

## Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil

*Elderly families of South of Brazil in the Health Strategy*  
*Familias de edad avanzada en la Estrategia de Salud en el sur de Brasil*

Cássia Jordana Krug Wendt<sup>I</sup>, Marinês Aires<sup>I</sup>, Adriana Aparecida Paz<sup>II</sup>,  
Fernanda Laís Fengler<sup>III</sup>, Lisiane Manganeli Girardi Paskulin<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões,  
Departamento de Ciências da Saúde. Frederico Westphalen-RS, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Enfermagem. Porto Alegre-RS, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Porto Alegre-RS, Brasil.

### Como citar este artigo:

Wendt CJK, Aires M, Paz AA, Fengler FL, Paskulin LMG. Elderly families of South of Brazil in the Health Strategy. Rev Bras Enferm. 2015;68(3):350-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680305i>

Submissão: 17-12-2014 Aprovação: 19-03-2015

### RESUMO

**Objetivo:** caracterizar as famílias e situação de saúde de idosos na Estratégia de Saúde da Família e verificar a associação da composição familiar com as características sociodemográficas e de saúde dos idosos. **Método:** estudo de base populacional, com 215 famílias e 266 idosos, adscritos à Estratégia da Saúde da Família, de um município do Rio Grande do Sul. **Resultados:** predomínio da composição familiar nuclear, considerada como a principal fonte de apoio informal, de famílias de idosos do sexo feminino e agravos cardiovasculares. A estrutura parental nuclear teve associação bruta significativa com o sexo feminino e o consumo do tabaco. **Conclusão:** os resultados reforçam a necessidade de manutenção de uma rede de apoio formal e informal ao idoso e sua família para preservar a independência ou postergar o declínio da capacidade funcional.

**Descritores:** Saúde do Idoso; Perfil de Saúde; Saúde da Família.

### ABSTRACT

**Objective:** to characterize families and health status of the elderly in the Family Health Strategy and to verify the association of family composition with sociodemographic characteristics and health of the elderly. **Method:** population-based study with 215 families and 266 elderly, linked to the Family Health Strategy from a city of Rio Grande do Sul state. **Results:** there was predominance of nuclear family composition, considered as the main source of informal support, families of female elderly (62.6%) and cardiovascular complication. The nuclear structure was significantly associated with female gender (PR = 0.77; p = 0.025) and smoking (PR = 1.35; p = 0.009). **Conclusion:** the results reinforce the need to maintain a network of formal and informal support to the elderly and their families to preserve the independence or to postpone the decline in functional capacity.

**Key words:** Health of the Elderly; Health Profile; Family Health.

### RESUMEN

**Objetivo:** la caracterización de las familias y de la situación de salud de ancianos en la Estrategia de Salud de la Familia y, además, la verificación de la asociación de la composición familiar con las características sociodemográficas y de salud de los mayores. **Método:** estudio de base poblacional, con 215 familias y 266 ancianos, adscritos a la Estrategia de Salud de la Familia, de un municipio del Rio Grande del Sur. Prevalció la composición familiar nuclear, considerada como la principal fuente de apoyo informal y de familias de ancianos del sexo femenino (62,6%). **Resultados:** los resultados de la asociación bruta de las variables en el estudio con la composición parental nuclear ha demostrado asociación significativa (p < 0,05) con el sexo femenino (RP = 0,77; p = 0,025) y el consumo de tabaco (RP = 1,35; p = 0,009). **Conclusión:** estos resultados refuerzan la necesidad de mantención de una red de apoyo formal e informal al anciano y a su familia para preservar la independencia o postergar el descenso de la capacidad funcional.

**Palabras clave:** Salud del Anciano; Perfil de Salud; Salud de la Familia.

AUTOR CORRESPONDENTE Marinês Aires E-mail: [marynesayres@yahoo.com.br](mailto:marynesayres@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida expressa algumas alterações importantes no organismo humano. Muitas delas são consideradas naturais, em decorrência do processo de envelhecimento. Essas mudanças fisiológicas, psicológicas e patológicas acabam comprometendo o funcionamento do organismo, podendo resultar na diminuição da qualidade de vida e no aumento da morbimortalidade<sup>(1)</sup>. Durante o processo de envelhecimento<sup>(2)</sup> podem ser vivenciadas a perda do cônjuge e o declínio das condições socioeconômicas e culturais que, associadas ao agravamento físico ou psicológico, contribui para uma maior susceptibilidade ao enfraquecimento das redes sociais e familiares. Assim, as pessoas idosas necessitam de uma rede de apoio formal e informal para preservar a independência ou postergar o declínio da capacidade funcional.

A presença de patologias em idade avançada tende a ocasionar incapacidade e dependência para a realização de algumas atividades do cotidiano, conhecidas como atividades básicas (AVDs) e instrumentais da vida diária (AIVDs). A condição de auxílio em atividades diárias exige maior atenção dos familiares, cuidadores e profissionais da saúde. Concomitantemente, sabe-se que a maior demanda dos serviços de saúde ocorre pelas pessoas idosas, necessitando de internações hospitalares frequentes e prolongadas, quando comparadas a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional<sup>(3-4)</sup> pode se traduzir em um maior número de morbidades na população, incapacidade, dependência e uso dos serviços de saúde.

Com a adoção de ações preventivas ao envelhecimento patológico, é possível a redução nos custos no sistema de saúde refletindo nos recursos da sociedade. De fato, o planejamento adequado de ações sociais e de saúde em consonância com as necessidades da população<sup>(5)</sup> poderá contribuir ao bem-estar e à independência, assegurando um envelhecimento mais saudável.

A heterogeneidade dessa população e as diversidades incitam maior preocupação em relação ao desenvolvimento de políticas para atender demandas de necessidades e cuidados específicos advindos do processo do envelhecimento. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) destaca que o principal problema que pode afetar a pessoa idosa é a perda da capacidade funcional, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de AVDs e AIVDs. Em vista disso, a PNSPI<sup>(6)</sup> tem como objetivo “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (SUS).

Com uma população idosa em crescimento associada às profundas transformações sociais, e em especial nos arranjos familiares, evidencia-se a necessidade de fortalecer políticas públicas de apoio aos familiares<sup>(7)</sup>. Os arranjos familiares esperados para idosos são de dois tipos: casal com filhos (nuclear) ou famílias unipessoais – idosos morando sós. Na situação de idosos e filhos residindo na mesma residência há uma subdivisão: família de idosos (aonde o idoso é o chefe ou cônjuge) e família com idosos (idosos morando na condição de parentes do chefe)<sup>(7)</sup>. Analisar os aspectos internos dos

arranjos familiares é uma tarefa complexa e ao mesmo tempo difícil. As diferentes classificações dos arranjos familiares são decorrentes das transformações sociais que veem ocorrendo no Brasil e no mundo<sup>(7)</sup>. Para classificar as famílias de idosos neste estudo foi utilizado outro modo de classificação: monoparental (um cônjuge e filhos), nuclear (pai, mãe e filho) e extensa (pai, mãe, filho, avós, ou outros parentes)<sup>(8)</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada inovadora no cenário dos serviços de saúde, uma vez que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas e das famílias de forma contínua e integral. A atenção centra-se na família, percebida e situada em seu ambiente físico e social, com suas crenças e valores, favorecendo a compreensão ampliada do processo saúde-doença, no contexto de um território definido. Desse modo, a organização política e administrativa da ESF atende aos desafios de cuidado a essa população emergente, desde que incorpore o cuidado domiciliar aos dependentes e inclua o planejamento e o financiamento multissetorial de ações, por parte de uma rede social de suporte à família-cuidadora. As ações de promoção da saúde com medidas de proteção, identificação e monitoração de indicadores sociais e de saúde se destacam por serem capazes de avaliar a situação de saúde, o impacto da morbimortalidade, as incapacidades dos idosos e as carências familiares para assumir o cuidado ao idoso em seu domicílio<sup>(5,9-10)</sup>.

Nessa perspectiva de saúde da família, o profissional enfermeiro atuante na equipe de saúde intensifica em sua conduta as ações educativas e assistenciais, valorizando o processo de envelhecimento das famílias, em especial, dos idosos que carecem frequentemente de atenção à saúde. Desta maneira, torna-se essencial a atuação do profissional enfermeiro no planejamento e coordenação dos serviços de saúde destinados a atenção à saúde das famílias, priorizando as condições sociodemográficas e epidemiológicas da população assistida.

Apesar dos avanços em termos legislativos, quanto ao papel do Estado na proteção da saúde da população idosa e a implantação da ESF, a prática de cuidado ainda é insatisfatória tendo em vista que as políticas públicas não conseguiram acompanhar o crescimento e atender todas as necessidades de saúde deste grupo etário. A família continua sendo, na maioria das vezes, a principal responsável pelo cuidado à pessoa idosa, assumindo-o em tempo integral, ou delegando a terceiros esse cuidado. Portanto, a responsabilidade pelo cuidado é assumida por familiares como um problema individual ou familiar em função da ausência ou precariedade do apoio formal do Estado.

Os objetivos deste estudo foram caracterizar as famílias e situação de saúde de idosos na Estratégia de Saúde da Família e verificar a associação da composição familiar com as características sociodemográficas e de saúde dos idosos. O estudo justifica-se na medida em que busca conhecer as famílias de pessoas idosas atendidas por uma equipe de ESF, situada em um município da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. O estudo visa contribuir para o planejamento local de ações de saúde e implementação de políticas públicas de saúde de acordo com as particularidades desse grupo etário emergente. Além disso, é importante o incremento de pesquisas de cunho epidemiológico para caracterizar as famílias e

seus membros idosos no contexto da ESF com vistas a promover um cuidado integral e com resolubilidade, para manter a autonomia e a capacidade funcional.

## MÉTODO

Estudo transversal de base populacional do tipo inquérito ou *survey*. O cenário foi uma ESF de um município da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A população analisada foi constituída por todas as famílias que possuíam um ou mais membros idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, que residiam na área de abrangência da ESF. O critério de inclusão foi possuir um ou mais membros idosos na família, enquanto o critério de exclusão foi a ausência da família ou do idoso após três tentativas de visita ao domicílio. Previamente à coleta de dados, foi realizado um teste piloto com cinco famílias com idosos de outra ESF no município, para avaliar a aplicabilidade do instrumento. Ao final, constatou-se estar redigido em linguagem clara e, portanto, apto para uso na sequência do estudo.

As famílias foram identificadas por meio da Ficha de Cadastro de Famílias (Ficha A) utilizada pela ESF e em consonância com o critério de inclusão, de possuir um ou mais membros idosos, o que totalizou 290 famílias e 393 pessoas idosas. A amostra foi constituída por 215 (74,1%) famílias e 266 (67,7%) idosos no cenário da ESF.

No que se refere às perdas de famílias participantes, 75 (25,9%) decorreu do fato de que 67 (23,1%) idosos não residiam mais junto da família no cenário do estudo e para oito (2,8%) famílias o seu único membro idoso foi a óbito durante o período da coleta de dados. Em relação às perdas de participação das pessoas idosas no estudo, 67 (17%) idosos não foram localizados, em virtude de não residirem mais no cenário do estudo; 24 (6,1%) manifestaram a decisão de não participar; 15 (3,8%) foram excluídos após as três tentativas de visita ao domicílio; 13 (3,3%) não pertenciam à faixa etária de 60 anos ou mais, conforme havia sido registrado na Ficha A e oito (2,1%) faleceram durante o período da coleta de dados.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, aplicada à pessoa idosa ou cuidador durante inquérito domiciliar. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos<sup>(11)</sup>: a) o Questionário Geral da Família (QGF), que serviu para cadastrar e identificar as famílias com alguma pessoa idosa e abordou a composição familiar, a situação socioeconômica e a rede de apoio social da família. Quanto à composição familiar foram utilizadas as seguintes categorias: monoparental (um cônjuge e filhos), nuclear (pai, mãe e filho) e extensa (pai, mãe, filho, avós, ou outros parentes). b) O Questionário Específico da Pessoa Idosa (QEPI), que abordou as características sociodemográficas, situação comportamental e de saúde da pessoa idosa e a necessidade de cuidado. O grau de dependência<sup>(12)</sup> foi avaliado por meio das escalas de AVDs e AIVDs. Para cada indivíduo, foi feita a quantificação das respostas “necessita de ajuda” e “não necessita de ajuda”, utilizando-se a seguinte categorização: independentes, dependência leve, dependência moderada e dependência grave.

As análises estatísticas ocorreram na modalidade descritiva e analítica com a utilização do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0. As variáveis categóricas nominais são apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa, enquanto as variáveis discretas são apresentadas por meio de média e desvio padrão.

Em seguida, aplicou-se o Teste Qui-quadrado *Wald* estimado por Regressão de *Poisson* simples e múltipla às variáveis: sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, consumo de tabaco, morbidade, dependência para AVDs, dependência para AIVDs, e necessidade de cuidador. A variável de interesse foi a composição familiar.

Para a associação da composição familiar tendo a estrutura parental nuclear como *baseline* para identificar as diferenças com demais tipos de arranjos familiares. Para esse teste foram selecionadas as variáveis que obtiveram valores de  $p < 0,20$  para a análise bivariada dos desfechos para inclusão na regressão múltipla. As variáveis selecionadas ( $p < 0,20$ ) para o modelo linear generalizado foram submetidas ao Teste de Multicolinearidade, utilizado em modelos multivariados para a avaliação da multicolinearidade – *Variance Inflation Factor* (VIF), sendo considerado para manter no modelo as variáveis com  $VIF < 2,0$ . Por fim, a Regressão de *Poisson* múltipla ( $p < 0,05$ ), consiste na análise ajustada que compreendeu na significância estatística quando ajustadas pelas demais variáveis. O desfecho utilizado para modelagem linear generalizada foi a estrutura parental nuclear.

O estudo integra um Projeto intitulado “Caracterização e utilização da rede de apoio social formal e informal às pessoas idosas e seus cuidadores familiares”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen, sob o nº CAAE-0013.0.284.000-11.

## RESULTADOS

### Caracterização das famílias e redes de apoio informal às pessoas idosas

Em relação às características das 215 famílias quanto ao número de indivíduos que residem no domicílio com o idoso, verificou-se que em 52 (24,1%) famílias os idosos residiam sozinhos (ou seja, sem o convívio de nenhum outro membro); em 82 (38,2%) famílias, a pessoa idosa residia com apenas um membro familiar; que 39 (18,1%) famílias mantinham na residência de 2 a 3 pessoas convivendo com o idoso, e em 42 (19,5%) famílias existia a convivência de 4 ou mais pessoas com o idoso. Na estrutura familiar, prevaleceu a constituição familiar de estrutura parental nuclear em 109 (52%) domicílios, em que a composição familiar era mãe, pai e filhos. Em 52 (24,19%) famílias, a estrutura foi considerada extensa (agregado à família genros, noras, netos, irmãos, entre outros) e 51 (23,72%) famílias monoparentais, havia apenas uma pessoa no domicílio. Em 84 (39,1%) famílias, os membros que compunham o núcleo familiar recebiam dois salários mínimos por mês, tendo como valor de referência, em reais, R\$ 545,00. Constatou-se que 53 (24,6%) famílias viviam com apenas um salário e 78 (36,3%) recebiam três ou mais salários.

Outro dado da pesquisa foi a presença de outras pessoas idosas no domicílio. Em 134 (62,3%) famílias existia a presença de uma pessoa com idade igual ou superior a 60 anos; 77 (35,8%) famílias apresentavam dois indivíduos idosos em um mesmo domicílio e em três (1,4%) famílias existiam três indivíduos idosos no domicílio.

Quando questionados sobre a principal rede de apoio informal, majoritariamente, a família foi considerada a principal fonte de apoio informal, evidenciando-se a presença dos filhos e irmãos. Quando questionados sobre a utilização da Rede de Apoio Formal, 62,78% dos entrevistados identificaram como a principal rede a Unidade de Saúde da Família.

### Características sociodemográficas, situação de saúde e grau de dependência das pessoas idosas

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Conforme a Tabela 1 denota-se a prevalência do sexo feminino, a média de  $70,32 \pm 6,86$  anos, sendo encontrada a idade máxima de 99 anos.

Prevaleceu a faixa etária de 60 a 64 anos, 84 (31,6%); de 65 a 69 anos, 54 (20,3%); de 70 a 74 anos, 50 (18,8%); de 75 a 79 anos, 37 (13,9%) e, de 80, ou mais anos, 41 (15,4%). Quanto à situação conjugal, observou-se que a maioria vive com companheiro, 140 (52,6%). Em relação à escolaridade, 52 (19,6%) idosos não eram alfabetizados.

As patologias foram classificadas de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), em consonância com 582 patologias relatadas pelos idosos ou cuidadores. Verificou-se a prevalência de idosos portadores das doenças do aparelho circulatório, destacando-se a hipertensão arterial sistêmica, seguida pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças do aparelho respiratório e pelos transtornos mentais e comportamentais. Dentre os demais outros grupos de causas, destacaram-se doenças do aparelho digestório, 19 (3,2%); doenças do aparelho geniturinário 15 (2,5%); doenças do ouvido e da apófise mastoide, oito (1,4%); neoplasmas (tumores), cinco (0,9%); doenças do olho e anexos, quatro (0,7%); doenças do sistema nervoso, três (0,5%); e as demais morbidades um (0,2%) caso para algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários, doenças da pele e do tecido subcutâneo.

A Tabela 2 apresenta os resultados do grau de dependência para as AVDs e AIVDs, a necessidade de cuidados pela família aos idosos em seus domicílios.

Ao avaliar o grau de dependência para as AVDs e AIVDs, constatou-se que a maioria dos idosos eram independentes

**Tabela 1 -** Características sociodemográficas e de saúde das pessoas idosas adscritas à ESF, em um município da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Variáveis	n (%)
Sexo (feminino)	182 (68,4)
Idade média (em anos)	70,32 (6,86)*
Situação conjugal (sem companheiro)	126 (47,4)
Escolaridade (sim)	214 (80,4)
Presença de morbidade (sim)	233 (87,6)
Presença de comorbidade (sim)	175 (75,1)
Morbidades (CID-10)	
Doenças do Aparelho Circulatório	240 (41,2)
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	97 (16,7)
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	91 (15,6)
Doenças do Aparelho Respiratório	56 (9,6)
Transtornos Mentais e Comportamentais	41 (7,1)
Outros grupos de causas	57 (9,8)
Tratamento medicamentoso (sim)	226 (84,9)

\*Variável contínua apresentada em média  $\pm$  desvio padrão

**Tabela 2 -** Grau de dependência para AVDs e AIVDs e necessidade de cuidado às pessoas idosas adscritas à ESF, em um município da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Variáveis	n (%)
Dependência para atividades básicas da vida diária – AVDs	
Independente	249 (93,6)
Dependente leve	9 (3,4)
Dependente moderado	6 (2,3)
Dependente grave	2 (0,7)
Dependência para atividades instrumentais da vida diária – AIVDs	
Independente	178 (66,9)
Dependente parcial	82 (30,8)
Dependente total	6 (2,3)
Necessidade de cuidado (sim)	54 (20,3)

para as atividades diárias. Observou-se maior dependência para as AIVDs, consideradas como atividades de âmbito social. No que se refere à necessidade de cuidado, foi avaliado pela maioria dos idosos como desnecessário para a manutenção de suas atividades fisiológicas e sociais.

Para a associação da composição familiar tendo a estrutura parental nuclear como *baseline* com as características sociodemográficas e de saúde foram definidas as seguintes variáveis de interesse: sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, consumo de tabaco, morbidade, dependência para AVDs, dependência para AIVDs, e necessidade de cuidador. Na Tabela 3 são apresentados os resultados da associação bruta e ajustada pela Regressão de Poisson ( $p < 0,05$ ).

Os resultados da associação bruta das variáveis com a estrutura parental nuclear (Tabela 3) mostrou associação significativa ( $p < 0,05$ ) para o sexo feminino ( $RP = 0,77$ ;  $p = 0,025$ ) e o consumo do tabaco ( $RP = 1,35$ ;  $p = 0,009$ ). Para a análise

ajustada considerou-se todas as variáveis sociodemográficas e de situação de saúde com associação significativa ( $p < 0,20$ ) para inclusão no modelo linear generalizado. Pela Regressão de *Poisson* não foram encontradas diferenças entre as variáveis.

## DISCUSSÃO

O fato de os idosos residirem sozinhos, sem o convívio de outro familiar, corrobora com os resultados apresentados pela Síntese dos Indicadores Sociais<sup>(13)</sup>, em 2009, que aponta para

**Tabela 3** - Análise bruta e ajustada pela Regressão de *Poisson* da estrutura parental nuclear e as características sociodemográficas e de saúde dos idosos, em um município da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Variáveis	Prevalência da Composição Familiar n(%)	Análise bruta		Análise Ajustada†	
		RP (IC95%) n= 266	Valor p*	RP (IC95%) n= 265	Valor p‡
<b>Sexo</b>			<b>0,025</b>		0,213
Masculino	52(61,9)	1,00		1,00	
Feminino	87(47,8)	0,77 (0,61; 0,96)		0,85 (0,66; 1,09)	
<b>Faixa etária</b>			0,886		
< 80 anos	118(52,4)	1,00			
≥ 80 anos	21(51,2)	0,97 (0,70; 1,35)			
<b>Situação conjugal</b>			0,227		
Sem companheiro	70(56)	1,00			
Com companheiro	68(48,6)	0,86 (0,68; 1,09)			
<b>Escolaridade</b>			0,065		0,108
Não	32(62,7)	1,00		1,00	
Sim	106(49,5)	0,78 (0,61; 1,01)		0,80 (0,62; 1,04)	
<b>Consumo tabaco</b>			<b>0,009</b>		0,086
Não	75(46)	1,00		1,00	
Sim	64(62,1)	1,35 (1,07; 1,69)		1,24 (0,97; 1,59)	
<b>Morbidade</b>			0,774		
Não	18(54,5)	1,00			
Sim	121(51,5)	0,95 (0,68; 1,33)			
<b>AVDs</b>			0,953		
Independente	130(52,2)	1,00			
Dependente	9(52,9)	1,01 (0,63; 1,61)			
<b>AIVDs</b>			0,284		
Independente	89(50)	1,00			
Dependente	50(56,8)	1,13 (0,89; 1,43)			
<b>Necessidade de cuidador</b>			0,055		0,133
Não	105(49,5)	1,00		1,00	
Sim	34(63)	1,27 (0,99; 1,62)		1,20 (0,94; 1,54)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas:

\* Teste Qui-quadrado de Wald ( $p < 0,20$ ).

† Variáveis ajustadas: Sexo, Escolaridade, Consumo de tabaco, Necessidade de cuidador.

‡ Teste Qui-quadrado de Wald ( $p < 0,05$ ).

a queda do número médio de pessoas nos domicílios brasileiros, passando de 3,4 para 3,1. Em comparação com estudo<sup>(14)</sup> realizado com idosos de uma ESF de Guarulhos, em São Paulo (SP), foram encontrados resultados divergentes, pois a maioria dos idosos (52%) residia em domicílios com quatro a seis pessoas. No estudo<sup>(15)</sup> realizado em Porto Alegre-RS, 78,1% moravam acompanhados, principalmente, por familiares. Sabe-se que o envelhecimento populacional traz modificações na estrutura das famílias, pois existe um aumento no número de famílias com idosos residentes, ampliando-se a convivência entre gerações, em um mesmo domicílio. A família é vista como fonte de apoio informal e, muitas vezes, considerada a única forma de apoio para a pessoa idosa. Entretanto, a ampliação das famílias com novos parentescos pode vir a ser uma estratégia para beneficiar as pessoas envolvidas.

Em relação ao apoio social informal, em um estudo<sup>(16)</sup> realizado no município de São Carlos-SP, a maioria dos idosos referiram contar com o apoio dos filhos e de seus cônjuges. Já na pesquisa<sup>(15)</sup> realizada por inquérito domiciliar com a mesma população na região Noroeste de Porto Alegre-RS, a maioria não se percebia recebendo apoio social informal. Porém, entre as pessoas idosas que relataram receber algum apoio informal, esse era realizado pelos cônjuges, irmãos, netos, noras, genros, amigos e vizinhos<sup>(15)</sup>. Na Suécia<sup>(17)</sup>, pesquisa realizada com as pessoas idosas, com idade acima 75 anos e dependentes de cuidados, concluiu que o apoio informal principal é de cuidadores informais, dentre estes, os membros da família.

O perfil sociodemográfico apresentado nesta pesquisa assemelha-se aos encontrados em outros estudos epidemiológicos brasileiros que tratam da saúde dos idosos, em que se destaca o predomínio do sexo feminino<sup>(2,10,15,18)</sup>. Estes resultados ratificam os dados censitários<sup>(13)</sup> em que 55,7% da população com idade igual ou superior a 60 anos é composta por mulheres. A feminização da velhice é uma característica importante deste grupo. Com o passar dos anos, elas tornam-se mais vulneráveis e apresentam maior índice de incapacidade funcional. Além disso, tendem a ser mais pobres do que os homens na velhice, em consequência da sua história laboral ou da dedicação aos cuidados dos filhos e, ainda, por receberem remuneração menor que os homens. Outro aspecto importante é que as mulheres tendem a viver sozinhas depois da viuvez e esta proporção aumenta com a idade, enquanto que os homens casam-se novamente, geralmente, com mulheres mais jovens<sup>(3,10-11,15)</sup>.

A média de idade foi semelhante à constatada em outros estudos<sup>(2,15,18)</sup>. No presente estudo, pode-se classificar a idade dos entrevistados como idosos-jovens. Resultados diferentes foram encontrados em outros estudos<sup>(15,18)</sup> no RS, nos quais se evidenciou que os idosos pertenciam a uma faixa etária mais elevada (70 a 79 anos). Contudo, é preciso levar em consideração o aumento por grupos de idade dentro do processo de envelhecimento populacional, que ilustra a tendência de envelhecimento da estrutura etária, em especial, no grupo com 80 anos ou mais de idade, que chegou a 1,7% da população em 2011, correspondendo a pouco mais de 3 milhões de indivíduos<sup>(13)</sup>.

Em relação à situação conjugal, os resultados divergem dos encontrados em outra pesquisa<sup>(15)</sup>, em que a maioria não tinha companheiro ou companheira. Já outros estudos<sup>(2,9,18)</sup>

mostraram resultados semelhantes aos encontrados neste. Concomitante com a redução da mortalidade dos indivíduos mais velhos existe a possibilidade de aumento da proporção de casados e de novos matrimônios.

Verificou-se, igualmente, uma redução considerável no número de filhos em relação a outro estudo<sup>(11)</sup> realizado no mesmo município. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), alguns fatores têm impacto sobre o cuidado familiar das pessoas idosas, em especial, as mudanças sociais recentes, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho ou de melhores condições de vida, a inserção das mulheres no mercado de trabalho formal e as mudanças na estrutura familiar, com a redução do número de filhos. Essa realidade, entre outras, ocasiona a diminuição de cuidadores familiares disponíveis para cuidar dos indivíduos mais velhos<sup>(19)</sup>. Torna-se, então, necessária a ampliação das redes de apoio formais e informais, capazes de prestar a assistência e fazer a promoção da saúde, tendo em vista o fortalecimento de ações que venham potencializar o autocuidado.

Outros estudos<sup>(11,15)</sup> também constataram que a maioria dos idosos era de aposentados. Nesta fase da vida, a renda proveniente das aposentadorias e das pensões ainda pode ser considerada uma forma de sustentabilidade. Porém, cada vez mais ocorre a reinserção de indivíduos considerados idosos no mercado de trabalho, contribuindo para a composição da renda familiar<sup>(20)</sup>.

Com referência à escolaridade, estudo<sup>(15)</sup> realizado com mesma população identificou que a maioria também possuía ensino fundamental. Até o ano de 2000, houve um aumento significativo da população idosa alfabetizada. Entretanto, a escolaridade<sup>(11,20)</sup> dos idosos brasileiros é ainda considerada baixa, reflexo das políticas educacionais das décadas passadas, em que o acesso à escola era restrito. A escolaridade pode exercer influência no processo saúde-doença, visto que, ao considerarmos que muitos idosos são analfabetos e, em alguns casos, vivem sozinhos, representam um grupo vulnerável, que merece maior atenção por parte dos profissionais de saúde. Quanto aos acometidos por doenças, alguns podem não ter condições de cuidar de sua própria saúde, exigindo dos profissionais de saúde ações estratégicas capazes de incentivar o autocuidado, envolvendo os familiares<sup>(3,14)</sup>.

As patologias mais prevalentes confirmam os resultados de estudos em que prevalecem as doenças do aparelho circulatório<sup>(11,20)</sup>. Outro estudo, realizado em Bagé-RS, demonstrou que entre os principais fatores associados à assistência domiciliar estão a história de acidente vascular encefálico (AVE), sinais de demência e a incapacidade funcional para AIVDs<sup>(21)</sup>. Destaca-se a importância que a ESF tem na identificação dos usuários em risco para desenvolvimento de doenças crônicas que possam gerar dependência e a importância que o enfermeiro tem diante da organização da atenção domiciliar.

O envelhecimento humano não pode ser considerado enfermidade. Entretanto, sabe-se que os idosos são mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças crônicas, causadoras de incapacidades e dependência, o que os torna mais carentes de cuidados por parte dos profissionais da saúde e seus familiares, aumentando as demandas dos recursos e da atenção à saúde.

A dependência para as AVDs e AIVDs gera necessidade de cuidado, visto que ocorre comprometimento da capacidade funcional do idoso a ponto de impedir o autocuidado. Em geral, as limitações funcionais são frequentes em indivíduos idosos, fato que está sendo confirmado por estudos que demonstram a existência de aumento da incapacidade com o avanço da idade. Em comparação com outros estudos<sup>(11,20)</sup> realizados com a mesma população no que se refere à independência para as AVDs, também houve a prevalência de idosos independentes na comunidade.

Com relação às AIVDs, identificou-se maior dependência dos idosos nas atividades de cunho social, quando comparados a outros estudos. Em um estudo<sup>(11)</sup> realizado em outra ESF do mesmo município da pesquisa, encontrou-se uma independência de 81,3% nos idosos para as AIVDs. Já em relação à dependência parcial, 13,1% dos idosos eram dependentes parciais para as AIVDs. No estudo de Farinasso e colaboradores<sup>(20)</sup> também existem divergências, pois 61,7% dos entrevistados foram considerados independentes e 16,3% totalmente dependentes para as AIVDs. Logo, em comparação com este estudo, identificou-se uma maior independência nas AIVDs dos idosos pesquisados (2,3%), mostrando uma melhor condição de vida para as AIVDs.

Em relação a análise bruta identificou-se que o sexo feminino mostrou associação significativa com a estrutura parenteral nuclear. Concomitante ao processo de envelhecimento populacional vive-se a feminização da velhice, na qual a proporção de mulheres é maior com o avanço da idade no segmento estudado. Este achado pode estar relacionado à trajetória socioeconômica das idosas das gerações estudadas que possuem menor escolaridade, são pensionistas e dependentes de suas famílias<sup>(7)</sup>. Por outro lado, a instituição familiar vem sofrendo modificações na sua estrutura e organização. Essas transformações são decorrentes de diversos fatores, tais como: a inserção da mulher no mercado de trabalho, a redução progressiva das taxas de fecundidade, o controle das taxas de natalidade e as mudanças nos âmbitos social, cultural, econômico e político. Esses fatores vem influenciando a composição familiar e alterando o modo de cuidar dos idosos. Atualmente, a família é responsável pelo atendimento das demandas sociais e de saúde do idoso<sup>(22)</sup>, contudo, as demandas para a rede de apoio formal vêm crescendo.

O mesmo ocorreu para a associação com tabagismo, o resultado pode ter sido ao acaso. Novos estudos devem ser feitos a fim de confirmar esta associação ou não. De qualquer maneira, os profissionais de saúde desta região devem desenvolver ações voltadas para a prevenção do uso do tabaco nestas famílias e o estímulo à cessação tabágica.

Para a regressão de *Poison* (análise ajustada) não foram identificadas associações significativas, o que implica no desenvolvimento de novos estudos e da avaliação do tamanho amostral que possibilite encontrar fatores que possam ser utilizados para estabelecer estratégias de prevenção de agravos para contribuir com as políticas públicas e o envelhecimento saudável.

A ESF deve ser considerada a porta de entrada da população para os serviços de saúde, executando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento de doenças e reabilitação da saúde. Dentre as estratégias de atuação, a saúde do idoso passou a ser considerada como prioridade no SUS e pactuadas entre as três esferas de governo. Dentre as

diretrizes da PNSPI destaca-se a promoção do envelhecimento ativo que compreende em ações que permita a pessoa envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia<sup>(6)</sup>. O Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos e as ações da ESF tem revelado nos arranjos familiares a presença de idosos em estrutura familiar frágil, ou seja, em situação de grande vulnerabilidade social. Por sua vez, a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da PNSP.

Os resultados desta pesquisa são relevantes, pois evidenciou a necessidade de executar ações educativas direcionadas aos idosos em decorrência dos resultados. Esses achados possibilitam as discussões junto dos gestores dos serviços de saúde do município para que se possa traçar estratégias de atenção à saúde do idoso, ao mesmo tempo em que delimite o itinerário terapêutico na rede de atenção que valorize a proteção à saúde do idoso diante das limitações inerentes ao processo de envelhecimento. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos nos seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar<sup>(7)</sup>. Sendo a família, em muitos casos, a executora do cuidado ao idoso, o que evidenciou a necessidade de estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a ESF um papel fundamental.

## CONCLUSÕES

No presente estudo constatou-se a prevalência da composição familiar nuclear, considerada a principal fonte de apoio informal e de famílias de idosos do sexo feminino com presença de morbidade do sistema cardiovascular. Verificou-se associação bruta do sexo feminino e o consumo do tabaco com a estrutura parental nuclear. Partindo dessas constatações e recomendações, outras ações envolvendo os idosos, família e serviços podem ser organizadas visando a efetivação das políticas relacionadas aos idosos e do fortalecimento da rede de atenção ao idoso no município cenário deste estudo.

Outro aspecto a destacar é a Educação Permanente em Saúde (EPS) para qualificação dos profissionais da ESF para atender às necessidades de saúde da população idosa e das demais faixas etárias em processo de envelhecimento. Além disso, a EPS visa contribuir para a organização dos serviços e formação dos profissionais da área de saúde do idoso.

Os estudos transversais apresentam limitações no que se refere à identificação temporal. Sugere-se a realização de novos estudos para aprofundar as associações com a composição familiar nuclear, tendo em vista achados apenas na análise bruta. Além disso, esse estudo evidenciou a proposição de novas pesquisas para analisar as redes de apoio formal e informal no cuidado da população idosa.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação da Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões (FURI) pela liberação de fomentos a esta investigação por meio do Edital de Pesquisa nº 03/2011, do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PROBIC).

## REFERÊNCIAS

- Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. [Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services]. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 Sep-Oct [cited 2014 Jan 10];19(5):1-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/22.pdf> Portuguese.
- Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de OCA V. Social support networks of older people: a conceptual framework. *Notas de Población*. 2003;9(37):35-70.
- Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. [Vulnerability and aging in the health context]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2014 Jan 10];19(3):338-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a14v19n3.pdf> Portuguese.
- Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2014 Jan 10];43(3):548-54. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en\\_224.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_224.pdf) Portuguese.
- Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Socioeconomic and health differentials between two community-dwelling oldest-old groups. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 10];45(2):391-400. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/en\\_1761.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/en_1761.pdf)
- Health Department (BR). Ordinance 2528/06, of 19 October 2006. [National Health Policy for the Elderly] [Internet]. *Official Gazette* 20 out 2006 [cited 2014 Jan 10]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html) Portuguese.
- Camarano AA. *Far beyond the 60: the new Brazilian elderly*. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
- Szymansky H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. *Serv Social Sociedade* 2002; 71:9-25.
- Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Sociodemographic and clinical profile of elders who receive Care in a Family Health Unit. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2014 Jan 10];22(1):49-54. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en\\_a08v22n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en_a08v22n1.pdf)
- Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Souza RA. [The social and functional profile of elderly persons assisted by the family health strategy]. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 10];16(3):478-85. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/20944/16233> Portuguese.
- Aires M, Paz AA. [Home care needs for elderly people in the context of the Family Health Strategy]. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2008 Mar [cited 2014 Jan 10];29(1):83-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18767365> Portuguese.
- Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. [Profile of the elderly in an metropolitan area of Southeastern Brazil: results of a household survey]. *Rev Saude Publica* [Internet]. 1993 Apr [cited 2014 Jan 10];27(2):87-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n2/03.pdf> Portuguese.
- Brazilian Institute of Geography and Statistics. Social indicators synthesis: an analysis of the living conditions of the population [Internet]. Brasília, DF: Ministry of Health, 2012 [accessed 15 April 2015]. Available from: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2012/SIS\\_2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf)
- Santos GS, Cianciarullo TI. [Sociodemographic profile of the elderly in a coverage area of the Family Health Program in the city of Guarulhos - SP]. *Saude Coletiva* [Internet] 2009 [cited 2014 Jan 10];33(6):200-6. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212107003> Portuguese
- Paskulin LMG, Vianna LAC. [Sociodemographic profile and self-referred health conditions of the elderly in a city of Southern Brazil]. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2007 Oct [cited 2014 Jan 10];41(5):757-68. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41n5/5764.pdf> Portuguese.
- Feliciano AB, Moraes AS, Freitas IC. [Low-income senior citizens in the Municipality of São Carlos, São Paulo State, Brazil: an epidemiological survey]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2005 [cited 2014 Jan 10];20(6):1575-85. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/15.pdf> Portuguese.
- Hellström Y, Hallberg IR. Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health Social Care Community* [Internet]. 2001 Mar [cited 2014 Jan 10];9(2):61-71. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2524.2001.00282.x/epdf>
- Cezar AK, Aires M, Paz AA. [Prevention of sexually transmitted diseases in the point of view of elderly clients of a Family Health Strategy]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 Sep-Oct [cited 2014 Jan 10];65(5):745-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/05.pdf> Portuguese.
- World Health Organization. *Active ageing: a policy framework*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005 [accessed 15 April 2015]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
- Farinasso ALC, Marques S, Rodrigues RAP, Haas VJ. [Functional capacity and referred morbidity of elderly in an area covered by the Family Health Program]. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2006 Mar [cited 2014 Jan 10];27(1):45-52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16894872> Portuguese.
- Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 10];44(6). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/en\\_1961.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/en_1961.pdf)
- Mota FRN, Oliveira ET, Marques MB, Bessa MEP, Leite BMB, Silva, MJ. [Family and social networks of support for meeting the demands of health of the elderly]. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 Oct-Dec [cited 2014 Jan 10];14(4):833-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a25.pdf> Portuguese.