

Perfil Epidemiológico e Sociosanitário da População Idosa de Teixeira: Abordagem sobre a Importância do Programa de Saúde da Família

Área Temática de Saúde

Resumo

Em Teixeira funcionam três equipes de PSF, com cobertura de 100% da população. Há dezoito ACS e dezoito microáreas de saúde. Metodologia: Foi realizada pesquisa, com o auxílio dos ACS, a fim de se obter cadastro dos indivíduos com idade >= 60 anos, residentes no município. Resultados e Discussão: A população idosa do município é composta por 1.475 indivíduos com idade de 60 anos. Destes, 844 (57,2%) se encontram residindo na zona urbana e 631 (42,8%) na zona rural; 773 (52,4%) são do sexo feminino e 702 (47,6%) do sexo masculino; 963 (65,3%) usam os serviços do PSF e 512 (34,7%) não; 101 (6,8%) estão acamados e 56 (3,8%) inconscientes. Nossa pesquisa contribuiu para o cadastro da população idosa de Teixeira: montou-se um banco de dados de todos os idosos inicialmente com variáveis básicas de identificação pessoal, endereço, sexo, idade... . Nosso objetivo é ampliar os dados a partir do trabalho dos ACS, fornecendo importantes informações que subsidiem políticas de intervenção, planejamento e gestão em saúde. Conclusão: ressalta-se a importância de que o PSF cubra a população dos municípios em sua totalidade, iniciando pela identificação dos indivíduos e famílias e pela delimitação do perfil epidemiológico e sociodemográfico.

Autores

Renata Junqueira Pereira - Mestranda em Ciência da Nutrição/UFV

Rosângela Minardi Mitre Cotta - Professora Adjunta DNS – Orientadora - Doutora em Saúde Pública/Universidade de Valência – Espanha.

Sylvia do Carmo Castro Franceschini - Professora Adjunta DNS – Doutora em Ciências/UNIFESP.

Rita de Cássia Lanes.Ribeiro - Professora Adjunta DNS – Doutora em Epidemiologia/UFMG.

Instituição

Universidade Federal de Viçosa - UFV

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família; saúde do idoso; política de saúde.

Introdução e objetivo

Attingir a longevidade constitui-se em um dos maiores êxitos da segunda metade do século XX. Segundo Payares (2001), na maioria dos países do mundo, cada vez mais o envelhecimento da população suportará um aumento das demandas sanitárias, sociais e econômicas. Neste sentido, um dos fatos mais significativos da sociedade atual, e que seguramente adquirirá maiores dimensões ao longo dos próximos anos, é o crescente envelhecimento da população e suas importantes conseqüências sobre o sistema sociosanitário (Cotta et al, 2002).

O Brasil está passando por um rápido processo de envelhecimento populacional, que se iniciou com a queda nas taxas de fecundidade, ocorrida na década de 60 (Chaimowicz, 1997). Este crescente envelhecimento da população e o progressivo descenso das taxas de fecundidade, geram uma mudança no tipo de demanda de serviços médicos, sanitários e

sociais. Ou seja, há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica (Cotta et al, 2002).

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação; no Brasil ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente (Chaimowicz, 1997).

Mais especificamente, destaca-se que o processo de transição epidemiológica, no Brasil, não tem ocorrido de maneira semelhante aos países industrializados e nem aos países latino-americanos vizinhos. Há no Brasil, uma superposição de morbidades, e não uma transição entre as doenças transmissíveis e crônicas (Chaimowicz, 1997). Hoje no país, coexistem doenças transmissíveis e crônico-degenerativas. Como o Estado ainda se preocupa com o desafio da mortalidade infantil e doenças infecciosas, não tem desenvolvido, de maneira satisfatória, estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações (Chaimowicz, 1997).

Do ponto de vista sanitário aumento da longevidade é caracterizado pela mudança do perfil de saúde da população que passa de processos agudos ao predomínio de enfermidades crônicas e suas complicações. Ou seja, proporcionalmente ao crescimento do número de idosos e aumento da expectativa de vida, são mais frequentes as complicações por enfermidades crônico-degenerativas (Cotta et al., 2003).

Em relação ao ponto de vista demográfico, o envelhecimento é caracterizado pelo aumento da proporção da população acima de 60 anos, em relação à população total, levando à diminuição da participação relativa das faixas etárias mais jovens, aliado ao aumento da expectativa de vida e à queda da mortalidade (chaimowicz, 1997).

O crescimento mais elevado do contingente idoso é resultado da alta fecundidade prevalente no passado, comparada à atual redução da mortalidade, a qual altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade (Camarano, 2002).

Apesar do aumento da longevidade ser resultado de políticas e incentivos promovidos pela sociedade e pelo Estado e do progresso tecnológico, suas conseqüências acarretam pressões para a transferência de recursos na sociedade, colocando desafios para o Estado, os setores produtivos e as famílias (Camarano, 2002).

Quando são consideradas as implicações do envelhecimento populacional e as necessidades de ajuste das instituições à nova realidade demográfica, é importante reconhecer todos os aspectos desta tendência, tendo em conta tanto os desafios como as oportunidades surgidas econômica, social e culturalmente (Chaimowicz, 1997).

Nesse sentido há uma crescente demanda por alternativas especializadas em atender as dificuldades e necessidades do grupo idoso. A obtenção de dados para a determinação e caracterização da situação de vida e bem estar dos idosos é fundamental para permitir a implantação e implementação de políticas públicas que levem a um envelhecimento com qualidade de vida deste grupo populacional. Um envelhecimento bem sucedido deve ser acompanhado, além dos anos vividos, de qualidade de vida e bem estar, devendo ser fomentado ao longo da vida dos indivíduos, através de políticas de promoção e prevenção em saúde adotadas antes dos sessenta anos de idade e durante toda a vida (Cotta et al., 2003).

O município de Teixeira possui uma área territorial de 167,00 km², densidade demográfica de 66,8 hab/Km², atingindo uma altitude de 648 m. Geograficamente pertence à microrregião de Viçosa e à mesorregião da Zona da Mata (PNUD/IPEA, 2003). Segundo o censo demográfico realizado em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Teixeira possui uma população total de 11.149 habitantes, distribuída em 6.949 habitantes na zona urbana (62,33%) e 4.200 (37,67%) na zona rural. Em relação à população idosa, segundo o IBGE (2000), residem no município 1374 indivíduos com 60 anos e mais,

destes 872 localizavam-se na zona urbana e 502 na zona rural (IBGE, 2000). Pode-se observar que o crescimento da população idosa de Teixeira tem acompanhado o crescimento nacional e da região sudeste, pois a população de 60 anos e mais representava, em 2000, 12,3% da população geral do município.

As principais atividades econômicas desenvolvidas no município são: agricultura (café, arroz, feijão, mandioca, milho, abacaxi, tomate, cana de açúcar, batata doce), pecuária (bovinocultura, suinocultura), silvicultura e exploração florestal (PNUD/IPEA, 2003).

No período 1991-2000, a taxa de mortalidade infantil do município diminuiu 23,91%, passando de 54,80 (por mil nascidos vivos) para 41,70 (por mil nascidos vivos) e a esperança de vida ao nascer cresceu 5,75 anos, passando de 60,37 anos em 1991 para 66,12 anos em 2000 (PNUD/IPEA, 2003). Neste mesmo período, o acesso a serviços básicos e bens de consumo aumentou e o nível de analfabetismo diminuiu de 28,3% (1991) para 17,4% (2000) (PNUD/IPEA, 2003).

Quanto aos indicadores de renda, pobreza e desigualdade, a renda per capita média do município cresceu 65,74%, passando de R\$ 103,71 (1991) para R\$171,89 (2000). A pobreza, medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$75,50 (setenta e cinco reais e cinquenta centavos), equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000, diminuiu 25,8%, passando de 62,2% (1991) para 46,1% (2000). Entretanto, a desigualdade na distribuição de renda cresceu: o Índice de Gini passou de 0,54 em 1991 para 0,60 em 2000 (PNUD/IPEA, 2003).

Ainda no período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Teixeira cresceu 17,11%, passando de 0,608 para 0,712. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 42,4%, seguida pela Longevidade, com 30,5% e pela Renda, com 27,0%. Neste período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH, ou seja, 1 - IDH) foi reduzido em 26,5% (PNUD/IPEA, 2003).

O ano de referência para a implantação do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira é 1997, com a primeira Equipe de Saúde da Família (ESF), cobrindo inicialmente 38% dos domicílios com predominância urbana (apenas uma micro-área está situada na zona rural), distribuído em cinco microáreas. Em setembro de 1998 foi incorporada a segunda Equipe de Saúde da Família com cobertura predominantemente rural. A partir de então, o Programa de Saúde da Família passou a atender 1759 domicílios, o que representava 65% da população. Somente em outubro de 1999 expandiu-se a cobertura para 3.160 domicílios com a implantação da terceira Equipe de Saúde da Família, totalizando um alcance de 114% da população (incluindo as áreas de fronteira). Atualmente em Teixeira estão em funcionamento três equipes de Programa de Saúde da Família, com cobertura de 100% da população. Todas as equipes estão completas, ou seja, composta pelos profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo (para a primeira e segunda equipes), auxiliares e técnicos em enfermagem e dezoito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo cada agente responsável por uma microárea de abrangência delimitada. Cada equipe do Programa de Saúde da Família engloba seis microáreas de saúde, sendo a segunda equipe a responsável pela cobertura da zona rural (SIAB, 2003).

Metodologia

O presente estudo apresenta dados preliminares de um Projeto do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa.

Foi realizada uma pesquisa, com o auxílio dos agentes comunitários de saúde, atuantes no Programa de Saúde da Família do município de Teixeira/MG, a fim de se obter um cadastro de todos os indivíduos com 60 anos e mais residentes no município. Como o Programa de Saúde da Família de Teixeira tem cobertura de praticamente toda a população

residente, o cadastro de todos os indivíduos idosos das microáreas de saúde proporcionou um conhecimento das características pessoais de todos os idosos do município.

Cada agente comunitário de saúde preencheu uma ficha informando: o nome, o endereço, a data de nascimento, a idade, o sexo, as condições de acamado e/ou inconsciente e a condição de usuário ou não do Programa de Saúde da Família no município; cadastrando, desta forma, todos os indivíduos idosos da microrregião de saúde sob sua responsabilidade.

Portanto, convém ressaltar que este cadastro representa o marco de amostragem, no qual será baseado o projeto; e é uma fonte de dados primários, coletados pela pesquisadora com o auxílio do Programa de Saúde da Família local.

Após este levantamento, buscou-se estabelecer um perfil demográfico e sociosanitário da população idosa do município.

As análises estatísticas foram feitas utilizando-se as frequências relativa e absoluta. Para a análise dos resultados se utilizou o programa Epi Info 6.0.

Resultados e discussão

A população idosa do município é composta por um total de 1475 indivíduos com 60 anos e mais. Considerando-se as informações do último censo de 2000 de que a população total residente no município de Teixeira era de 11149 indivíduos (IBGE, 2000), pode-se notar que a proporção de idosos, residentes no município de Teixeira e cadastrados pelo presente estudo, representa 13,22% da população total. Assim, pode-se observar que o crescimento da população idosa de Teixeira acompanha o atual processo de envelhecimento populacional e atinge níveis bem próximos da porcentagem de idosos na população brasileira. Atualmente no Brasil, os idosos representam cerca de 10% da população geral. O censo de 2000 informou que dos 169.500.000 brasileiros, 15,5 milhões tinham 60 anos ou mais (IBGE, 2000).

TABELA 1 – Distribuição Etária da População Idosa de Teixeira/MG em 2004.

Grupo Etário	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
<i>60 – 64 anos</i>	397	26,9%
<i>65-69 anos</i>	336	22,8%
<i>70-74 anos</i>	296	20,1%
<i>75-79 anos</i>	200	13,5%
<i>80-84 anos</i>	144	9,8%
<i>85-89 anos</i>	68	4,6%
<i>90-94 anos</i>	27	1,8%
<i>95 anos e mais</i>	7	0,3%
Total	1475	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa

Nota-se uma diminuição da porcentagem de indivíduos à medida que se aumenta a faixa etária, o que é esperado devido à maior mortalidade comumente observada nos grupos etários mais avançados.

Segundo Chaimowicz (1997), o índice de envelhecimento da população, que era de 6,4 em 1960, teve um incremento superior a 100% em três décadas, alcançando um valor de 13,9 em 1991. Estima-se que entre 1960 e 2020 o crescimento do número de idosos seja de 760% e o de jovens de 166% e que, no período de 1950 a 2025, o Brasil passará da 16ª para a 6ª posição mundial em relação ao contingente de idosos (Chaimowicz, 1997).

A população encontra-se proporcionalmente distribuída entre as dezoito microáreas de saúde.

A Tabela 2 mostra a distribuição da população idosa por micro área de saúde do Programa de Saúde da Família.

TABELA 2 – Distribuição da População Idosa de Teixeira MG por micro área de saúde em 2004.

Microárea	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
M 1	66	4,5%
M 2	82	5,6%
M 3	82	5,6%
M 4	67	4,5%
M 5	83	5,6%
M 6	79	5,4%
M 7	51	3,5%
M 8	72	4,9%
M 9	86	5,8%
M 10	69	4,7%
M 11	91	6,2%
M 12	124	8,4%
M 13	45	3,1%
M 14	95	6,4%
M 15	120	8,1%
M 16	92	6,2%
M 17	93	6,3%
M 18	78	5,3%
Total	1.475	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com o cadastro, dos 1475 idosos do município de Teixeira, 844 (42,8%) se encontram residindo na zona urbana e 631 (42,8%) na zona rural; 773 (52,4%) são do sexo feminino e 702 (47,6%) do sexo masculino; 963 (65,3%) são usuários do Programa de Saúde da Família e 512 (34,7%) não usam; 101 (6,8%) se encontram acamados e 56 (3,8%) inconscientes (Tabela 1). Do total de indivíduos idosos residentes no município, 19 encontram-se institucionalizados, vivendo atualmente no Asilo São Vicente de Paulo.

A Tabela 3 mostra a distribuição da população idosa do município por sexo, local de residência, utilização do Programa de Saúde da Família e característica de saúde.

TABELA 3 – Distribuição da População Idosa de Teixeira por sexo, local de residência, utilização do PSF e características sanitárias em 2004.

Sexo	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Masculino	702	47,6%
Feminino	773	52,4%

Localização			
Zona urbana		844	57,2%
Zona rural		631	42,8%
Utilização do PSF			
Usuário		943	64,8%
Não usuário		512	35,2%
Característica sanitária			
Acamado	Sim	101	6,84%
	Não	1374	93,15%
Consciente	Sim	1419	96,20%
	Não	56	3,79%

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se que o número de indivíduos cadastrados se aproxima do número encontrado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (1374 indivíduos com 60 anos e mais) no último censo demográfico, realizado no ano de 2000 (IBGE, 2000). Porém, se afasta do número fornecido pelo cadastro do Sistema de Informação em Atenção Básica – SIAB – que é de 1624 indivíduos com 60 anos e mais. Como hipótese justificativa, pode-se pensar nos problemas de notificação de óbitos e migrações, o que pode estar superestimando o número de idosos do cadastro do SIAB.

Deve-se destacar que este estudo tem especial importância ao considerar-se que o SIAB, enquanto sistema de informação disponível para o Programa de Saúde da Família, somente informa o número de indivíduos cadastrados, mas não informa o local de residência, as características individuais dos idosos, nem tão pouco a distribuição por grupos etários. Ou seja, até o início deste estudo, o Programa de Saúde da Família encontrava-se totalmente destituído de um cadastro completo dos indivíduos com idade ≥ 60 anos, residentes no município. Neste sentido, os dados de nosso estudo transformaram-se em um banco com as seguintes variáveis: nome, data de nascimento, endereço, sexo, idade, condições de acamado e consciente, situação de usuário do Programa de Saúde da Família e Institucionalização, podendo originar outros dados.

Outro ponto a ser destacado é o conhecimento, pelos agentes comunitários de saúde, das necessidades de todos os idosos da microárea sob suas responsabilidades e a capacidade desses agentes em informar qualquer característica que possa servir para direcionar pesquisas, políticas de intervenções e ações de saúde. Assim, a atuação desses agentes reveste-se de fundamental importância para guiar as ações de saúde e traçar o perfil epidemiológico e sociodemográfico da população, proporcionando o direcionamento de medidas mais efetivas.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de que existam equipes de Programas de Saúde da Família em quantidade suficientes para a cobertura total da população, principalmente em municípios de pequeno e médio porte.

Porém, não se pode esquecer as profundas desigualdades existentes no Brasil, as quais se refletem em fortes diferenças nas condições financeiras, políticas e administrativas dos municípios, o que interfere na sua capacidade de respostas às necessidades e demandas da população.

Há que se destacar, que o agente comunitário de saúde, conhecendo a intimidade das pessoas e famílias, ocupa um papel muito importante dentro desta estratégia de saúde da família, pois ele é o profissional que está na linha de frente do trabalho conhecendo as condições de vida dos cidadãos que habitam o município (Gonçalves, 2003).

No Brasil, onde o modelo curativo, hospitalar, médico-medicamentoso responde por cerca de 80% da assistência sanitária, não conseguindo resolver de forma efetiva os problemas de saúde da população (Cotta et al.,1998), destaca-se o Programa de Saúde da Família enquanto estratégia chave para reverter este paradigma, tendo o agente comunitário de saúde um papel preponderante neste novo cenário.

Conclusões

As mudanças que vêm ocorrendo no Sistema de Saúde Brasileiro põem em evidência os desafios de reorientação do novo modelo assistencial, mostrando a necessidade de uma profunda renovação dos recursos humanos, permitindo que o conhecimento produzido na área acadêmica seja proporcional a uma adequada atuação nos serviços de saúde (Cotta et al., 1998).

Neste sentido, destaca-se a importância de cursos de especialização, reciclagem e capacitação na reconstrução do conhecimento e na formação de profissionais mais conscientes e críticos em relação à saúde pública brasileira.

Para que isto ocorra, torna-se imprescindível a aplicação de novas alternativas em educação e formação dos recursos humanos em saúde, que assegurem que a força de trabalho se ajuste mais estreitamente às necessidades e realidades dos sistemas locais e regionais em saúde.

Ressalta-se a importância de pesquisas que traçam o perfil de grupos populacionais, propiciando informações valiosas ao município, que na maioria das vezes são insuficientes e/ou inadequadas. E a possibilidade de parcerias entre as universidades e o sistema de atenção primária para que sejam desenvolvidos projetos que proponham melhoras na qualidade de vida da população usuária ou não do SUS.

Destaca-se ainda, a importância do trabalho dos agentes comunitários de saúde, que tão estreitamente estão ligados à população e que prestam serviços indispensáveis na área da saúde. Reforça-se a necessidade de trabalhos conjuntos e de cursos de treinamento desses profissionais, capacitando-os para desenvolver trabalhos mais adequados e essenciais à população, bem como, propiciar informações valiosas para a definição de políticas de intervenção, planejamento e gestão local e regional.

Referências bibliográficas

PAYARES, P.R. **Encuentro de la red de envejecimiento saludable**. INSERSO. Madrid, 2001.

COTTA, R.M.M.; MORALES, M.S.V.; COTTA FILHO, J.S.; LLOPIS, A.G., RICÒS, J.A.D.; REAL, E.R. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, v.11,n.4, p.253-261, 2002.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

COTTA, R.M.M.; MORALES, M.S.V.; COTTA FILHO, J.S.; LLOPIS, A.G., RICÒS, J.A.D; REAL, E.R. Envejecimiento de la población, cambio demografico e hospitalización domiciliaria: Nuevos rumbos en atención sanitaria antes los retos actuales e de futuro. Rev. Agathos, v. 3, n. 1, p.4-13, 2003.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. IPEA, Rio de Janeiro, jan. 2002. 31p. (Texto para Discussão nº 858).

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) E FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>. Acesso em 15 abr. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Dados Preliminares do Censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 12 fev. 2004.

SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA- Desenvolvido pela Secretaria de Assistência a Saúde/COSAC – DATASUS- Secretaria Municipal de Saúde de Teixeira. Apresenta consolidado das famílias cadastradas no ano de 2003 do modelo PSF. Acesso em: 24 mar. 2004.

GONÇALVES, A.M.C. Um olhar Sobre o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Revista de Atenção Primária á Saúde, Juiz de Fora, v. 6, n. 1, jan/jun, 2003.

COTTA, R.M.M.; MENDES F.F.; MUNIZ J.N. Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real. Viçosa: UFV/CEBES, 1998. 148p.