



3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social

Tema: “Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios da política social”

Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015

Eixo: Direitos Geracionais

Condições sócio-demográficas de idosos restritos ao lar adscritos a uma Unidade de Saúde da Família de Vitória (ES)

Gracielle Pampolim¹

Vanezia Gonçalves da Silva²

Luciana Carrupt Machado Sogame³

Resumo

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que requer atenção governamental. Este estudo objetivou descrever as questões políticas do idoso no Brasil e apresentar o perfil sócio-demográfico de idosos restritos ao lar. Procedeu-se um estudo transversal que verificou grande proporção de mulheres, com média de 83,79 anos, autodeclarados brancos, católicos, viúvos, de baixa escolaridade, vivendo com duas ou mais gerações e com baixa renda. Os achados confirmam a questão da feminilização da velhice. Acredita-se que essas diferenças devem ser levadas em consideração ao se estabelecer ações de saúde ou proteção social para esse segmento populacional.

Palavras-chave: Idoso. Restrição ao lar. Saúde da família.

Abstract

Population aging is a worldwide phenomenon that requires governmental attention. This study aimed to describe the issues related to political issues on the elderly in Brazil and present the demographic socio profile of elderly restricted to home. A cross-sectional study was carried out which found large proportion of women, with an average 83,79 years, self-appointed whites, Catholics, widowers, low schooling, living with two or more generations and with low income. The findings confirm the issue of feminization of old age. Believed that these differences must be taken into account when establishing health actions or social protection for this population segment.

Keywords: Elderly. Restriction to home. Family health.

¹ Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

² Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

³ Fisioterapeuta. Docente do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

1 Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno que tem tomado proporções mundiais, e como tal requer um olhar atento de todas as esferas governamentais. 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). No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida do brasileiro saltou de 48 anos em 1960 para 73 anos em 2010. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA 2012)

Simultaneamente ao aumento da expectativa de vida e crescente envelhecimento populacional, é possível observar também uma maior ocorrência de doenças crônicas e déficits no campo físico, psíquico e principalmente social. Desta forma, o avançar da idade algumas vezes torna-se marcado por doenças que podem levar a sequelas com consequente redução da independência funcional e afastamento social do indivíduo idoso (SAQUETTO *et al.*, 2013).

No Brasil da década de 1990 até o início de século XXI, foram promulgadas várias políticas setoriais de proteção ao idoso, em resposta aos movimentos sociais pró-envelhecimento saudável. Dentre essas, destacamos a Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994, o Estatuto do Idoso de 2003 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 2006. Sendo que a PNSPI garante os direitos referentes à saúde desses indivíduos, dando especial destaque às questões relacionadas a funcionalidade dessa população (BRASIL, 1994; 2003; 2006).

Sabe-se que a manutenção da capacidade funcional é um processo dinâmico e multifatorial, caracterizado por aspectos físicos e mentais e que o próprio processo fisiológico de envelhecimento caracteriza sobrecarga funcional sobre o indivíduo. Esse conjunto de fatores pode levar a um crescente nível de incapacidade na população, podendo até mesmo, em uma visão a médio e longo prazo, levar esse idoso a se exilar do convívio da sociedade restringindo-o exclusivamente ao convívio familiar (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014; SAQUETTO *et al.*, 2013).

Essa restrição ao lar, quando o indivíduo se apresenta incapaz de sair de casa sem acompanhante, resulta em preocupação no que tange aos cuidados com a saúde desses

idosos, cuidados estes que deverão ser mediados pelas famílias e/ou cuidadores, haja vista que serão eles a possuírem um contato contínuo e direto com os longevos (URSINE; CORDEIRO; MORAES, 2011).

Nessa perspectiva, tem-se na Estratégia Saúde da Família (ESF) um espaço privilegiado para a atenção a essa população, uma vez que tanto os idosos quanto seus familiares/cuidadores demandam programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados para tal. Além disso, a PNSPI preconiza que toda atenção voltada ao indivíduo idoso seja baseada essencialmente na família e na atenção primária, foco primordial da ESF (BRASIL, 2006; 2012a).

O presente artigo se propõe a descrever as principais questões relacionadas às políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil e apresentar o perfil sócio demográfico de idosos restritos ao lar adscritos em uma Unidade de Saúde da Família da Grande Vitória. Procedeu-se a realização de um estudo transversal, no período de abril a novembro de 2014, onde 212 idosos com idade superior ou igual a 60 anos⁴ foram submetidos a uma entrevista semiestruturada.

2 Aspectos Legislativos e Sociais do Envelhecimento no Brasil

Até o final da década de 1960 não existiam Políticas Públicas voltadas para os idosos no Brasil, visto que, apesar de já apresentar um crescente aumento em comparação com as décadas anteriores, esse extrato populacional ainda não representava uma parcela percentualmente significativa da população para preocupar os governantes ou até mesmo a sociedade civil (SILVA, 2005; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

De acordo com Rodrigues *et al.* (2007), nesse período, o idoso no Brasil era assistido basicamente por instituições de caridade ou não governamentais, como o SESC⁵ que realiza, ainda hoje, ações caracterizadas pela organização de programas, cuja finalidade é o atendimento ao idoso nas áreas de assistência, cultura, educação, lazer e saúde.

⁴ Como preconizado pelo Estatuto do Idoso que considera como idoso todo indivíduo com idade superior ou igual a 60 anos (BRASIL, 1994; 2003).

⁵ O Serviço Social do Comércio (SESC) é uma empresa privada, mantida pelos empresários do comércio de bens e serviços, voltada para o bem estar dos comerciários e suas famílias e a promoção do bem estar social.

No início da década de 1970 os idosos representavam a singela parcela de 5,1% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011) e seu acelerado crescimento começou a preocupar alguns técnicos da área governamental e do setor privado, o que incitou o despertar desses indivíduos para a questão social dos idosos (RODRIGUES, 2001).

No que concerne ao legislativo brasileiro o idoso foi citado em alguns artigos, decretos, leis e portarias, mas o primeiro documento federal que continha diretriz para uma política social em prol dessa população foi a Lei 6.179 de novembro 1974 que criou a Renda Mensal Vitalícia. Entretanto o primeiro Programa de Assistência ao Idoso em nível nacional foi aprovado em 1975, mas é com a Constituição Federal de 1988 que se observou um grande avanço para esse extrato populacional. A primeira Constituição Federativa do Brasil em seu Artigo 230 designa à família, à sociedade, e ao Estado o dever de exercer amparo aos indivíduos idosos, através da seguridade de participação na comunidade, defesa de sua dignidade e bem-estar e garantia do direito à vida (CAMARANO; PASINATO, 2004; BRASIL, 2012b).

No setor saúde a Constituição Cidadã institui que esta é direito de todos e dever do Estado, e deve ser ofertada por meio de Políticas Públicas que garantam o acesso universal e igualitário aos serviços e objetivem a promoção, proteção e recuperação da saúde. Para dar materialidade a essa política se faz necessário a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), também instituído pela Constituição de 1988, e posteriormente implantado mediante a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990 e Lei nº 8.142 de 1990) (BRASIL, 2012b; 1990).

Outro ponto importante levantado pela Constituição foi a introdução do conceito de Seguridade Social. A Assistência, regulamentada no âmbito da Seguridade Social, fornece uma cobertura mais ampla em relação à saúde e garante a assistência social a toda população. (PEREIRA, 1998)

Na visão de Rozendo e Justo (2011) a Constituição Federal propicia ao idoso um “campo legal para a velhice”, a partir do qual ele passa a ser tratado como responsabilidade do Estado, assumindo assim uma natureza jurídica. A partir de então, os longevos passam a se tornar sujeitos de direito independentemente de estarem sob a tutela de entidades assistenciais ou de seus familiares.

No cenário social, como resposta ao conceito de Seguridade Social, levantado pela Constituição, em 07 de dezembro de 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) foi promulgada e normatizou o direito, garantido na Constituição, à Assistência Social. A LOAS, além de garantir direitos sociais básicos e proteção à família, à maternidade, à infância, adolescência e velhice, também incorporou projetos, benefícios e programas de atenção ao idoso, e garantiu a concessão de um benefício que veio substituir a Renda Mensal Vitalícia, o Benefício de Prestação Continuada. Considerado inovador, pois não exige mais que o beneficiário tenha contribuído anteriormente ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) (BRASIL, 1993; PEREIRA, 1998).

Ainda em resposta às diversas diretrizes da Constituição Federal e ferozmente estimulada pelos debates mundiais acerca do envelhecimento populacional, foi promulgado em janeiro de 1994 a Lei nº 8.842 que se refere à Política Nacional do Idoso (PNI). A PNI tem como principal finalidade assegurar os direitos dos idosos nas esferas sociais, físicas, econômicas e políticas, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade, e objetivou reafirmar o direito a saúde nos diversos níveis de atenção (BRASIL, 1994). A operacionalização dessa política, assim como todas as outras ações empreendidas no campo assistencial, ocorre de forma descentralizada, através da parceria com a sociedade civil e de sua articulação com outras políticas voltadas para os idosos no âmbito dos estados e municípios (CAMARANO; PASINATO, 2004).

No setor saúde, apenas em 1999 foi sancionado, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) através da Portaria nº 1.395/GM, como parte da PNI (BRASIL, 1999). Esta é consequência do entendimento de que apesar dos altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos através do SUS, ele não resultava no real atendimento de suas necessidades específicas, surgindo assim a necessidade de uma política específica para esse segmento populacional (BRASIL, 1999; CAMARANO; PASINATO, 2004).

Essa política tem como propósito basilar a manutenção e melhoria da capacidade funcional de idosos, promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças e recuperação de saúde. A PNSI apresenta dois eixos norteadores: medidas preventivas,

com especial destaque para a promoção da saúde, e atendimento multidisciplinar para o idoso (BRASIL, 1999).

No final do século XX deu-se início uma revolução da longevidade e na década de 1990 as questões relacionadas ao envelhecimento entraram de forma mais expressiva nas pautas de discussão dos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. É nesta conjuntura que ocorre em Madri, a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, no ano de 2002 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

Essa assembleia aprovou uma nova declaração política que continha os principais compromissos assumidos pelos governos, além de um novo Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, ou Plano Internacional de Madri 2002 – como ficou conhecido. Nele, elegeram-se prioridades que deveriam nortear as ações dos governos no contexto do envelhecimento. São elas: a necessidade de considerar a importância e o lugar dos indivíduos idosos nas dinâmicas de desenvolvimento; a necessidade de promoção da saúde e bem estar do idoso; e a necessidade de se desenvolver ambientes de apoio e inclusão para a população mais velha (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003). No quesito saúde, o este plano contou com recomendações específicas formuladas pela OMS. Além disso, a Organização lançou na referida Assembleia o documento “Envelhecimento Ativo: um marco para elaboração de políticas” que contempla uma nova forma de visualizar o envelhecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

Em consequente, no Brasil, no ano posterior a realização da assembleia, é aprovado o Estatuto do Idoso, sancionado em 2003, através da Lei nº 1.074. A aprovação do Estatuto do Idoso representou um passo importante, e também o esforço por parte do Brasil em seguir as orientações estabelecidas no Plano de Madri. Os pontos estabelecidos no Estatuto foram capazes de dar uma visão mais objetiva aos direitos do idoso, dando especial enfoque para as questões relacionadas a ocupação e trabalho, participação na vida familiar e comunitária, acesso a cultura, à educação, à justiça, ao esporte e ao lazer, assim como à saúde, moradia, serviços públicos e participação na formulação de políticas específicas para os idosos (BRASIL, 2003).

No setor da saúde, fortemente influenciado pela reestruturação demográfica nacional, frente ao compromisso internacional firmado em Madri e considerando o Pacto

pela Saúde e suas diretrizes operacionais para consolidação do SUS, tornou-se necessário a atualização da política brasileira de assistência à saúde dos idosos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), promulgada pela Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

A meta dessa política é a prestação de uma adequada e digna atenção à saúde dos idosos brasileiros. Sua principal finalidade é recuperar, manter, e promover a autonomia, bem como a independência dos longevos por meio da promoção de saúde. Assim sendo, e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, ela direciona medidas coletivas e individuais de saúde para se alcançar esse objetivo (BRASIL, 2006).

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 saúde e o indivíduo idoso se dará através da Estratégia Saúde da Família (ESF), e que esta tem um papel de fundamental e extrema importância, visto que, por via de regra, a família é a executora do cuidado ao idoso, e a ESF, além de representar a porta de entrada do SUS através da atenção primária em saúde (BRASIL, 2006).

A ESF representa um espaço privilegiado para atenção ao idoso, pois o retorno ao modelo de cuidados domiciliares e comunitários, proposto na PNSPI, demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados nas questões de saúde do idoso (BRASIL, 2006; 2012a). Essa Estratégia é considerada, pelo Ministério da Saúde, como uma via de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Atua na perspectiva da intersetorialidade, e surge imprimindo uma nova dinâmica nos serviços de saúde e 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 vigilância e promoção de saúde. Esse programa visa uma assistência integral e contínua considerando o contexto familiar e social e devendo estar atento ao envelhecimento populacional (BRASIL, 2012a).

De acordo com Silvestre e Costa Neto (2003), cabe aos profissionais da saúde da família perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam eles físicos, psicológicos ou sociais, individual ou coletivamente, contextualizando sempre, o

indivíduo e seu ambiente. 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 regulares; 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.

Por fim, é preciso considerar, como dito anteriormente, a importância de se conhecer detalhadamente a realidade da população atendida, em especial a população idosa que demanda cuidados específicos em decorrência das particularidades do processo de envelhecimento, para que sejam direcionadas medidas eficazes na atenção à saúde dessa população.

3 Idosos Restritos ao Lar Adscritos em uma Unidade de Saúde da Família de Vitória (ES)

Foram entrevistados 212 idosos, que corresponde 71,2% da população total de idosos restritos ao lar adscrita ao território da Unidade de Saúde da Família Dr. José Moysés no mês de fevereiro de 2014. O motivo da não realização da pesquisa em 86 idosos foi: 21 óbitos, 21 por mudanças de endereço para outro território, 25 por acesso dificultado pela família, e 19 por outras causas.

Chamamos atenção para o fato de que no curto período de 10 meses de realização da pesquisa 21 idosos, vieram ao óbito. Em estudo similar, realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte Ursine, Cordeiro e Moraes (2011) ocorreu três óbitos entre idosos no período de três meses de realização da pesquisa. Apesar da diferença nos achados, ambos nos remetem ao fato da frequente ocorrência de óbitos nessa população e, conseqüentemente, nos desperta para a provável necessidade de um aporte de cuidados mais intensivos e integrais no que tange a saúde. De acordo com a Política Nacional de

Saúde da Pessoa Idosa, a Estratégia de Saúde da Família é de fundamental importância nesse suporte, dando especial enfoque não apenas ao idoso, mas também aos seus familiares, haja vista que estes se tornam os principais atores do cuidado aos idosos restritos ao lar.

Outro ponto de especial relevância é que 25 famílias não permitiram a realização do estudo, argumentando que não viam benefícios imediatos àquele indivíduo idoso em específico e por essa razão não via a necessidade de que seu familiar fosse entrevistado. Mesmo sendo esclarecido sobre a motivação e possíveis benefícios advindos com a realização da pesquisa, a família não permitiu que tivéssemos acesso ao idoso. Obviamente, foi respeitado o direito da família de não participar da pesquisa, entretanto este fato nos remete ao questionamento da razão pela qual essas famílias não permitiram a realização do estudo, mesmo cientes de que se espera que os resultados deste culminem em benefícios para essa população. Dessa forma, entende-se que é necessário estabelecer estratégias para que a comunidade possa perceber a importância da realização dessas pesquisas, e dessa forma prevenir para que em uma próxima abordagem essas famílias não venham a se abster de participar.

Dos 212 idosos incluídos, 78% (165) eram do sexo feminino e a média de idade encontrada foi de $83,79 \pm 7,94$ anos, com variação de 63 a 103 anos. O predomínio de idosas do sexo feminino não deve ser visto com surpresa, dados do IBGE mostram que as diferenças na expectativa de vida entre os sexos vêm crescendo no decorrer dos anos, e que cada vez mais as mulheres são maioria na população de idosos. Todavia, como “consequência”, elas também passam por um maior período com morbidades, por vezes incapacitantes. Dessa forma é de se esperar que, por viverem mais, as mulheres também estão mais propensas a compor o extrato populacional de idosos restritos ao lar (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002; CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Camarano, Kanso e Mello (2004, p. 29), destacam ainda mais esse fato ao afirmarem que: “A proporção do contingente feminino é mais expressivo quanto mais idoso for o segmento”. Dessa forma, vamos de encontro a outro dado significativo percebido neste estudo, a idade.

Em relação à etnia, uma parcela consideravelmente grande da população estudada, 73% (155/212), se auto referiu como sendo da cor branca, e apenas 15 (7%) se declarou da cor negra. Esse dado nos remete à discussão relacionada às desigualdades raciais nas condições sócio demográficas dos nossos idosos. Uma suposição que pode ser levantada é o fato de que a privação de direitos sociais ao longo dos ciclos de vida pode estar interferindo na sobrevivência e na distribuição racial dos longevos em nossa sociedade. Alguns estudos vêm mostrando uma maior predisposição para o desenvolvimento de doenças crônicas ou incapacitantes em idosos da raça negra, o que pode estar interferindo na sobrevivência desse extrato populacional (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014; SILVA *et al.*, 2012).

No que tange à religião, encontramos que 71% (150/212) dos idosos se dizem católicos, refletindo o perfil religioso do Brasil, apontado pelo IBGE no último Censo, onde a maioria expressiva da população se autodenomina católicos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Já no que concerne a escolaridade, encontramos o que acreditamos ser um fato de especial relevância e que traduz a realidade de muitos idosos brasileiros, quase metade da população estudada é analfabeta ou apenas alfabetizada, sem possuir escolaridade formal (21,5% analfabetos e 25% estudaram apenas o primário). Levando-se em consideração que a grande maioria dos idosos que compõem este estudo são mulheres e que a idade média encontrada entre elas foi de $84,55 \pm 7,78$ anos, pode-se conjecturar sobre a sociedade machista existente a cerca de 80 anos atrás, onde, por vezes, as mulheres eram impedidas de estudar por seus pais ou maridos, e eram ‘treinadas’ apenas para a vida de filhas, esposas e mães, não sendo necessário portanto, ‘perder tempo’ estudando. Através desse dado e considerando que a alfabetização é um fato essencial para o processo contínuo de aprendizagem e até mesmo, arrisco-me em dizer, de inserção social de idosos em convívios intergeracionais, é possível entender a importância das diversas iniciativas e ações do Estado que almejam a alfabetização de jovens, adultos e idosos e o quanto isso pode, quando efetivado, proporcionar bem estar aos longevos.

No tocante a residência e situação conjugal, após estudos, o IBGE concluiu que estabelecer residência em áreas urbanas pode beneficiar a sobrevivência de mulheres idosas, especialmente aquela que é viúva. Este fato pode ser justificado em razão da proximidade

com os filhos, melhor acesso aos serviços de saúde e também a outros facilitadores do cotidiano. Neste estudo encontramos, como já explanado, uma grande contingência de idosas, porém, encontramos também que 76% (162/212) declararam que passaram a maior parte da vida em áreas urbanas, e 60% (125/212) dos idosos estudados se declararam viúvos, corroborando, portanto, com os dados levantados pelo IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002).

No que diz respeito ao inquérito sócio econômico, encontramos certo “receio” dos entrevistados em responder a essas questões, principalmente no que diz respeito à renda familiar. Em relação a ocupação do idoso, podemos observar que, como esperado, a maioria dos entrevistados eram aposentados, 62,3%, (132/212) ou recebiam algum outro tipo de benefício, como pensão, 17,5% (37/212). Já na questão relacionada ao valor advindo dessa ocupação obtivemos uma evasão de 22% (47/212) entre os entrevistados. Dentre aqueles que responderam, observamos que 50% (82/212) relataram receber apenas o equivalente a um salário mínimo⁶ ou menos, resultado similar ao encontrado por Sudré, et al (2014) ao entrevistarem 352 idosos adscritos a USFs em Cuiabá.

Novamente podemos levar a discussão para a questão da feminilidade do envelhecimento, visto que se considerarmos a herança da tradição doméstica e a pouca inserção das mulheres no mercado de trabalho a alguns anos atrás, o fato destas possuírem uma renda relativamente baixa não se traduz em surpresa.

Destaca-se que 83% (176/212) dos idosos entrevistados contribuem, de forma total ou parcial, para a renda familiar. Sendo assim, o aspecto da renda não pode ser ignorado, uma vez que nos dias atuais os idosos assumem diversas responsabilidades financeiras no contexto familiar, podendo chegar até mesmo a prover a única fonte de renda de seu domicílio.

Quanto à renda familiar se faz extremamente relevante salientar o fato de que 41% (87/212) das famílias, quase metade da população inquirida, se absteve de responder a esse questionamento, e dentre os respondentes, 48% (60/125) alegaram que a renda familiar encontra-se entre 1 e 4 salários mínimos, corroborando com estudos realizados por Silva, *et al.* (2012).

⁶ Considerando o salário vigente no ano de 2014 (R\$ 724,00)

Parte dessa evasão pode ser justificada pelo real desconhecimento desse dado por parte dos idosos ou familiar/cuidador presente no momento da entrevista. Entretanto, vale ressaltar também que o desconforto de uma determinada parcela de familiares quanto a essa questão dar-se-á talvez pelo alto poder aquisitivo destas. Uma vez que embora a maioria da população atendida na USF José Moysés provenha de um bairro carente, os moradores de determinados bairros nobres da Grande Vitória também dispõem dos serviços dessa mesma Unidade, e obviamente, seus idosos também compuseram a amostra deste estudo.

Essa dificuldade de acesso a tais dados configura-se em um ponto de especial desvantagem, visto que munidos dos mesmos poderíamos realizar uma comparação fidedigna no que concerne às diferentes realidades econômicas entre essas duas populações visivelmente heterogêneas.

Apesar da alta parcela de abstenção ressaltada anteriormente, 14% (17/212) alegaram que a renda familiar encontra-se acima de 10 salários mínimos. Este dado diverge da literatura, porém, pode ser plausivelmente justificado pela característica social de uma pequena parte da população estudada, e nos aponta para um possível abismo social existente entre populações de bairros tão próximos em uma visão territorial.

Em relação ao arranjo familiar, constatamos que, quanto ao grau de parentesco, os idosos coabitam em sua maioria com filhos (31,5%), cônjuges (15,6%) e/ou netos (15,3%). Esses dados são similares aos encontrados por Pilger, Menon e Mathias (2011) ao estudarem as características sócio demográficas e de saúde de idosos em um município do Paraná, por Ursine, Cordeiro e Moraes (2011) na Região Metropolitana de Belo Horizonte e também por Santos e Pavarini (2009) em um município do estado de São Paulo.

Esse fato nos remete a realidade multigeracional das famílias brasileiras, haja vista que dada as mudanças epidemiológicas ao longo dos anos, com quedas nas taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida, percebe-se, e comprova-se através de estudos, que as famílias da atualidade vem sofrendo uma importante mudança estrutural, onde estão tornando-se menores e assumindo cada vez mais idosos em sua composição. Por sua vez, o fato de os idosos estarem vivendo mais, propicia-os à convivência intergeracional com netos, bisnetos, trinnetos, quiçá, tetranetos.

4 Considerações Finais

A reestruturação demográfica observada no Brasil, e no mundo, nas últimas décadas e mais expressivamente no final do século XX propiciou o advento de diversas políticas setoriais em prol da população idosa. O envelhecimento ativo e saudável tem sido foco de inúmeras ações e políticas governamentais em todo o mundo. Com uma abordagem preventiva e de promoção de saúde, observa-se que a intenção é propiciar ao idoso um envelhecimento digno e dentro de seu convívio social e familiar. Para tal, tem-se na ESF, no que tange ao setor saúde, uma forma de tornar real essas exigências, visto que tem-se através dessa estratégia a possibilidade de uma conexão entre as famílias (e consequentemente o idoso) e o setor saúde, propiciando assim mais efetividade nas ações relacionadas a promoção e proteção da saúde.

Entretanto, é indiscutível o fato de que com o significativo aumento na expectativa de vida e consequente incremento na longevidade dessa população, ocorre também uma ampliação no número de idosos que por razões diversas, tornam-se exilados do convívio social.

Neste estudo encontramos um importante número de idosos restritos ao lar dentre a população total de idosos adscritos ao território de uma USF da Grande Vitória. O perfil identificado foi caracterizado em sua maioria por mulheres, com média de 83,79 anos, que se autopercebam brancos, católicos, viúvos, de baixa escolaridade, vivendo com duas ou mais gerações e renda de até um salário mínimo.

Os achados da presente pesquisa reforçam o conceito de heterogeneidade dessa população, principalmente no que concerne ao gênero, confirmando a questão da feminilização da velhice. Acredita-se que essas diferenças devem ser levadas em consideração ao se estabelecer ações de saúde ou proteção social para esse segmento populacional.

Por fim, destaca-se a escassez de estudos, nacionais e internacionais, que foquem na questão dos idosos restritos ao lar. Destarte, propõe-se a realização de novas investigações em regiões e realidades diferentes para que se possa trazer à tona esses e outros achados, e finalmente direcionar políticas e ações mais eficazes para essa população que tanto necessita de atenção.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012b.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF) 2003.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 8 dez. 1993.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica (PNAB)**. Brasília (DF), 2012a.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 1999. Aprova a política nacional de saúde do idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 1999.

_____. Portaria nº 2.582, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 20 jan. 2006.

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.

ESQUENAZI, D.; SILVA, S.R.D. da; GUIMARÃES, M.A.M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento e quedas em idosos. **Rev HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 11-20, abr./jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário estatístico do Brasil, volume 71**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios.** Rio de Janeiro, 2012.

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

OLIVEIRA, B. L. C. A.; THOMAZ, E. B. A. F.; SILVA, R. A. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na PNAD (2008). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1-15, jul. 2014.

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

PEREIRA, P. A. P. Centralização e exclusão social: duplo entrave à Política de Assistência Social. **Ser Social**, Brasília, n. 3, p. 119-133, jul./dez. 1998.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. **Rev Latino-Am enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 1230-1238, Sep. 2011.

RODRIGUES, N. C. Política Nacional do Idoso – retrospectiva histórica. **Estud Interdiscip Envelhec**, Porto Alegre, v. 3, p. 149-158. 2001.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 536-545, 2007.

ROZENDO, A.; JUSTO, J. S. Velhice e terceira idade: tempo, espaço e subjetividade. **Rev Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 143-159, jun. 2011.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. O genograma para caracterizar a estrutura familiar de idosos com alterações cognitivas em contextos de pobreza. **Rev Min Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 525-533, out./dez. 2009.

SAQUETTO, M. *et al.* Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. **Rev Bioét**, Brasília (DF), v. 21, n. 3, p. 518-524, 2013.

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

SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 43-60, 2005.

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 sócio econômicas e de saúde de idosos assistidos pelas equipes de saúde da família. **Cien Cuid Saúde**, v. 14, n. 1, p. 933-940, jun./mar. 2014.

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). **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2953-2962, jun. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing**: a policy framework. Geneva, 2002.

_____. **World health statistics 2014**: a wealth of information oh global public health. Geneva, 2014.