

Vulnerabilidade social na população idosa usuária da Atenção Primária à Saúde de um município do Rio Grande do Sul

Social vulnerability of the older population using Primary Health Care in a municipality of Rio Grande do Sul

Luiza Maria Cipriani¹, Bruna Chaves Lopes², Gustavo Olszanski Acrani³, Ivana Loraine Lindemann⁴, Regina Inês Kunz⁵

Resumo

O envelhecimento populacional, realidade no Brasil, é um processo fisiológico acompanhado por diversos fatores que podem aumentar a vulnerabilidade dessa população. O objetivo do presente estudo foi caracterizar uma amostra de idosos usuários da Atenção Primária à Saúde quanto aos fatores sociodemográficos, aspectos de saúde e hábitos de vida, associados à prevalência de vulnerabilidade social, de acordo com variáveis preditoras. Os dados foram coletados por meio de aplicação de questionário e posteriormente digitados, validados e analisados por meio de estatística descritiva. Foram entrevistados 403 idosos, com maioria composta pelo sexo feminino, idade entre 60-69 anos, da cor branca, que possuem companheiro, cursaram o ensino fundamental, que praticam atividade física, não fumam ou bebem, não exercem atividade remunerada, com renda *per capita* mensal menor ou igual a 1 salário mínimo, que residem com 2 pessoas e que possuem 3 ou mais doenças crônicas não transmissíveis. A prevalência de vulnerabilidade social, dada pela ausência de cônjuge, baixa escolaridade e baixa renda, foi de 51% e variou em função do sexo (56,7% em mulheres; $p=0,01$), mas não variou em função da idade ($p=0,30$) e da cor da pele ($p=0,07$). A maior vulnerabilidade social em idosos é decorrente da maior longevidade, associada muitas vezes à ausência de companheiro, bem como pelas históricas desvantagens educacionais, que culminam em baixa escolaridade, e dificuldades financeiras, como menor renda, em comparação aos homens.

Palavras-chave: Envelhecimento; Qualidade de vida; Saúde do idoso.

¹ Graduanda em Medicina na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Mestrado em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul e Preceptora da Residência de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Doutorado em Biologia Celular e Molecular pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Professor Adjunto da Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Professora Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Doutorado em Ciências Biológicas – Ênfase em Biologia Celular e Molecular – pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, Paraná, Brasil. Professora Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: regina_kunz@hotmail.com

Abstract

Ageing population, a reality in Brazil, is a physiological process accompanied by several factors that can increase the vulnerability of this population. The objective of the present study was to characterize a sample of older population users of the urban network of Primary Health Care regarding sociodemographic factors, health aspects and lifestyle habits, associated with the prevalence of social vulnerability, in accordance with predictor's variables. Data were collected through questionnaire application and later typed, validated and analyzed using descriptive statistics. We interviewed 403 elderly, with a majority composed of females, aged 60-69 years, white, who have a partner, attended elementary school, who practice physical activity, do not smoke or drink, do not perform paid activity, with per capita monthly income less than or equal to 1 minimum wage, who live with 2 people and who have 3 or more chronic non-communicable diseases. The prevalence of social vulnerability, given by the absence of spouse, low schooling and low income, was 51% and varied according to gender (56.7% in women; $p=0.01$), but did not vary according to age ($p=0.30$) and skin color ($p=0.07$). The greater social vulnerability in the old women is due to greater longevity, often associated with the absence of a partner, as well as historical educational, with low educational level, and income disadvantages, as lower income, compared to men.

Keywords: Aging; Quality of life; Health of the older people.

Introdução

Vulnerabilidade é a ausência de condições ou também de capacidade para reagir e se defender de algum tipo de ameaça, perigo ou violência. Refere-se à desproteção e à exposição a danos físicos, psicológicos ou morais devido à fragilidade de uma pessoa ou de um grupo social. Nas Ciências Sociais, o conceito de desigualdade social é um guia fundamental para a compreensão dos processos de mudança histórico-sociais contemporâneos e para a orientação das ações do Estado no combate aos diversos fenômenos de privação e vulnerabilidade social.⁽¹⁾

A desigualdade social é o principal fator produtor de situações de vulnerabilidade, tanto em nível individual quanto no coletivo. A pobreza, a miséria, a falta de acesso sustentável a recursos básicos, tais como saneamento, alimentação e saúde, educação, moradia adequada, trabalho e renda, transporte e segurança pública, entre outros, impõem uma luta desigual e desumana pela sobrevivência e geram situações de vulnerabilidade e risco social.⁽²⁾

O envelhecimento, um processo natural e não patológico que ao longo do tempo impõe alterações diversas e produz efeitos biológicos, com

danos moleculares e celulares, e comportamentais que repercutem no contexto psicossocial e na qualidade de vida, compõe-se de uma série de mudanças morfofuncionais, permeadas por distintos componentes, desde processos fisiológicos, como os fatores hereditários e estilo de vida, como também aqueles inerentes ao contexto social ao qual o indivíduo pertence.⁽³⁾

Atualmente, existem cerca de 962 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, o que corresponde a 13% da população total. A taxa de crescimento mundial é de aproximadamente 3% ao ano, e estima-se que, em 2050, a população idosa some 2,1 bilhões de pessoas. Até 2050, todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto de suas populações compondo essa faixa etária.⁽⁴⁾

Destaca-se que esse evento resulta da diminuição significativa das taxas de mortalidade, especialmente por doenças infectocontagiosas, como consequência da melhoria das condições de vida, incorporação de novas tecnologias e maior acesso aos serviços de saúde.⁽⁵⁻⁶⁾ Enquanto em meados do século XX as discussões baseavam-se nas causas e consequências do crescimento populacional, verifica-se que, no século XXI, estão em pauta as causas e consequências da transição demográfica.⁽⁷⁾

Devido a sua magnitude, o envelhecimento pode ser considerado importante questão de saúde pública. Por ser um processo multidimensional, que sofre influência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, abordagens essencialmente biológicas não são suficientes ou satisfatórias para o delineamento de políticas públicas adequadas às reais demandas desse grupo. Por essa razão, é imprescindível que as questões relativas à população idosa sejam analisadas sob uma perspectiva mais abrangente.⁽⁸⁾

É evidente que o indivíduo idoso tem sua capacidade funcional reduzida devido ao curso do tempo, tal como em todos os organismos vivos. Por conseguinte, os serviços de saúde necessitam atender adequadamente às demandas dessa parcela populacional, tanto no âmbito de prevenção e controle de doenças, como na promoção de um envelhecimento ativo. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) baseada em seus princípios essenciais de primeiro contato – longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção – apresenta alto potencial no atendimento a idosos, controle de condições crônicas e prestação de serviços preventivos.⁽⁹⁾

É de suma importância compreender que a manutenção da saúde da população idosa está relacionada a um conjunto de aspectos físicos e mentais, independência financeira, controle e prevenção de doenças crônicas e seus agravos, além da existência de suporte social à pessoa idosa.⁽¹⁰⁾ Neste contexto, fala-se sobre determinantes de vulnerabilidade, os quais incluem aspectos físicos, mentais, sociais e econômicos.

Assim, destaca-se para a população idosa a vulnerabilidade social, a qual está intimamente relacionada à forma como indivíduos, famílias ou grupos sociais são capazes de controlar as forças que afetam seu bem-estar, bem como o controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades que lhes são propiciadas.⁽¹¹⁾ Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), vulnerabilidade social é um resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos

recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade.

Dessa forma, é primordial que as condições de vida da população idosa e a variáveis que estão ligadas ao envelhecimento sejam constantemente analisadas, a fim de que se consiga responder adequadamente às necessidades e fragilidades, desenvolvendo políticas sociais que possam prevenir ou corrigir distorções presentes no processo de envelhecimento saudável e pleno.

Para tanto, o presente estudo objetiva caracterizar uma amostra de indivíduos idosos usuários da APS quanto aos fatores sociodemográficos, aspectos de saúde e hábitos de vida, bem como descrever a prevalência de vulnerabilidade social e verificar sua distribuição de acordo com variáveis preditoras.

Material e Método

Trata-se de um recorte de uma pesquisa transversal realizada no município de Passo Fundo, no estado do Rio Grande do Sul, com adultos e a população idosa na rede urbana de APS cujos dados foram coletados entre maio e agosto de 2019, cuja amostra consistia em todos os usuários que estavam presentes na unidade de saúde a fim de receber atendimento. Para este recorte foi incluída apenas a população idosa (idade igual ou superior a 60 anos) entrevistada nas 34 unidades do município, e foram excluídos os adultos e as pessoas impossibilitadas de responderem ao questionário, por déficits cognitivos ou disfunções relacionadas à comunicação.

Dois cálculos distintos foram utilizados para determinar o tamanho da amostra, considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80% para ambos. No primeiro cálculo, considerando-se uma prevalência do desfecho de 10% e margem de erro de cinco pontos percentuais, seriam necessários 138 participantes. O segundo, para identificar a associação entre os diferentes desfechos e fatores de exposição, considerou

como base uma razão de não expostos/expostos de 9:1, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 9,1% e RP de 2, resultando em 1.220 entrevistados. Somando-se a esse número 15% para fatores de confusão, a amostra necessária seria de 1.403 participantes. Considerando o recorte do presente estudo, a amostra da população idosa alcançada foi de 403 indivíduos.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário padronizado, pré-testado e pré-codificado, por acadêmicos de Medicina. Considerando o tamanho estipulado para a amostra, o número de participantes em cada uma das 34 unidades de saúde foi proporcional ao número médio de atendimentos realizados no mês anterior ao início da coleta de dados. Assim, no período definido para a coleta, todos os adultos e idosos que buscaram qualquer tipo de atendimento no serviço foram abordados e convidados a participar do estudo, até que se completasse, consecutivamente, o número determinado para cada local. A aplicação do questionário foi feita no próprio serviço, na sala de espera, antes dos atendimentos.

O presente estudo analisou algumas variáveis contempladas no questionário: sociodemográficas (idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, exercício de atividade remunerada, número de moradores por domicílio e renda), hábitos de vida (consumo de bebida alcoólica, tabagismo e prática de atividade física), além de identificar, por diagnóstico médico autorreferido, a presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo elas: obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, problemas cardíacos, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, depressão e câncer.

O desfecho vulnerabilidade social foi determinado por meio da somatória das seguintes variáveis: ausência de companheiro, escolaridade ≤ 8 anos e renda *per capita* ≤ 1 salário mínimo, de modo que o resultado poderia ser 0 = nenhum dos fatores ou 1 a 3, indicando presença de um, dois ou três fatores de vulnerabilidade. Para fins de análise, o indivíduo foi considerado com presença de vulnerabilidade social se apresentasse somatória de

2 e 3, enquanto a ausência de vulnerabilidade foi constatada para a somatória de 0 e 1. A escolha das variáveis utilizadas na definição do desfecho considerou os achados em estudos prévios,^(1-2,8) bem como a disponibilidade das variáveis no questionário utilizado como instrumento de coleta dos dados.

Os dados coletados foram duplamente digitados, em banco de dados do programa EpiData versão 3.1 (distribuição livre) e, posteriormente, transferidos para o programa estatístico PSPP (distribuição livre). A análise consistiu de estatística descritiva dos dados, composta por distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis categóricas. A prevalência do desfecho, vulnerabilidade social, foi calculada juntamente a seu intervalo de confiança (IC95). Por fim, a distribuição da vulnerabilidade social em relação às variáveis independentes, sexo, idade e cor da pele, foi verificada por meio do teste de qui-quadrado, considerando 5% de erro tipo I.

Todos os procedimentos atinentes ao presente estudo foram previamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS (Parecer de nº 3.219.633).

Resultados

O estudo avaliou uma amostra de 403 indivíduos idosos, composta predominantemente pelo sexo feminino (61,3%), com idade entre 60-69 anos (66,5%), da cor branca (67,6%), com escolaridade ≤ 8 anos (64,7%) e que possuem companheiro (62,3%) – Tabela 1. Quanto aos hábitos de vida e de saúde, a maioria pratica atividade física (54,1%), não fuma ou é ex-fumante (85,8%), não possui o hábito de consumir bebida alcoólica (76,4%) e apresenta 3 ou mais DCNT (50,6%).

Dois moradores por domicílio (41,9%) é a realidade da maioria da amostra, acompanhada da quase totalidade dos idosos que não exerce atividade remunerada ou é aposentado(a)/pensionista (88,3%), e possui renda *per capita* igual ou inferior a 1 salário mínimo (61,4%).

Tabela 1 - Caracterização de uma amostra de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, 2021 (n=403).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	156	38,7
Feminino	247	61,3
Idade (anos completos)		
60-69	268	66,5
70-79	109	27,1
≥ 80	26	6,4
Cor da pele (n=398)		
Branca	269	67,6
Outra	129	32,4
Escolaridade (n=343)		
≤ 8 anos	222	64,7
≥ 9 anos	121	35,3
Situação conjugal (n=400)		
Com companheiro	249	62,3
Sem companheiro	151	37,7
Prática de exercício físico		
Não	185	45,9
Sim	218	54,1
Hábito de fumar (n=402)		
Não/ex-fumante	345	85,8
Sim	57	14,2
Consumo de bebidas alcoólicas (n=402)		
Não	307	76,4
Sim	95	23,6
Possuir DCNT		
Nenhuma	55	13,7
1-2	144	35,7
≥ 3	204	50,6
Número de moradores do domicílio		
1	81	20,1
2	169	41,9
≥ 3	153	38,0
Exerce atividade remunerada		
Não/aposentado/pensionista	356	88,3
Sim/em benefício	47	11,7
Renda per capita (n=373)		
≤ 1 salário mínimo*	229	61,4
> 1 salário mínimo	144	38,6

Fonte: os autores.

Legenda: DCNT - Doença Crônica não Transmissível. *Valor do salário mínimo R\$ 998,00.

A prevalência de vulnerabilidade social nos idosos foi de 51% (IC95 46-56) e a sua distribuição em relação a sexo, idade e cor da pele está descrita na Tabela 2. Verificou-se que a vulnerabilidade

social variou em função do sexo (56,7% em mulheres; $p=0,01$), mas não variou em função da idade ($p=0,30$) e da cor da pele ($p=0,07$).

Tabela 2 - Prevalência de vulnerabilidade social em uma amostra de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde, conforme sexo, idade e cor da pele. Passo Fundo, RS, 2021 (n=403).

Variáveis	Com vulnerabilidade		Sem vulnerabilidade		p
	n	%	n	%	
Sexo					0,01
Masculino	67	42,9	89	57,1	
Feminino	140	56,7	107	43,3	
Idade (anos completos)					0,30
60-69	133	49,6	135	50,4	
70-79	57	52,3	52	47,7	
≥ 80	17	65,4	9	34,6	
Cor da pele					0,07
Branca	130	48,3	139	51,7	
Outra	75	58,1	54	41,9	

Fonte: os autores.

Discussão

A amostra do presente estudo foi composta por 403 idosos, dos quais a maior parte é composta por mulheres, com idade entre 60-69 anos, da cor branca, que possuem companheiro, cursaram até 8 anos de estudo, praticam atividade física, não fumam ou bebem, não exercem atividade remunerada ou são aposentadas/pensionistas, residem com mais uma pessoa, com renda *per capita* mensal menor ou igual a 1 salário mínimo e que possuem 3 ou mais DCNT.

Estudos prévios^(8,12-13) também apontaram a predominância do sexo feminino, o que vai ao encontro do conceito de feminilização da velhice. De fato, as mulheres são as que possuem maior expectativa de vida, menores taxa de mortalidade por causas externas, menor exposição a riscos e procuram de forma mais ativa os serviços sociais e de saúde.⁽¹⁴⁾

Apesar da maior expectativa de vida, cabe destacar que existem diferenças de gênero vivenciadas ao longo dos anos como: discriminação, violência, trabalho doméstico, dificuldades educacionais e profissionais. Tais vivências proporcionam aumento de mudanças corporais de maneira que as mulheres se deterioram mais do que os homens, o que pode ser entendido como vulnerabilidade, seja por condições crônicas ou por fragilidade física e psicológica.⁽¹⁵⁾

Verificou-se no presente estudo que há maior prevalência de vulnerabilidade social na população idosa feminina em relação ao sexo masculino, o que também foi relatado previamente.⁽¹⁶⁾ Considerando as variáveis que foram utilizadas como preditoras do desfecho no presente estudo, pode-se explicar tal achado considerando-se o papel da mulher na sociedade brasileira. Por alcançarem maior longevidade,⁽¹⁴⁾ muitas vezes as mulheres perdem seu companheiro e, eventualmente, apresentam maior

vulnerabilidade associada à solidão ora imposta.⁽¹⁷⁾ Ainda, em decorrência de desvantagens educacionais e empregatícias,⁽⁸⁾ há frequentemente menor renda, fatores estes diretamente relacionados a maior vulnerabilidade apresentada pelas idosas em relação aos homens.

Com relação à faixa etária, encontrou-se uma amostra composta por uma maioria com idade entre 60-69 anos (66,5%), mostrando concordância com estudos anteriores.⁽¹²⁻¹³⁾ Atualmente, pesquisas de base populacional demonstram que 55,12% da população idosa brasileira pertencem à faixa etária de 60 a 69 anos.⁽¹⁸⁾

No entanto, destaca-se que recentemente tem havido desenvolvimento mais acelerado entre os indivíduos octogenários, assemelhando-se às tendências observadas em países desenvolvidos, devido às melhorias das condições de vida e de saúde.⁽¹⁹⁾ Dessa forma, podem ser percebidas alterações na composição interna do grupo idoso, revelando uma heterogeneidade de características deste segmento populacional.⁽²⁰⁾

Embora no atual estudo não tenha ocorrido variação da vulnerabilidade social em função dos estratos etários, sabe-se que nos indivíduos classificados nesse segmento como mais idosos há uma maior taxa de vulnerabilidade, uma vez que as variações biológicas acrescidas ao estresse fisiológico e à exposição aos agravos nessa população, contribuem para uma maior probabilidade de morbimortalidade.⁽⁸⁾

Cabe ressaltar que a predominância de idosos mais jovens no presente estudo provavelmente explica a ausência de significância estatística entre a vulnerabilidade social e as categorias etárias do grupo, embora perceba-se uma tendência de presença do desfecho em função do aumento da idade. Ademais, a abordagem da população idosa nas unidades básicas de saúde pode ter auxiliado na distribuição da faixa etária majoritária, visto que é sabido que o aumento da idade está acompanhado frequentemente de déficits funcionais e, consequentemente, maior dificuldade de deslocamentos aos serviços de saúde.

A cor da pele mais prevalente na amostra foi a branca (67,5%), o que pode ser explicado pela presença dos imigrantes europeus no passado, em muitas regiões brasileiras, inclusive no norte gaúcho, visto que muitas características demográficas, culturais e sociais brasileiras sofreram influência europeia.⁽²¹⁾

Porém, convém lembrar que embora a maioria da amostra se autodeclare branca, existe maior fragilidade em indivíduos não brancos, uma vez que esses indivíduos estão em posição desvantajosa e de alta vulnerabilidade. Dessa forma, ainda é verificado o acúmulo de desvantagens nesse grupo: menor escolaridade e renda, maior desemprego e informalidade no trabalho, piores condições de moradia e maior dificuldade de acesso a bens e serviços.⁽²²⁾ No presente estudo não houve diferença estatisticamente significativa entre cor da pele e vulnerabilidade social ($p=0,07$), embora possa ser percebida a tendência indicada em outros estudos,⁽²¹⁻²²⁾ visto que a vulnerabilidade social foi maior na população não branca.

Em relação à escolaridade, a maioria estudou 8 anos ou menos (64,7%), corroborando achados de um estudo no qual 80% da amostra não completou o Ensino Fundamental, configurando baixo nível de escolaridade.⁽¹²⁾ Existe uma relação direta entre maior escolaridade e melhores condições de renda, o que impacta positivamente nas condições de vida e saúde.^(8,13) Além disso, indivíduos idosos com baixa escolaridade podem apresentar problemas de saúde mental, e condições crônicas, além da exclusão social, menor acesso às informações e condições socioeconômicas desfavoráveis.⁽¹³⁾

No que diz respeito à situação conjugal, a que prevalece é a de possuir companheiro, com uma frequência de 62,2%. Tal achado difere de estudos anteriores,^(13,23) nos quais a maioria dos idosos não apresentava companheiro. Acredita-se que esse resultado tenha aparecido nos estudos anteriores devido a maior faixa etária encontrada nas amostras estudadas, o que pode aumentar a quantidade de idosos viúvos.

O estado civil demonstra associação com a fragilidade, sendo maior a proporção de idosos frágeis viúvos, dado que pode levar ao isolamento social e familiar, contribuindo com dificuldades por falta de estímulo do companheiro,⁽²³⁾ uma vez que essa presença caracterizará fonte de apoio às dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento incentivando a busca por cuidados.⁽¹⁷⁾ Ademais, outro estudo apresentou o casamento como fator positivo para o envelhecimento saudável e prevenção da dependência funcional em octogenários,⁽²⁴⁾ sendo a presença do cônjuge fator impulsionador à vida social, intensificando as atividades afetivas e instrumentais.

Além disso, quanto a variáveis relacionadas a hábitos de vida, observou-se que 54% da população idosa praticam atividade física regularmente, 85,8% não fumam e 76,4% não possuem o hábito de consumir bebida alcoólica, o que se assemelha à literatura.⁽²⁵⁾ Tais achados podem ser interpretados como positivos, visto que o consumo, tanto de álcool quanto tabaco é considerado fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, doenças hepáticas, doenças cerebrovasculares e determinados tipos de câncer, sobretudo em idosos, devido às mudanças fisiológicas relacionadas à idade. Ainda, a realização de atividade física é extremamente benéfica como atenuante ou preventiva das alterações decorrentes do envelhecimento.⁽²⁶⁾

Nota-se que a presença de DCNT era esperada, uma vez que se trata de condição inerente ao avanço da idade, relacionada com as alterações anatômicas, fisiológicas e funcionais.⁽²⁷⁾ No presente estudo há prevalência de três ou mais DCNT em 50,6% da população idosa. No Brasil, essas doenças constituem um dos problemas de saúde de maior magnitude e diversas ações vêm sendo desenvolvidas em todas as esferas governamentais, com o objetivo de alertar sobre a questão, propor discussões e eventuais mudanças nas políticas dos governos. Ações de prevenção das DCNT e promoção da saúde, com o intuito de evitar ou postergar a manifestação dos sintomas dessas doenças, podem reduzir, de forma satisfatória, gastos com a saúde pública.⁽²⁸⁾ Assim, percebe-se notoriamente

que tais medidas devem ser contínuas e buscar maior abrangência possível, visto que ainda é bastante alta a prevalência de tais comorbidades.

Referente ao número de moradores por domicílio a maioria dos indivíduos idosos reside com mais um membro. Conforme a literatura,⁽²⁹⁾ a maioria da população idosa mora acompanhada, principalmente por um familiar. Isso gera um suporte que produz efeitos positivos na saúde do idoso, evitando problemas e suscetibilidades advindas do fato de morar sozinho.

No que concerne à atividade remunerada, identificou-se que a maior parte dos idosos não exerce atividade laborativa, ou é pensionista/aposentado, com 88,3% da amostra total. Estudo semelhante⁽³⁰⁾ mostrou também o predomínio de idosos aposentados, com uma prevalência de 55,4%. Convém lembrar que aposentadorias, pensões e benefícios são as principais fontes de renda e sustento da população idosa brasileira.

Por fim, referente à renda *per capita*, no presente estudo predominou o rendimento menor ou igual a um salário mínimo (61,3%), confirmando achado prévio.⁽³¹⁾ Cabe destacar que muitas vezes a maior parte do rendimento do idoso é utilizada na compra de medicamentos ou gastos com saúde, minimizando o valor que poderia ser redirecionado para atividades de lazer que se traduzem em melhora da qualidade de vida. Nesse contexto, entende-se que a receita domiciliar pode contribuir para o estabelecimento da vulnerabilidade individual entre as pessoas idosas.⁽³²⁾

Torna-se importante entender a mudança que o perfil sociodemográfico, comportamental e de saúde da população brasileira vem sofrendo nos últimos anos, e que esse cenário torna a atenção à saúde da população idosa como um dos mais importantes desafios para a sociedade brasileira. Logo, os resultados encontrados evidenciam a importância e necessidade de promover ações para a manutenção da saúde dessa população e sua total plenitude, evitando a exposição ou pelo menos diminuindo o impacto da presença de fatores de vulnerabilidade que levem a uma redução da qualidade de vida.

Dessa forma, espera-se que o estudo possa contribuir para o embasamento científico utilizado no desenvolvimento e aprimoramento de ações de promoção e prevenção à saúde por parte dos gestores e equipes de saúde, as quais se traduzem na elaboração de estratégias individuais e coletivas voltadas às principais necessidades da população idosa em nível local e em outras regiões.

Destaca-se como ponto forte do estudo atual o fato de que os participantes poderão ser beneficiados, já que os resultados poderão ser utilizados pela gestão de saúde do município na melhoria e qualificação da atenção à saúde da população idosa, de acordo com o perfil epidemiológico da amostra investigada.

Por fim, cabe mencionar como limitação a sua natureza transversal, com possibilidade de viés de causalidade reversa para algumas variáveis, além de viés de informação e de seleção devido à forma da coleta de dados e de recrutamento da amostra. Há que se considerar também, a possibilidade de poder estatístico insuficiente para a identificação de diferenças em relação a algumas variáveis, devido ao tamanho reduzido da amostra.

Conclusão

Verificou-se no presente estudo que a maior parte da população idosa atendida na APS no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, apresenta características sociodemográficas, comportamentais e de saúde esperadas para a população idosa brasileira. Observou-se uma alta prevalência de vulnerabilidade social, dada pela ausência de cônjuge, baixa escolaridade e baixa renda, a qual variou em função do sexo, embora sem diferença em relação à idade e cor da pele.

A maior prevalência de vulnerabilidade social nas idosas se deve a maior longevidade desse grupo, culminando com maiores chances de encontrar-se sem companheiro, associada a maior exposição, fragilidade e desigualdade que mulheres sofrem ao longo de sua vivência, caracterizada por menor tempo de escolaridade e conseqüentemente de renda.

Apesar de a prevalência de vulnerabilidade estar correlacionada ao aumento da idade, configurado como um período da vida com maior probabilidade de experiências solitárias, assim como com a cor de pele não branca, cujos indivíduos historicamente possuem menor escolaridade e renda, no presente estudo o desfecho não variou em função destas variáveis.

Referências

- 1 Castro CLF, Gontijo CRB, Pinto LM. Dicionário de políticas públicas. Belo Horizonte: Universidade do Estado de Minas Gerais; 2012.
- 2 Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2005 [citado 2021 maio 10];10(2):357-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000200013>
- 3 Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS; 2015.
- 4 Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 2021 abr 25]; 28(5):955-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500014>
- 5 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 [Internet]. Brasília: IBGE; 2013 [citado 2021 abr 21]. Disponível em: <https://ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>
- 6 United Nations Programme on Ageing and the International Association of Gerontology and Geriatrics (USA). Research agenda on ageing for twenty-first century [Internet]. 2007 [cited 2021 May 20]; 1-28. Available from: <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/AgeingResearchAgenda-6.pdf>
- 7 United Nations. World population prospects: the 2017 revision: key findings and advanced tables

- [Internet]. New York: United Nations; 2020 [cited 2021 May 3]. Available from: <http://www.worldpopulationprospects.com.br>
- 8 Rodrigues NO; Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [citado 20 abr 2021]; 17(8):2129-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800023>
 - 9 Harzheim E, Oliveira M, Agostinho M, Hauser L, Stein A, Gonçalves M, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013 [citado 2021 maio 20];29(8). Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)829)
 - 10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2021 maio 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>
 - 11 Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2011 [citado 2021 abr 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
 - 12 Agne T, Lorenzatto L, Busato MA, Lutinski JA. Vulnerabilidades e risco em saúde: percepção dos idosos. *Cinergis* [Internet]. 2017 [citado 2021 maio 12];18(1). Disponível em: <https://doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8122>
 - 13 Amaral FLJS, Guerra RO, Nascimento AFF, Maciel ACC. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [citado 2021 abr 22];8(6):1835-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600034>
 - 14 Storti LB, Fabrício-Whebe SCC, Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2021 maio 11]; 22(2):452-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200022>
 - 15 Amendola F, Alvarenga MRM, Latorre MRDO, Oliveira MAC. Development and validation of the family vulnerability index to disability and dependence (FVI-DD). *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 16]; 48(1): 80-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100010>
 - 16 Cruz DT, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Factors associated with frailty in a community-dwelling population of older adults. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 18];51(106):1-13. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007098>
 - 17 Camarano AA, Kanso S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. *In: Tratado de geriatria e gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 133-52.
 - 18 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Brasília: IBGE; 2010 [Internet]. [citado 2021 maio 21]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>
 - 19 Rede Interagencial de Informação para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS; 2009 [citado 2021 maio 14]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/277-LIVRO_Informe_de_Situacao_livreto_WEB.pdf
 - 20 Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2010 [citado 2021 maio 12];14(35):867-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000034>
 - 21 Macedo, H.A.M. Ocidentalização, territórios e população indígenas no sertão da Capitania do Rio Grande do Norte. [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.

- 22 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2021 maio 19]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>
- 23 Grden CRB, Lenardt MH, de Sousa JAV, Kusumota L, Dellaroza MSG, Bettioli SE. Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a community. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 18];25:e2886. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1770.2886>
- 24 Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2021 May 19];24:e2724. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0694.2724>
- 25 Luz EP, Dallepiane LB, Kirchner RM, Silva LAA, Silva FP, Kohler J, *et al.* Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [citado 2021 maio 19];17(2):303-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200008>
- 26 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. 2019 [citado 2021 maio 15]. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>
- 27 Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci MFN. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 [cited 2021 Apr 20];21(4):1177-85. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400020>
- 28 Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, Carli GA. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011 [citado 2021 abr 20];14(4):713-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000400010>
- 29 Cabral JF, Silva AMC, Mattos IE, Neves AQ, Luz LL, Ferreira DB, *et al.* Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela estratégia saúde da família. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [citado 2021 maio 15];24(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>
- 30 Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, *et al.* Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011;10(4):430-9. doi: 10.1016/j.arr.2011.03.003.
- 31 Confortin SC, Schneider IJC, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, Marques LP, *et al.* Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2021 maio 22];26(2):305-17. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200008>
- 32 Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 2021 maio 12];46(11):100-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000059>

Recebido em: 5 nov. 2021

Aceito em: 19 abr. 2023

