunicação e impossibilitassem a realização da avaliação.

Considerando esses aspectos, a amostra foi constituída por 368 idosos.

Inicialmente, foi realizada a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte de cada idoso. Em seguida, a coleta dos dados que ocorreu no período de fevereiro a abril de 2014 por bolsistas de iniciação científica com o auxílio logístico dos Agentes Comunitários de Saúde com exercício de atividade laboral nas Unidades de Saúde da Família selecionadas. A coleta ocorreu em um único momento nas respectivas residências dos idosos, mediante entrevista estruturada. Para operacionalizar a coleta de informações, foi utilizado um questionário contemplando variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, anos de estudo, renda familiar) e dados clínicos (autoavaliação da saúde e morbidades).

A análise dos dados foi efetivada numa abordagem quantitativa, por meio da estatística descritiva de natureza univariada para todas as variáveis, incluindo medidas de frequência, de posição e de dispersão. Para essa análise utilizou-se o sistema computacional *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 20.0, por ser adequado ao alcance dos objetivos do estudo e por possibilitar a precisão e a generalização dos seus resultados.

Cabe destacar que, durante todo o processo da pesquisa, especialmente na fase da coleta de informações empíricas, foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa que envolve seres humanos, dispostos na Resolução 466/2012 do CNS/MS/BRASIL, especialmente o sigilo e a confidencialidade das informações.⁶ Salienta-se também que o projeto de pesquisa em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o número de protocolo 0658/13 e CAAE: 23958013.0.0000.5188 de 10 de dezembro de 2013.

RESULTADOS

No tocante às características sociodemográficas, dos 368 idosos que participaram do estudo, 253 (68,8%) eram do sexo feminino e 115 (31,3%), do sexo masculino. A idade variou entre 60 e 103 anos, com média de 71,4 anos e predomínio de idosos na faixa etária entre 60 a 69 (45,9%). No que diz respeito ao estado civil, 147 (39,9%) são casados, com escolaridade entre quatro e oito anos de estudo (32,6%) e renda familiar média entre 1,1 e 3 salários mínimos (80,3%), como evidenciado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas dos idosos. João Pessoa/PB, Brasil, 2014 (n = 368).

Variável	Categorias	n	%
Sexo	Feminino	253	68,8
	Masculino	115	31,3
		Média ± DP	71,4 ± 7,9
Faixa etária	60 a 69	169	45,9
	70 a 79	141	38,3
	80 ou mais	58	15,8
Situação conjugal	Casado	147	39,9
	Viúvo	141	38,3
	Solteiro	80	21,8
		Média ± DP	3,8 ± 3,8
Anos de estudo	Nenhum	116	31,5
	1 a 3 anos	79	21,5
	4 a 8 anos	120	32,6
	9 ou mais anos	53	14,4
Renda familiar	Menos de 1 salário mínimo	13	3,7
	1,1 a 3 salários mínimos	286	80,3
	3,1 a 5 salários mínimos	46	12,9
	5,1 a 10 salários mínimos	11	3,1

Conforme demonstra a Tabela 5, 44% dos idosos avaliaram sua saúde como razoável, 84% apresentaram três ou mais problemas de saúde, destacando-se entre eles: alterações

na visão (21,1%), hipertensão arterial (19,23%), varizes (13,73%) e reumatismo (11,12%).

Tabela 2. Distribuição dos idosos conforme a autoavaliação da saúde e os problemas de saúde referidos. João Pessoa/PB, Brasil, 2014 (n = 368).

Variável	Categorias	n	%
Autoavaliação da saúde	Excelente	20	5,5
	Muito boa	32	8,7
	Boa	123	33,4
	Razoável	162	44,0
	Ruim	31	8,4
Número de doenças referidas	Nenhuma	01	0,2
	Uma a duas doenças	58	15,8
	Três ou mais	309	84,0
Doenças autorreferidas	Problemas de visão	307	21,1
	Hipertensão arterial	280	19,23
	Varizes	200	13,73
	Reumatismo	162	11,12
	Problemas de memória	119	8,17
	Diabetes mellitus	109	7,48
	Problemas de audição	101	6,95
	Cardiopatia	95	6,52
	Depressão	83	5,70
	Total	1456	100

DISCUSSÃO

Considerando as características sociodemográficas no contexto do envelhecimento, verificou-se que, no presente estudo, evidenciou-se maior proporção de mulheres (68,8%). Tal achado guarda consonância com outras pesquisas semelhantes, que apontam a prevalência do sexo feminino entre a população idosa.⁷⁻⁸ No âmbito brasileiro, evidencia-se uma relação de 96 homens para cada 100 mulheres, acentuando-se a tendência histórica de predominância feminina em relação ao número total de homens. Particularmente entre os indivíduos idosos, demonstra-se que as mulheres correspondem a cerca de dois terços da população desse grupo etário. Dados mundiais constataam que, em países desenvolvidos, a exemplo do Japão, o quantitativo feminino é mais que o dobro do número de homens, enquanto, na Rússia, essa relação é de 45 homens para cada 100 mulheres, expondo uma das menores razões entre sexo do mundo.⁹

Nesse sentido, a literatura gerontológica nomeou esse fenômeno de “feminização da velhice”, destacando as diferenças nos biomarcadores do envelhecimento associadas ao estilo de vida pessoal (prática de atividade física, alimentação rica em vitaminas, proteínas e fibras, consultas preventivas) e à exposição aos aspectos prejudiciais à saúde (obesidade, etilismo, tabagismo e outros) como fatores colaborativos para tal fenômeno.⁴⁸ Ademais, a maior prevalência de

idosas pode se justificar por elas se preocuparem mais com os cuidados à saúde enquanto os homens estão mais susceptíveis à violência, principalmente por acidentes e homicídios, assim como a menor busca pelo atendimento médico, reduzido apenas a situações de emergência.¹⁰

Embora as mulheres representem a maioria entre a população idosa, em muitas partes do mundo, fatores como vulnerabilidade das mulheres à desigualdade social, alta mortalidade materna, discriminação e violências de gênero resultam em expectativa de vida semelhante à dos homens.¹¹ A maior longevidade nem sempre é acompanhada por uma expectativa de vida saudável, visto que, se, por um lado, o envelhecimento significa uma vitória para mulheres em superar a mortalidade por doenças transmissíveis, condições crônicas e intercorrências reprodutivas, por outro lado, pode representar um período de isolamento social e, muitas vezes, adversidade econômica, principalmente para as mulheres que vivem sozinhas com menores recursos e menos apoio.¹¹

Evidencia-se que os serviços de saúde ainda são pautados na saúde reprodutiva e materna, sem ênfase nas condições crônicas e nas necessidades específicas das mulheres ao longo dos anos, como doenças cardíacas e ósseas, as quais influenciam nas condições de saúde e bem-estar. Ressalta-se que a feminização do envelhecimento exige uma reformulação no planejamento e prestação de

serviços de cuidados à saúde pautadas numa abordagem ampliada sobre gênero.¹¹

No tocante à faixa etária, constatou-se um percentual significativo de idosos entre 60 a 69 anos (45,9%). Devido à profunda transição demográfica pela qual o Brasil está passando recentemente, evidencia-se a modificação da estrutura etária, que, ao longo das próximas quatro décadas, formará uma população de perfil envelhecido.¹² Atualmente, pesquisas de base populacional demonstram que 55,12% da população idosa brasileira pertence à faixa etária de 60 a 69 anos, porém, estima-se que ocorra o desenvolvimento mais acelerado entre os indivíduos com idade de 80 anos ou mais, assemelhando-se às tendências observadas em países desenvolvidos.^{9,12}

Devido às melhorias das condições de vida e de saúde, evidencia-se o aumento significativo de idosos que se encontram acima dos 80 anos de idade, alterando a composição interna do próprio grupo e revelando uma heterogeneidade de características deste segmento populacional.¹³ Dados provenientes de pesquisas realizadas em 30 países desenvolvidos demonstraram que, em 1950, a probabilidade de sobrevivência de 80 a 90 anos foi de, em média, 15-16% para mulheres e 12% para os homens, enquanto, em 2002, os valores foram de 37% e 25%, respectivamente.¹¹ Nesta faixa etária, os indivíduos podem apresentar maior desenvolvimento de doenças crônicas, tendência ao isolamento e vulnerabilidade a fatores de ordem social, necessitando de adequados suportes sociais e de saúde.^{11,14}

Em relação à situação conjugal, verificou-se predominância de idosos casados (39,9%), entretanto, identificou-se um percentual significativo de indivíduos viúvos (38,3%), dados semelhantes à literatura pertinente.¹⁵ Pesquisa aponta que, a partir dos 60 anos, as taxas de nupcialidade obtidas para pessoas do sexo masculino são mais que o dobro que as taxas das mulheres. Por conseguinte, devido à sobremortalidade masculina, sobretudo nas idades mais avançadas, observa-se a maior proporção de mulheres na população, tornando menores as probabilidades de casamentos das idosas em relação aos homens. Ademais, percebe-se que os idosos mais jovens - predominante no presente estudo - frequentemente estão casados e que os mais velhos, em sua maioria mulheres, exibem percentual maior de viuvez.⁹

No que concerne à escolaridade, prevaleceram os idosos com apenas quatro a oito anos de estudo (32,6%), seguidos por aqueles que nunca estudaram (31,5%). Tais dados são corroborados por estudo de base

populacional, em que 32,2% dos idosos eram analfabetos, evidenciando, dessa forma, o baixo nível de instrução da população idosa, sobretudo na região Nordeste.⁹ Ressalta-se que tal fato é o reflexo das políticas de educação e das desigualdades sociais que imperavam no início do século passado, em que o acesso à escola era restrito, especialmente entre as mulheres, em detrimento do padrão cultural que prevalecia anteriormente, em que as mulheres deveriam permanecer em casa para cuidar dos afazeres domésticos.¹⁶ Verifica-se, ainda, que o reduzido nível educacional dos indivíduos nessa faixa etária pode afetar negativamente os aspectos da saúde, socioeconômicos e culturais, considerando que, quanto maior for a escolaridade, maior será o conhecimento, usufruto de bens e inclusão social, culminando com a melhoria na qualidade da vida.¹⁷

No presente estudo, verificou-se que a renda familiar dos idosos era em média de 1,0 a 3 salários mínimos. Pesquisas demonstraram que, com o avançar da idade, os idosos apresentam grandes dificuldades de se inserir no mercado de trabalho e passam a depender de fontes de renda como a aposentadoria ou pensões, principalmente as mulheres por se tornarem viúvas, usualmente com o rendimento mensal de um salário mínimo.^{9,18} Entretanto, a remuneração mensal não constitui uma garantia de que terão estabilidade financeira, visto que a maioria dos idosos percebem baixos salários, que, somados aos altos gastos com tratamentos, acabam não tendo suas necessidades totalmente atendidas.¹⁸ Ademais, o rendimento associado ao fato de o idoso possuir casa própria, tem proporcionado a ele maior capacidade de suporte familiar, fazendo com que muitos filhos e netos tornem-se dependentes financeiramente, culminando em abdicação do seu salário em prol da garantia do sustento de seus familiares.¹⁹

O franco processo de envelhecimento da população torna imprescindíveis as investigações acerca da saúde dos idosos. Nesse contexto, advém a autoavaliação da saúde, a qual vem sendo largamente utilizada como importante indicador de bem-estar individual e coletivo, podendo influenciar a motivação e a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.²⁰ Trata-se de uma medida individual do julgamento subjetivo sobre a qualidade de saúde física e mental, com base em critérios pessoais e sociais, sendo empregada também como ponderoso preditor de morbidade, incapacidade, depressão e mortalidade.²¹⁻²

Constitui-se um indicador confiável, por ser influenciado diretamente por condições como: diagnósticos médicos; indicadores fisiológicos, tais como dor, fadiga e perda de força e energia; informações obtidas por meios simbólicos e os mitos e estereótipos sobre a saúde na velhice.²⁰ Analisando a autoavaliação de saúde no presente estudo, verificou-se que 44% dos idosos mensuraram sua saúde como “razoável” e 33,4% avaliaram como “boa”, evidenciando achados semelhantes à literatura pertinente.²⁰ Ressalta-se que autoavaliações negativas são preditivas de menor envolvimento com autocuidado e de menor adesão a tratamentos medicamentosos e de reabilitação, suscitando a primordialidade de uma avaliação específica, a fim de identificar medidas de minimização e reversão desses achados.²⁰

Devido ao abrupto crescimento da população idosa, evidencia-se a gradativa mudança no perfil de saúde da população, com o predomínio de problemas relacionados à longevidade, a exemplo das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações. Destarte, a morbidade ocupa lugar de destaque, principalmente para as doenças para as quais não são disponibilizados mecanismos eficazes de prevenção e reabilitação, visto que a prevalência das DCNT fragiliza o idoso, acarretando maior dependência para a realização das suas atividades diárias.²³

Os resultados demonstraram que, quanto às morbidades autorreferidas, destacaram-se os idosos que citaram três ou mais problemas de saúde coexistentes (84%), com prevalência das doenças relacionadas ao déficit visual (21,1%) e à hipertensão arterial (19,23%), morbidades inter-relacionadas que possuem um extenso período de evolução e acarretam restrições funcionais. Reconhece-se que, apesar da crescente demanda das doenças dos olhos e anexos, essas permanecem invisíveis para a saúde pública, visto que não figuram entre as principais causas de morte e internação. No entanto, os déficits de acuidade visual, restrição do campo da visão, aumento da suscetibilidade à luz, percepção de profundidade deficiente e até mesmo a cegueira, decorrentes do processo de envelhecimento, podem gerar incapacidades que causam impacto negativo na manutenção da qualidade de vida do idoso, como a diminuição da motivação e de participação do convívio social.²³⁻⁴

A hipertensão arterial constitui-se um dos problemas de saúde mais prevalentes entre a população idosa. Apontadas como consideráveis fatores de risco para o

desenvolvimento das doenças circulatórias, destacando-se a doença coronariana, as cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca, as doenças cardiovasculares no Brasil foram responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes entre os indivíduos maiores de 30 anos, 40% das aposentadorias precoces e custo econômico estimado em cerca de 475 milhões de reais.²⁵ Destarte, torna-se fundamental instaurar medidas de diagnóstico precoce, visto que se estima que cerca de um terço dos hipertensos toma ciência da doença apenas após um evento clínico grave, tal como infarto agudo do miocárdio ou acidentes vasculares encefálicos.²⁶

Devido à gênese multifatorial da morbidade, como idade avançada, etnia negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemia entre outros, torna-se indispensável a associação entre o controle de seus fatores de risco e a adesão ao tratamento proposto, como o controle pressórico e a terapêutica medicamentosa.²⁷ Salienta-se que a construção de uma linha de cuidado não deve ser vista apenas pela lógica individual, mas como uma rede de serviços que possa suportar as demandas surgidas e que envolva toda a sociedade, a família e o próprio usuário no cerne da produção do cuidado.²⁸⁻⁹

CONCLUSÃO

O estudo contemplou o objetivo proposto, permitindo, identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos atendidos na atenção primária de saúde do município de João Pessoa-PB. Quanto aos aspectos sociodemográficos, prevaleceram os idosos do sexo feminino, com faixa etária entre 60 a 69, casados, com escolaridade entre quatro e oito anos de estudo e renda familiar média entre 1,1 e 3 salários mínimos. No que se refere as variáveis clínicas, 44% dos entrevistados avaliaram sua saúde como razoável, 84% apresentaram três ou mais problemas de saúde, destacando-se entre eles: alterações na visão, hipertensão arterial, varizes e reumatismo.

Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos é de grande relevância, uma vez que fornece o diagnóstico situacional da população, possibilitando o planejamento de ações em saúde voltado para as suas especificidades. Nessa perspectiva, consideram-se os dados obtidos neste estudo, como um despertar para o melhor conhecimento por parte dos gestores e dos profissionais de saúde das condições de vida da população a quem presta cuidados, propiciando um maior vínculo e consequente

reconhecimento das reais necessidades desta população. Vale ressaltar que os achados do presente estudo se limitam a uma realidade específica. Assim, sugere-se a realização de outras investigações dessa natureza, em novos cenários, no intuito de se alcançar uma melhor compreensão da saúde da pessoa idosa no contexto de comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Fontana RLM, Costa SS, Silva JAB, Rodrigues AJ. Teorias demográficas e o crescimento populacional no mundo. Cienc Hum Soc Unit [Internet]. 2015 [cited 2015 June 28];2(3):113-24. Available from: https://periodicos.set.edu.br/index.php/cade_rnhumanas/article/viewFile/1951/1209
2. Costa CKF, Mesquita RA, Porto Júnior SS, Massuda EM. Envelhecimento populacional e a necessidade de reforma da saúde pública e da previdência social brasileiras. Econ Ver [Internet]. 2011[cited 2015 June 28];18(2):121-31. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Econ_Rev/article/view/18070/9563
3. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. Rev Rene [Internet]. 2011 [cited 2015 June 28]; 12(esp):988-94. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/325>
4. Coutinho AT, Popim RC, Carregã K, Spiri WC. Integrality of care for the aged in the family health strategy: the vision of the team. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [cited 2015 June 28];17(4):628-37. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en_1414-8145-ean-17-04-0628.pdf
5. Francisco PMSB, Barros MBA, Segri NJ, Alves MCGP, César CLG, Carandina L et al. Comparação das estimativas de prevalência de indicadores de saúde no Município de Campinas, São Paulo, Brasil, nos anos de 2001/2002 (ISA-SP) e 2008/2009 (ISA-Camp). Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [cited 2015 June 28];29(6):1149-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a12v29n6.pdf>
6. Comissão de Ética e Pesquisa - CONEP. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília,DF; 2012.
7. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [cited 2015 June 28];67(2):227-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0227.pdf>
8. Lenart MH, Carneiro NHK. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. Cogitare Enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 June 28];18(1):13-20. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/31299/20008>
9. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Brasília; 2011.
10. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc Estado [Internet]. 2014 [cited 2015 June 28];27(1):165-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>
11. Davidson P, DiGiacomo M, McGrath S. The feminization of aging: how will this impact on health outcomes and services? Health Care for Women Int [Internet]. 2011 [cited 2015 June 28];32(12):1031-45. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399332.2011.610539#abstract>
12. Rede Interagencial de Informação para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde;2009.
13. Menezes TMO, Lopes RLM. Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais. Rev Eletr Enf [Internet]. 2012 [cited 2015 June 28];(2):240-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.13176>.
14. Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Tallmann AEC, Neu DK. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 June 28]; 33(2):176-85. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20717>
15. Areosa SVC, Benitez LB, Wichmann FMA. Relações familiares e o convívio social entre idosos. Textos Contextos. 2012;11(1):184-92. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/10495/8059>
16. Braga LS, Macinko J, Proietti FA, César CC, Lima-Costa MF. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2015 June 28];26(12): 2307-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/09.pdf>
17. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life among older adults residente in long-stay care facilities. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2015 June 28];21(1):115-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/115.pdf>

Barbosa KTF, Oliveira FMRL de, Fernandes MGM.

Caracterização sociodemográfica e clínica de...

- 28];21(spe):3-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/22.pdf>
18. Sthal HC, Berti HW, Palhares VC. Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [cited 2015 June 28];14(4):697-704. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a07.pdf>
19. Araújo CK, Cardoso CMC, Moreira EP, Wegner E, Areosa SVC. Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos. Rev Jovens Pesquisadores [Internet]. 2012 [cited 2015 June 28];1:97-107. Available from: http://online.unisc.br/seer/index.php/jovens_pesquisadores/article/view/2868/2033
20. Bez JPO, Neri AL. Velocidade da marcha, força de preensão e saúde percebida em idosos: dados da rede FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [cited 2015 June 28];19(8):3343-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03343.pdf>
21. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. BMC Geriatr [Internet]. 2010 [cited 2015 June 28];10(18):1-12. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/18>
22. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2015 June 28];28(4):769-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>
23. Souza EA, Scochi MJ, Maraschin MS. Estudo da morbidade em uma população idosa. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 [cited 2015 June 28];15(2):380-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a22.pdf>
24. Amaral FLJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [cited 2015 June 28];17(11):2991-3001. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a15.pdf>
25. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). 2011;97(3):01-24.
26. Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [cited 2015 June 28];29(3):507-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a09v29n3.pdf>
27. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 June 28];18(6):1763-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27>
28. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface [Internet]. 2010 [cited 2015 Jun 28];14(34):593-605. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>
29. Amaro D, Machado R, Silva M. Profile of hypertensive patients: biosocial aspects, personal history and treatments. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 28];6(4):714-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2266/pdf_1162

Submissão: 26/03/2014

Aceito: 25/06/2015

Publicado: 01/10/2015

Correspondência

Keylla Talitha Fernandes Barbosa
Rua Etelvina Macedo de Mendonça, 630
BairroTorre
CEP 58040-530 – João Pessoa (PB), Brasil