

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E DE SAÚDE DE IDOSAS OCTOGENÁRIAS¹

Maurícia Brochado Oliveira Soares*
Darlene Mara dos Santos Tavares**
Flavia Aparecida Dias***
Marina Aleixo Diniz****
Ana Rita Marinho Machado*****

RESUMO

Este estudo objetivou descrever as características sociodemográficas e econômicas, as condições de saúde, a capacidade funcional, a utilização dos serviços de saúde e as atividades de lazer de mulheres octogenárias e verificar a associação do número de incapacidades funcionais e do número de morbidades com sua renda e sua escolaridade. Consistiu em um inquérito domiciliar, observacional e transversal, realizado entre 271 octogenárias. Os dados foram submetidos à análise descritiva e ao teste qui-quadrado ($p < 0,05$). As entrevistadas, em sua maioria, são viúvas (73,8%), sem escolaridade (52%), têm renda individual de um salário mínimo (62,7%) e residem em casa própria (60%). As morbidades mais frequentes foram problemas de visão (69%) e hipertensão arterial (59,9%). Verificou-se que 39,6% têm uma incapacidade funcional, 34,4% referiram utilizar os serviços do SUS e 70,4% estão satisfeitas com as atividades de lazer. A associação do número de comorbidades com renda e escolaridade e de incapacidade funcional com renda não evidenciou diferenças significativas. Observou-se que quanto maior o número de incapacidades menor é a escolaridade. Os resultados reforçam a necessidade de implementar políticas e ações de saúde destinadas às octogenárias com fundamento no processo de envelhecimento ativo.

Palavras-chave: Enfermagem Geriátrica. Idoso de 80 anos ou mais. Envelhecimento. Saúde da mulher. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. Não obstante, neste aspecto existem importantes diferenças entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento: enquanto nos primeiros o envelhecimento ocorreu associado a melhorias nas condições gerais de vida, nos outros esse processo acontece de forma rápida. Assim, o tempo é escasso para uma reorganização efetiva nas áreas social e de saúde voltada às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050 estima-se um total de dois bilhões de pessoas idosas no mundo, sendo a maioria residente em países em desenvolvimento⁽¹⁾.

A população idosa passa por uma profunda

mudança na sua estrutura interna, tanto no tocante à idade quanto à proporção entre os sexos⁽²⁾. Entre os idosos, o grupo com idade igual ou superior a 80 anos vem aumentando de maneira mais intensa do que as outras faixas etárias, constituindo o segmento populacional que mais cresceu nos últimos tempos⁽¹⁾.

No Brasil, em 2000, este segmento representava 1% da população geral e para 2050 estima-se que represente 6,5%, sendo a maioria (62,91%) do sexo feminino⁽³⁾.

De acordo com projeção do DATASUS⁽⁴⁾, as idosas octogenárias do município de Uberaba representam 1,8% da população total, sendo a maioria mulheres (61,73%). Esse percentual é superior ao encontrado para o Estado de Minas Gerais, que é de 1,6%, com 59,4% de mulheres. Tais dados reforçam a necessidade de

¹Trabalho decorrente de pesquisa que recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG).

* Enfermeira Obstétrica. Mestranda em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Bolsista da CAPES/DS. E-mail: mauricia_olive@yahoo.com.br

** Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Centro de Graduação de Enfermagem da UFTM. E-mail: darlenetavares@netsite.com.br

*** Enfermeira. Mestranda em Atenção à Saúde da UFTM. Bolsista da CAPES/DS. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br

**** Enfermeira. Mestranda em Atenção à Saúde da UFTM. Bolsista da FAPEMIG. E-mail: mafmtm@yahoo.com.br

***** Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora Assistente do Centro de Graduação de Enfermagem da UFTM. E-mail: anarita@mednet.com.br

desenvolver pesquisas em Uberaba para compreender a dinâmica do seu envelhecimento populacional visando à reorganização da atenção à saúde da população octogenária do sexo feminino.

Tendo-se em vista o aumento dessa população, foram realizados alguns estudos relacionados a esta temática no Brasil. No interior de São Paulo, um estudo realizado com 80 octogenários evidenciou predomínio de indivíduos do sexo feminino, de viúvos, de analfabetos, de sedentários e carentes de oportunidades de lazer, os quais encontram o maior estímulo otimizador para a qualidade de vida na religião⁽⁵⁾. Estudo de inquérito domiciliar realizado com idosos residentes em Belo Horizonte(MG) evidenciou associação positiva e significativa entre uso de medicamentos e idade igual ou superior a 80 anos, verificando-se aumento da utilização mais expressivo entre as mulheres⁽⁶⁾.

Em estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), observou-se que, dentre as idosas octogenárias, 11,1% percebem sua saúde como ruim/muito ruim, 20,3% deixaram de realizar atividades habituais nas últimas semanas por motivos de saúde e 16,4% estiveram acamadas nas duas últimas semanas⁽⁷⁾.

Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos sendo capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável⁽⁸⁾; contudo são necessárias pesquisas científicas para evidenciar as características desta população, com vista a contribuir para um planejamento da atenção que busque auxiliar na implementação de ações para melhoria de suas condições de saúde e qualidade de vida.

Nesta perspectiva, estabeleceu-se como objetivo deste estudo descrever as características sociodemográficas e econômicas, as condições de saúde, a capacidade funcional, a utilização dos serviços de saúde e as atividades de lazer das octogenárias, bem como verificar a associação do número de incapacidades funcionais e do número de morbidades com a renda e a escolaridade dessas mulheres.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, do tipo inquérito domiciliar, transversal e observacional, que avaliou as condições de saúde dos idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba - MG.

Para esse estudo maior a amostra populacional foi calculada em 3.034 idosos, considerando-se 95% de confiança, 80% de poder de teste, margem de erro de 4% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $\pi = 0,5$, para as proporções de interesse. Após o cálculo do número de idosos, para a amostra em cada estrato (bairro), foram considerados pelo menos dez idosos naqueles bairros em que o cálculo amostral foi inferior a cinco e, utilizou-se a técnica de amostra sistemática para selecionar, dentro de cada bairro, os domicílios nos quais os idosos foram entrevistados. Ao término da coleta dos dados, considerando-se as perdas, obtiveram-se 2.924 entrevistas.

Para a condução desta pesquisa com idosas octogenárias foram incluídas as que atenderam aos critérios de inclusão: ter 80 anos ou mais, ter obtido pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva, ser do sexo feminino, residir na zona urbana de Uberaba e aceitar participar da pesquisa. Desta forma, obtiveram-se 271 idosas octogenárias.

Para a coleta dos dados foi necessário primeiro identificar as idosas no domicílio, trabalho em que se utilizou a técnica da amostragem sistemática. O mapa de cada bairro, disponibilizado pelo Centro de Controle de Zoonoses do município de Uberaba, serviu de itinerário para a seleção dos domicílios. Por meio de sorteio aleatório foi selecionado o primeiro domicílio a ser visitado na primeira quadra do bairro. No sentido horário os demais domicílios foram considerados em cada quadra até percorrer o bairro todo. No caso de no domicílio não haver idoso considerou-se aquele imediatamente posterior. Realizou-se sorteio aleatório quando, na residência selecionada, havia mais de uma octogenária. Quando no domicílio selecionado havia alguma octogenária, mas esta não estava em casa, agendou-se outro horário, e se no dia agendado ela não estivesse presente, considerou-se o domicílio imediatamente posterior. Em condomínios

(prédios ou casas) o entrevistador apresentou-se na portaria e informou-se quanto ao número de apartamentos ou casas existentes, elaborou um roteiro e deu sequência à seleção dos domicílios. No caso de todo o bairro ter sido percorrido e não se ter alcançado o número de idosas desejado, o pesquisador voltou ao início do bairro, à casa subsequente à primeira selecionada, e repetiu todos os procedimentos até obter o número estipulado.

Os dados foram coletados por dez entrevistadores, que foram treinados e acompanhados sistematicamente pelos pesquisadores.

Para a coleta dos dados utilizou-se instrumento estruturado baseado no questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS), elaborado pela Duke University e adaptado à realidade brasileira⁽⁹⁾, o qual consta dos seguintes itens: avaliação cognitiva, dados sociodemográficos e econômicos, atividades da vida diária, saúde e uso de serviços de saúde.

A avaliação cognitiva foi baseada no Miniexame do Estado Mental (MEEM), versão reduzida validada pelos pesquisadores do Projeto SABE⁽¹⁰⁾. Nesta versão estabeleceu-se um ponto de corte de 12/13, obtendo-se uma sensibilidade de 93,8 e especificidade de 93,9. A deterioração cognitiva foi indicada por uma pontuação igual ou inferior a 12. As questões da avaliação cognitiva estavam subdivididas em orientação temporal e espacial, registro, atenção e cálculo, memória recente, realização de comando e cópia de desenho. Para cada acerto considerava-se um ponto, tendo-se como pontuação máxima 19 pontos⁽¹⁰⁾.

As variáveis utilizadas no presente estudo foram: variável demográfica e socioeconômica (idade, estado conjugal, escolaridade, renda individual, procedência de recursos financeiros, moradia, compartilha moradia); saúde (morbidade, capacidade funcional, uso regular de medicamentos, problema para obter medicamento); uso de serviço de saúde (local de atendimento à saúde, internação e realização de exames nos últimos 12 meses; grau de satisfação com a internação e o atendimento); atividades de lazer (tipos e satisfação).

Considerou-se incapacidade funcional o idoso referir não conseguir realizar determinada atividade da vida diária.

Foi construído um banco de dados eletrônico no programa EpiInfo 3,2TM, e os dados coletados foram duplamente digitados, para posterior verificação das informações registradas.

Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, a média e o desvio-padrão ou mediana e de valores máximo e mínimo para as variáveis numéricas, de acordo com a normalidade dos dados. As associações entre as variáveis categóricas foram estudadas por meio do teste qui-quadrado ($p < 0,05$).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Protocolo n.º 553), em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As idosas foram contatadas em seus domicílios, onde lhes foram apresentados os objetivos e o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e oferecidas as informações pertinentes. A entrevista só foi conduzida após a anuência da entrevistada e a assinatura do referido termo. Garantiu-se o sigilo e o anonimato das respostas, mediante a identificação das entrevistas por números.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A mediana de idade das idosas foi 84 anos, variando de 80 a 101 anos.

Na Tabela 1 apresentam-se as características sociodemográficas e econômicas da população estudada.

Na Tabela 1 verifica-se que o estado conjugal apresenta maior percentual para as viúvas (73,8%), o que corrobora com estudo realizado com octagenários em um município do Interior do Estado de São Paulo, em que a maioria da população do sexo feminino era viúva, na proporção de 33:7⁽⁵⁾.

Quanto à escolaridade, houve predomínio de idosas sem escolaridade (33,9%). Investigação conduzida com octagenários obteve que 75% eram analfabetos ou não haviam concluído o primeiro grau⁽⁵⁾. Em outra pesquisa realizada em Belo Horizonte-MG verificou-se que quanto maior a idade e menor a escolaridade, menores eram os escores apresentados no Miniexame do Estado Mental⁽¹¹⁾.

Tabela 1. Distribuição de frequência das características sociodemográficas e econômicas das idosas octogenárias - Uberaba, 2009

Variáveis	N	%
Estado conjugal		
Nunca casou ou morou com companheiro	21	7,7
Mora com esposo/companheiro	41	15,1
É viúva	200	73,8
Separada/desquitada/divorciada	9	3,3
Escolaridade (anos)		
Sem escolaridade	92	33,9
1-4 anos	71	26,2
4-8 anos	70	25,8
8 anos	8	3,0
9-11 anos	1	0,4
11 e mais	17	6,3
Renda individual* (em salários mínimos)		
Sem renda	32	11,8
< 1	2	0,7
1	170	62,7
1-3	50	18,5
3-5	7	2,6
> 5	10	3,7
Procedência dos recursos		
Aposentadoria	167	61,6
Financeiros		
Pensão	89	32,8
Renda/aluguel	3	1,1
Doação (família)	2	0,7
Não tem rendimento próprio	10	3,7
Moradia		
Própria/quitada	162	60,0
Própria/paga prestação	7	2,6
É de parente/paga aluguel	3	1,1
É de estranho/paga aluguel	25	9,3
Cedida/sem aluguel	73	27,0
Compartilha Moradia		
Sozinha	53	19,9
Em sua casa com acompanhante	175	65,8
Na casa de outra pessoa	37	13,9
Instituição asilar	1	0,4

* O salário mínimo correspondia a R\$300,00

Uma investigação demonstrou que o menor nível socioeconômico, avaliado pela escolaridade e renda, proporcionou aumento no sedentarismo, contribuindo para a aquisição de hábitos de vida prejudiciais à saúde e menor acesso às informações⁽¹²⁾.

Estes dados evidenciam que a equipe de saúde deve conhecer as características da população octogenária de modo a oferecer a atenção integral pautada nas necessidades e especificidades de aprendizagem.

Observa-se na Tabela 1 que a maioria tem renda individual de um salário mínimo (62,7%) proveniente de aposentadoria (61,6%) e pensão (32,8%). Nas idades mais avançadas as

oportunidades de trabalho diminuem e as chances de depender unicamente de aposentadoria e pensão aumentam⁽¹³⁾.

Estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) concluiu que a renda é fator determinante para más condições de saúde⁽⁷⁾; por outro lado, o aumento de renda causa melhorias nas condições percebidas de saúde, reduz a necessidade de cuidados médico-hospitalares e aumenta a procura por serviços de saúde, devido ao maior acesso a planos de saúde⁽¹⁴⁾.

No tocante à moradia, observa-se na Tabela 1 que os maiores percentuais são para aquelas que residem em casa própria/quitada (60%) e com acompanhante (65,8%). Resultados semelhantes foram encontrados em Porto Alegre, em que 78,1% residiam acompanhadas, porém a comparação entre os sexos revelou que a proporção das idosas que viviam sós (25,3%) era superior à dos homens (14,9%)⁽¹⁵⁾.

Pesquisa realizada em São Paulo mostrou que foi frequente as idosas passarem parte do dia na companhia de parentes (47%), ou sozinhas (28%) ou na companhia do marido (15%). Quando categorizadas em *estar só* e *estar acompanhada*, observou-se que 28% mulheres realizavam suas atividades sozinhas⁽¹⁶⁾.

Diante disso, ressalta-se que os profissionais de saúde têm um contexto privilegiado para buscar a corresponsabilidade dos familiares e acompanhantes para o planejamento e a oferta do cuidado direcionado às idosas.

O número de comorbidades entre as idosas octogenárias representou: seis (14%), dez ou mais (11,5%), quatro (11,4%), três (11,1%) e cinco (10,3%). Destaca-se que 2,2% das idosas não apresentam morbidades. Pesquisa de base populacional conduzida em São Paulo verificou que as comorbidades foram predominantes entre as mulheres mais longevas, ou seja, acima de 75 anos (21,9%)⁽¹⁷⁾. O mesmo se observou em Ribeirão Preto - SP, onde as morbidades no sexo feminino apresentam maior incidência na faixa etária de 80 anos ou mais⁽¹⁸⁾. As doenças crônicas são comuns entre idosos desta faixa etária e se encontram mais frequentemente entre as mulheres, uma vez que buscam mais atendimento à saúde e têm maior probabilidade de ter o diagnóstico médico.

Não houve associação significativa do número de comorbidades com a renda ($\chi^2=26,12$; $p=0,16$) e com a escolaridade ($\chi^2=17,79$; $p=0,81$).

As comorbidades mais frequentes foram: problemas de coluna (43,7%), hipertensão arterial (43,5%), problemas de visão (42,2%), problemas de circulação (37,5%) e problemas para dormir (36,4%). Dados divergentes foram obtidos no estudo baseado na PNAD, o qual evidenciou o predomínio de artrite/reumatismo (49,2%), hipertensão arterial (48,9%), doenças do coração (26,5%) e diabetes *mellitus* (12,7%)⁽⁷⁾.

Os problemas de visão também são descritos na literatura, corroborando os resultados encontrados neste estudo. Aproximadamente 90% dos idosos utilizam óculos e cerca de 16% da população entre 75 e 84 anos e 27% com mais de 85 anos estão cegos ou incapazes de ler jornal, mesmo com lentes corretivas⁽¹⁹⁾. Ressalta-se que a possibilidade de uma pessoa enxergar adequadamente traz benefícios à qualidade de vida, contribuindo para manutenção de sua independência, autonomia e inserção social.

Na Tabela 2, abaixo, estão apresentadas as atividades da vida diária.

Tabela 2. Distribuição de frequência das atividades da vida diária da população estudada, Uberaba, 2009

Atividades da vida diária	Sem dificuldade		Com dificuldade				Não consegue		Total N
			Pouca		Muita				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Comer	230	86,1	12	4,5	5	1,9	20	7,5	267
Tomar banho	203	75,7	22	8,2	9	3,4	34	12,7	268
Vestir-se	214	79,9	20	7,5	4	1,5	30	11,2	268
Pentear cabelo	222	83,1	15	5,6	4	1,5	26	9,7	267
Deitar/levantar da cama	204	76,4	24	9,0	11	4,1	28	10,5	267
Ir ao banheiro em tempo	214	80,5	18	6,8	7	2,6	27	10,2	266
Controle urinário	196	73,7	25	9,4	21	7,9	24	9,0	266
Controle intestinal	211	79,3	14	5,3	19	7,1	22	8,3	266
Andar no plano	182	68,4	30	11,3	18	6,8	36	13,5	266
Subir e descer escadas	93	35,0	49	18,4	78	29,3	46	17,3	266
Transporte cadeira/cama	117	79,6	3	2,0	8	5,4	19	12,9	147
Andar perto de casa	163	61,7	37	14,0	22	8,3	42	15,9	264
Medicar-se na hora	186	70,5	24	9,1	12	4,5	42	15,9	264
Fazer compras diversas	141	52,8	23	8,6	16	6,0	86	32,2	266
Preparar refeições	166	62,2	16	6,0	15	5,6	70	26,2	267
Cortar unhas dos pés	91	34,2	31	11,7	25	9,4	119	44,7	266
Uso de transporte (táxi/ônibus)	113	42,8	21	8,0	33	12,5	8	3,0	175
Fazer limpeza de casa	91	34,6	35	13,3	36	13,7	4	1,5	166
Administrar finanças	175	66,0	14	5,3	14	5,3	3	1,1	206
Dificuldade para sair de casa	123	46,1	41	15,4	37	13,9	4	1,5	205
Uso de telefone	175	66,3	17	6,4	12	4,5	5	1,9	209
Tarefas domésticas	101	37,8	32	12	31	11,6	5	1,9	169

Foi considerada incapacidade funcional a idosa não conseguir realizar determinada atividade da vida diária (AVD) sem auxílio.

Conforme a Tabela 2, a incapacidade funcional esteve relacionada, em sua maioria, a cortar as unhas dos pés (44,7%), fazer compras diversas (32,2%), preparar refeições (26,2%) e subir e descer escadas (17,3%).

O número de incapacidades funcionais foi categorizado em sem incapacidade; 1 a 4; 5 a 9 e 10 e mais. As idosas octogenárias apresentam maiores percentuais para 1 a 5 (72,3%) e 10 e mais (10,3%) incapacidades funcionais.

A comparação entre o número de incapacidades funcionais e a renda não evidenciou diferenças significativas ($\chi^2=7,44$; $p=0,28$); já em relação à escolaridade obteve-se diferença significativa, ou seja, quanto menor a escolaridade, maior o número de incapacidades funcionais ($\chi^2=32,15$; $p=0,021$). Há maior proporção de idosas sem incapacidade funcional apresentando 1 a 3 anos de estudo, enquanto entre aquelas sem escolaridade ocorre o predomínio de 1 a 4 (32,1%), 5 a 9 (54,2%) e 10 e mais incapacidades (46,4%).

Investigação realizada em Minas Gerais verificou que as mulheres apresentam maiores

dificuldades nas AVDs à medida que se eleva a faixa etária, sendo que as idosas octogenárias apresentaram maiores dificuldades quanto a correr ou carregar peso, subir degraus, ajoelhar-se ou curvar-se e caminhar mais de um quilômetro⁽²⁰⁾.

A enfermagem pode desenvolver estratégias que facilitem o cotidiano e redirecionem as idosas no aprendizado para lidar com as dificuldades diárias. Ações preventivas de doenças e promotoras de saúde podem contribuir para postergar o aparecimento de incapacidades funcionais, favorecendo a independência entre esta população.

Sobre o uso de medicação, em sua maioria as idosas referiram fazer uso regular, com prescrição médica (90%), e 1,5% referiram usá-la sem prescrição. Resultado inferior foi encontrado em estudo realizado com idosos em Porto Alegre (80,8%)⁽¹⁶⁾, e superior em Belo Horizonte (95%)⁽⁶⁾.

O principal problema para obtenção do medicamento é o custo (69%), seguido da dificuldade em conseguir ajuda para comprar (1,8%). Ressalta-se que 18,8% não encontram problemas para obter a medicação.

A educação em saúde constitui estratégia para incentivar a aderência ao uso da medicação e, conseqüentemente, melhora da eficácia do seu tratamento.

O serviço a que as idosas octogenárias mais recorrem é o Sistema Único de Saúde (SUS) (50%), seguido pelos convênios particulares (28,1%). Em estudo baseado no PNAD, constatou-se que 73,5% não possuíam filiação a plano de saúde privado⁽⁷⁾.

Do total de idosas, 78,9% referem ter procurado um serviço de saúde nos últimos doze meses, 47,5% realizaram exames (entre eles, de imagem e laboratoriais) e 31,1% delas estiveram internadas. Destas últimas, 56,5% referiram estar satisfeitas e 20,7% muito satisfeitas. Percentuais inferiores (19,3%) foram encontrados para a internação no último ano⁽⁷⁾.

Evidencia-se, assim, a necessidade de implementar ações preventivas de doenças e promotoras de saúde para diminuir a agudização das doenças crônicas e evitar as internações.

Foram referidos problemas nos serviços de saúde (45,2%), com destaque para o longo

tempo de espera (28%) e a dificuldade de ter atendimento quando necessário (6,7%).

Quanto ao lazer, a maioria refere assistir televisão (79,3%) e ouvir rádio (59,5%), sendo que 70,4% das octogenárias estão satisfeitas. Em investigação realizada com idosas que participam de grupos de convivência em São Paulo, observou-se que a maior parte do tempo delas era destinado à atividade doméstica, seguida pelo lazer, especialmente assistir televisão. A prática de exercícios físicos e a leitura não foram expressivas⁽¹⁶⁾.

Observou-se, nesta pesquisa, que atividades como dança (11,5%) e jogos de salão (10,8%) são pouco praticadas. A socialização das octogenárias é relevante e tem como objetivo proporcionar bem-estar e aumentar a autoestima. Os serviços de saúde, especialmente a atenção primária, devem propiciar o desenvolvimento de atividades sociais atendendo às políticas públicas de saúde, com o intuito de contribuir para um envelhecimento ativo e saudável.

CONCLUSÃO

Entre as mulheres octogenárias, verificou-se que a maioria se constitui de viúvas, não tem escolaridade, tem renda individual de um salário mínimo (proveniente de aposentadoria e pensão) e mora em casa própria ou quitada, com acompanhante.

Essas mulheres apresentam polimorbidade e incapacidades funcionais, fazem uso regular de medicação, sendo o custo o principal problema para obtenção do medicamento. Utilizam serviços públicos de saúde, estiveram internadas, realizaram exames nos últimos 12 meses e referem estar satisfeita com o atendimento no serviço de saúde, e estão satisfeitas com as atividades de lazer, assistir televisão e ouvir rádio.

A associação do número de comorbidade com a renda e com a escolaridade e da incapacidade funcional com a renda não evidenciou diferenças significativas. Observou-se que quanto menor a escolaridade maior é o número de incapacidades funcionais.

Estes resultados reforçam a necessidade de implementar as políticas e ações de saúde direcionadas às octogenárias com base nas características e demandas específicas. A equipe

multiprofissional deve estar qualificada para desenvolver a atenção fundamentada no entendimento do processo de envelhecimento humano marcado pela autonomia,

independência, inserção social e coresponsabilidade do cuidado entre a idosa, sua família, o cuidador e o profissional de saúde.

SOCIOECONOMIC DEMOGRAPHIC AND HEALTH CHARACTERISTICS OF OCTOGENARIANS

ABSTRACT

This study aimed to describe the socioeconomic and demographic characteristics, conditions of health, functional capacity, use of health services and leisure activities of octogenarians and determine the association between number of functional disability and morbidity with income and education. It is a home survey, observational and cross-held with 271 octogenarians. The data were submitted to descriptive analysis and to chi-square test ($p < 0.05$). Among the interviewees the widows were the majority (73.8%) with no schooling (52%), individual income of a minimum wage (62.7%), living in their own home (60%). The most frequent comorbidities were: problems of vision (69%) and hypertension (59.9%). It was found that 39.6% had a functional disability, 34.4% reported using the services of the SUS and 70.4% were satisfied with their leisure activities. The association between the number of co-morbidity with income and education, and between functional disability and income showed no significant differences. It was observed that the greater the number of disabilities the lower was the education level. The results reinforce the need for implementation of health policies and actions directed to octogenarians based on the process of active aging.

Key words: Geriatric Nursing. Aged, 80 and Over. Aging. Women's Health. Nursing.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS ECONÓMICAS Y DE SALUD DE ANCIANAS OCTOGENARIAS

RESUMEN

Este estudio tuvo el objetivo de describir las características sociodemográficas y económicas, las condiciones de salud, capacidad funcional, utilización de los servicios de salud y actividades de ocio de las octogenarias y verificar la asociación entre el número de la incapacidad funcional y el número de morbilidades con la renta y la escolaridad. Se trata de un cuestionario domiciliario, observacional y transversal, realizado entre 271 octogenarias. Los datos fueron sometidos al análisis descriptivo y al test Chi cuadrado ($p < 0,05$). Entre los entrevistados la mayoría es viuda (73,8%), sin escolaridad (52%), la renta individual de un salario mínimo (62,7%), vive en su propia casa (60%). Las morbilidades más frecuentes fueron: problemas de visión (69%) e hipertensión (59,9%). Se encontró que 39,6% tienen una discapacidad funcional, el 34,4% informaron de la utilización de los servicios del SUS y 70,4% están satisfechos con las actividades de ocio. La asociación entre el número de comorbilidad con renta y escolaridad y, entre la incapacidad funcional y renta no mostró diferencias significativas. Se observó cuanto mayor el número de incapacidades menor la escolaridad. Los resultados refuerzan la necesidad de aplicación de las políticas y acciones de salud dirigidas a las octogenarias basadas en el proceso de envejecimiento activo.

Palabras Clave: Enfermería Geriátrica. Anciano de 80 o Más Años. Envejecimiento. Salud de la Mujer. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2007.
2. Carvalho JAM, Rodrigues-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cad. Saúde Pública. 2008;24(3):597-605.
3. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World population prospects 2004. [Internet]. [acesso 2009 maio 31]. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp/p2k0data.asp>.
4. Departamento de Informática do SUS. Cadernos de informação de saúde. [Internet]. [acesso 2009 abr 27]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>.
5. Ynouve K, Pedrazzani ES. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(número especial):742-47.
6. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):724-32.
7. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(3):735-43.
8. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(3):793-98.

9. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil. [Theses]. Assessment of Health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1987.
10. Lebrão ML. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
11. Diniz BSO, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiq Clín.* 2007;34(1):13-7.
12. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(6):1329-38.
13. Telles SMBS. Idoso: família trabalho e previdência [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.
14. Neri MC, Soares WL. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(8):1845-56.
15. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):757-68.
16. Doimo LA, Derntl AM, Lago OC. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1133-42.
17. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(4):733-40.
18. Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Ciênc Cuid Saúde.* 2007;6(4):407-13.
19. Sirena SA, Moriguchi EH. Promoção e manutenção da saúde do idoso. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.* Porto Alegre: Artmed; 2004. p.576-85.
20. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzzii SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade Funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(1):32-9.

Endereço para correspondência: Darlene Mara dos Santos Tavares. Avenida Afrânio Azevedo, 2063, Bairro Olinda. CEP: 38055-470. Uberaba, Minas Gerais. E-mail: darlenetavares@netsite.com.br

Data de recebimento: 13/01/2009

Data de aprovação: 04/09/2009