

*PERFIL DE UM GRUPO DE IDOSOS
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA
DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS*

Maria Elisa Gonzalez Manso¹
Priscila Bovolini Galera²

resumo

O número de idosos aumenta a cada dia no Brasil. Este crescimento é acompanhado por uma maior prevalência de doenças crônicas que levam a um incremento na incapacidade funcional dos idosos. A manutenção da capacidade funcional ao envelhecer, relacionada à preservação da independência e autonomia, é uma das metas da atenção à saúde do idoso. Há quatro anos um programa de prevenção de doenças crônicas e de complicações advindas destas voltado para idosos acima de 65 anos é realizado em São Paulo por uma seguradora de saúde. Esta pesquisa busca descrever o perfil de saúde dos idosos que participam deste programa. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo realizado com 409 idosos, cuja

1 Médica e bacharel em Direito. Mestre em Gerontologia PUC-SP. Doutoranda em Ciências Sociais PUC-SP. Pesquisadora do grupo CNPq-PUC-SP Saúde, Cultura e Envelhecimento. Professora titular Interação Serviço Academia Comunidade Centro Universitário São Camilo, Faculdade de Medicina. E-mail: mansomeg@hotmail.com

2 Enfermeira. Pós-graduada em Cardiologia UNIFESP. Mestranda em Gerontologia PUC-SP. E-mail: priscilagalera@hotmail.com

média de idade é de 73 anos, variando de 65 a 101 anos. A maioria são mulheres (65%), com elevado grau de instrução (68% acima do ensino fundamental completo) e, destas, algumas apresentam alto grau de comprometimento da capacidade funcional por terem maior idade (16 com dependência parcial ou completa). Destaca-se a prevalência de hipertensão arterial (48%) e dislipidemias (43%), bem como o número de comorbidades (89% com quatro ou mais doenças crônicas não transmissíveis associadas). Foi encontrada ainda prevalência de 13% de idosos com baixo peso e 39% com obesidade, em sua maioria mulheres. Este perfil demonstra as características deste grupo de idosos e é um passo inicial para a avaliação do programa de prevenção como um todo, avaliação esta que já se encontra em andamento. Ressalta-se que o bem estar na velhice é adquirido através do equilíbrio entre as diversas dimensões que compõem a capacidade funcional do idoso, daí a importância de investigá-la.

palavras-chave

Idosos. Doenças Crônicas. Prevenção de Doenças.

1 Introdução

A humanidade está passando por um processo de mudança populacional conhecido por “transição demográfica”, onde sociedades predominantemente jovens passam a ser sociedades cada vez mais envelhecidas. No Brasil, o número de idosos passou de três milhões, em 1960, para 20 milhões em 2008, um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade (VERAS, 2009).

Olshansky et al. (2012), em estudo realizado sobre o impacto do envelhecimento populacional global, destacam ser este fenômeno resultante de investimentos no setor saúde, que se iniciaram no século XIX com o advento da saúde pública. Estes, focados no controle dos ambientes externos às residências, contribuíram para o saneamento, a limpeza da água, o controle dos ambientes de trabalho, as melhorias na nutrição e na contenção das doenças infecciosas. No século XX, tais avanços continuaram contribuindo para a longevidade, agora aliados aos progressos farmacológicos, às imunizações e às tecnologias médicas.

O fenômeno da transição demográfica é decorrente tanto da queda da mortalidade geral conseqüente aos avanços descritos no parágrafo anterior, quanto do decréscimo da taxa de natalidade, levando a uma progressiva

diminuição do número de jovens na população e a um aumento proporcional do número de idosos (CAMARANO; KANSO, 2004; IESS, 2013).

Paralelamente à transição demográfica, o mundo passa por uma mudança no padrão de adoecimento, caracterizado pelo aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): grupo de enfermidades de longa evolução e etiologia não totalmente elucidada, acompanhadas por alterações degenerativas em diferentes tecidos do corpo humano e que geram incapacidades, sequelas e óbitos (OPAS, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Vários autores destacam a correlação existente entre o incremento do envelhecimento populacional e o aumento do número de pessoas acometidas por DCNT (VERAS, 2009; IESS, 2013). Essa correlação impõe uma nova forma de pensar a velhice, pautada na prevenção das DCNTs, causadoras de incapacidade e óbitos (OPAS, 2005).

Entre os idosos brasileiros, a hipertensão arterial é a DCNT com maior prevalência, geralmente associada a múltiplos fatores de risco. Estes, relacionados com o incremento de prevalência de todas as doenças crônicas, são, entretanto, em sua grande maioria, preveníveis. Obesidade, sedentarismo, hábito de fumar, são alguns destes riscos que podem ser prevenidos ao longo do curso da vida (OPAS, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento associa-se a uma perda progressiva de funções e da capacidade homeostática do organismo que, aliados à inserção do idoso em sua família, comunidade, cultura, sociedade, irá determinar os problemas e limitações que o idoso possa vir a ter, inclusive as decorrentes de complicações advindas das DCNTs. Estes problemas e limitações afetam diretamente a qualidade de vida na velhice, por causarem perda da capacidade funcional do idoso (ALVES et al., 2007; VERAS, 2009; CARDOSO; COSTA, 2010; MANSO; RIBEIRO, 2012).

A saúde do indivíduo idoso está diretamente relacionada à preservação de sua capacidade funcional, ou seja, a possibilidade de cuidar de si, determinando e executando atividades da vida cotidiana com autonomia e independência, apesar da presença de morbidades. O idoso que se mantém independente e autodeterminado, exercendo sua autonomia, deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas (ARCHUTTI; AZAMBUJA, 2004; VERAS, 2009; MANSO, 2009; CARDOSO; COSTA, 2010).

O comprometimento da capacidade funcional, por gerar dependência, fragilidade, imobilidade, perda da autonomia, entre outras, tem implicações importantes para a família, comunidade, sistema de saúde e para o próprio idoso, uma vez que ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida (OPAS, 2005; ALVES et al., 2007).

Prevenir incapacidades é, portanto, de suma importância na velhice. Atuar nos fatores de risco preveníveis, diminuir complicações consequentes às DCNTs, melhorar a adesão ao tratamento e oferecer oportunidades aos idosos de participação na comunidade farão com que o idoso vivencie seu envelhecimento com qualidade de vida. Programas voltados para o envelhecimento ativo, nos quais o idoso seja atendido em suas especificidades, podem propiciar redução das incapacidades advindas das DCNTs (OPAS, 2005; VERAS, 2009).

Na cidade de São Paulo, um grupo de idosos vinculados a uma operadora de planos de saúde, participa de um programa voltado para o envelhecimento ativo e prevenção e complicações de DCNT. Esta pesquisa busca descrever o perfil de saúde destes idosos.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, realizado mediante levantamento de dados em prontuário de 409 idosos vinculados a um plano de saúde e participantes de um programa de prevenção de DCNT e suas complicações.

2.1 Descrições do Programa

Este programa foi idealizado e vem sendo realizado há quatro anos por uma empresa especializada neste tipo de atenção à saúde, localizada no município de São Paulo (SP) e que presta serviços a diferentes operadoras de planos de saúde. O objetivo principal do programa é prevenir tanto o aparecimento das DCNTs quanto o desencadeamento de complicações destas. Para tal, baseia-se no estímulo ao autocuidado.

O escopo do programa é executado mediante monitoramentos telefônicos e visitas domiciliares. Os monitoramentos telefônicos são realizados por enfermeiros e consistem em ligações mensais para os idosos. Já as visitas são realizadas por equipe multiprofissional e sua frequência varia de acordo com o grau de complexidade de cada idoso assistido.

Durante estas visitas, são realizadas avaliações sobre o estado de saúde dos participantes e as informações coletadas são armazenadas em um banco de dados para acompanhamento de riscos de agravo à saúde, compondo um prontuário eletrônico do participante. Para este trabalho, foram coletados dados neste banco de prontuários eletrônicos.

2.2 Os participantes

Para o presente estudo, foram avaliados prontuários de idosos participantes do programa acima descrito, todos vinculados a um seguro saúde que oferece o referido programa a seus clientes. Para tanto, basta que tenham idade acima de 65 anos. A entrada e adesão ao programa são espontâneas, não havendo limite de tempo de permanência neste.

Foram estudados os dados referentes apenas aos idosos que participam ativamente deste programa desde seu início, referentes ao ano de 2012. O total de idosos participantes deste levantamento é de 409, sendo 144 (35%) homens e 265 (65%) mulheres, todos moradores da cidade de São Paulo (SP).

Antes do início do trabalho, os idosos foram informados da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado durante as visitas, podendo permitir ou não o uso dos seus dados de prontuário. Todos anuíram em participar, portanto, não houve perdas.

2.3 Métodos

A coleta dos dados foi realizada mediante levantamento no banco de prontuários eletrônicos já mencionado. Os dados coletados foram consolidados e tratados estatisticamente através do software SPSS.

Foram analisados dados como Índice de Massa Corpórea (IMC), calculado com base nos dados de altura e peso dos idosos. Apesar de estudos demonstrarem que a classificação do estado nutricional a partir deste índice não é a melhor escolha se utilizado isoladamente por não refletir a distribuição regional de gordura, a facilidade de obtenção de dados como peso e altura, bem como sua boa correlação com morbidade e mortalidade, justificam sua utilização em estudos epidemiológicos e na prática clínica, desde que se utilizem pontos de corte específicos para a idade como nesta pesquisa (SPEROTTO E SPINELLI, 2010).

Foi considerada atividade física regular a realização de exercício físico aeróbico de moderada intensidade por, no mínimo, 150 minutos por semana conforme o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para pessoas acima de 65 anos. Este dado foi obtido durante as visitas, como referido (WHO, 2010).

As atividades de vida diárias (AVDs) são funções de sobrevivência que correspondem aos níveis mais graves de deficiência nas aptidões físicas presentes em indivíduos institucionalizados e/ou fragilizados, tais como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, entre outras. Estes fatores impossibilitam o idoso de cuidar de si próprio e viver de forma independente (COSTA; MONEGO, 2003; MANSO, 2009).

A avaliação destas é realizada presencialmente, durante as visitas, por enfermeiras treinadas na aplicação do Índice de Barthel, sendo analisado o nível de independência/dependência para realização de dez atividades de vida básicas: comer; higiene pessoal; uso de sanitários; tomar banho; vestir-se e despir-se; controle dos esfínteres; deambular; transferência da cama para a cadeira; subir e descer escadas. A escala varia de 0 a 100, com intervalos de cinco pontos, sendo que a pontuação mínima de zero corresponde à dependência total e a máxima de 100 equivale à independência total quanto às AVDs (ARAÚJO et al., 2007).

Para classificação de hipertensão, foi utilizada a II Diretriz de Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia (GRAVINE et al., 2010).

2.4 Comissão de Ética

Este trabalho faz parte de uma pesquisa mais ampla aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUC-SP, Protocolo de Pesquisa nº 219/2011.

3 Resultados

A idade média encontrada foi de 73 anos, desvio padrão oito, sendo o maior valor de 101 e o menor, 65 anos. O maior número dos idosos encontra-se nas faixas etárias de 65-70 anos e 71-75 anos, conforme ilustrado na tabela 1 abaixo, onde se apresentam as médias, desvio padrão, valores máximos e mínimos segundo sexo e faixa etária. Observou-se que, acima de 96 anos, somente mulheres estão presentes no grupo estudado.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos participantes da pesquisa segundo faixa etária, São Paulo, 2012.

Faixa Etária	n	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
65-70	144	67,9	65,0	70,0	1,57
71-75	118	72,9	71,0	75,0	1,40
76-80	54	78,0	76,0	80,0	1,45
81-85	51	83,3	81,0	85,0	1,39
86-90	18	88,0	86,0	90,0	1,41

Continua

Continuação

Faixa Etária	n	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
91-95	13	93,1	91,0	95,0	1,38
96-100	9	98,1	96,0	100,0	1,45
Acima de 101	2	101,0	101,0	101,0	0,00

Sobre o grau de instrução, 278 (68%) possuem, no mínimo, a 5ª série do ensino fundamental completa, sendo que 17 (4%) não informaram até qual série cursaram.

Com relação à situação ocupacional, 315 (77%) são aposentados. Dos idosos que permanecem ativos no mercado de trabalho, 65 (16%) são mulheres. No total pesquisado, 14 (3%) não informaram qual sua situação ocupacional atual.

Dentre as principais doenças encontradas neste grupo, destacam-se a Hipertensão Arterial (197 - 48%), a Dislipidemia (43 - 11%), o Diabetes (29 - 7%) e o Hipotireoidismo (19 - 5%).

No grupo dos idosos que possuem Hipertensão, a maioria são mulheres: 132 (32%), sendo que destas, 59 (45%) são sedentárias. Já com relação aos idosos que possuem Diabetes, predominaram homens sedentários (53%).

Destaca-se que 364 (89%) dos idosos pesquisados possuem mais de uma doença crônica diagnosticada por médico e em tratamento atualmente, sendo que 246 (60%) destes apresentam quatro ou mais DCNTs associadas. As associações mais comumente encontradas foram a Hipertensão Arterial com Dislipidemia (38 - 23%), a Hipertensão Arterial com Diabetes (38 - 9%) e o Diabetes com a Dislipidemia (13 - 3%).

Quanto aos hábitos de vida, 195 (48%) idosos referem realizar atividade física regularmente e apenas 25 (6%) referem hábito de fumar. Estes dados devem ser relativizados, já que seu número aumenta ou diminui conforme a permanência no programa.

Foram encontrados 160 (39%) idosos com IMC acima de 27 e, portanto, considerados obesos, em sua maioria, mulheres. Um total de 47 (11%) idosos possuem IMC entre 25 e 27, faixa considerada como sobrepeso, onde também predominam as mulheres, e, ressalta-se que 55 (13%) apresentam IMC abaixo de 22, baixo peso, grupo onde predominam os homens. Na tabela 2 apresentam-se média, desvio padrão, valor mínimo e máximo para altura, peso inicial, peso atual, IMC inicial e atual encontrados para este grupo de idosos.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis peso, altura e IMC encontrados para o grupo de idosos, São Paulo, 2012.

Variáveis	n	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Peso Inicial	409	69,3	0,00	115,0	14,9
Peso atual	406	68,6	32,00	119,0	14,6
Altura	409	1,6	0,00	1,93	0,1
IMC Inicial	409	26,4	14,54	47,45	4,4
IMC Atual	406	26,3	14,61	48,52	4,6

Dentre os idosos obesos, a maioria, 62 (15%), está na faixa etária entre 71-75 anos, 88 (22%) possuem Hipertensão Arterial, 15 (4%) possuem Dislipidemia e 14 (3%) possuem Diabetes.

Ao avaliarmos a capacidade funcional desta população, apenas 16 (4%) apresentam grau de dependência total ou parcial, sendo que a grande maioria são mulheres com idades que variam entre 91 a 100 anos. Na tabela 3 são apresentadas as médias, desvio padrão, erro padrão e coeficiente de variação para os resultados obtidos com o Índice de Barthel. Em 14 idosos não foi aplicada a escala de AVD/AIVD.

Tabela 3 – Índice de Barthel, grupo de idosos, São Paulo, 2012.

Índice de Barthel	n	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão	Erro padrão	Coeficiente de variação
Dependência total	7	87,7	65,0	98,0	11,7	4,43	13,4%
Dependência parcial	9	86,8	68,0	100,0	10,4	3,46	12,0%
Independência	379	74,8	65,0	101,0	7,5	0,39	10,1%

4 Discussão

Nota-se que a distribuição por sexo encontrada no grupo de idosos participantes desta pesquisa foi similar ao de outros estudos realizados com idosos vinculados a planos de saúde (MANSO, 2009; MANSO; RIBEIRO, 2012). Esta distribuição reflete o encontrado na população brasileira e mundial como um todo, onde a feminização da velhice é um fato.

Zahidi (2012) destaca que, no mundo, a mulher vive em média 4,5 anos a mais que os homens, principalmente na camada de idosos mais idosos, sendo quatro a cinco vezes mais numerosas que os homens.

Veras et al. (2008), ao analisarem as características demográficas dos idosos vinculados ao sistema de saúde suplementar brasileiro, destaca que a maior cobertura encontrada para este setor está entre os idosos do sexo feminino, principalmente na região Sudeste.

Com relação à faixa etária encontrada, ressalta-se que o acesso ao programa de prevenção só ocorre a partir de 65 anos de idade, porém os achados desta pesquisa quanto à média de idade para idosos vinculados a planos de saúde foram similares aos encontrados na literatura, girando em torno de 70 anos. Analisando dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Veras et al. (2008) destacam que as maiores coberturas entre segurados encontram-se nas faixas etárias acima de 70 anos, com destaque para 80 ou mais anos.

Observa-se, nesta pesquisa, que as mulheres predominam nas faixas etárias mais velhas, reproduzindo o encontrado na análise da distribuição proporcional de idosos no Brasil e no mundo (MANSO, 2009; ZAHIDI, 2012).

Dentre os idosos pesquisados, a maioria possui, no mínimo, o ensino fundamental completo, dado que chama a atenção, pois em dados obtidos pela PNAD 2005, a porcentagem de idosos acima de 60 anos que cursaram mais de nove anos de estudo para a região metropolitana de São Paulo não ultrapassa 18% da população pesquisada, porcentagem esta ainda menor, 13,5%, quando observada para o Brasil como um todo (IBGE, 2008).

Camarano et al. (2004) destacam ainda que, apesar do número de anos de estudo da população idosa vir aumentando gradualmente ano a ano, os homens idosos apresentam maior escolaridade. No grupo pesquisado neste trabalho, entretanto, as mulheres apresentaram maior grau de instrução.

No que tange a situação ocupacional, a grande porcentagem de idosos aposentados encontrados não difere dos números citados na literatura. Manso (2009) encontrou 82% de idosos aposentados em um grupo vinculado a uma operadora de planos de saúde, em sua maioria homens. Observa-se, porém, que no grupo participante desta pesquisa encontrou-se que o maior número de idosos ainda ativos no mercado de trabalho são mulheres, o que pode estar associado ao seu maior grau de instrução.

Como já abordado anteriormente, a medida que a população envelhece aumentam a incidência e prevalência das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Conforme o indivíduo envelhece, as doenças crônicas transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade

em todas as regiões do mundo, inclusive em países em desenvolvimento, sendo responsável por 17 milhões de óbitos a cada ano no mundo (OPAS, 2005).

Em estudo realizado pela Harvard School of Public Health (2011) observa-se que 60% das mortes ocorridas no mundo foram ocasionadas por DCNT. Esse estudo aponta que 75% dos canadenses acima de 65 anos de idade apresentam ao menos uma afecção crônica, sendo que um em cada três destes idosos tem pelo menos três doenças crônicas em associação, sempre incluindo a hipertensão arterial entre elas. Já entre os idosos dos Estados Unidos da América, o estudo cita que aproximadamente metade tem três ou mais DCNTs, sendo que 70% destes apresentam hipertensão associada a alguma outra enfermidade crônica.

No Brasil, Manso (2009), Manso e Ribeiro (2012) e Manso et al. (2014), pesquisando diferentes grupos de idosos vinculados a diversos planos de saúde, constataram que a hipertensão arterial é a doença mais prevalente nestes grupos, com índices variando de 58% a 70% de prevalência, e média de três a quatro doenças crônicas encontradas em associação. Lima-Costa et al. (2007), analisando dados da PNAD de 2003, destacam que 70% dos idosos declararam ter alguma DCNT, sendo a hipertensão arterial a doença mais referida.

Ressalva-se o número elevado de idosos encontrados nesta pesquisa com quatro ou mais doenças, número de comorbidades que se eleva com o passar dos anos, e a hipertensão arterial como DCNT de maior prevalência. Chama a atenção ainda a ocorrência elevada de dislipidemias. A Organização Mundial da Saúde (2011) destaca que 43%, em média, da população brasileira possui níveis elevados de colesterol, dado semelhante ao encontrado neste grupo pesquisado.

Em relação à obesidade e sobrepeso, a Organização Mundial da Saúde (2011) destaca que, no Brasil, a primeira apresenta maior prevalência entre as mulheres e o segundo entre os homens. Monteiro et al. (2005) relatam que o sedentarismo e a obesidade tendem a ser mais frequentes entre as mulheres brasileiras.

Entre os idosos participantes do programa, entretanto, apesar da grande maioria de indivíduos obesos ser composta por mulheres, estas também predominam quando se apura a prevalência de sobrepeso.

Campos et al. (2006), analisando em um estudo o estado nutricional de idosos brasileiros a partir de dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destacam ser a prevalência geral de baixo peso neste segmento etário de 5,7%, inferior ao encontrado nesta pesquisa (13%). Os autores relatam que a variável baixo peso está relacionada ao aumento da idade e à presença de doenças crônicas enquanto que o sobrepeso e obesidade estão relacionados ao sexo feminino e ao maior nível de escolaridade, distribuição que corrobora os achados desta pesquisa.

Destaca-se que, com relação ao tabagismo, encontrou-se um percentual baixo de fumantes quando comparados com o número de idosos fumantes mencionado na literatura. Atualmente o consumo de cigarro é diretamente relacionado ao desencadeamento da grande maioria de doenças pulmonares obstrutivas crônicas e associada a inúmeros cânceres. Ressalta-se que a nicotina causa elevação da pressão arterial devido à constrição de vasos sanguíneos e ainda reduz os níveis de HDL colesterol, protetor (MONTEIRO et al., 2005; NERI et al., 2007).

Lima-Costa et al. (2007), Maués et al. (2012) e Manso e Ribeiro (2012), no quesito capacidade funcional em idosos, destacam que o maior grau de dependência encontrado nesta população encontra-se acima dos 70 anos de idade. No presente estudo, verificou-se que 93% dos idosos pesquisados são independentes e que apenas 4% apresentam dependência total e parcial, sendo que estes últimos apresentam idade mais elevada e são predominantemente mulheres.

5 Conclusão

O número de idosos tem aumentado a cada dia no Brasil em paralelo ao crescimento das DCNTs, propiciando a oportunidade para que ocorra não só diminuição da qualidade de vida dos acometidos como também aumento da incapacidade funcional. Este fato acarreta a necessidade de ações de saúde focadas para a melhoria na saúde deste segmento etário mediante ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Os resultados deste estudo mostram que a maioria dos idosos pertencentes ao grupo estudado são mulheres com elevado grau de instrução e, destas, algumas apresentam alto grau de comprometimento da capacidade funcional por terem maior idade. Destaca-se a prevalência de hipertensão arterial, dislipidemias e obesidade encontradas neste grupo, assim como o número de comorbidades associadas. Foi encontrada elevada prevalência de idosos com baixo peso, importante fator de risco em idosos por favorecer a incapacidades relacionadas à fragilidade e a quedas.

Esta pesquisa buscou descrever o perfil de saúde destes idosos, o que se acredita ter sido atingido. Não houve avaliação dos pontos pesquisados em relação à melhora ou não de atitudes e comportamentos relacionada à frequência e permanência destes idosos no programa de prevenção de complicações de DCNT do qual participam. Esta avaliação é objeto de um próximo estudo já em andamento.

Um dos pontos a destacar refere-se aos programas de prevenção para idosos na saúde suplementar. Desde 2005, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem estimulando as operadoras de planos de saúde a mudarem sua forma de atenção à saúde do idoso, através da implantação de programas de promoção da saúde e prevenção de agravos, inclusive mediante incentivos econômicos.

Ao analisar, entretanto, a implantação destes programas, a agência ressalta a distância existente entre o desejo dos planos de saúde de aplicar novas ações e sua prática efetiva, bem como a falta de conhecimento teórico e de informação sobre modelos preventivos que sejam eficientes e adequados. Destaca ainda que não há especificidade nos modelos de atenção ao processo de envelhecer por parte das operadoras de planos de saúde e que estas desconsideram as características deste grupo etário. Os programas implantados são ainda totalmente desvinculados da atenção primária, com foco apenas em evitar internações repetidas e reduzir custos, em vez da saúde e da qualidade de vida do indivíduo (ANS, 2012).

Estes são desafios a serem superados pelas operadoras, já que a manter a independência e a autonomia no idoso é de extrema importância, pois o bem-estar na velhice é adquirido através do equilíbrio entre as diversas dimensões que compõem a capacidade funcional do idoso. Estes pontos só são atingidos quando se pensa a saúde do idoso em sua integralidade.

PROFILE OF AN ELDERLY GROUP PARTICIPATING IN A PROGRAM FOR CHRONIC DISEASES PREVENTION

abstract

The number of elderly people increases every day in Brazil. This growth is accompanied by a higher prevalence of chronic diseases that lead to an increase in elderly's disability. The maintenance of functional capacity while aging, related to the preservation of the independence and the autonomy of the patients, is one of the goals of elderly's health care. Since four years ago, a prevention of chronic diseases and complications program is held in São Paulo by a provider of health insurance plans. This research presents the health profile of a group of seniors who take part in this program. It is a descriptive exploratory study with 409 elderly, whose average age is 73 years, ranged from 65 to 101 years. Most are women (65%) with a high level of education (68% above the first grade), and some of them have a high degree of functional disability related to an older age (16 with partial or complete dependence). It is highlighted the prevalence of hypertension (48%) and

dyslipidemia (43%), as well as the number of comorbidities (89% with 4 or more associated NCD). There is a prevalence of 13% of elderly underweight and 39% were obese, being mostly women. This profile shows the characteristics of this group of seniors and it is an initial step in the evaluation of the prevention program as a whole, this review is already underway. It is noteworthy that the well-being in an older age is acquired by balancing the various dimensions that make up the functional capacity of the elderly, hence the importance of investigating it.

keywords

Elderly. Chronic Diseases. Disease Prevention.

referências

- ACHUTTI, Aloysio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 833-840, out./dez. 2004.
- ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007.
- ARAÚJO, Fátima et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 59-66, jul./dez. 2007.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, Ana Amélia. *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-73.
- CAMPOS, Marta Alice Gomes et al. Estado Nutricional e Fatores Associados Em Idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 214-221, jul./ago. 2006.
- CARDOSO, Juliani Hainzenreder; COSTA, Juvenal Soares Dias. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 2871-2878, set. 2010.
- COSTA, Elisa Franco de Assis; MONEGO, Estelamaris Tronco. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da UFG*, Goiânia, v. 5, n. 2, dez. 2003.
- GRAVINE, Claudia Felice et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatría. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, p. 1-112, 2010.
- HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. *The Global Economic Burden of Non-Communicable Diseases*. Genebra: HSPH, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Amstras Domicílio* – 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <<http://www.ibge>>.

gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=370&id_pagina=1>. Acesso em: 16 set. 2008.

INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR. *Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro*. São Paulo: IESS, 2013.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2467-2478, out. 2007.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez. *E a vida como vai? Avaliação da qualidade de vida de um grupo de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis vinculados a um programa de promoção da saúde*. 2009. 151 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; RIBEIRO, Monica Priscila. Caracterização das condições de saúde de um grupo de idosos pertencente a um plano de saúde. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 69, n. 3, p. 45- 55, mar. 2012.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; BIFFI, Elaine Cristina; GERARDI, Thiago. Idosos vinculados a um plano de saúde e o uso inadequado de medicamentos. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 8., 2013, São Paulo. *Anais...* São Paulo: GERP, 2013.

MAUÉS, Cristiane Ribeiro et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Revista Brasileira Clínica Medicina*, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 405-410, set./out. 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 47-57, jan. 2005.

NERI, Anita Liberalesso et al. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Perseu Abramo, 2007.

OLSHANSKY, Jay et al. The Longevity Dividend: Health as an Investment. In: BEARD, John et al. *Global Population Ageing: Peril or Promise?* Geneva: World Economic Forum, 2011. p. 57-60. Disponível em: <<http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>>. Acesso em: 24 set. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *NCD Country Profiles: Brazil*. Genebra: OMS, 2011.

RIBEIRO, Amanda Gomes et al. Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-17, jan. 2012.

SPEROTTO, Francieli Marina; SPINELLI, Roseana Baggio. Avaliação nutricional em idosos independentes de uma instituição de longa permanência no município de Erechim - RS. *Perspectiva*, Erechim, v. 34, n. 125, p. 105-116, mar. 2010.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-544, maio/jun. 2009.

VERAS, Renato et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-502, abr. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO, 2010.

ZAHIDI, Saadia. Women and Ageing. In: BEARD, John et al. *Global Population Ageing: Peril or Promise?* Geneva: World Economic Forum, 2011. p. 21-24. Disponível em: <<http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>>. Acesso em: 24 set. 2012.

Recebido: 19/07/2013
Aceite Final: 08/02/2015

ARTIGOS

Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 57-71, 2015.

71