

*A DESIGUALDADE SOCIAL E O PERFIL
DE SAÚDE DOS IDOSOS ATENDIDOS POR
UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO*

Tatiana Yonekura¹
Cintia Aparecida Silva²
Gislaine Aparecida Godoi³

resumo

Este estudo teve como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos atendidos por um Serviço de Assistência Domiciliar (SAD). Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A população de estudo (n=157) foi constituída por idosos usuários residentes no município de São Paulo, cadastrados em um SAD. Através de um formulário padronizado, selecionou-se um conjunto de variáveis sobre características demográficas, socioeconômicas, domiciliares e condições de saúde. Os usuários foram

1 Graduada em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Ciências pela USP. Pesquisadora do Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde do Hospital do Coração (LIGRESS/HCoR). E-mail: tatyonekura@gmail.com.

2 Graduada em Serviço Social pela UNESP/Franca. Doutora em Serviço Social pela PUC/SP. Assistente Social do Ministério Público do Estado de São Paulo. E-mail: cintia.unesp2004@gmail.com.

3 Graduada em Enfermagem pela Universidade do Grande ABC. Enfermeira do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. E-mail: gjsgodoi@gmail.com.

classificados em quatro grupos sociais (1, 2, 3 e 4) de acordo com o Índice de Desigualdade Social. Os resultados demonstraram que a maioria dos usuários era do sexo feminino, com mais de 71 anos, com menos de sete anos de estudo, da cor branca e morava com três ou quatro membros da família. Em relação ao grupo social, notou-se que o grupo 4 (pior condição social) possuía a maioria dos usuários atendidos. O problema de saúde mais frequente no grupo 1 (melhor condição social) foi a hipertensão arterial sistêmica, enquanto o acidente vascular cerebral foi mais frequente no grupo 4. Os resultados permitem conhecer as importantes diferenças sociais e de saúde dos usuários atendidos por um Serviço de Assistência Domiciliar, o que contribui para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos trabalhadores e atender as necessidades de saúde identificadas. As desigualdades sociais presentes no território devem ser consideradas para o planejamento de serviços e ações dos trabalhadores para a atenção integral à saúde dos idosos.

palavras-chave

Idoso. Serviços de saúde para idosos. Perfil de saúde. Assistência domiciliar. Desigualdade social.

1 Introdução

O envelhecimento populacional é uma temática cada vez mais discutida na sociedade contemporânea, mobilizando o desenvolvimento de pesquisas acadêmicas e de políticas públicas. O crescimento do número de idosos acarreta mudanças na estrutura etária da população brasileira. De acordo com dados estatísticos, a proporção de idosos com idade superior a 60 anos passará de 11% a 22% no período entre 2000 a 2050, e o número de idosos dependentes irá quadruplicar até 2050 (WHO, 2014). Em países de média e baixa renda, o processo de envelhecimento ocorrerá de forma rápida e dramática (WHO, 2014).

Para Salgado (2002), o aumento da longevidade ocorrido na população em nível mundial implica a existência de mais de uma geração de idosos em uma mesma família. As projeções demográficas indicam que, no futuro, essas gerações estarão compostas principalmente por mulheres idosas que, possivelmente, estarão cuidando de suas mães ou avós.

Dessa forma, verifica-se que o crescente aumento da população idosa em todo o mundo tem colocado, para os órgãos governamentais e para a

sociedade, os desafios médicos e socioeconômicos próprios do envelhecimento populacional. Carvalho Filho (2005) afirma que o processo de envelhecimento progressivo da população vem se constituindo em um problema com importantes implicações médicas, sociais, econômicas e políticas.

Pochmann (2010) ressalta o crescimento da população de 80 anos ou mais (envelhecimento da própria população idosa) e as consequências para os serviços de saúde que atendem idosos com maior demanda de cuidados prolongados. Louvison et al. (2008) relatam que em um ano 83,3% dos idosos do município de São Paulo utilizaram serviços de saúde, sendo que as desigualdades no uso e acesso a esses serviços de saúde tendem a ser piores para os idosos com piores condições socioeconômicas.

As doenças crônicas não transmissíveis constituem um sério problema para os idosos, sendo uma das principais causas de internação hospitalar e mortalidade (BRASIL, 2010). Dessa forma, os serviços de saúde devem contemplar ações específicas para essa população de idade avançada, principalmente no que se refere ao cuidado domiciliar (DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011).

A assistência domiciliar é caracterizada por ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação no domicílio do usuário, e integradas às redes de atenção à saúde. Atendem-se pessoas com dificuldade de locomoção, necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica (BRASIL, 2013).

As relações interpessoais na assistência domiciliária são valorizadas, bem como a aproximação entre serviço e usuário e a participação da família no cuidado com este usuário (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008). De acordo com Kerber, Kirchof e Cezar-Vaz (2008), a assistência domiciliária é capaz de aproximar o usuário e o serviço de saúde, sendo um importante instrumento de trabalho na atualidade.

Barata (2009) assinala que o uso da variável local de moradia é importante para analisar os problemas de saúde, já que tem a capacidade de considerar os espaços geográficos. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar o perfil sociodemográfico e de saúde de usuários atendidos por um Serviço de Assistência Domiciliar.

2 Procedimentos metodológicos

Este estudo é descritivo, de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados através dos prontuários dos usuários inscritos, no ano de 2010, em um SAD de uma autarquia estadual do município de São Paulo.

Os principais critérios de elegibilidade deste SAD são: dificuldade de deambulação; apresentação de quadro clínico estável; ser adulto ou idoso; e possuir cuidador efetivo, podendo ser familiar ou contratado. Os usuários são majoritariamente idosos, portadores de doenças crônicas e com dependência funcional. Os usuários que não moravam no município de São Paulo foram excluídos da amostra. A amostra foi de 157 usuários.

Selecionou-se um conjunto de variáveis relativas aos usuários que se referiam a características demográficas e socioeconômicas (sexo, faixa etária, estado civil, cor e raça, migração, escolaridade, religião, ocupação, rendimento), características domiciliares (condição de ocupação da moradia, relacionada à propriedade, número de quartos e banheiros, bairro da moradia, e densidade de morador por dormitório) e condições de saúde (relacionados aos principais diagnósticos médicos: hipertensão arterial sistêmica, Diabete Mellitus, acidente vascular cerebral, demência e depressão). Foram desenvolvidos instrumentos quantitativos para a descrição das variáveis.

Considerou-se a Epidemiologia Crítica como construção teórica que serviu de base à captação de dados empíricos, analisando as diferentes realidades sociais. A Epidemiologia Crítica sugere que o processo saúde-doença é coletivo e que os perfis de reprodução social e de saúde-doença podem expor as contradições que ocorrem entre as dimensões da vida social que tem sua base na relação dialética entre produção e consumo (BREILH, 1994). Perfis de reprodução social e de saúde doença são caracterizados por condições de trabalho e de vida e representam os diferentes perfis epidemiológicos de uma sociedade, composta por diferentes classes sociais (BREILH, 1994).

Os usuários foram classificados através do índice de desigualdade social que divide os bairros do município de São Paulo em quatro grupos de acordo com a condição social dos indivíduos (POCHMANN, 2004). Neste trabalho, os grupos foram assim denominados: 1, 2, 3 e 4. Dessa forma, quanto menor o índice, melhor a condição social. A análise descritiva foi utilizada para examinar os dados socioeconômicos e de saúde.

3 Resultados

A análise dos dados revelou que a maioria dos usuários era do sexo feminino (68%), com idade superior a 70 anos (81,5%), com até sete anos de escolaridade (Ensino Fundamental incompleto) (95%), de cor branca (79,6%) e de religião católica (66,2%) (Tabela 1). A população predominante não era natural do Estado de São Paulo (56,7%). Em relação ao número de membros das famílias, 43,3%

das famílias tinham de três a quatro membros, 39,5% de um a dois e 16,6% cinco ou mais. 87,9% dos usuários moravam em residência própria (Tabela 1).

Em relação à distribuição dos usuários pelos grupos sociais, o grupo 4 (pior condição social) é o que abrangia a maior quantidade de usuários (40,8% do total). Os grupos 1, 2 e 3 possuíam respectivamente 29,3%, 14,0% e 15,9% dos usuários. Conforme a Tabela 1, os idosos com 90 anos ou mais se concentraram principalmente no grupo 1, assim como os de cor branca, com 12 ou mais anos de escolaridade e da religião católica. O grupo 4 concentrou os usuários sem ou com até três anos de escolaridade, de cor negra ou parda, imigrantes da região nordeste, da religião evangélica e propriedade da residência alugada ou cedida. Os grupos 2 e 3 apresentaram porcentagens intermediárias, com exceção da variável cor amarela (em maior quantidade no grupo 3).

Tabela 1 – Número e percentagem dos usuários segundo características sócio-demográficas por grupo social. São Paulo, 2011.

Variável	Grupos sociais									
	1		2		3		4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária										
69 ou menos	4	8,7	5	22,7	3	12	17	26,6	29	18,5
70-89	22	47,8	13	59,1	17	68	38	59,4	90	57,3
90 ou mais	20	43,5	4	18,2	5	20,0	9	14,1	38	24,2
Escolaridade										
Nenhum	1	2,2	4	18,2	5	20,0	14	21,9	24	15,3
1 a 3	13	28,3	5	22,7	7	28,0	20	31,3	45	28,7
4 a 7 anos	27	58,7	11	50,0	13	52,0	29	45,3	80	51,0
12 anos ou mais	5	10,9	2	9,1	0	0,0	1	1,6	8	5,1
Cor										
Branca	42	91,3	19	86,4	18	72,0	46	71,9	125	79,6
Negra	2	4,3	3	13,6	2	8,0	10	15,6	17	10,8
Outras	2	4,3	0	0,0	5	20,0	8	12,5	15	9,6
Naturalidade										
São Paulo	16	34,8	6	27,3	7	28,0	8	12,5	37	23,6

Continua

Continuação

Variável	Grupos sociais									
	1		2		3		4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nordeste	1	2,2	2	9,1	1	4,0	27	42,2	31	19,7
Outros	29	63	14	63,6	17	68,0	29	45,3	89	56,7
Religião										
Católica	34	73,9	16	72,7	15	60,0	39	60,9	104	66,2
Evangélica	7	15,2	4	18,2	5	20,0	18	28,1	34	21,7
Outros	5	10,9	2	9,1	5	20,0	7	10,9	19	12,1
Propriedade da residência										
Própria	42	91,3	18	81,8	23	92,0	55	85,9	138	87,9
Alugada	4	8,7	3	13,6	1	4,0	7	10,9	15	9,6
Cedida	0	0,0	1	4,5	1	4,0	2	3,1	4	2,5

Fonte: Tabela elaborada pelos autores

No que se refere a problemas de saúde, 61,8% dos usuários (n=97) apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 51% (n=80) apresentavam demência. Os diagnósticos de diabetes mellitus (DM), acidente vascular cerebral (AVC) e depressão apresentaram frequência de 27,4%, 31,2% e 42,7%, respectivamente (Tabela 2).

A porcentagem de HAS foi maior no grupo 1 (67,4%), ao contrário do AVC, que alcançou maior número no grupo 4 (43,8%). O grupo 1 também concentrou a maior porcentagem de usuários com demência (Tabela 2).

Tabela 2 – Número e porcentagem dos usuários segundo diagnósticos médicos por grupo social. São Paulo, 2011.

Variável	Grupos sociais								Total	
	1		2		3		4			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HAS										
Sim	31	67,4	14	63,6	15	60,0	36	56,3	96	61,1
DM										
Sim	11	23,9	6	27,3	8	32,0	18	28,1	43	27,4
AVC										
Sim	10	21,7	5	22,7	6	24,0	28	43,8	49	31,2
Demência										
Sim	27	58,7	8	36,4	12	48,0	29	45,3	80	51,0
Depressão										
Sim	20	43,5	11	50,0	9	36,0	27	42,2	67	42,7
Lesão de pele										
Sim	10	21,7	5	22,7	9	36,0	13	20,3	37	23,6

Fonte: Tabela elaborada pelos autores

4 Discussão

A predominância de mulheres na amostra deste estudo está de acordo com os dados do IBGE (2011), que reitera a maior proporção de mulheres idosas, e com os de Soares Filho et al. (2007), que identificaram maior taxa de mortalidade masculina e também maior expectativa de vida das mulheres. Em relação ao perfil de idosos atendidos em domicílio, observa-se também o predomínio do sexo feminino (SOARES FILHO et al., 2007; URSINE; CORDEIRO; MORAES, 2011).

Para Moreira (1998), outra faceta a ressaltar no processo de envelhecimento da população brasileira é ele ter maior amplitude entre as mulheres que, por sobreviverem em maiores proporções e por um longo tempo aos seus parceiros masculinos, configuram uma problemática social a ser considerada. Isso ocorre pois, para garantirem uma sobrevivência condigna, elas poderão

dependem, por expressivo período de tempo, de arranjos institucionais não adequadamente existentes no país ou de outros membros da família, o que ampliaria as dificuldades em famílias pobres.

Victor et al. (2009) mostraram que idosos residem com esposo(a), filhos e netos, ou esposo(a) e filhos (88,4%), ou sozinhos (11,7%). Os dados referentes à cor corroboram com os dados de idosos que eram atendidos em unidades básicas: 70% de brancos e 30% de não brancos (SIQUEIRA et al., 2007).

Este estudo identificou baixa escolaridade dos usuários idosos principalmente no grupo 4. Campos et al. (2009) ressaltam que a baixa escolaridade é um reflexo da desigualdade social e das políticas de educação predominantes nas décadas de 1930 e 1940. Em um estudo sobre a influência da escolaridade e do analfabetismo na avaliação das demências, verificou-se que a baixa escolaridade e o analfabetismo podem interferir no diagnóstico e avaliação deste problema de saúde, principalmente em países em desenvolvimento (FOSS; VALE; SPECIALI, 2005).

Notou-se que o grupo social 4 possuía a maioria dos usuários atendidos em domicílio, apesar de a associação entre assistência domiciliar e condição social não ter sido observada em um estudo do município de Pelotas (DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011). Entretanto, Lima-Costa et al. (2003) ressaltam que há relações positivas entre níveis socioeconômicos e saúde do idoso. Piores condições de saúde, pior função física e menor utilização de serviços foram associadas aos idosos com renda baixa (LIMA-COSTA et al., 2003).

Um estudo de Marília – SP, revelou que as doenças mais frequentes dos idosos eram aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular (19,4%), doenças do sistema nervoso (19,4%) e do sistema digestório (17,4%) (MARIN et al., 2010). Gonçalves et al., (2006) identificou que os idosos de Florianópolis, SC sofriam de doenças como: HAS (75,6%), diabetes mellitus (53%), problemas cardiovasculares (49,5%) e conseqüências de AVC (29,5%). Em uma população de idosos de baixa renda, as doenças mais prevalentes foram: HAS (61%), problemas de má circulação (35,9%), e problemas de coluna (60,9%). A depressão também foi prevalente em idosos restritos ao domicílio (59,2%). Observou-se maior porcentagem de HAS no grupo 1 e AVC no grupo 4, o que é relevante para ações de saúde, já que o AVC é relacionado a HAS, DM e doenças cardiovasculares.

O perfil demográfico envelhecido demanda adequações das políticas sociais principalmente nos setores da saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 2010). O cuidado integral às doenças crônicas na população idosa deve ser garantido e planejado pelos serviços de saúde.

5 Conclusão

Os resultados identificaram o perfil dos usuários atendidos em domicílio e as diferenças sociais e de saúde importantes, destacando o papel do atendimento domiciliar para prevenir agravos e internações hospitalares, além de corresponder às necessidades sociais e de saúde. Reconhecer o perfil do usuário e a desigualdade social presente no território é fundamental para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos trabalhadores de saúde e planejamento de serviços.

Nesse contexto, os trabalhadores podem planejar ações de saúde e monitorar as condições de saúde dos idosos, para atender as necessidades sociais e de saúde dos mesmos. Os SAD devem desenvolver estratégias para a assistência integral a essa população específica, ressaltando a importância desse tipo de serviço. O trabalhador da área da saúde deve considerar o perfil de reprodução social do idoso para executar os cuidados necessários em domicílio de forma adequada. Ações educativas também são importantes para prevenção de agravos e promoção da saúde do idoso.

SOCIAL INEQUALITY AND HEALTH PROFILE OF USERS OF A HOME CARE SERVICE IN SÃO PAULO

abstract

This study aimed to verify the sociodemographic and health characteristics of users of a Home Care Service. This is a descriptive study with a quantitative approach. The study population (n=157) consisted of users of a Home Care service, residents in the municipality of São Paulo. Variables were selected using a standardized form, and were related to demographic, socioeconomic, household and health conditions. The users were classified into four social groups (1, 2, 3 and 4), according to the Index of Social Inequality. Most patients were female, more than 71 years, under seven years of study, white color and lived with three or four members of the family. In relation to the social group, it was noted that the group 4 (worst social condition) had the majority of users. The most common health problem in group 1 (best social condition) was hypertension, while the stroke was more frequent in group 4. The results showed the significant differences and social health of users of a Home Care Service, which helps to

improve the quality of care provided by workers and meet the health needs identified.

key words

Aged. Health services for the aged. Health profile. Home nursing. Social inequity.

referências

BARATA, Rita de Cássia Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 maio 2013. Seção 1, p. 30.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série Pactos pela Saúde 2006, 12).

BREILH, Jaime. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología*. Quito: CEAS, 1994.

CAMPOS, Frederico Grizzi de et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 77-86, jan. 2009.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz. Prefácio. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2005.

DUCA, Giovâni Firpo Del; THUMÉ, Elaine; HALLAL, Pedro Curi. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 113-120, fev. 2011.

FOSS, Maria Paula; VALE, Francisco de Assis Carvalho do; SPECIALI, José Geraldo. Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos: aplicação e análise dos resultados da Escala de Mattis para Avaliação de Demência (Mattis Dementia Rating Scale – MDRS). *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 119-126, mar. 2005.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, dez. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

KERBER, Nalú Pereira da Costa; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; CEZAR-VAZ, Marta Regina. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliar. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, jun. 2008.

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

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, ago. 2008.

MARIN, Maria José Sanches et al. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 962-968, dez. 2010.

MOREIRA, Morvan de Mello. O Envelhecimento da População Brasileira: intensidade, feminização e dependência. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Brasília, v. 15, n. 1, p. 79-94, 1998.

POCHMANN, Marcio. Apresentação. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 9-10.

_____. *Atlas da Exclusão Social no Brasil: dinâmica e manifestação territorial*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. Mulher Idosa: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 749-756, out. 2007.

SOARES FILHO, Adauto Martins et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 7-18, mar. 2007.

URSINE, Priscila Guedes Santana; CORDEIRO, Hésio de Albuquerque; MORAES, Claudia Leite. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2953-2962, jun. 2011.

VICTOR, Janaina Fonseca et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 49-54, fev. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Facts about Ageing*, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

Data da submissão: 23/11/2013

Data da aprovação: 17/04/2017

