



4º Encontro Internacional de Política Social
11º Encontro Nacional de Política Social
Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações:
desafios à Política Social
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

Eixo: Direitos geracionais.

PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DE IDOSOS RESTRITOS AO LAR DE DUAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA (ES)

Gracielle Karla Pampolim Abreu¹
Vanezia Gonçalves da Silva²
Luciana Carrupt Machado Sogame³

Resumo

O fenômeno do envelhecimento populacional é uma realidade mundial e requer atenção. Objetivo: descrever o histórico da Estratégia de Saúde da Família em Vitória-ES e caracterizar o perfil sócio demográfico de idosos restritos ao lar de duas Unidades de Saúde da Família (USF) de Vitória-ES. Realizou-se estudo transversal que mostrou drásticas heterogeneidades nos perfis comparativos entre as USF pesquisadas, ressaltando o abismo social existente entre indivíduos que residem em regiões geograficamente tão próximas. É importante que essas diferenças sejam levadas em consideração ao se realizar estratégias de atenção para essa população.

Palavras-chave: Idoso. Restrição ao lar. Estratégia Saúde da Família.

SOCIO DEMOGRAPHIC PROFILE OF THE HOMEBOUND ELDERLY OF TWO FAMILY HEALTH UNITS OF VITÓRIA (ES)

Abstract

Population ageing is a global reality which really requires attention. This study aimed to describe the history of the Family Health Strategy in Vitória-ES and characterize the socio demographic profile of homebound elderly of two Family Health Units (FHU) of Vitória-ES. A cross-sectional study was carried out which showed drastic differences in comparative profiles between the FHU surveyed, underscoring the social abyss that exists between people who reside in areas geographically so close. It is considered important that these differences be taken into account when conducting health strategies for this population.

Keywords: Elderly. Homebound. Family Health Strategy.

¹ Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local e Professora Adjunta do Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Email: graciellepampolim@hotmail.com

² Mestre em Enfermagem e Professora Adjunta do Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Email: vanezia.silva@emescam.br.

³ Doutora em Ciências e Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Email: luciana.sogame@emescam.br

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a expectativa de vida da população mundial aumentou em seis anos entre 1990 e 2012 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Já no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE registrou um acelerado aumento da expectativa de vida do brasileiro entre 1960 e 2010. Além de salientar que quanto ao perfil dessa população, cada vez mais encontra-se mulheres, entre 60 e 69 anos, da raça branca e residindo em áreas urbanas. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

Esse fenômeno também é observado no Espírito Santo, onde dados recentes do Instituto Jones os Santos Neves mostram um importante alargamento do ápice da chamada pirâmide etária capixaba, revelando um visível e crescente envelhecimento populacional, com perfil similar ao encontrado no cenário nacional. (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2013)

No Brasil, ao longo da década de 1990 até o início de século XXI, em resposta as diversas diretrizes da Constituição Federal e ferozmente estimulada por debates mundiais acerca do tema, foram promulgadas várias políticas setoriais em prol da população idosa. (CAMARANO; PASINATO, 2004)

Na esfera da saúde, foi lançada em 1999 pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde do Idoso, que posteriormente foi revogada, dando espaço para a atual Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), promulgada pela Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006. A PNSPI formula-se através de uma série de outras políticas e leis e vem para cumprir, principalmente, as exigências internacionais firmadas a partir da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. (BRASIL, 2006a; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

Todas as ações previstas na PNSPI objetivam manter o idoso na comunidade, no seio de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Para isso, ela estabelece que a articulação entre o setor de saúde e o indivíduo idoso deve se dar através da Estratégia Saúde da Família (ESF) que, por sua vez, representa um campo privilegiado para a

atenção ao idoso, por ter seu foco de atenção voltado para a família que é a principal executora do cuidado aos longevos. (BRASIL, 2006b)

A ESF representa a porta de entrada do SUS através da atenção primária em saúde, e por meio dela é possível estabelecer um suporte qualificado e constante tanto aos idosos quanto aos seus familiares e cuidadores. Entretanto, é necessário que as equipes da ESF detenham o conhecimento acerca do perfil sócio demográfico e econômico dos idosos a qual assistem para que assim seja possível traçar medidas e ações que visem a melhor gestão dos cuidados prestados a estes.

Dessa forma, o presente artigo se propõe a descrever um breve histórico sobre a ESF no município de Vitória e caracterizar o perfil sócio demográfico de idosos restritos ao lar de duas Unidades de Saúde da Família da Grande Vitória. Para tal, procedeu-se a realização de um estudo transversal, no período de abril a novembro de 2014, onde 178 idosos com idade superior ou igual a 60 anos (como preconizado pelo Ministério da Saúde) foram submetidos a uma entrevista semiestruturada, onde foram coletadas as seguintes informações: sexo, idade, raça, escolaridade, renda individual e familiar, contribuição para a renda familiar, presença de filhos e de residência multigeracional.

O PROCESSO HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

A ESF é considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Atuando na perspectiva da intersetorialidade, essa estratégia nasceu em 1994 (ainda como Programa de Saúde da Família – PSF) com o intuito de imprimir uma nova dinâmica aos serviços de saúde, favorecendo o estabelecimento de vínculos entre a equipe, que representa o “sistema de saúde” e a comunidade, através de uma prática humanizada e direcionada para a Atenção Primária à Saúde. (BRASIL, 2006c)

A expansão da ESF na reorganização da atenção básica se deu de maneira tão positiva, que em março de 2006 o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 648 que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa portaria considera a necessidade de adequar as normas nacionais da atenção básica levando em consideração os feitos da ESF e reafirma que a atenção básica consiste em um conjunto de ações de saúde, que

tem por finalidade assistir à população compreendendo a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. (BRASIL, 2006c)

De acordo com essa política, essas ações devem ser desenvolvidas por meio de exercícios sanitários democráticos e participativos, baseados no trabalho em equipes multiprofissionais e levando-se em consideração as especificidades existentes no território em que vivem aquela população. Os princípios norteadores da atenção básica apontados nessa política são: possibilitar acesso universal e contínuo aos serviços de saúde; efetivar a integralidade em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população; valorizar os profissionais de saúde; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; e, estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006c)

A operacionalização da ESF se dá através da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades de Saúde da Família (USF), que trabalham a partir da delimitação de territórios de abrangência, pelos quais assume responsabilidade sanitária, devendo considerar sempre as demandas e necessidades mais frequentes e de maior relevância para este território. (BRASIL, 2012)

A ESF representa um espaço privilegiado para atenção ao idoso, pois o retorno ao modelo de cuidados domiciliares demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados nas questões de saúde do idoso. E haja vista que, como preconizado pela PNSPI, esse cuidado deve basear-se essencialmente na família e na atenção primária, e esta se dá através da ESF, encontramos nesta um importante meio de aproximação com este idoso e sua família. (BRASIL, 2006b; 2012)

No que tange às competências, habilidades e atribuições da equipe de atenção à saúde da família voltada à pessoa idosa, podemos destacar: conhecimento da realidade das famílias às quais são responsáveis; identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns àqueles idosos; execução dos procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa, respeitando as competências de cada integrante da equipe; criação de vínculo de confiança, afeto e respeito através da valorização das relações com o idoso e seus familiares; prestação de assistência integral à população idosa; realização de visitas domiciliares; garantia de acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e

contra-referência; promoção de ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais ou informais existentes na comunidade; e, coordenação, participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde da população idosa. (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003)

No município de Vitória-ES, para uma melhor compreensão da situação atual da ESF, faz-se necessário um breve retrospecto sobre sua evolução e oferta ao longo dos anos.

No ano de 1994 teve início o chamado processo de territorialização, ou organização territorial de saúde no município de Vitória, onde foram delimitadas as áreas de abrangência de cada unidade de saúde. No ano seguinte, com a necessidade de municipalizar os serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) implantou um sistema integrado de serviços de saúde, de base territorial, e criou as seis Regiões de Saúde, que permanecem até a atualidade. (BARCELOS et al, 2013; VITÓRIA [2014?])

Com o intuito de se adequar à Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 e acompanhando a tendência nacional de adesão à nova concepção de saúde, centrada na promoção de qualidade de vida e não mais apenas na doença, o município de Vitória inicia, em 1998, a implantação de equipes da ESF através do projeto “Saúde da Família – uma estratégia para o novo milênio”. (ALVARENGA, 2005; SILVA, 2007)

Ainda segundo Alvarenga (2005), as primeiras equipes da ESF implantadas a partir de 1998 foram compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A conversão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais em Unidades de Saúde da Família (USF) deu-se de forma gradativa ao longo dos anos. Gradativamente também, e com o intuito de ampliar a estratégia, ocorreu a integração de outros profissionais de saúde, como assistentes sociais, odontólogos e psicólogos, nas equipes da ESF. (BARCELOS et al., 2013)

As seis Regiões de Saúde de Vitória são subdivididas em 27 territórios de abrangência. O objetivo dessa divisão é que, a partir de diagnósticos situacionais estabelecidos pelas equipes de saúde, seja possível a incorporação das necessidades de cada território no planejamento das ações de saúde e o direcionamento, com maior eficácia, de medidas sanitárias preventivas. (VITÓRIA, 2010; [2014?])

Trinta unidades de saúde estão distribuídas pelas 6 Regiões de Saúde e compõem a rede física da atenção básica do município, 23 delas aderiram à ESF, o que possibilita ao município uma cobertura de 67,31% de assistência da ESF. (BRASIL, 2015; VITÓRIA, [2014?])

Dentre as unidades que aderiram à ESF, temos a Unidade de Saúde da Família Dr. José Moysés, situada no bairro Santa Luiza, e a Unidade de Saúde da Família Dilson dos Santos Loureiro (USF Itararé), situada no bairro Itararé.

No segundo trimestre de 2014, período de início da realização desta pesquisa, a USF Dr José Moysés apresentava três equipes da ESF para atender uma população de 14.016 pacientes adscritos, sendo destes, 3.716 idosos, que representa 26% da população total. Já a USF Itararé contava inicialmente com duas equipes da ESF para uma população de 9.037 pacientes, sendo 1.116 idosos (12%).

Faz-se necessário salientar o fato de que a população assistida pela USF José Moysés reside em bairros considerados “nobres”, como Santa Luiza e Barro Vermelho; enquanto os indivíduos que utilizam os serviços da USF Itararé residem em bairros mais populares, como o próprio bairro de Itararé.

A seguir passo a apresentar o perfil dos idosos restritos ao lar adscritos às referidas USFs e que representaram os sujeitos da presente pesquisa.

PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DE IDOSOS RESTRITOS AO LAR ADSCRITOS A DUAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA-ES

No segundo trimestre de 2014, a soma dos idosos cadastrados nas USF pesquisadas foi de 4.832 idosos, foi considerado restrito ao lar todos aqueles idosos que não saíam de casa sem auxílio de terceiros, seguindo a definição de Ursine, Cordeiro e Moraes (2011). Dos 4.832 idosos, 298 foram considerados restritos, revelando uma prevalência de 6,2% de restrição ao lar. Tal prevalência é consideravelmente inferior à encontrada em estudos como o de Ursine, Cordeiro e Moraes (2011), que identificou 22,4% de idosos restritos na região da grande Belo Horizonte. Entretanto, a discrepância encontrada pode ser justificada devido a possível subestimação da restrição ao lar no presente estudo, uma vez que a referida condição foi aqui inquirida através do registro

da Ficha A⁴ e de relatos dos ACS, enquanto que no estudo citado, tal questionamento foi realizada diretamente ao idoso.

Dos 298 idosos restritos ao lar, 178 foram entrevistados, sendo 114 (64%) da USF José Moisés e 64 (36%) da USF Itararé, o que representou a amostra de conveniência de cerca de 60% da população total de idosos restritos de ambas as USF. Os motivos de exclusão foram, 25 por acesso dificultado; 21 por óbito; 21 por mudança para outra região; 34 por informações incompletas; e 19 por outras causas.

Gostaríamos de chamar atenção para o alto índice de mortes (21), o que corresponde a uma mortalidade de 7% ocorridas no curto período de 10 meses de realização da pesquisa. Fato similar foi encontrado por Ursine, Cordeiro e Moraes (2011), o que nos leva a suscitar a possível necessidade de um suporte de cuidados mais integrais e intensivos à essa população, por vezes tão vulneráveis.

Quanto ao perfil identificado nas amostras pesquisadas, encontramos em linhas gerais uma população feminina (80%), com idade média de $83,8 \pm 7,8$ anos, autodeclarados brancos (74%), de baixa escolaridade (52%) e renda individual (40%) e familiar (36%), contribuindo ativamente para renda familiar (86%), com filhos (90%) e coabitando em residências multigeracionais (53%), corroborando com a literatura posta nacional e internacionalmente. (MUSICH et al., 2015; URSINE; CORDEIRO; MORAES, 2011; SUDRÉ et al., 2014)

Analisando distintamente as amostras de ambas as USF estudadas, conforme descrito na tabela 1, encontramos que não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p = 0,34$), prevalecendo majoritariamente o sexo feminino, e ressaltando a realidade levantada pela literatura quanto a feminilização do envelhecimento. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2014; CHOI et al., 2012; URSINE; CORDEIRO; MORAES, 2011)

Tabela 1 - Características sócio demográficas e econômicas de idosos restritos ao lar.

⁴ Ficha de cadastramento das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica.

Variáveis	USF José Moysés n= 114		USF Itararé n= 64		p
	n	(%)	n	(%)	
Sexo					
Feminino	94	(82)	49	(77)	0,34
Raça					
Branco	96	(84)	36	(56)	0,00**
Escolaridade					
Analfabeto	17	(15)	26	(41)	0,00**
Renda do Idoso					
Até 1 SM	27	(24)	40	(63)	0,00**
Renda Familiar					
Entre 1 e 4 SM	12	(11)	39	(61)	0,00**
Contribuição para Renda Familiar					
Sim	100	(88)	53	(83)	0,36
Filhos					
Não	15	(13)	3	(5)	0,03*
Residência Multigeracional					
Sim	64	(56)	44	(69)	0,01*

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

USF = Unidade de Saúde da Família; SM = Salário Mínimo

O predomínio do sexo feminino entre a população idosa não é visto como surpresa. Dados do IBGE mostram que as diferenças na expectativa de vida entre os sexos vêm crescendo com o decorrer dos anos, e que cada vez mais as mulheres são maioria na população de idosos. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002; 2010)

Outro ponto que vem sendo observado, e que fortalece essa realidade é que ao se analisar estudos em que os idosos são mais ‘jovens’ percebe-se uma divisão mais homogênea entre os sexos, mesmo que o sexo feminino ainda mantenha sua primazia (MORROW-HOWELL et al., 2014; MUSICH et al., 2015; ORNSTEIN et al., 2015b), e entre aqueles em que a população estudada é mais envelhecida, o predomínio do sexo feminino é cada vez mais e mais evidenciado. (MAI et al., 2014; ORNSTEIN et al., 2015a; WAJNBERG et al., 2013)

Em relação à etnia, encontramos significativa diferença ($p < 0,001$) na distribuição racial dos idosos estudados, com os indivíduos da USF José Moysés predominantemente da raça branca (84% vs. 56%), e aqueles assistidos pela USF Itararé apresentando melhor distribuição entre as miscigenações brasileiras (42% de pardos e negros).

De acordo com o IBGE, as diferenças sociais entre as pessoas que se autodeclaram brancas e aqueles pardos e negros vem diminuindo consideravelmente ao longo dos anos, mas permanece mantendo-se elevada, evidenciando ainda uma grande diferença nas condições sociais da população brasileira. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013)

Esse fato nos remete à discussão relacionada às desigualdades raciais nas condições sócio demográficas dos nossos idosos, fato este bastante discutido por Silva et al. (2012) e Oliveira; Thomaz e Silva (2014). Uma suposição que pode ser levantada, corroborando com os achados da presente pesquisa e com os autores supracitados, é o fato de que a privação de direitos sociais e a diferenciação de acesso aos cuidados de saúde ao longo dos ciclos de vida pode estar interferindo na distribuição racial dos longevos na sociedade brasileira.

Quanto a escolaridade, também descrito na tabela 1, observamos que os menores níveis de escolaridade se concentraram na população da USF Itararé, onde grande parte desses idosos relataram ser analfabetos (41%), enquanto o mesmo ocorreu em apenas 15% dos idosos da USF Dr José Moysés ($p < 0,001$), corroborando com a literatura que confirma associação entre analfabetismo e/ou menores níveis de escolaridade com condições sociais menos favorecidas, (GEIB, 2012; LIMA-COSTA et al., 2003), uma vez que, como relatado anteriormente a USF Dr José Moysés assiste à uma população socialmente mais favorecida.

No que tange a renda, notou-se que o maior número de idosos com baixa renda concentrou-se na população da USF Itararé (63%), enquanto a maioria dos idosos da USF Dr José Moysés relataram receber mais de 1 Salário Mínimo (SM) ($p < 0,001$). Vale ressaltar ainda que 9% dos idosos da USF Dr José Moysés relatam ter renda superior a 7 SM, o que representa 100% dos relatos à essa faixa salarial. Vindo para reforçar o descrito, encontramos que 61% dos idosos da USF Itararé relataram ter a renda familiar entre 1 e 4 SM.

Estes achados não se configuraram em surpresa, uma vez que ao se estudar populações de bairros tão distintos (ditos “nobres” e “populares”), obviamente espera-se encontrar discrepâncias significativamente relevantes. O disposto vem para evidenciar e fortalecer a importante diferença entre a distribuição de renda, que ainda persiste, entre populações que residem em áreas geograficamente tão próximas.

Apesar da baixa renda relatada, destaca-se que mais de 80% dos idosos de ambas as USF relataram contribuir ativamente para a renda familiar, não havendo diferença estatística entre eles ($p = 0,36$). Dessa forma, entendemos que o aspecto da renda não deve ser ignorado, uma vez que evidencia-se cada vez mais a participação dos idosos nas responsabilidades financeiras do contexto familiar, independentemente do valor da renda que este recebe, podendo até mesmo chegar a prover a única fonte de renda de seu domicílio, como o descrito por Geib (2012) e Tavares et al. (2011).

Em relação ao arranjo familiar (tabela 1), constatamos que a comparação desta variável entre os grupos analisados mostrou-se estatisticamente significativa ($p = 0,03$), com os idosos da USF Dr José Moysés relatando mais vezes a ausência de filhos. Este fato pode ser justificado pelo alto nível instrucional e de renda apresentado por essa população, uma vez que, como posto pelo IBGE, o declínio da fecundidade vivenciado pelo Brasil nas últimas décadas é maior entre as mulheres com elevado nível de instrução e melhor remuneradas. (CARVALHO; GARCIA, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

Ainda sobre o arranjo familiar, as diferenças entre os dois grupos também foram significantes quando questionamos sobre Residência Multigeracional. Em ambos os grupos a maioria dos idosos apresentam residência multigeracional, entretanto a maior concentração destas se encontra no entre os idosos assistidos pela USF Itararé, 69% vs. 56%, ($p < 0,01$).

Este fato também não deve ser visto como surpresa, uma vez que, como explanado anteriormente, o declínio na taxa de fecundidade foi observado principalmente na sociedade com melhores índices de renda e escolaridade, (CARVALHO; GARCIA, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) o que nos leva a esperar que, por consequência, aquele (a) jovem em especial, hoje idoso,

venha a possuir famílias menores, diminuindo assim sua possibilidade de coabitar com diferentes gerações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde do idoso no Brasil é regida pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), quem tem seu foco voltado para a prevenção de agravos e promoção de saúde, com o intuito de propiciar um envelhecimento ativo e saudável para a população idosa. Para tal, a PNSPI direciona a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal elo de comunicação entre o sistema de saúde e os idosos/famílias/cuidadores.

A ESF apresenta características que a transformam em um espaço altamente privilegiado para a atenção à população. Através das visitas domiciliares e da aproximação com as famílias e a comunidade, propiciadas pela dinâmica de trabalho das equipes de saúde da ESF, é possível identificar e atuar diretamente nos fatores comprometedores do envelhecimento ativo e saudável. Especialmente, quando se leva em consideração a prioridade e preconização das ações de prevenção de doenças e promoção de saúde que rege essa estratégia.

A ESF surgiu no Brasil em meados da década de 1990 e é considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia capaz de consolidar e melhorar a qualidade da Atenção Básica no país, com ações desenvolvidas por meio da intersetorialidade e medidas sanitárias estabelecidas de forma democrática e participativa.

No município de Vitória, a ESF só foi implantada no final da década de 1990, iniciando de forma lenta e gradativamente expandindo-se pelo território municipal. Na atualidade a maior parte das Unidades de Saúde de Vitória apresentam equipes da ESF.

A pesquisa de campo que norteou este estudo, cujo objetivo foi caracterizar o perfil sócio demográfico de idosos restritos ao lar de duas Unidades de Saúde da Família da Grande Vitória, mostrou uma prevalência de 6,2% de restrição ao lar entre os idosos pesquisados. O perfil apresentado pela população estudada foi em sua maioria mulheres, com média de $83,8 \pm 7,8$ anos, brancas, de baixa escolaridade e renda individual e familiar, contribuindo ativamente para renda familiar, com filhos e convivendo em residências multigeracionais,

Contudo, notou-se drásticas heterogeneidades nos perfis comparativos entre as USF estuda. Os idosos da USF Dr José Moysés apresentaram-se predominantemente brancos, com melhor nível de escolaridade e renda, menos filhos, e coabitando em menos residências multigeracionais, quando comparados àqueles assistidos pela USF Itararé. Ressaltando o abismo social existente entre indivíduos que residem em regiões geograficamente tão próximas, mas que apresentam realidades tão diferentes.

O perfil sócio econômico e demográfico encontrado na população estudada é semelhante ao disposto na literatura, e vem fortalecer o conceito de feminilização do envelhecimento. Entretanto, torna-se extremamente necessário salientar a escassez de estudos nacionais que abordem questões relacionadas ao idoso restrito ao lar. Ainda que não seja vasta, é facilmente encontrado na literatura pesquisas de idosos fragilizados, institucionalizados, hospitalizados e até mesmo ativos, porém a população restrita ao lar ainda é pouco pesquisada nacionalmente, o que pode vir a tornar essa população, que tanto carece de atenção, invisível aos olhos da sociedade científica e do governo.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, L. M. C. A. **A prática médica no programa de saúde da família e sua contribuição para mudança do modelo tecnoassistencial em saúde: limites e possibilidades.** 2005. 106f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARCELOS, M. R. B. et al. A trajetória da Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória, ES. **Rev Bras Pesq Saúde**, Vitória, v. 15, n. 4, p. 69-79, out./dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. _____. **Política nacional de atenção básica – PNAB.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Município Vitória/ES.** 2015. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>> Acesso em: 21 jul. 2015.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jan. 2006b.

_____. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 2006c.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro. In: CAMARANO, A.A. (Org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. cap. 1, p. 25-59.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.A. (Org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. cap. 8, p. 253-292.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai-jun. 2003.

CHOI, N. G. et al. Self-reported antidepressant use among depressed, low-income homebound older adults: class, type, correlates, and perceived effectiveness. **Brain Behav**, v. 2, n. 2, p. 178–186, Mar. 2012.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123–133, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>> Acesso em: 23 mar. 2015.

_____. **Síntese dos indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo**. Vitória: ES, 2013.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745–757, mai./jun. 2003.

MAI, A. et al. Diurnal profiles of pedometer-determined physical activity in chronically

ill and mobility-limited older adults: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1268-1279, 2014.

MORROW-HOWELL, N. et al. An investigation of activity profiles of older adults. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 69, n. 5, p. 809–21, Oct. 2014.

MUSICH, S. et al. Homebound older adults: Prevalence, characteristics, health care utilization and quality of care. **Geriatric Nursing**, v. 36, n. 6, p. 445–450, Nov./Dec. 2015.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; THOMAZ, E. B. A. F.; SILVA, R. A. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian national Household Sample Survey (2008). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1438-1452, jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional para o envelhecimento**. Brasília, DF: Secretaria especial dos direitos humanos, 2003.

ORNSTEIN, K. A. et al. Epidemiology of the Homebound Population in the United States. **JAMA internal medicine**, Chicago, v. 175, n. 7, p. 1180–1186, Jul. 2015a.

_____. Significant unmet oral health needs of homebound elderly adults. **J Am Geriatr Soc**, Baltimore, v. 63, n. 1, p. 151–157, Jan. 2015b.

SILVA, A. et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2181–2190, ago. 2012.

SILVA, V. G. **A prática do enfermeiro na estratégia de saúde da família no Município de Vitória – ES**. 2007. 178 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ/Minter FAESA, Rio de Janeiro, 2007.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, mai./jun. 2003.

SUDRÉ, M. R. S. et al. Características socioeconômicas e de saúde de idosos assistidos pelas Equipes de Saúde da Família. **Cienc Cuid Saúde**, v. 14, n. 1, p. 933–940, jan./mar. 2014.

TAVARES, V. O. et al. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. **Textos&Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 94–108, jan./jul. 2011.

URSINE, P.G.S.; CORDEIRO, H.A.; MORAES, C.L. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2953-2962, jun. 2011.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2010**. Vitória, ES: SEMUS, 2010. Disponível em:
<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110928_relatorio_gestao_2010.pdf> Acesso em: 13 ago. 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Uma análise de cenário da política de saúde do idoso no município de Vitória**. Vitória, ES: SEMUS, [2014?].

WAJNBERG, A. et al. Symptom burden in chronically ill homebound individuals. **J Am Geriatr Soc**, Baltimore, v. 61, n. 1, p. 126–131, Jan. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2014**: a wealth of information on global public health. Geneva: WHO, 2014.