

Estudo de base populacional: perfil sociodemográfico e de saúde em idosos

Population-based study: socio-demographic and health profile of older adults

Estudio de base poblacional: perfil sociodemográfico y de salud en ancianos

Álvaro da Silva Santos^I, Joilson Meneguici^{II}, Lúcia Marina Scatena^{III}, Marta Regina Farinelli^{IV},
Mariana Campos de Sousa^V, Renata Damião^{VI}

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos dos municípios numa regional de Minas Gerais. **Método:** estudo transversal de base populacional, realizado em 24 cidades com 3430 idosos. Aplicou-se: Mini exame do Estado Mental, instrumento de perfil sociodemográfico, Mini avaliação Nutricional, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Para a análise se usou SPSS versão 20.0. **Resultados:** sexo feminino (61,5%), 60 a 69 anos (52,6%), sem escolarização/analfabeto ou fundamental incompleto (83,5%), recebendo até um salário mínimo (39,7%), aposentados (80,7%) média de 3,17 (dp=1,92) doenças por idoso, uso em média de 2,47 medicamentos (dp=1,37), risco para desnutrição (29,1%), excesso de peso (62,9%), etilismo (15,7%), tabagismo (15%), sedentarismo (43,1%), qualidade de vida com menores escores no domínio meio ambiente (62,0/dp=13,2) e, na faceta autonomia (66,8/dp=16,4). **Conclusão:** sexo feminino, baixa renda, média de três doenças por pessoa, excesso de peso, sedentarismo e qualidade de vida com menores escores no domínio meio ambiente e faceta autonomia caracterizam a população pesquisada. **Descritores:** Saúde do idoso; envelhecimento; perfil de saúde; estudos populacionais em saúde pública.

ABSTRACT

Objective: to identify the sociodemographic and health profile of older adults in municipalities of the Uberaba Health Region in Minas Gerais, Brazil. **Method:** in this cross-sectional, population-based study, the Mini-Mental State Examination, a demographic and health profile instrument, the Mini Nutritional Assessment, WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD were applied to 3430 older adults in 24 cities, between 2012 and 2013. Data were analyzed using SPSS version 20.0. **Results:** female (61.5%), 60 to 69 years old (52.6%), no schooling or incomplete basic schooling (83.5%), income of one minimum wage or less (39.7%), pensioners (80.7%), mean 3.17 illnesses (SD = 1.92), use of 2.47 medicines (DP = 1.37), at risk for malnutrition (29.1%), overweight (62.9%), alcohol use (15.7%), smoking (15%), sedentary (43.1%), and with lowest quality of life scores in the environment domain (62.0%; DP = 13.2) and autonomy facet (66.8%; DP = 16.4). **Conclusion:** the study population was characteristically female, low-income, overweight, sedentary, had three diseases, and lowest quality of life scores in the environment domain and autonomy facet. **Descriptors:** Health of the elderly; aging; health profile; population studies in public health.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil sociodemográfico y de salud de ancianos de las ciudades en una Regional de Salud de Minas Gerais, Brasil. **Método:** estudio transversal de base poblacional, realizado en 24 ciudades junto a 3430 ancianos, entre 2012 y 2013. Se aplicó: mini-examen del estado mental, instrumento del perfil del sociodemográfico, mini-evaluación nutricional, WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Para el análisis se utilizó SPSS versión 20.0. **Resultados:** sexo femenino (61,5%), 60 a 69 años (52,6%), sin escolarización/analfabeto o secundario incompleto (83,5%), recibiendo hasta un salario mínimo (39,7%), jubilados (80,7%), promedio de 3,17 (dp=1,92) enfermedades por anciano, uso de 2,47 remedios (dp=1,37) en promedio, riesgo para la desnutrición (29,1%), exceso de peso (62,9%), alcoholismo (15,7%), tabaquismo (15%), sedentarismo (43,1%), calidad de la vida con menores puntuaciones en el dominio medio ambiente (62,0/dp=13,2) y, en el área autonomía (66,8/dp=16,4). **Conclusión:** sexo femenino, bajos ingresos, promedio de tres enfermedades por persona, exceso de peso, sedentarismo y calidad de la vida, con menores puntuaciones en el dominio medio ambiente y el área autonomía, caracterizan la población encuestada. **Descriptor:** Salud del anciano; envejecimiento; perfil de salud; estudios poblacionales en salud pública.

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida da população aumentou, tendo o Brasil elevado cinco anos de vida no período de 2000 a 2013, porém esses anos diferem de acordo com fatores como o sexo e o desenvolvimento de cada região, na qual, a mulher brasileira vive aproximadamente 78,5 anos e o homem 71,2 anos¹.

O envelhecimento populacional ocorre de forma a inverter a pirâmide etária². As projeções para 2050 mostram que o mundo terá cerca de dois bilhões de idosos e, o Brasil será o sexto país com maior número de idosos³. Em 2012 o Brasil contava com cerca de 12,6% de idosos na população total².

^IEnfermeiro. Doutor em Ciências Sociais. Professor Associado. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Brasil. E-mail: alvaroenf@hotmail.com

^{II}Educador Físico. Mestre. Doutorando em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Brasil. E-mail: joilsonmeneguici@yahoo.com.br

^{III}Engenheira de Produção. Pós Doutora em Enfermagem de Saúde Pública. Professora Associada. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Brasil. E-mail: Imscatena@uol.com.br

^{IV}Enfermeira. Especialista em Saúde do Idoso. Mestranda em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Brasil. E-mail: martafarinelli@gmail.com

^VAssistente Social. Doutora em Serviço Social. Professora Associada. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Brasil. E-mail: mariana_camposdesousa@hotmail.com

^{VI}Nutricionista. Doutora em Ciências. Professora Associada. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Brasil. E-mail: damiarenata@hotmail.com

A região Sudeste tem o maior contingente de idosos (12,7%). São compostos pelos estados de Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo, com os respectivos contingentes de idosos: 15%, 12,2%, 12,2% e 10,8%⁴.

O estado de Minas Gerais é dividido em 13 divisões assistenciais denominadas Macrorregiões de Saúde, 18 Superintendências Regionais de Saúde e 10 Gerências Regionais de Saúde. A região do Triângulo Mineiro é composta por duas macrorregionais: Triângulo Sul e Triângulo Norte. A Superintendência Regional de Saúde de Uberaba (SRS Uberaba) corresponde territorialmente à Macrorregional Triângulo Sul que abrange 27 municípios. Segundo dados do último censo demográfico esta Macrorregional apresentou 697.812 indivíduos, sendo 82.134 pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 11,8% da população geral⁵.

Assim, partiu-se da realidade de que inexistem estudos de base populacional sobre o perfil do idoso no Triângulo Sul / Minas Gerais. Este estudo tem como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos dos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba, Minas Gerais.

REVISÃO DE LITERATURA

A transição demográfica é um evento mundial, mas devido características individuais de cada país, como os fatores socioeconômicos, têm-se ritmos diferentes neste fenômeno entre os países desenvolvidos, e aqueles em desenvolvimento⁶.

Devido à elevação do contingente de idosos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou a proposta *Envelhecimento ativo*, com vistas à otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança conforme as pessoas envelhecem, uma vez que o perfil epidemiológico da população também se modificou, reduzindo o número de doenças infectocontagiosas e elevando a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁷.

Conhecer o perfil sociodemográfico e de saúde da população idosa pode, entre outras coisas, oferecer elementos para um melhor planejamento de políticas públicas a este grupo etário, com vistas ao envelhecimento ativo e saudável. Um estudo descreve a importância de investigações que mostrem e discutam as condições de vida, de saúde e de suporte social dos idosos, sobretudo para atender às demandas sociais, sanitárias, econômicas e até afetivas dos idosos que é o grupo que mais cresce na população como um todo⁸.

MÉTODO

Este é um estudo transversal, baseado na população de 79.924 pessoas com 60 anos ou mais⁴, residentes em 24 municípios que compõem a Superintendência Regional de Saúde de Uberaba. Os municípios representam um território de 33.594,041km² e Índice de Desenvolvimento Humano médio de 0,717². A região estudada é composta por mais três outros municípios, parte de

estudo piloto anterior. Este artigo foi do projeto intitulado: *Perfil de saúde da população idosa dos municípios da Gerência Regional de Saúde – Uberaba/Minas Gerais*.

Para o cálculo amostral, considerou-se como referencial a população de idosos de cada município⁹ e os parâmetros: erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e proporção populacional dos idosos de cada município (população idosa do município dividida pela população total do município). Assim, o cálculo da amostra mínima, considerando a somatória das amostras mínimas de todos os municípios resultou em 3198 idosos, sendo o processo de amostragem aleatório simples. A considerar-se o risco de perdas se levou em conta um valor acrescido de 20% a mais, o que corresponderia então até 3838 tentativas.

Os critérios para inclusão dos idosos foram: concordar em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido; não apresentar comprometimento cognitivo de acordo com a escala de rastreio do Mini exame do Estado Mental em relação ao nível de escolaridade¹⁰ e ter capacidade de andar mesmo com auxílio de bengala ou andador. Os critérios de exclusão foram: ser dependente de cadeira de rodas, possuírem déficit de audição ou de visão grave dificultando a comunicação e estar acamado.

A coleta de dados ocorreu entre maio de 2012 a abril de 2013. Os participantes responderam um questionário estruturado, aplicado em forma de entrevista, por entrevistadores treinados, contendo informações sociodemográficas, condições de saúde, hábitos comportamentais e qualidade de vida, e foram submetidos à avaliação da massa corporal (quilogramas) e estatura (metros).

As características sociodemográficas avaliadas foram sexo; faixa etária; situação conjugal; escolaridade; cor; religião; renda familiar; habitação; número de pessoas que moram no domicílio; se recebem cooperação financeira dos familiares; ocupação remunerada; aposentadoria; se possuem filhos vivos; número de filhos vivos e, se residem com estes.

As condições de saúde avaliadas referem-se à autoavaliação do estado de saúde; quedas; uso de órtese ou prótese ortopédica; uso de prótese dentária; doenças autorreferidas; consumo de medicamentos; obtenção de medicamentos; avaliação nutricional, de acordo com a Miniavaliação Nutricional¹¹, e classificando em desnutrição, risco de desnutrição ou sem risco de desnutrição; índice de massa corporal (IMC), determinado a partir da aferição da massa corporal em quilogramas e da estatura em metros, e classificado em baixo peso, eutrofia ou excesso de peso¹²; e, capacidade para realização de atividades básicas da vida diária, determinada pela Escala de Katz adaptada para a população idosa brasileira¹³. A escala investiga as atividades de autocuidado: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar-se da cama, alimentar-se e controle das funções de urinar e/ou evacuar, sendo os idosos classificados em independente ou dependente.

Nos hábitos comportamentais, as variáveis analisadas foram: consumo de bebida alcoólica autorreferido; tabagismo autorreferido; prática regular de atividade física; busca de informações sobre sexualidade; prática de atividade sexual; e uso de preservativo.

A avaliação da qualidade de vida realizou-se pelos instrumentos WHOQOL-BREF¹⁴ e WHOQOL-OLD¹⁵ validados para população brasileira e os escores calculados em escala de 0 a 100. De acordo com o questionário WHOQOL-BREF, avaliaram-se os domínios: físico, psicológico, relações social e meio ambiente. No módulo WHOQOL-OLD verificaram-se as facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte/morrer e intimidade.

Os dados coletados passaram por um processo de dupla digitação em planilha do programa *Microsoft Office 2007 Excel*® e as análises estatísticas foram realizadas no *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 20.0. Realizaram-se análises descritivas (frequência, média e desvio padrão) para apresentação dos dados.

Os participantes foram informados dos objetivos do estudo e deram o seu consentimento por escrito para participar. O presente estudo seguiu os princípios éticos presentes na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Parecer nº 1640/2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa de base populacional identificou o perfil sócio-demográfico e de saúde de idosos residentes em 24 municípios do Triângulo Sul de Minas Gerais. Pelo rápido crescimento da população idosa conhecer o perfil deste grupo se faz importante na construção de políticas públicas.

Foram avaliados 3430 idosos, sendo a média de idade de 70,1 anos (DP=7,3). Em sua maioria do sexo feminino (61,5%), na faixa etária entre 60 a 69 anos (52,6%), vivendo com parceiro (a) (56,2%), com ensino fundamental incompleto (54,1%), brancos (60,1%), religião católica (73,6%). A renda familiar esteve entre maior que um e menor ou igual a três salários mínimos (48,6%), habitação própria (85,8%), residindo com duas pessoas no domicílio (54,6%), sem cooperação financeira dos familiares (56,5%), sem ocupação remunerada (72,7%), aposentados (80,7%), com tempo médio de aposentadoria de 10,1 anos (DP=8,1). Em relação a filhos vivos, 91,2% o possuem, sendo que destes, 35,6% têm cinco filhos ou mais, 36,8% residem com os mesmos e 56,5% não recebem cooperação financeira dos familiares, conforme a Tabela 1.

Um estudo brasileiro acerca de perfil de idosos tem mostrado valores similares no que tange a gênero e faixa etária¹⁶.

A junção de aspectos - morar só ou com apenas mais uma pessoa, baixa escolaridade, baixa renda e, não

receber nenhuma contribuição financeira dos familiares - traduz a condição de vulnerabilidade social, fator que deve preocupar os gestores de políticas públicas e sociais, que interfiram nesse grupo etário.

Contar com poucas pessoas no círculo familiar, ou mesmo morar só, ou ainda sem parceiro pode significar uma baixa rede de relacionamentos e apoio social, sobretudo se a condição de saúde não for boa. A baixa renda dos idosos e o reduzido apoio financeiro da família podem também denotar o baixo poder aquisitivo das famílias e as dificuldades na qualidade de vida do idoso. Uma investigação com idosos mostrou as vulnerabilidades, entre elas a social e, verificou renda melhor¹⁷ do que o estudo aqui apresentado, bem como afirma que a renda é um importante aspecto que vai demarcar o acesso a bens e atenção às necessidades do idoso.

TABELA 1: Aspectos sociodemográficos dos idosos. Superintendência Regional de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2013.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	1319	38,5
Feminino	2111	61,5
Faixa Etária		
60 a 69 anos	1805	52,6
70 a 79 anos	1219	35,5
Acima de 80 anos	406	11,8
Situação conjugal		
Vive com parceiro (a)	1920	56,2
Não vive com parceiro (a)	1497	43,8
Escolaridade		
Sem escolarização	1009	29,4
Fundamental incompleto	1854	54,1
Fundamental completo	313	9,1
Médio incompleto	39	1,1
Médio completo	117	3,4
Superior incompleto	11	0,3
Superior completo	87	2,5
Cor da pele		
Branca	2.058	60,1
Parda	834	24,4
Negra	459	13,4
Ama-rela	74	2,2
Religião		
Católica	2519	73,6
Protestante/Evangélico	547	16,0
Espírita	288	8,4
Outras	68	2,0
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo *	1355	39,7
> 1 e ≤ 3 salários mínimos	1658	48,6
> 3 salários mínimos	400	11,7
Habitação		
Própria	2939	85,8
Outros (alugada ou cedida)	4 487	14,2
Número de moradores no domicílio		
Sozinho	281	8,2
2	1862	54,6
3 a 4	1017	29,8
5 a 6	208	6,1
≥ 7	46	1,3
Ocupação remunerada		
Não	2451	72,7
Sim	919	27,3
Aposentado (a) (Sim)	2764	80,7
Tempo de aposentadoria em anos média (desvio padrão) - 10,1 (8,1)		
Possui filhos vivos (Sim)	3121	91,2
Número de filhos vivos		
1 a 2	936	30,1
3 a 4	1066	34,3
≥ 5	1110	35,6
Mora com filhos (Sim)	1148	36,8
Cooperação financeira de familiares		
Sim	1485	3,5
Não	1931	56,5

* Salário Mínimo vigente no período da realização da pesquisa - R\$ 678,00.

A maioria não tinha ocupação remunerada, recebia apenas aposentadoria, o que denotou ser a principal forma de renda. Apesar disso, a maior parte dos pesquisados tinha casa própria, o que significa a valorização desse quesito na vida do idoso; mas, isso não aponta se as condições de moradia são adequadas.

A cooperação familiar financeira para idosos com baixa renda, baixa escolaridade e com maior dependência da aposentadoria parece ser necessária. Apenas 43,5% referem receber tal apoio. Outro estudo mostrou que 38,6% dos idosos pesquisado recebem esse apoio financeiro¹⁸.

Nas condições de saúde, 51,9% consideraram seu estado de saúde como regular ou ruim, 27,7% haviam sofrido quedas nos últimos 12 meses, com média de 2,3 quedas (dp=2,6), 59,9% usavam órtese ou prótese ortopédica, e, 70,5%, prótese dentária. Nas doenças, verificou-se a média de 3,17 por idosos (dp=1,78) entre aqueles que consomem medicamentos, com destaque para as seguintes: 65,8% possuem hipertensão arterial sistêmica, 35,8% doenças osteomusculares, 30,9% hiperlipidemia, 30,5% doenças reumáticas, 24,5% cardiopatias, 19,9% *Diabetes mellitus* e 17,3% depressão. Quanto ao consumo de medicamentos, 87,1% referiram o uso, com média de 2,47 fármacos (dp=1,37) por idosos. O maior consumo de medicamentos foi de anti-hipertensivo (74,3%), seguido por analgésico (45,1%) e, diurético (36,9%). Os medicamentos são adquiridos por 47,1% parte em farmácia e parte em serviço público, de acordo a Tabela 2.

A avaliação nutricional mostrou que 31,2% foram classificados com desnutrição ou risco de desnutrição. Ao analisar o IMC, 62,9% dos idosos foram classificados com excesso de peso. Nas atividades básicas para vida diária observou-se dependência em 14,7% dos idosos. Destaca-se que 12% são dependentes para controle das funções de urinar e/ou evacuar. A autoavaliação em saúde regular e ruim atingiram 51,9% dos entrevistados, segundo a Tabela 2.

Um estudo realizado no Sul com idosos longevos mostrou valores similares¹⁹ ao aqui apresentado. Em pesquisa realizada em Campinas verificou-se valores melhores, mas forte associação com a renda²⁰.

Uma investigação realizada em São Paulo mostrou que 67,4% tinham hipertensão arterial e 19,6% *Diabetes mellitus*²¹, além do que, as doenças do aparelho circulatório, bem como, as osteomusculares foram representativas²¹, contexto similar ao aqui apresentado. Esses agravos, quando não devidamente monitorados, podem gerar sérias complicações ao idoso, com altos custos ao sistema de saúde. No que se refere à condição de depressão, outro estudo, também de Minas Gerais, mostrou um valor de 15,5%²², inferior ao do presente estudo.

Tem-se verificado nos últimos anos ações para o combate de alguns agravos mais incidentes na comunidade, sobretudo a idosa, como é o caso do Programa Hiperdia, que busca monitorar e acompanhar pessoas com hipertensão e diabetes. Mas outros agravos de alguma forma são negligenciados, como é o caso da depressão, aqui representado por 17,3% dos investigados. As ações

do Programa Hiperdia têm gerado impactos econômicos ao sistema, bem como a diminuição de morbidades nos usuários e, melhor adesão à terapêutica²³. A hiperlipidemia – segunda maior patologia referida (30,9%) também quando não acompanhada pode de forma crônica levar ou piorar as condições cardiovasculares. A presença de doenças osteomusculares e reumáticas são grandes causadores de dor, o que justifica o consumo elevado de analgésicos, representando o segundo tipo medicamentoso usado, na população estudada.

TABELA 2: Condições de saúde dos idosos. Superintendência Regional de Saúde de Uberaba, MG, Brasil; 2013.

Variáveis	n	%
Autoavaliação do estado de saúde		
Ótimo	377	11,0
Bom	1269	37,1
Regular	1342	39,2
Ruim	435	12,7
Ocorrência de Quedas	948	27,7
Quantidade de quedas nos últimos 12 meses média (dp)* 2.3 (2,6)		
Uso de órtese ou prótese ortopédica	2013	59,0
Uso de prótese dentária	393	70,5
Doenças		
Hipertensão Arterial	256	65,8
Osteomusculares	227	35,8
Hiperlipidemia	1060	30,9
Reumáticas	1045	30,5
Cardiopatias	839	24,5
Diabetes Mellitus	682	19,9
Depressão	595	17,3
Consumo de medicamentos	2986	87,1
Medicamentos de maior consumo**		
Anti-hipertensivo	218	74,3
Analgésico	1346	45,1
Diurético	1102	36,9
Antidepressivo	562	18,8
Hipoglicemiante Oral	497	16,6
Hipolimiante	185	6,2
Ansiolítico	185	6,2
Antiulceroso	163	5,5
Insulina	157	5,3
Obtenção de medicamentos**		
Farmácia	708	23,8
Serviço público (SP)	864	29,0
Farmácia e SP	1404	47,2
Avaliação nutricional		
Desnutrição	72	2,1
Risco de desnutrição	997	29,1
Índice de massa corporal		
Baixo peso	111	3,3
Excesso de Peso	2135	62,9
Dependência em ABVDs		
Tomar banho	95	2,8
Vestir-se	91	2,7
Deitar/levantar da cama	36	1,1
Alimentação	32	0,9
Controle de eliminações	411	12,0

*Em relação aqueles que sofreram quedas.

**Em relação aqueles que consomem medicamentos.

No perfil de consumo medicamentoso, não houve similaridades com relação aos agravos apresentados, o que pode denotar uma série de aspectos – tomar sem prescrição, não saber ou negar a doença, polifarmácia, entre outros; mas é nítido o alto consumo medicamentoso. Consumir vários medicamentos para diferentes agravos e ser monitorado nesta prática, parece ser terapêuticamente correto. Uma pesquisa mostrou que os idosos consumiam em média quatro medicamentos, sendo os mais usuais aqueles que atuavam no aparelho cardiovascular, com polifarmácia, automedicação e, consumo de medicamentos impróprios para idosos²⁴.

O acesso à medicação é outro aspecto importante e verificou-se baixa parcela de acesso à medicação apenas no serviço público, sendo necessárias a compra ou conjugar as duas possibilidades. Isto é outro item que consome a renda do idoso, que já é baixa no grupo pesquisado. Diante do quadro econômico do setor saúde e do país, e, número de medicamentos consumidos por idosos, além dos riscos de uso de medicamentos inapropriados, automedicação e polifarmácia, o uso deve ser racional e monitorado.

No estado nutricional com base nos escores da MAN (instrumento que possui alta sensibilidade e é capaz de detectar idosos desnutridos e com risco de desnutrição²⁵), verificou-se percentual significativo de idosos em risco de desnutrição. Em um estudo realizado com idosos residentes em Criciúma-SC, observou-se que 25% manifestavam risco de desnutrição²⁶, ou seja, menor que o observado na presente pesquisa.

Ao analisar IMC, verificaram-se idosos com excesso de peso, neste estudo. Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2008-2009), realizada pelo IBGE e Ministério da Saúde, o excesso de peso predominou na população idosa em relação à eutrofia e baixo peso²⁷.

No que se refere às Atividades de Vida Diária (ABVDs), em geral houve baixa dependência, mas, a função continência foi a mais comprometida (12%) e se revela idêntica a outro estudo²⁸, o que tornam importantes as medidas que possam melhorar o controle das funções urinar e evacuar, seja por exercícios e mesmo por práticas que possam facilitar tal controle, uma vez que esta dificuldade pode comprometer entre outros aspectos, a socialização do idoso.

Nos hábitos comportamentais, 15,7% reportaram o consumo de bebida alcoólica e 15% o uso de tabaco. Em relação à atividade física, 43,1% não a praticam regularmente. Acerca da sexualidade, apenas 14,1% buscam informações sobre tal tema, 44,5% praticam atividade sexual e destes 81,6% não fazem o uso de preservativos. Quanto à avaliação da qualidade de vida conforme os domínios (WHOQOL-BREF) e facetas (WHOQOL-OLD), os maiores escores médios foram encontrados no domínio relações sociais (73,5, dp=14,1) e a faceta morte e morrer (72,3, dp=25,0), enquanto que os piores escores incidiram sobre o domínio meio ambiente (62,0, dp=13,2) e a faceta autonomia (66,8, dp=16,4), de acordo com a Tabela 3.

O consumo de tabaco no idoso (sobretudo, quanto maior o tempo deste hábito) pode representar alterações respiratórias importantes. É frequente verificar-se em tabagistas idosos, história de AVC, câncer e doença pulmonar crônica²⁹.

O consumo de álcool por idosos mostra-se também como importante problema de saúde pública. A maioria dos idosos etilistas tem baixo nível socioeconômico e em geral associa o etilismo ao consumo de tabaco, bem como, tende a ter cirrose hepática, hipertensão arterial, diabetes mellitus e demências³⁰. A intervenção com usuários etilistas e tabagistas representa para os serviços de saúde, um trabalho interdisciplinar, participação familiar e, a árdua tarefa de ações de tempo prolongado.

O presente estudo identificou elevada prevalência de idosos que não praticam atividade física regular, fato que merece atenção devido à associação deste estilo de vida com o maior risco de mortalidade³¹.

Em investigação realizada em município brasileiro verificou-se que a percepção negativa da saúde é uma barreira para prática de atividade física³². Provavelmente este fator influenciou na prática regular de atividade física dos idosos deste estudo, uma vez que 51,9% ava-

TABELA 3: Hábitos comportamentais e Qualidade de Vida autor-referida pelos idosos. Superintendência Regional de Saúde de Uberaba, MG, Brasil, 2013.

Variáveis	f	%
Bebida alcoólica		
Sim	539	15,7
Não	2885	84,3
Tabagismo		
Sim	513	15,0
Não	2899	85,0
Prática regular de atividade física		
Sim	1952	56,9
Não	1478	43,1
Informações sobre sexualidade		
Sim	432	14,1
Não	2628	85,9
Praticam atividade sexual		
Sim	1308	44,5
Não	1629	55,5
Uso de preservativo *		
Sim	186	14,3
Não	1059	81,6
Às vezes	52	4,1
Domínios (WHOQOL-BREF)	Média (dp)	
Físico	63,5 (16,4)	
Psicológico	67,4 (14,8)	
Relações sociais	73,5 (14,1)	
Meio ambiente	62,0 (13,2)	
Facetas de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD)		
Funcionamento dos sentidos	70,9 (22,4)	
Autonomia	66,8 (16,4)	
Atividades: passada, presente e futura	70,4 (14,7)	
Participação social	68,1 (14,9)	
Morte e morrer	72,3 (25,0)	
Intimidade	69,7 (19,1)	

(*) Em relação àqueles que praticam atividade sexual.

liaram negativamente seu estado de saúde. A relação da atividade física com a qualidade de vida é demonstrada numa pesquisa, da qual comparando ativos com inativos, o primeiro grupo teve melhor percepção em todos os domínios comparados³³. A quantidade de idosos que tiveram quedas nos últimos 12 meses do período da pesquisa também foi expressiva, fator que pode ser influenciado por baixa adesão à atividade física, e também dificultar a atividade física depois de sua ocorrência.

A falta de informação sobre a sexualidade no idoso pode gerar condutas sexuais desprotegidas, com sérios riscos de doenças sexualmente transmissíveis. Outrossim, apesar de não ser a maioria que tenha atividade sexual, verifica-se ao mesmo tempo que aqueles que a praticam o fazem de forma desprotegida. Uma pesquisa mostrou que há uma crença de que o preservativo reduz o prazer sexual, e que a prevenção deve estar ligada a pessoas inféis³². Apontam-se aqui desafios nas práticas de educação em saúde, tanto para uma revisão pelo idoso do que seja a sexualidade como para práticas preventivas. Uma investigação realizada num grupo de convivência para idosos registrou que os idosos viam a sexualidade além do ato sexual, em especial nos sentimentos e emoções³⁴.

Na qualidade de vida, o domínio com menor escore (WOQHOL-BREF) referindo-se ao meio ambiente, seguido de físico; e o melhor destacou as relações sociais e o psicológico. Acerca das facetas (WOQHOL OLD), o melhor escore foi o de morte e morrer e a pior, autonomia. Uma pesquisa evidenciou que no domínio meio ambiente, a renda familiar e a escolaridade estão associadas; já no domínio físico, a associação considerou a renda familiar, a escolaridade, a condição de estar sozinho e a idade de 80 anos ou mais³⁵. Uma pesquisa realizada em Portugal e Brasil mostrou, também, a faceta morte e morrer como a melhor e autonomia como a pior para os idosos brasileiros³⁶.

Outro estudo mostrou que a função física foi a menor entre as avaliadas com forte associação negativa quanto maior a idade³⁷. Propor-se melhor renda e instrução ao idoso parecem desafios que devem ser compartilhados com a família e comunidade. A reduzida autonomia do idoso é importante aspecto a ser trabalhado e em geral é multifatorial, incluindo a presença de agravos com limitações físicas, de acesso à renda, dificuldades de sociabilização, entre outros, que devem ser monitorados pelos serviços de saúde, com vistas a melhorar sua autonomia e satisfação com a vida.

CONCLUSÃO

O objetivo desta pesquisa foi apresentar o perfil sociodemográfico e de saúde da população idosa residente na Superintendência Regional de Saúde do Triângulo Sul / Minas Gerais. Verificaram-se vulnerabilidades traduzidas pela baixa renda e falta de apoio familiar, em especial o financeiro; baixa escolaridade; morar só ou com poucas pessoas; depender apenas da

aposentadoria; percepção regular ou ruim de saúde; estado nutricional comprometido (risco de desnutrição e excesso de peso); sedentarismo, etilismo e tabagismo com valores expressivos, bem como não uso de preservativos em idosos sexualmente ativos; vários agravos por idosos (prevalentes e bem conhecidos dos serviços de saúde) e consumo medicamentoso elevado, com difícil acesso; e, percepção de qualidade de vida com baixos escores.

Este estudo tem como limitação responder apenas por uma macrorregião de saúde de um estado brasileiro, sem a possibilidade de generalização para o território nacional, mas é possível que seus resultados reflitam a realidade de muitas regiões brasileiras, sobretudo nas condições sociais e de saúde dos idosos.

Conclui-se que há necessidade de políticas públicas voltadas para o idoso na região, que devem corresponder a várias carências, tais como: geração de renda; ampliar escolarização; monitorar agravos; melhorar acesso e monitoração do consumo medicamentoso; além de ações de educação em saúde que possam ampliar: autocuidado, atividade física, lazer, recreação, atividade sexual mais consciente e a participação familiar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; RJ, 2014.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. saúde pública.* 2009; 43(3):548-54.
3. Organização Mundial da Saúde. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. 2012 [cited in 2017 Mar 02]. Available from: <http://www.onu.org.br/populacao-com-mais-de-60-anos-alcancara-1-bilhao-de-pessoas-em-uma-decada/>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2011. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados preliminares do universo do censo demográfico 2010, 2011. [citado em 02 mar 2017] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/preliminar_tab_municipio_zip.shtm
6. Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População.* 2008; 25:5-26. DOI: doi.org/10.1590/S0102-30982008000100002.
7. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília. (DF): OPAS; 2005. p. 60 (OPAS).
8. Silva HO, Maynna JC, Alencar D, Lima FEL, Vieira LR. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* (Online). 2011 [citado em 02 Mar 2017]; 14(1):123-34. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100013&lng=pt
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE-Cidades – Minas Gerais: 2010. [citado em 02 mar 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=31&search=minas-gerais>
10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria.* 1994; 52(1):1-7.
11. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition reviews.* 1996; 54(1 Pt 2):S59-65.

12. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva (Swi): World Health Organization; 1998.
13. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública (Online)* 2008; 24(1):103-12.
14. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. saúde pública. (Online)* 2000; 34(2):178-83.
15. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev. saúde pública. (Online)* 2006; 40(5):785-91.
16. Santos AFLJ, Guerra RO, Falcão Nascimento AF, Maciel ÁCC. Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2011. *Epidemiol. serv. saúde (Online)*. 2013 [citado em 02 mar 2017] 22(2):335-46. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200015&lng=pt.
17. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva (Online)*. 2012; [citado em 02 mar 2017] 17(8):2129-39. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n8/23.pdf>
18. Jacinto LAT, Santos AS, Diniz MA, Silva LC, Pedrosa FSS, Arduíni JB. Doença arterial coronariana e suporte familiar em idosos. *Rev. enferm. UERJ*. 2014; 22(6):771-7.
19. Pereira LF, Lenardt MH, Michel T, Carneiro NHK, Bento LF. Retrato do perfil de saúde-doença de idosos longevos usuários da atenção básica de saúde. *Rev. enferm. UERJ*. 2015; 23(5):649-55.
20. 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 (Online)*. 2012; [citado em 02 mar 2017] 28(4):769-80. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n4/16.pdf>
21. Cabrelli R, Sousa CS, Turrini RNT, Cianciarullo TI. Idosos na unidade de saúde da família: morbidade e utilização de serviços de saúde. *Rev. RENE*. 2014; 15(1):89-98.
22. Soares SM, Silva PAB, Santos JFG, Silva LB. Associação entre depressão e qualidade de vida em idosos: atenção primária à saúde. *Rev. enferm. UERJ*. 2017; 25(e19987):1-8.
23. Alves EBL. Acompanhamento de enfermagem aos idosos hipertensos: relato de experiência. *InterScientia*: 2014; 2(2):3-15.
24. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev. saúde pública (Online)*. 2013 [citado em 02 mar 2017]; 47(1):94-103. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100013&lng=en&nrm=iso
25. Gobbi S, Sebastiao E, Papini CB, Nakamura PM, Valdanha Netto A, Gobbi LT, et al. Physical inactivity and related barriers: a study in a community dwelling of older brazilians. *J. Aging Res.* 2012; 2012:685190.
26. Ribeiro RSV, Rosa MI, Bozzetti MC. Malnutrition and associated variables in an elderly population of Criciúma, SC. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2011; 57(1):56-61.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . Pesquisa de Orçamentos Familiares. 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro:IBGE;2010.
28. Andrade NB, Novelli MMPC. Perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores dos Centros de Convivência para idosos da cidade de Santos, SP. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar.* 2015; 23(1):143-52.
29. Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Carandina L, Goldbaum M et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2012 [citado em 02 mar 2017]; 28(3):583-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300018&lng=en
30. Souza AAM, Sales LR, Gonçalves MS, Botelho TV, Xavier VLL. O idoso alcoolista assistido pelo CAPS: papel da equipe de enfermagem. *Rev. Norte Mineira de Enf.* 2014; 3(2):79-89.
31. Wu CY, Hu HY, Chou YC, Huang N, Chou YJ, Li CP. The association of physical activity with all-cause, cardiovascular, and cancer mortalities among older adults. *Prev. Med.* 2015; 5(72C):23-9.
32. Santos AS, Arduíni JB, Silva LC, Fonseca AS. Understanding of the elderly and their relatives regarding sexuality and HIV/AIDS: a descriptive study. *Online braz. J. nurs. (Online)*. 2014; 13(2):175-85. [cited 27 Mar 02] Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4326>
33. Ferreira MM, Ferreira EF, Toledo C, Oliveira RAR. Relação da prática de atividade física e qualidade de vida na terceira idade. *Caderno Científico Fagoc de Graduação e Pós-Graduação (Online)*. 2016; 1(2):9-15. [citado em 02 mar de 2017]. Disponível em: <http://revista.fagoc.br/index.php/caderno/article/view/129>
34. Carvalho CF, Bezerra A, Castro JR, Ceia Nascimento A, Pereira BM, Silva CC, et al. Sexualidade e qualidade de vida dos idosos da Rede Crescer - Conviver de Uberlândia – MG. *E-RAC (Online)*. 2016 [citado em 02 mar 2017]; 6(1):1-15. Disponível em: <http://www.computacao.unitri.edu.br/erac/index.php/e-rac/article/view/705>
35. Pereira KCR, Alvarez AM, Traebert JL. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. (Online)*. 2011 [citado em 02 mar 2017]; 14(1):85-96. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100010&lng=pt
36. Ermel RC, Caramelo AC, Fracolli LA, Ortiz FVB, Zutin TLM, Gianini SHS et al. Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde (Online)*. 2017; [citado em 02 mar 2017] 9(2):1315-20. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS98.pdf>
37. Lobo AJS, Santos L, Gomes S. Level of dependency and quality of life of elderly. *Rev. bras. enferm. (Online)*. 2014 [cited in 2017 Mar 02]; 67(6):913-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670608>