

PERFIL DE IDOSOS CADASTRADOS NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FORTALEZA-CE*

PROFILE OF ELDERLY REGISTERED AT A FAMILY HEALTH UNIT OF FORTALEZA-CE

PERFIL DE ANCIANOS CATASTRADOS EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD DE LA FAMILIA DE FORTALEZA-CE

Jorge Wilker Bezerra Clares¹, Maria Célia de Freitas², Paulo César de Almeida³, Francisca Tereza de Galiza⁴, Terezinha Almeida Queiroz⁵

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, que descreve o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE-Brasil. Os dados foram coletados em maio a junho de 2011, mediante inquérito domiciliar, com aplicação de formulário a 52 idosos. Os resultados revelaram uma população predominantemente feminina (69,2%), com pouca escolaridade (88,5%), aposentada (69,2%) e com baixa renda mensal (96,2%). Quanto à situação de saúde, a doença cardiovascular apresentou maior prevalência entre as mulheres ($p=0,005$). Houve predomínio da hipertensão arterial (48,1%) e do diabetes (15,4%). Percentual significativo dos idosos confirmou que não aderiu à terapêutica medicamentosa (33,3%). Considera-se que os dados que caracterizam os idosos assistidos na atenção primária são fundamentais para traçar estratégias de educação em saúde para atender suas necessidades.

Descritores: Idoso; Centros de Saúde; Dados Demográficos; Fatores Socioeconômicos.

This is a descriptive and quantitative study which describes the socio-demographic, economical and clinical profile of elderly people registered at a family health unit in Fortaleza in the state of Ceará. Data were collected from May to June 2011, by household survey, with the application of a form with 52 elderly people. The results revealed a predominantly female population (69.2%), with low levels of schooling (88.5%), retired (69.2%) and with low monthly income (96.2%). Regarding the health situation, the cardiovascular disease presented higher prevalence among women ($p=0.005$). There was a prevalence of hypertension (48.1%) and diabetes (15.4%). A significant proportion of the elderly people admitted not to have adhered to drug therapy (33.3%). It is considered that the data that characterize the elderly assisted in primary care are essential to devise strategies of health education to meet their needs.

Descriptors: Aged; Health Centers; Demographic Data; Socioeconomic Factors.

Estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, cuyo objetivo fue describir las características demográficas, socioeconómicas y de salud de ancianos catastrados en una unidad básica de salud de la familia de Fortaleza-CE, Brasil. Los datos fueron recolectados en mayo y junio de 2011, por medio de encuesta domiciliar, con aplicación de formulario a 52 ancianos. Los resultados revelaron una población predominantemente femenina (69,2%), con nivel bajo de escolaridad (88,5%), jubilados (69,2%) y con baja renta mensual (96,2%). En cuanto a la situación de la salud, la enfermedad cardiovascular presentó mayor prevalencia entre las mujeres ($p=0,005$); hubo prevalencia de hipertensión (48,1%) y diabetes (15,4%). Una proporción significativa de los ancianos confirmó que no se adhirieron al tratamiento farmacológico (33,3%). Se considera que los datos que caracterizan los ancianos asistidos en atención primaria son esenciales para desarrollar estrategias de educación para la salud para satisfacer sus necesidades.

Descritores: Anciano; Centros de Salud; Datos Demográficos; Factores Socioeconómicos.

* Trabalho extraído da monografia "Necessidades em saúde do idoso na atenção primária: estudo fundamentado em Virginia Henderson", apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em 2011.

¹ Enfermeiro. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS/UECE). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: jorgewilker_clares@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem (CMACCLIS) da UECE. Membro do GRUPEESS/UECE. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: celfrei@hotmail.com

³ Estatístico. Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do CMACCLIS/UECE. Vice-líder do GRUPEESS/UECE. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: pc49almeida@gmail.com

⁴ Enfermeira. Discente do CMACCLIS/UECE. Membro do GRUPEESS/UECE. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: terezagaliza@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. Membro do GRUPEESS/UECE. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: terezinha-queiroz@ig.com.br

Autor correspondente: Jorge Wilker Bezerra Clares

Rua Marte, 178, Apto.14, Vila União. CEP 60422-580. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: jorgewilker_clares@yao.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de grande impacto na estrutura econômica e sanitária das sociedades em geral. Neste sentido, ressalta-se que o atual desafio, apresentado aos gestores e profissionais de saúde, tem como meta a manutenção da funcionalidade, autonomia, independência e participação social do idoso junto à família e à comunidade. Para que isso ocorra, a promoção e prevenção de saúde devem ser os eixos norteadores para as ações dos serviços de saúde e a elaboração de políticas públicas destinadas à pessoa idosa.

Atualmente, tem-se observado um crescimento rápido e intenso da população idosa brasileira: cerca de 10% da população já é constituída por idosos, contabilizando aproximadamente 18 milhões. Estimativas apontam que em 2020, os idosos representarão 15% da população do país⁽¹⁾.

Esse fenômeno pode resultar no aumento substancial do consumo dos serviços de saúde pelos idosos, pois a maior longevidade pode estar associada a vários problemas de saúde relacionados às condições de adoecimento crônico, perdas sociais, afetivas e financeiras⁽²⁾. Esses fatores despertam para a necessidade de oferecer uma atenção diferenciada, preventiva, que transcenda a dimensão tecnológica e favoreça um cuidado individualizado, que contemple as peculiaridades desses indivíduos.

Nesse contexto, a estratégia saúde da família (ESF) constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral ao idoso, destacando-se o enfermeiro no cuidado e no planejamento de atividades educativas e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde⁽³⁾. Esse profissional tem papel relevante, pois busca desde a preservação e manutenção da capacidade funcional, perpassando pelas orientações de cuidado à família nas condições de adoecimento do idoso durante as visitas domiciliares.

Acrescente-se que, para uma atuação mais efetiva e contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no ambiente familiar e comunitário, os enfermeiros da ESF devem realizar estudos de diagnóstico situacional das condições de vida da população residente no território onde efetivam suas práticas, possibilitando a aproximação e identificação das necessidades dos idosos, bem como o reconhecimento de fatores que contribuem para condições de adoecimento e/ou agravamento de condições crônicas de saúde⁽⁴⁾. Dessa forma, poderão dispor de conhecimentos essenciais para melhorar a atenção

à saúde dos idosos por meio do planejamento de ações de impacto na comunidade, com enfoque nas demandas locais.

Conhecer o perfil dos usuários que recebem o atendimento da equipe de ESF, em especial do idoso, favorece o cuidado particularizado, possibilitando intervenção de forma a prevenir acometimentos e agravos à saúde dessa população, através de práticas educativas, trazendo o idoso para o centro do cuidado, vislumbrando um envelhecimento ativo e participativo.

Nesse sentido, buscou-se na presente investigação descrever as características demográficas, socioeconômicas e de saúde de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde da família (UBASF) do Município de Fortaleza-CE. Acredita-se que, por meio dessas informações, seja possível planejar e implementar ações que proporcionem um envelhecimento saudável, resultando na melhoria da qualidade de vida dessa população.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado nos domicílios dos idosos cadastrados em uma UBASF, selecionada de forma intencional, por ser uma região em que os cursos da área da saúde da Universidade Estadual do Ceará desenvolvem atividades de ensino, pesquisa e extensão; localizada na Secretaria Executiva Regional IV (SER-IV) no município de Fortaleza-CE, no período de maio a junho de 2011.

A amostra foi composta por 52 idosos residentes em duas micro-áreas da referida UBASF, selecionadas aleatoriamente. Para fins desta investigação, considerou-se idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, conforme critério etário utilizado pelo Estatuto do Idoso⁽⁵⁾.

Os critérios de inclusão foram: residir na área de abrangência das duas micro-áreas previamente selecionadas, ser orientado e com capacidade de verbalização. Foram excluídos os idosos não encontrados no domicílio após três tentativas de visita.

Os dados foram coletados por meio de inquérito domiciliar, com auxílio dos agentes comunitários de saúde da própria UBASF. Para a coleta das informações, utilizou-se um formulário contemplando questões sobre o perfil demográfico, socioeconômico e de saúde dos idosos, com itens relativos à idade, gênero, estado civil, escolaridade, religião, renda, situação familiar e de saúde.

Os resultados foram processados e tabulados no programa *Statistic Package for Social Science* — versão 17.0. Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais, medidas de posição (média, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão). As associações entre as variáveis categóricas foram estudadas utilizando-se o teste do qui-quadrado (χ^2), com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, protocolo nº. 797/10. Ressalta-se, também, a anuência das coordenações do Sistema Municipal Saúde Escola do Município de Fortaleza (Secretaria Municipal de Saúde) e da Célula de Atenção Básica (SER-IV),

assim como da coordenadora da UBASF. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme prevê a Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A partir dos critérios de inclusão, foram investigados alguns aspectos importantes que caracterizam o perfil sociodemográfico e clínico de 52 idosos, de ambos os sexos, residentes na área coberta por uma ESF de Fortaleza-CE. Na Tabela 1 apresentam-se variáveis referentes aos dados demográficos e socioeconômicos:

Tabela 1 — Distribuição numérica dos idosos atendidos em uma unidade de saúde da família, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Variáveis	N	%	Média	DP
Sexo				
Feminino	36	69,2		
Masculino	16	30,8		
Idade (em anos)				
60 — 69	20	38,5		
70 — 79	19	36,5	72,6	±8,6
80 ou mais	13	25,0		
Estado civil				
Casado/união estável	25	48,1		
Viúvo	21	40,4		
Separado/divorciado	04	7,7		
Solteiro	02	3,8		
Escolaridade				
Analfabeto	17	32,7		
Fundamental incompleto	29	55,8		
Fundamental completo	01	1,9		
Médio incompleto	01	1,9		
Médio completo	04	7,7		
Renda familiar (em salários mínimos)				
Até 1	20	38,4		
2 a 3	30	57,8		
4 ou mais	02	3,8		
Ocupação				
Aposentado	36	69,2		
Outra	16	30,8		
Número de filhos				
1 a 3	09	17,3		
4 a 6	19	36,5	6,17	±2,6
7 ou mais	24	46,2		
Número de membros na família				
1 a 3	27	52,0		
4 a 6	22	42,3	3,61	±1,6
7 ou mais	03	5,7		
Religião				
Católico	36	69,2		
Evangélico	12	23,1		
Outra	04	6,7		

DP = desvio padrão

A Tabela 1 evidenciou predomínio de mulheres, média de 72,6 ($\pm 8,6$) anos. Através dos dados coletados, observa-se que do total de participantes, 36 (69,2%) eram do sexo feminino e 16 (30,8%) do sexo masculino. Na associação entre as variáveis sexo e idade, pelo cálculo do χ^2 , não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($p=0,756$), apesar do predomínio de idosos do sexo feminino. Em relação ao estado civil, predominaram os casados (48,1%) e viúvos (40,4%). A correlação entre sexo e estado civil apresentou significância estatística ($p=0,002$), com predomínio de mulheres viúvas (52,8%), enquanto que a maioria dos homens era casada (87,5%).

Observou-se, ainda, que 88,5% possuíam baixa escolaridade, até o ensino fundamental incompleto, e 63,5% eram aposentados. Do total de idosos, 27,0% ainda se encontravam em atividade; 13,4% eram de mulheres que referiram ser “do lar”, sem nenhuma ocupação rentável, enquanto 9,6% dos homens tinham renda mensal exercendo diferentes funções, como por exemplo, pedreiro, representante de vendas, comerciante e porteiro.

Predominaram as pessoas que ganhavam de dois a três salários mínimos (57,8%), considerando o salário mínimo vigente à época da coleta de dados, R\$ 545,00. Destaca-se que 34,6% dos idosos possuíam a aposentadoria de até um salário mínimo como a única fonte de renda da família. A situação familiar revelou que os idosos tinham em média de 6,17 ($\pm 2,6$) filhos e 3,61 ($\pm 1,6$) habitantes por domicílio, podendo estes ser cônjuge, filhos, netos, genros, noras, dentre outros familiares agregados; entretanto, 9,6% dos idosos moravam sozinhos. Sobre a religião, a maioria declarou-se católica (69,2%).

Ao investigar as características da situação de saúde dos idosos, observam-se alguns aspectos contemplados a seguir:

Observa-se na Tabela 2 que a maioria dos participantes (80,8%) relatou possuir morbidades. Esses problemas de saúde foram alocados nos grupos de causas definidos pela 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) entre os quais predominaram as doenças do aparelho circulatório (40,8%), seguido pelas doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (20,4%) e pelas doenças do aparelho digestivo (20,4%).

Tabela 2 — Distribuição numérica dos idosos atendidos em uma unidade de saúde da família segundo a situação de saúde autorreferida. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Variáveis	N	%
Presença de morbidade		
Sim	42	80,8
Não	10	19,2
Necessidade de medicamentos		
Sim	42	80,8
Não	10	19,2
Uso regular da medicação		
Sim	28	66,7
Não	14	33,3
Morbidades (grupos de causas: CID-10)		
Doenças do aparelho circulatório	38*	40,8
Doenças do aparelho osteomuscular e tecido conjuntivo	19*	20,4
Doenças do aparelho digestivo	19*	20,4
Doenças do aparelho respiratório	06*	6,4
Doenças do olho e anexos	03*	3,2
Doenças do sistema nervoso	02*	2,2
Lesões, outras consequências de causa externas	02*	2,2
Doenças do ouvido e apófise mastóide	02*	2,2
Transtornos mentais e comportamentais	02*	2,2

*Questões com múltiplas respostas.

As doenças cardiovasculares (DCV) apresentaram importante prevalência entre a população estudada, com associação estatisticamente significativa ($p=0,005$) em relação à variável sexo. Assim, observou-se que as mulheres são mais atingidas por essas afecções do que os homens. Em relação ao total de respondentes, as doenças do sistema cardiovascular apresentaram prevalência de 73,1%, predominando a hipertensão arterial (48,1%) e o diabetes (15,4%).

Quanto ao uso de medicamentos, 66,7% dos entrevistados afirmaram utilizá-los regularmente. No entanto, é grande o número de idosos que faziam uso irregular ou nunca utilizavam os medicamentos apesar da doença crônica associada e das orientações da equipe de saúde (33,3%).

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico apresentado nesta pesquisa corrobora os achados de outros estudos epidemiológicos brasileiros que tratam da saúde dos idosos, em que se destacam o predomínio do sexo feminino, refletindo a maior longevidade das mulheres em relação aos homens. Este fenômeno pode ser decorrente de condutas menos agressivas das mesmas, menor exposição a deter-

minados fatores de risco no trabalho, menor prevalência de tabagismo e alcoolismo, diferenças quanto à atitude diante de problemas de saúde e maior cobertura da assistência gineco-obstétrica⁽⁶⁾.

Essa maior longevidade pode explicar o maior percentual de mulheres viúvas (52,8%) encontrado nesta investigação. Contudo, somente esse achado não justifica a associação positiva entre a prevalência de mulheres viúvas e homens casados ($p=0,002$). É preciso considerar também o fato de muitos homens se casarem novamente após a morte de suas esposas⁽³⁾. Isto reflete hábitos culturalmente difundidos entre as gerações, em que o homem precisa se casar novamente, de preferência com parceiras mais jovens, e as mulheres têm que permanecer sem companheiro, assumir o luto eterno e dedicar-se exclusivamente ao cuidado do lar e dos filhos. Logo, esses aspectos ganham relevância no planejamento de estratégias de cuidado pelas equipes de saúde da família, uma vez que essas idosas estão mais vulneráveis ao isolamento social e à depressão, empobrecendo seu viver.

Ao se analisar a escolaridade, verificou-se que a maioria não era alfabetizada ou possuía ensino fundamental incompleto, reflexo das dificuldades de acesso às escolas na época que esses idosos nasceram e cresceram, em um ambiente de desvalorização da educação formal e de condições socioeconômicas precárias⁽⁷⁾. No passado que remete à infância desses sujeitos, a educação era privilégio de poucos: no contexto em que a maioria foi criada, cabia aos meninos trabalhar no cultivo da terra, enquanto as meninas deveriam auxiliar suas mães nos afazeres domésticos e se tornarem boas “donas de casa”.

A renda representa um fator determinante na situação de saúde do idoso, pois nesta fase há uma necessidade maior de medicamentos, alimentação e outros custos que os processos limitativos acarretam. Além disso, devido às diversas mudanças ocorridas nos arranjos familiares nos últimos tempos, o idoso pode se deparar com uma realidade na qual ele se vê obrigado a amparar parentes desempregados ou doentes e prover a família⁽⁸⁾.

Com base na conjuntura supracitada, é preocupante o fato de quase 40% dos idosos entrevistados possuírem renda de até um salário mínimo. Esses sujeitos se encontram numa situação de grande vulnerabilidade, expondo-se ao risco de agravamento de doenças pré-existentes e surgimento de novas condições de adoecimento, pois se sabe que esses rendimentos são insuficientes para suprir o padrão de necessidades do idoso e de sua família.

Nesse contexto, foi possível observar, a partir dos relatos, que a aposentadoria representou uma melhoria das condições de vida de muitos idosos entrevistados. Para justificar essa inferência, há que se considerar o fato da presente investigação ter captado sua amostra de uma população localizada na periferia urbana, menos privilegiada e com indicadores sociais e demográficos comprometedores e com índices alarmantes de morbidade. Dessa forma, esse benefício representou, para muitos, a garantia de uma renda fixa.

A escolaridade e a renda têm forte impacto sobre a situação de saúde da população. Os idosos com maior nível de escolaridade e melhor renda são mais independentes para o autocuidado, incluindo o uso correto de medicamentos, de meios de transporte e de comunicação⁽⁹⁾, enquanto os de menor poder aquisitivo e intelectual estão mais suscetíveis às doenças e, conseqüentemente, necessitam de maior atenção à saúde⁽¹⁰⁾.

Quando se observa a estrutura das famílias, é preciso levar em consideração que 9,6% dos idosos entrevistados vivem sozinhos. Fato este que, se de um lado pode representar uma opção do próprio geronte, por outro lado confere como condição de risco, haja vista que as limitações impostas pela própria idade podem predispor a dificuldades para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, e resultar em futuras dependências⁽¹¹⁾.

Em relação à situação de saúde desta população, a prevalência de doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial e o diabetes, mostraram-se menor se comparados ao estudo populacional, cuja prevalência nesta categoria de idade alcançou taxas de 65% e 19%, respectivamente⁽¹²⁾. Em estudo realizado com idosos, moradores na zona rural de um município do interior do Estado do Ceará, registrou-se diferença ainda maior, em que cerca de 75,0% dos participantes relataram ser hipertensos e diabéticos⁽¹³⁾.

Pesquisadores afirmam que a eclosão das DCV é uma importante consequência do envelhecimento da população mundial e constitui a principal causa de óbito entre os idosos⁽¹⁴⁾. A presença de hipertensão e diabetes nesse segmento etário merece atenção, devido à maior vulnerabilidade frente às complicações cardio e cerebrovasculares determinadas pela associação entre as condições clínicas e outros fatores que se acumulam ao longo do tempo.

A prevalência mais acentuada dessas afecções entre as mulheres converge com achados de outros estu-

dos que apontam a DCV como responsável por um terço de todas as mortes de mulheres no mundo e metade de todos os óbitos de mulheres acima de 50 anos de idade nos países em desenvolvimento, assim como nos Estados Unidos e no Canadá. Segundo essas pesquisas, esse fato pode estar associado à maior tendência ao sedentarismo e à obesidade, perda da proteção dos hormônios sexuais após a menopausa, assim como às condições sociodemográficas e clínicas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Neste sentido, coloca-se em evidência o papel dos profissionais da saúde da família, em especial do enfermeiro, aos quais compete compreender a natureza dessas doenças e os fatores de risco associados para o planejamento de um rigoroso esquema de controle e acompanhamento dessa clientela. Concomitantemente, é imprescindível o desenvolvimento de atividades de promoção e educação em saúde, a fim de prevenir agravos à saúde e possíveis sequelas, as quais podem provocar incapacidades funcionais.

O uso irregular da medicação e a não adesão ao tratamento são outras realidades vivenciadas por muitos idosos que participaram da presente investigação. A utilização incorreta dos fármacos pode aumentar a incidência de efeitos colaterais e intervenções medicamentosas, provocando graves complicações, principalmente na pessoa idosa⁽¹⁷⁾.

A adesão ao tratamento sofre influência de fatores próprios do usuário e fica mais comprometida em situações que requerem tratamentos longos, de natureza preventiva e que envolva mudanças no estilo de vida⁽¹⁸⁾. Além disso, os déficits de memória e visão são apontados como outros entraves para obter, do idoso, adesão à terapia, pois dificultam a distinção e a manipulação de diversos medicamentos ao mesmo tempo⁽¹⁷⁾.

Desse modo, é relevante que os profissionais de saúde, da atenção primária, desenvolvam estratégias para orientar e informar os idosos acompanhados pela ESF sobre o diagnóstico e a terapia utilizados, considerando as alterações oriundas do processo de envelhecimento. No momento da prescrição, é preciso que o profissional leve em conta a idade, a situação socioeconômica, a escolaridade e a carga de doenças, evitando número excessivo de drogas.

O enfermeiro deve estar atento às dificuldades que o idoso pode ter para entender e reproduzir as orientações fornecidas. Reforça-se a importância de que as orientações sejam claras e objetivas, ditas de forma lenta,

compassada, em voz alta e olhando nos olhos, facilitando a comunicação pela expressão facial e leitura labial⁽¹⁹⁾.

Nesse aspecto, é mister que esses profissionais estejam qualificados para visualizar a tenacidade do processo de adoecimento nos idosos e sensíveis aos limites e peculiaridades presentes nesses sujeitos. Assim, poderão compreender melhor as mudanças físicas, emocionais e sociais dessa faixa etária, pois essas alterações, além de comprometer a adoção de comportamentos considerados seguros, podem provocar prejuízos para independência do idoso, contribuindo para a satisfação de suas necessidades fundamentais.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstram que as características encontradas nos sujeitos, nesta pesquisa, não divergem da literatura. A população idosa residente na comunidade assistida pela ESF é, predominantemente, feminina, mora acompanhada e possui baixas escolaridade e renda *per capita*. Além disso, apresentam uma série de problemas de saúde que, associados às condições socioeconômicas desfavoráveis, podem comprometer sua autonomia e independência.

Assim, é urgente uma atenção voltada à população em estudo, pois a tendência dos próximos anos, comprovadamente, é de seu aumento expressivo, ratificando a obrigação de se pensar, refletir, discutir e desenvolver formas alternativas de integração social, convívio familiar e, sobretudo, envolvimento efetivo dos órgãos públicos, da saúde e da sociedade em geral, para desenvolver políticas públicas que viabilizem o enfrentamento desta realidade.

Conhecer o perfil dos idosos, sua situação de saúde e, principalmente, suas necessidades, possibilita planejar cuidados de enfermagem e direcioná-los para as intervenções específicas na implementação de sua assistência. Nessa perspectiva, considera-se esta investigação como um despertar para as questões ligadas à realidade dos idosos na comunidade, como ponto de reflexão para entender melhor a problemática vivenciada por essa população, o que possibilitará a elaboração e o planejamento de ações de saúde direcionadas às necessidades específicas desse grupo.

Não obstante, é preciso considerar que pelo fato de ter sido desenvolvido apenas em uma UBASF, os achados se limitam a uma realidade específica. Desse modo,

reforça-se a necessidade de realizar outras pesquisas dessa natureza para obtenção de um panorama mais próximo das realidades de saúde da população idosa, objetivando assim, bases mais seguras e concretas para o planejamento de estratégias e o atendimento integral à saúde das pessoas em processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):548-54.
2. Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(1):22-8.
3. Souza LM, Moraes EP, Barth QCM. Socioeconomic and demographic characteristics and health condition of elderly people from a family health program in Porto Alegre, Brazil. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(6):901-6.
4. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios de 2003 utilizando o modelo grade of membership. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(3):535-46.
5. Brasil. Lei n. 10.741, de 01 outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 03 out 2003. Seção 1.
6. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.
7. Sousa AI, Silver LD, Griep RH. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(5):625-31.
8. Silva MJ, Bessa MEP, Oliveira AMC. Tamanho e estrutura familiar de idosos residentes em áreas periféricas de uma metrópole. *Ciênc Enferm*. 2004; 10(1):31-9.
9. Lemos M, Souza NR, Mendes MMR. Perfil da população idosa cadastrada em uma unidade de saúde da família. *REME Rev Min Enferm*. 2006; 10(3):218-25.
10. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):733-40.
11. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev Rene*. 2008; 9(2):113-9.
12. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):657-67.
13. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):407-12.
14. Romero AD, Silva MJ, Silva ARV, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. *Rev Rene*. 2010; 11(2):72-8.
15. Pilote L, Dasgupta K, Guru V, Humphries KH, McGrath J, Norris C, et al. A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ*. 2007; 176(6):S1-44.
16. Barrett-Connor E. Women and cardiovascular disease. *CMAJ*. 2007; 176(6):791-3.
17. Silva CSO, Pereira MI, Yoshitome AY, Rodrigues Neto JF, Barbosa DA. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4):811-8.
18. Marin MJS, Rodrigues LCR, Druzian S, Cecílio LCO. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1):47-52.
19. Bezerra NMC, Moreira TMM, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MI. Consulta de enfermagem ao diabético no programa saúde da família: percepção do enfermeiro e do usuário. *Rev Rene*. 2008; 9(1):86-95.

Recebido: 18/08/2011

Aceito: 12/12/2011