

# Utilização dos serviços de saúde por residentes em um condomínio exclusivo para idosos\*

USE OF HEALTH SERVICES BY RESIDENTS AT A SENIORS-ONLY LIVING FACILITY

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR RESIDENTES EN UN CONDOMINIO EXCLUSIVO PARA ADULTOS MAYORES

Elen Ferraz Teston<sup>1</sup>, Robson Marcelo Rossi<sup>2</sup>, Sonia Silva Marcon<sup>3</sup>

## RESUMO

O estudo objetivou descrever e comparar a utilização dos serviços médicos e odontológicos por idosos residentes no Condomínio do Idoso e na comunidade. Estudo quantitativo, realizado junto aos 50 residentes do condomínio e 173 na comunidade. Os dados foram coletados entre novembro 2011 e fevereiro de 2012, com a aplicação de um questionário, e submetidos à análise estatística. A realização de exames clínicos e a satisfação com os serviços de saúde foi maior entre os idosos da comunidade, já a realização de tratamento fisioterápico foi maior entre os do condomínio. A utilização de serviço médico e odontológico apresentou diferença estatisticamente significativa. Os idosos dos dois grupos necessitam de acompanhamento da saúde bucal e os do condomínio também de cobertura pela Estratégia Saúde da Família. A presença de profissionais com perfil para atender os moradores e a rede de serviços disponíveis são fatores determinantes para o sucesso dessa nova política habitacional.

## ABSTRACT

The objective of the study was to compare the use of medical and dental services by seniors residing at a seniors-only living facility and in the general community. It was a quantitative study, among 50 residents of the living facility and 173 in the general community. The data were collected between November 2011 and February 2012 through a questionnaire, and subjected to statistical analysis. Performance of clinical exams and satisfaction with health services was greater among seniors living in the general community; however, physical therapy treatment was more common among those living in the facility. The use of medical and dental services showed a statistically significant difference. The seniors in both groups need oral health monitoring and those living in the facility also require coverage by the Family Health Strategy. The presence of professionals with the right profile to adequately serve residents and the network of available services are determining factors for the success of this new housing policy.

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo describir y comparar la utilización de los servicios médicos y odontológicos por adultos mayores residentes en un Condominio y en la comunidad. Estudio cuantitativo, realizado junto a los 50 residentes del condominio y 173 adultos mayores de la comunidad. Los datos fueron recolectados entre noviembre del 2011 y febrero del 2012, con la aplicación de un cuestionario y sometidos al análisis estadístico. La realización de exámenes clínicos y la satisfacción con los servicios de salud fue mayor entre los adultos mayores de la comunidad, por otra parte la realización de tratamiento fisioterápico fue mayor entre los adultos mayores del Condominio. La utilización de servicio médico y odontológico presentó diferencia estadísticamente significativa. Los adultos mayores de los dos grupos necesitan de seguimiento de salud bucal y los del condominio también necesitan de cobertura por la Estrategia Salud de la Familia. La presencia de profesionales con perfil para atender a los moradores y la red de servicios disponibles son factores determinantes para el éxito de esta nueva política habitacional.

## DESCRIPTORES

Idoso  
Habitação para idosos  
Serviços de saúde  
Enfermagem geriátrica  
Envelhecimento

## DESCRIPTORS

Aged  
Housing for the elderly  
Health Services  
Geriatric nursing  
Aging

## DESCRIPTORES

Anciano  
Viviendas para ancianos  
Servicios de Salud  
Enfermería geriátrica  
Envejecimiento

\*Extraído da dissertação "Condomínio para idosos: implicações para a saúde e o cuidado de enfermagem nessa nova modalidade habitacional", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, 2012. <sup>1</sup> Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Apoio e Assistência às Famílias. Maringá, PR, Brasil. elen-1208@hotmail.com <sup>2</sup> Doutor. Professor Adjunto do Departamento de Estatística da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. Paraná, Brasil. rrossi@uem.br <sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. soniasilva.marcom@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é o período da vida humana que confere maior diversidade às pessoas em função da variedade e da intensidade das interferências internas e externas que ocorrem durante o trajeto de vida. Apesar das alterações fisiológicas comuns nesse processo, o envelhecimento não deve ser associado diretamente à doença<sup>(1)</sup>.

Na última década, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos cresceu 2,5 vezes mais (36%) do que a mais jovem (14%). Essa mudança demográfica é consequência de uma impressionante redução da fertilidade e da mortalidade observada ao longo do século XX<sup>(2)</sup>. O envelhecimento populacional, fruto de conquistas nos âmbitos científico, tecnológico e social, tornou-se um grande desafio para as políticas públicas e os setores sociais<sup>(3)</sup>, exigindo novos olhares e planejamentos relativos às expectativas de saúde e para atender às demandas biopsicossociais visando ao equilíbrio do processo vital.

Nesse sentido, a implementação das políticas públicas voltadas para idosos é importante para assegurar que o processo de desenvolvimento econômico e social ocorra de forma contínua, com base em princípios capazes de garantir tanto um patamar econômico mínimo para a manutenção da dignidade humana quanto a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais<sup>(4)</sup>.

Dentre as políticas públicas que beneficiam os idosos, a política habitacional Condomínio do Idoso é uma nova modalidade de habitação para idosos de baixa renda que visa proporcionar, além de uma moradia digna, qualidade de vida. Diferentemente de asilos e casas de repouso, os moradores do condomínio são independentes, pagam aluguel por sua moradia e têm autonomia para entrar e sair dela e decidem sobre a organização do condomínio de forma coletiva, divididos em comissões<sup>(5)</sup>.

Entretanto, aliada a essa política habitacional, os idosos necessitam de políticas de assistência à saúde para a geração de recursos e construção de infraestrutura que permita um envelhecimento ativo e saudável. Vale lembrar que o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, no entanto, os anos adicionais de vida só podem ser considerados uma real conquista à medida que se lhes agregue qualidade.

Qualquer política destinada aos idosos deve considerar capacidade funcional, necessidade de autonomia, participação, cuidado e autossatisfação. Também deve abrir campos para atuação em variados contextos sociais,

elaboração de novos significados para a vida na idade avançada e incentivar a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde<sup>(1)</sup>.

O presente estudo tem os objetivos de descrever e comparar a utilização dos serviços médicos e dentários pelos idosos residentes no Condomínio do Idoso e na comunidade. Ao comparar os resultados, pretende-se identificar possíveis riscos e problemas passíveis de intervenção e incluí-los no planejamento da direção do condomínio, a fim de contribuir para essa política pública, para a formação de profissionais com perfil para atender esses moradores nas redes de serviço disponíveis, serviços esses importantes para o sucesso dessa política pública.

## MÉTODO

O presente estudo é seccional, de natureza quantitativa, realizado no município de Maringá, que tem uma população de idosos de 12,2%, e localiza-se no noroeste do estado do Paraná<sup>(2)</sup>. Ainda há poucos serviços para apoio à população idosa no Município. Em 2006 teve início a política de incentivo à adoção de hábitos saudáveis com implantação das academias da terceira idade e hoje existem 47 instaladas em diversos bairros da cidade. Existem ainda 10 Abrigos de Longa Permanência, três Centros Dia, 31 Centros de Convivência e um Condomínio do Idoso em atividade desde agosto de 2010, com 50 residentes.

A população do estudo foi dividida em dois grupos: G1, constituído da totalidade de idosos residentes no Condomínio do Idoso (50), e G2, composto por uma amostra de três vezes mais o número de idosos do G1 acrescido de 20% para possíveis perdas (180). Para a constituição do G2, pesquisou-se junto aos idosos o bairro em que eles moravam antes de se mudar para o condomínio, identificando-se também as UBS de

referência, constatando-se que esses idosos eram oriundos de bairros atendidos pelas 23 UBS localizadas na zona urbana do Município. Assim, considerando-se o local de residência de cada idoso antes de sua mudança para o condomínio, definiu-se proporcionalmente o número de idosos residentes na área de abrangência de cada uma das UBS localizadas na zona urbana do Município. Para a definição dos idosos da comunidade que fariam parte do estudo, realizou-se um sorteio aleatório proporcional, utilizando-se uma listagem fornecida pelos diretores das UBS, dos idosos ali cadastrados.

Nessa inclusão adotaram-se os seguintes critérios: ter idade superior a 60 anos, aceitar participar do estudo e ter atingido a pontuação mínima de 13 pontos na

**Qualquer política destinada aos idosos deve considerar capacidade funcional, necessidade de autonomia, participação, cuidado e autossatisfação. Também deve abrir campos para atuação em variados contextos sociais, elaboração de novos significados para a vida na idade avançada e incentivar a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde.**

avaliação cognitiva realizada por meio de Miniexame do Estado Mental (MEEM), versão reduzida validada pelos pesquisadores do projeto SABE<sup>(6)</sup>. Dos 180 idosos da comunidade sorteados, 173 deles foram incluídos no estudo, pois cinco não aceitaram participar e dois não alcançaram a pontuação mínima no MEEM. Portanto, fizeram parte do estudo 223 idosos (G1 e G2).

Os dados foram coletados nos domicílios no período de novembro 2011 a fevereiro de 2012, mediante entrevista semiestruturada individual. A duração média das entrevistas foi de 45 minutos. Na coleta de dados utilizou-se o instrumento multidimensional BOAS (*BRAZIL OLD AGE SCHEDULE*) traduzido e validado no Brasil<sup>(7)</sup>, que cobre várias áreas da vida do idoso, constituído de nove seções que objetivam coletar informações referentes a principais características, necessidades e problemas da população idosa. Para o presente estudo, optou-se pela utilização da seção I (composta por 10 questões referentes às características sócio-demográficas dos idosos) e seção III (com 15 questões referentes ao conhecimento, direitos, uso e grau de satisfação com os serviços médicos<sup>(7)</sup>), pelo fato de o Condomínio do Idoso, em Maringá, localizar-se em área não atendida pela Estratégia Saúde da Família.

Os resultados obtidos foram registrados em planilha eletrônica no programa EXCEL e foram digitados por uma das autoras em dupla entrada, verificando-se a consistência entre os campos. Nos casos de inconsistência, a conferência foi realizada a partir da consulta ao dado bruto.

As variáveis estudadas foram: sexo, idade, escolaridade, religião, renda, estado civil, problemas de saúde, realização de consulta médica, exames clínicos, tratamento fisioterápico, necessidade de socorro pelo serviço de urgência, ida ao hospital para receber medicação, ocorrência de internação, procura do dentista, tipo de serviço médico utilizado, tipo de serviço odontológico utilizado e satisfação com os serviços médicos.

Os dados foram analisados no programa STATISTICA, por meio de tabela de contingência (teste Qui-quadrado ou Fisher), para identificar associação entre as variáveis. Quando presente a associação estatística, utilizou-se a análise de resíduos que revelam os padrões característicos de cada categoria de classificação, segundo o excesso ou a falta de ocorrências, permitindo concluir a respeito da significância das associações. Na análise de resíduos, a significância para o excesso de ocorrências corresponde ao resíduo com valor positivo superior a 1,96. A diferença entre os grupos foi considerada significativa para  $p < 0,05$ . Para todas as análises foi considerado o intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº 709\2011). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

## RESULTADOS

Os indivíduos em estudo, em sua maioria, são do sexo feminino (67,72%), moram com companheiro (53,3%), têm renda mínima individual de um salário mínimo (80,07%) e praticam uma religião (97,3%). Houve predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos quando considerado o total de idosos, entretanto, pode-se observar discreta diferença, embora não significativa quando analisados em separado.

Os problemas crônicos de saúde com maior frequência foram o *diabetes mellitus* e a hipertensão arterial para ambos os grupos. Dentre os 223 idosos do estudo, somente 48 (21,52%) relataram não apresentar nenhum problema de saúde, sete no G1 e 41 no G2. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre local de moradia e tipo de patologia, conforme mostra na Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição dos idosos segundo o local de moradia e principais problemas de saúde relatados – Maringá, PR, Brasil, 2011

Tipos de problemas de saúde	G1		G2		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Diabetes Mellitus	8	16.0	39	22.5	47	21.0	0,31769
Hipertensão Arterial	35	70.0	100	57.0	135	60.5	0,12015
Artrite\Artrose	2	4.0	17	9.8	19	8.5	0,19366
Doença cardíaca	6	12.0	27	15.0	33	14.7	0,52696
Depressão	4	8.0	7	4.0	11	4.9	0,25549
Dislipidemia	4	8.0	34	19.6	38	17.0	0,53577
Cancer	1	2.0	3	1.7	4	1.7	0,90070
Doenças renais	2	4.0	13	7.5	15	6.7	0,38220

\*Admite mais de uma resposta

Ao analisar a Tabela 2, constata-se que a realização de exames clínicos foi maior no G2 e a realização de

tratamento fisioterápico no G1, diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 2-** Distribuição dos idosos segundo utilização dos serviços de saúde nos últimos três meses e local de moradia - Maringá, PR, Brasil, 2011

Variáveis	G1 (n=50)		G2 (n=173)		Total (n=223)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Consultou médico</b>							0,43866
Sim	33	66	124	71,68	157	70.40	
Não	17	34	49	38,32	66	29.59	
<b>Fez exames clínicos</b>							0,01342*
Sim	19	38.0	100	57.8	119	53.36	
Não	31	61.0	73	42.2	104	46.63	
<b>Fez tratamento fisioterápico</b>							0,0000**
Sim	18	36.0	9	5.2	27	12.10	
Não	32	64.0	164	94.8	196	87.89	
<b>Foi atendido em serviço de urgência</b>							0,31243
Sim	4	2.0	3	1.73	5	2.24	
Não	48	96.0	170	98.27	218	97.75	
<b>Foi ao hospital receber medicação</b>							0,53493
Sim	1	2.0	2	1.16	3	1.34	
Não	49	98.0	171	98.84	220	98.65	
<b>Ficou internado</b>							0,75211
Sim	3	6.0	15	8.67	18	8.07	
Não	47	94.0	158	91.33	205	91.92	
<b>Foi ao dentista</b>							0,32469
Sim	7	14.0	14	8.09	21	9.41	
Não	43	86.0	159	91.91	202	90.58	

\* OR: 2,2; I.C.: 1.13 - 2.22 \*\*OR: 10,3; I.C.: 1,36 - 4.94.

A utilização de serviços médicos e odontológicos também apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos. A análise de resíduo apontou que quando comparados, os idosos do G1 fazem maior uso da instituição pública para o atendimento médico e que os do G2 utilizam plano de saúde em maior proporção. Quanto à utilização de serviços odontológicos, a variável de maior

influência na diferença entre os grupos foi o predomínio de falta de procura desse serviço entre os idosos do G1 e a utilização de serviços públicos por idosos do G2. Além disso, pode-se observar que os idosos residentes na comunidade estão estatisticamente mais satisfeitos com os serviços médicos do que os residentes no Condomínio, como se pode constatar na Tabela 3.

**Tabela3-** Distribuição dos idosos segundo o local de moradia e utilização dos serviços médicos e dentários - Maringá, PR, Brasil, 2011

Variáveis	G1 (n=50)		G2 (n=173)		Total (n=223)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Serviço médico utilizado</b>							0,0377
Instituição pública	43	86	125	72.25	168	75.33	
Plano de saúde	3	6	38	21.97	41	18.38	
Médico particular	2	4	5	2.89	7	3.13	
Não procura	2	4	5	2.89	7	3.13	
<b>Serviço odontológico utilizado</b>							0,0062
Instituição pública	5	10	46	26.59	51	22.86	
Plano de saúde	2	4	8	4.62	10	4.48	
Particular	13	26	60	34.68	73	32.73	
Não procura	30	60	59	34.1	89	39.91	
<b>Satisfação com os serviços médicos</b>							0,0000*
Sim	14	28	127	73.4	141	63.2	
Não	36	72	46	26.5	82	36.7	

\*O.R.: 2,9; I.C.: 1.30 - 5.31.

## DISCUSSÃO

O maior desafio na atenção à saúde da população idosa consiste em contribuir para que os indivíduos sejam capazes de redescobrir possibilidades e desfrutar de uma

vida com qualidade. Para isso é preciso que os profissionais de saúde estejam preparados e vigilantes em relação às questões de saúde da população idosa, de modo a acompanhá-la adequadamente, garantindo-lhe equidade e integralidade nas ações de saúde<sup>(8)</sup>.

Vários estudos apontam a ocorrência de um processo de envelhecimento global e a maior proporção é a de mulheres<sup>(9-10)</sup>, o que não se configurou de forma distinta neste estudo. A predominância de mulheres, no entanto, corrobora a denominada *feminilização da velhice*, fato crescente no Brasil<sup>(9)</sup>.

Os dados relativos à faixa etária revelaram que uma parcela considerável dos idosos (42,1%) apresenta idade entre 60 e 69 anos, porém em proporção inferior ao que é observado para o Brasil (54,69%)<sup>(2)</sup>, o que denota que, em Maringá, a proporção de idosos mais velhos é maior.

A escolaridade deficiente também pode contribuir para o processo de adoecimento, gerando dificuldade de acesso aos serviços de saúde, iatrogenia, déficit de autocuidado e dificuldade de adesão ao tratamento<sup>(9)</sup>. No presente estudo constatou-se que quase metade dos idosos (49,7%) possui no máximo quatro anos de estudo e 30,9% é analfabeto. Pesquisa<sup>(11)</sup>, realizada junto a idosos cadastrados na ESF relata que idosos com um ou mais anos de estudo apresentam maior percepção de agravo à saúde em comparação aos sem escolaridade. Daí a necessidade do contínuo incentivo à alfabetização aos idosos, oferecendo-lhes a oportunidade de aprendizado que lhes proporcionará melhorias nos aspectos relacionados ao autocuidado e à responsabilização para com sua saúde.

No processo de envelhecimento verifica-se maior busca pelas crenças religiosas, práticas devocionais e atividades ligadas a grupos religiosos. Os dados deste estudo corroboram os encontrados em um estudo realizado junto a idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de Foz do Iguaçu, que constatou a predominância de idosos que praticam alguma religião, em especial a católica<sup>(10)</sup>.

Por sua vez, a baixa renda, neste caso dos idosos, limita o acesso a bens de serviços e de consumo - alimentação e moradia adequadas<sup>(6)</sup>. No Brasil, 43,2% dos idosos vivem com renda domiciliar *per capita* de até um salário mínimo<sup>(2)</sup>, o que não difere dos dados encontrados no presente estudo.

Em relação ao estado civil, o fato de mais da metade dos idosos deste estudo (53,3%) morarem com companheiro também tem sido identificado em outros estudos, por exemplo, o estudo realizado com idosos residentes em três distritos de Uberaba, MG<sup>(12)</sup>.

A população idosa é a grande usuária de serviços de saúde, e no Brasil, no ano de 2008, a taxa de utilização de serviços de saúde (83,0%) foi ainda maior do que a encontrada pela PNAD (79,5%)<sup>(13)</sup>. No presente estudo, 70,40% dos idosos realizaram consulta médica nos últimos três meses, e mesmo sendo pequena a diferença, ressalta-se que os idosos do G2 procuraram mais o serviço de saúde.

Em países desenvolvidos, o uso desses serviços por pessoas acima de 65 anos é três a quatro vezes mais que o seu tamanho proporcional na população, reflexo do au-

mento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades físicas entre os idosos<sup>(14)</sup>. No Brasil, inquéritos populacionais demonstram que a maioria dos idosos (80,0%) apresentam pelo menos uma doença crônica<sup>(2)</sup>. No presente estudo, 79,0% dos idosos relataram ser portadores de doenças crônicas, percentual mais elevado que o encontrado na PNAD, que foi de 62,9%<sup>(15)</sup>. As doenças crônicas mais frequentes foram a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*.

O uso de serviços de saúde é resultado de um processo de interação entre fatores relacionados ao indivíduo, ao sistema de saúde e ao contexto em que ele ocorre<sup>(16)</sup>. Os idosos pertencentes ao G2 apresentaram 2,2 vezes mais probabilidade de realizar exames clínicos quando comparados aos idosos do G1, fato que pode estar relacionado às características pessoais e subjetivas dos idosos pertencentes ao G2 e também à maior procura por consulta médica.

Em relação ao sistema de saúde e ao contexto em que ele ocorre, deve-se considerar que a construção do condomínio em uma área nobre do município, sem a cobertura em saúde pela ESF, também é fator influente nesse resultado. Vale lembrar que o não acompanhamento dos idosos por uma equipe de saúde acaba por não cumprir com a prioridade na agenda de saúde do país, incluída pelo Ministério da Saúde, que é a política nacional de saúde da pessoa idosa que objetiva, no âmbito do SUS, garantir-lhe a atenção integral à Saúde. Outro fator que pode estar associado a esse resultado é a referência por parte dos idosos do G1, quanto à falta de uma UBS próxima ao Condomínio.

Diante disso, faz-se necessária uma readequação da UBS mais próxima do Condomínio do Idoso, a fim de que a ESF atue ativamente nessa nova modalidade de habitação, considerando as inúmeras particularidades do envelhecimento. Além disso, podem se formular parcerias entre a universidade e as faculdades do Município, aliando a necessidade de campo de estágio para acadêmicos e as necessidades desses idosos. Além disso, deve-se considerar a cultura e as particularidades dos indivíduos em estudo, que influenciam a procura ou não de serviço médico e consequente realização de exames.

Dentre as inúmeras peculiaridades que o processo de envelhecimento produz, observa-se significativa perda de força e massa muscular, intimamente relacionadas a menor atividade física, que posteriormente leva à perda da capacidade funcional. Entretanto, a manutenção da capacidade funcional dos idosos está diretamente relacionada ao envelhecimento saudável, pois constitui uma das ações mais efetivas contra complicações físicas, mentais e sociais<sup>(1)</sup>. Destaca-se, portanto, a importância do incentivo aos idosos para realizar exercícios físicos orientados e fisioterapia.

Morar no condomínio é fator protetor quanto à manutenção da capacidade funcional, pois os idosos

pertencentes ao G1 possuem 10,3 vezes mais chance de realizar exercícios fisioterápicos, pelo fato de que a direção dessa nova modalidade de habitação realizou parceria com uma das faculdades do Município, a fim de que os estagiários de fisioterapia, juntamente com o professor, oferecessem assistência aos idosos do Condomínio uma vez por semana.

Outro aspecto diretamente influente na condição de saúde do idoso é a saúde bucal, pois as doenças dos dentes e gengivas levam a perdas de elementos dentais afetam a digestão e são capazes de servir de foco de infecções bacterianas<sup>(17)</sup>. Mesmo não tendo sido encontrada associação estatisticamente significativa entre a procura do dentista e o local de moradia, há alguns fatores a serem considerados diante da elevada taxa de baixa procura do serviço odontológico pelos idosos de ambos os grupos (90,58%), entre os quais a falta de necessidade percebida decorrente da ausência de dentes. Constatou-se que uma parcela considerável dos idosos deste estudo sofreram grandes mutilações dentárias (perda de todos os dentes), procedimento bastante comum em todas as regiões do Brasil até bem pouco tempo atrás. Para esses idosos, o fato de não ter mais dentes representa não precisar mais de cuidados odontológicos, assim como constatado em outro estudo<sup>(18)</sup>.

Em geral, a condição de saúde bucal do idoso é precária, com alta prevalência de edentulismo (ausência total dos dentes), doenças periodontais, cáries, necessidades de uso de próteses e sua má adaptação. Somada a esses agravos há ainda a grande possibilidade de o idoso ser portador de outras condições sistêmicas debilitantes, que acabam agindo em sinergia com as doenças bucais, repercutindo em seu grau de autonomia, independência e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida<sup>(17)</sup>. Os profissionais da saúde devem fazer valer o cuidado integral à saúde, manter a vigilância quanto às condições de saúde bucal do idoso, que influencia diretamente sua nutrição. Também são necessárias atenção e interferência para romper o estigma de que a falta de dentes elimina a necessidade de procura do serviço odontológico.

Observa-se maior utilização dos serviços médicos da instituição pública por idosos do Condomínio, fato que pode estar relacionado ao predomínio de idosos de baixa renda e sua condição de vulnerabilidade social, pois a procura por serviço de saúde pode estar relacionada a hábitos e comportamento do idoso com a qualidade de vida, história de vida e características do meio em que o indivíduo está inserido<sup>(19)</sup>.

No Brasil, a organização dos serviços de saúde é de tipo misto, havendo um sistema público com orientação universal, integral e equânime, que é o Sistema Único de Saúde, e um sistema privado constituído pela oferta de seguros de saúde e pela modalidade de assistência contra pagamento direto.

A cobertura dos planos de saúde entre os idosos no Brasil é de aproximadamente 5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, o que representa 29,4% do total de idosos. A clientela dos planos de saúde é predominantemente composta por pessoas com rendimento mensal mais alto<sup>(20)</sup>, ocorrendo o inverso entre os idosos que possuem apenas a cobertura do SUS.

Verificou-se que os idosos pertencentes ao G2 utilizam mais os planos de saúde (21,97%), o que pode estar relacionado, por exemplo, a menor vulnerabilidade social e à presença de outros membros da família que também possuem fonte de renda e acabam por lhes fornecer auxílio financeiro.

A variável que apresentou diferença em relação à procura do serviço odontológico foi a ausência de procura por 60,0% de idosos do G1. Esse resultado corrobora o estudo realizado na comunidade do Dendê, no Ceará, que apontou que a condição de vulnerabilidade social está relacionada a pior condição de saúde bucal<sup>(21)</sup>. Nesse sentido, a atenção à saúde deve estimular ações que aproximem as pessoas de suas necessidades, além de fornecer maior atenção quanto ao incentivo à procura de serviço odontológico pelo idoso, estimulando a promoção e a manutenção da saúde bucal.

A maior insatisfação relatada pelos idosos do Condomínio quanto aos serviços médicos pode estar relacionada à distância da UBS mais próxima do condomínio (32,0%) e por ser um local sem cobertura em saúde pela ESF (48,0%), o que os coloca em risco, pois devido às singularidades do processo de envelhecer, o idoso precisa de acompanhamento de saúde mais frequente, principalmente se apresentar situação de vulnerabilidade social.

## CONCLUSÃO

Os idosos entrevistados consideram sua saúde boa, mas há desafios a serem enfrentados referentes à utilização de serviços médicos e odontológicos, tanto pelos idosos residentes no Condomínio quanto na comunidade. Entretanto, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à satisfação com os serviços de saúde utilizados e a realização de exames clínicos, mais frequentes entre idosos da comunidade, e de exercícios fisioterápicos, mais frequente entre os idosos do Condomínio.

Verifica-se a necessidade de maior atenção e intervenção dos profissionais de saúde quanto às condições de saúde e saúde bucal dos idosos em estudo. Além disso, faz-se necessário maior acesso aos serviços de saúde pelos idosos residentes no Condomínio. É essencial o planejamento de estratégias de acompanhamento de saúde desses idosos, seja por meio da implantação de uma UBS próxima ao Condomínio, pois a cobertura em saúde desta área pela ESF é de fundamental importância,

principalmente por se tratar de uma população com tantas particularidades. Alternativamente, pode-se buscar realizar uma pactuação com a Secretaria de Assistência Social, com a universidade e as faculdades do Município para prestação de assistência de saúde direta aos idosos.

O condomínio do Idoso é uma política que necessita ser difundida para que mais idosos de baixa renda e sem moradia tenham acesso a ela e possam vivenciar oportunidades antes negadas. Entretanto, a presença de profissionais de saúde com perfil para atender aos moradores e a rede de serviços disponíveis são fatores determinantes para o sucesso do programa.

Por atender a uma política pública de habitação, a implantação do Condomínio do Idoso deve estar diretamente associada a outras áreas, principalmente à da saúde. Vale lembrar que o enfermeiro da ESF deve se manter

vigilante quanto às condições de saúde dos idosos, reforçando as medidas de autocuidado, principalmente os residentes no Condomínio, pelo fato de que vivem em situação de vulnerabilidade social e não possuem nenhum amparo caso se tornem dependentes de cuidado.

Como limitação do estudo, considera-se o fato de os participantes do estudo apresentarem baixa escolaridade, o que dificultou a auto-aplicação do instrumento e a compreensão dos aspectos abordados. Para contornar esse problema optou-se pela aplicação do instrumento pela própria entrevistadora.

Diante dos resultados, é possível concluir que a identificação de fatores que necessitam de intervenções como o acompanhamento em saúde (física e bucal) pode nortear ações de planejamento para melhoria da atenção oferecida ao idoso e, conseqüentemente, contribuir para a efetividade dessa nova política habitacional.

## REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos demográficos [Internet]. Rio de Janeiro; 2012 [citado 2012 mar. 25]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
3. Pereira RJ, Cotta RM, Franceschini SC, Ribeiro RC, Sampaio RF, Priore SE, et al. Influência de fatores sócio-sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2907-17.
4. Gaétan L, Balestat G; The Disability Study Expert Group Members. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications [Internet]. Paris: OECD Health Working Papers; 2007 [cited 2012 Aug 15]. Available from: <http://www.oecd.org/els/soc/38343783.pdf>
5. Alves de Deus SI. Um modelo de moradia para idosos: o caso da Vila dos Idosos do Pari-São Paulo (SP). *Cad Tem Kairós Gerontol* [Internet]. 2010 [citado 2012 ago. 25];8:195-213. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6922/5014>
6. Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial [Internet]. São Paulo: USP/OPAS; 2003 [citado 2012 ago. 25]. Disponível em: [http://www.ciape.org.br/artigos/projeto\\_sabe.pdf](http://www.ciape.org.br/artigos/projeto_sabe.pdf)
7. Veras R, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: Questionário BOAS [Internet]. Rio de Janeiro: UERJ/UnAT; 2008 [citado 2012 ago. 22]. Disponível em: [http://www.crde-unati.uerj.br/liv\\_pdf/perfil.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf)
8. Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Morais EP, Rodrigues RAP. Tendencies of studies addressing the eldest individuals of aged population in the community: a (inter)national systematic review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2012 Aug 23];45(1): 264-71. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en\\_37.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_37.pdf)
9. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil socio-demográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(1): 49-54
10. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida dos idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(4):803-10.
11. Floriano PJ, Dalgalarro P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(3):162-70.
12. Tavares DMS, Araújo MO, Dias FA. Qualidade de vida dos idosos: comparação entre os distritos sanitários de Uberaba-MG. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011;10(1):74-81.
13. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40.
14. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):735-43.

- 
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNDA 2009 [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2012 ago. 22]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default.shtm>
  16. Rodrigues MAO, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):604-12.
  17. Araújo MVM, Vieira MA, Bonan PRF, Costa SM. Atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados com a higiene bucal dos idosos institucionalizados em Montes Claros – MG. *Rev APS*. 2010;13(1):10-7.
  18. Moreira RS, Nico LS, Sousa MLR. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2008;25(12): 2661-71.
  19. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(5):410-8.
  20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados [Internet]. Rio de Janeiro; 2009. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosau- de/2009/com\\_sobre.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosau- de/2009/com_sobre.pdf)
  21. Moreira TP, Nattions MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(6):1383-92.