

## O perfil do idoso na Atenção Primária à Saúde em uma cidade média do Brasil

*The profile of the elderly in Primary Health Care in a Brazilian medium-sized city*

*El perfil del anciano en la Atención Primaria a la Salud en una ciudad media de Brasil*

Kaio Keomma  
Alexsandro Silva Coura  
Elzo Pereira Pinto Júnior  
Inacia Sátiro Xavier de França  
Aylene Bousquat

**RESUMO:** Objetivou-se analisar o perfil do idoso na Atenção Primária à Saúde em uma cidade média do Brasil. Estudo transversal com 162 idosos. Observou-se maioria de mulheres, média de idade avançada, renda *per capita* reduzida, alta prevalência de doenças cardiovasculares e que a maior parte conseguiu atendimento no último contato com a unidade de saúde. A realidade que circunscreve o idoso atendido na Atenção Primária à Saúde é permeada por aspectos positivos e negativos.

**Palavras-chave:** Idoso; Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT:** *The aim of this study was to describe the profile about the elderly in Primary Health Care in a Brazilian medium-sized city. Cross-sectional study with 162 participants. It was verified that majority of women, advanced age, reduced per capita income, high prevalence of cardiovascular diseases and most of them obtained service on the last on the last attempt. The reality that circumscribes the elderly connected with primary health care is permeated by positive and negative aspects.*

**Keywords:** *Aging; Health of the Elderly; Primary Health Care.*

**RESUMEN:** *Este estudio objetivó analizar el perfil de anciano en la Atención Primaria a la Salud en una ciudad media de Brasil. Estudio transversal con 162 ancianos. Se observó mayoría de mujeres, promedio de edad avanzada, renta per cápita reducida, alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares y la mayor parte consiguió la atención en el último contacto con la unidad de salud. La realidad que circunscribe al anciano atendido en la Atención Primaria a la Salud es caracterizado por aspectos positivos y negativos.*

**Palabras clave:** *Anciano; Salud del Anciano; Atención Primaria de Salud.*

## **Introdução**

O aumento do contingente populacional de idosos têm se destacado no cenário global e no Brasil, e desperta preocupações políticas, econômicas, sociais e, sobretudo, de saúde pública (Borges, Campos, & Castro e Silva, 2015; Dantas, *et al.*, 2017; WHO, 2011).

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), comuns entre os idosos, assim como questões complexas que não se restringem ao adoecimento - a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, a solidão por ausência ou existência de poucas oportunidades de lazer e vida social, os conflitos intergeracionais, o convívio em instituições asilares e a desvalorização social - podem ser consideradas como grandes entraves ao desenvolvimento social (Dantas, *et al.*, 2017; Mendes, 2005; Minayo, 2002; Pessoa, 2007).

Os aspectos ora mencionados, os quais circunscrevem o heterogêneo grupo populacional de idosos brasileiros em ascensão, impelem que estes demandem atenção integral, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (Medeiros, *et al.*, 2017), que deve ser a principal porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta, quando bem estruturada, tem potencial para responder pela maior parte das demandas que levam alguém a procurar um serviço assistencial, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Costa, & Ciosak, 2010; Kringos, 2012; Peckhan, 2015; Starfield, 2002).

Ao longo do tempo, tem-se constatado inúmeras iniciativas para consolidar uma APS abrangente, em que pese o desenvolvimento de ações programáticas para o cuidado integral, as atividades domiciliares, a articulação com a comunidade, sobretudo em populações mais vulneráveis (Facchini, *et al.*, 2013; Piccini, 2006), além de esforços para a melhoria no registro de informações (Rasella, Aquino, & Barreto, 2010), com resultados positivos no enfrentamento de diversos problemas de saúde pública (Guanais, & Macinko, 2009; Macinko, 2010). Contudo, verifica-se, em não raros contextos, dificuldades para consolidar suas diretrizes, podendo-se constatar uma diversidade de modelos de implementação, com conseqüente variabilidade de seus efeitos (Aquino, *et al.*, 2014).

É preciso considerar, ainda, que havendo uma tendência de que a população de idosos continue aumentando nas próximas décadas e que as demandas por eles apresentadas serão cada vez mais complexas e heterogêneas (Borges, Campos, & Castro e Silva, 2015; WHO, 2011), as iniciativas de qualificação da APS devem envolver o reconhecimento da população, nos diferentes aspectos que a circunscrevem, como questões sociodemográficas, de condições de saúde e doença, hábitos de vida e de acesso e utilização de serviços de saúde. A definição das ações e programas, encampados por este nível de atenção, deve ser orientada a partir dos problemas e necessidades dos usuários adstritos às suas unidades, consolidando uma cultura de iniciativas baseada na população local e contribuindo para a tomada de decisão informada.

Por tudo, e pretendendo ser uma contribuição à crítica e ao debate, objetivou-se, com este estudo, descrever o perfil do idoso na APS de uma cidade média brasileira.

## **Métodos**

Estudo do tipo transversal, realizado em 2017, em Campina Grande, no estado da Paraíba, na Região Nordeste do Brasil. Com pouco mais de 400 mil habitantes e 648,31 hab/km<sup>2</sup>, Campina Grande é cidade média, com Índice de Desenvolvimento Humano 0,72, e conta com aproximadamente 12% de idosos com 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2018). A população deste estudo, contudo, compreendeu apenas aqueles

cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF), da rede de APS; portanto, a partir da qual foi estimada uma amostra probabilística, considerando-se a fórmula  $N = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)}$ , sendo:  $n$  = amostra calculada;  $N$  = população;  $Z$  = variável associada ao nível de confiança adotado;  $e$  = erro amostral;  $p$  = Proporção que se esperou encontrar.

Considerando a população estimada de idosos com 60 anos ou mais cadastrados nas USFs ( $Z= 36.720$ ); a variável associada a um intervalo de confiança de 95% ( $Z = 1,96$ ); o erro amostral ( $e=5\%$ ), e aceitando a proporção de idosos na população ( $p=12\%$ ), obteve-se um  $n$  ou valor da amostra de 162 participantes. Estes foram incluídos após a consideração dos critérios de elegibilidade, que consistiram em ter sido atendido há pelo menos um ano que antecedeu o estudo e residir na zona urbana. Ademais, para o recrutamento dos participantes, procedeu-se o método de amostragem por estratos, operacionalizado em três etapas:

- **Etapa I:** Estabelecimento dos estratos, representados pelos seis Distritos Sanitários da zona urbana da cidade.
- **Etapa II:** Para viabilizar o acesso aos estratos, foram sorteadas USFs em cada um deles, atribuindo-se apenas uma unidade ao menor, e calculando-se de forma proporcional a quantidade existente em cada um dos outros, totalizando 12 ao final.
- **Etapa III:** Foi atribuído um número a cada um dos idosos cadastrados nas USFs eleitas em cada um dos estratos, e escolhidos 162 que corresponderam à amostra calculada, também de forma proporcional, através de um sorteio simples e automático, com o auxílio do Programa *Microsoft Excel*. Com uma perda de 20%, novos sorteios foram realizados, permitindo que o quantitativo inicialmente estabelecido pudesse ser alcançado.

A coleta de dados foi realizada no domicílio dos participantes, sendo operacionalizada em três meses, com o apoio de colaboradores de pesquisa, previamente recrutados e treinados, a partir de um formulário-padrão, com 47 questões, versando sobre variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor, estado civil, anos de estudo e renda familiar); condição de saúde e hábitos de vida (doença atual, hospitalização, medicação de uso contínuo, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e

prática de atividade física) e acesso e utilização dos serviços de APS (atendimento no último contato, participação em programas de prevenção e promoção, espera em fila e recebimento de visitas domiciliares).

Posteriormente, os dados foram implantados em um banco e analisados por meio do *Software Stata*, versão 14.0. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas de variáveis sociodemográficas, inclusive de forma estratificada, por homens e mulheres, acompanhadas do teste de hipóteses Qui-Quadrado de Pearson, considerando significância estatística, que indica diferença entre os grupos, quando  $p < 0,05$ . Ademais, descreveram-se hábitos de vida e condições de saúde e doença, e aspectos sobre acesso e utilização de serviços. Os resultados foram apresentados em tabelas ou figuras.

Os preceitos éticos elencados na resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram observados, obtendo-se o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 62471316.4.0000.5187, do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba.

## Resultados

Achados sociodemográficos dos idosos cadastrados nas unidades de APS indicam o predomínio de mulheres (67,3%), pessoas com até 70 anos (51,9%), casados (48,8%), com renda per capita de até 1 salário mínimo (53,7%), do quais um percentual elevado autodeclarou-se analfabeto (24,1%).

Para os achados sociodemográficos retro mencionados, não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, quando analisados segundo estratos, com exceção de estado civil (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição de idosos na Atenção Primária à Saúde, segundo variáveis sociodemográficas. Campina Grande/PB, Brasil, 2017

Variáveis	Homens	Mulheres	p valor
	n (%)	n(%)	
<b>Idade*</b>			0,243
< 70 anos	24(45,3)	60(55,1)	
≥70 anos	29(54,7)	49(44,9)	
			<b>&lt;0,001</b>
<b>Estado Civil</b>			
Casado	39(73,6)	40 (36,7)	
Viúvo	10(18,9)	34 (31,2)	
Solteiro	2(3,8)	23 (21,1)	
Divorciado	2(3,8)	12 (11,0)	
<b>Cor<sup>‡</sup></b>			0,299
Negros	37(69,8)	67 (61,5)	
Branços	16(30,2)	42 (38,5)	
<b>Estudo<sup>§</sup></b>			0,125
≤ 5 anos	34(64,2)	56(51,4)	
> 5 anos	19(35,6)	53(48,6)	
<b>Analfabetismo</b>			0,627
Sim	14(26,4)	25(22,9)	
Não	39(73,6)	84 (77,1)	
<b>Renda per capita</b>			0,107
Até 1 salário mínimo <sup>¶</sup>	28(52,8)	59(54,1)	
De 1 a 2 salários mínimos	13(24,5)	38(34,9)	
> 2 salários mínimos	12(22,6)	12(11,0)	

**Fonte:** Dados da pesquisa (2017).

N= 162; P valor: Teste Qui-Quadrado de Pearson; \*Variável dicotomizada com base na média aritmética ( $x=70\pm 8$ ); <sup>‡</sup>Variável dicotomizada com base na média aritmética ( $x=5\pm 4$ ); <sup>¶</sup> Referente a janeiro de 2018 (R\$ 954).

A partir da análise dos hábitos de vida dos idosos atendidos na APS, o tabagismo foi referido por 11,7% e o consumo social de bebidas alcoólicas por 12,9%. Além disso, 38,9% afirmou praticar com regularidade algum tipo de atividade física. Em relação a condições de saúde, depreendeu-se que o uso de algum tipo de medicação continuada foi referido por 83,3% dos indivíduos e 16,1% foram hospitalizados no último ano. A quase totalidade referiu ter pelo menos uma doença diagnosticada (89,5%) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição de idosos na Atenção Primária à Saúde, segundo variáveis de hábitos de vida e condições de saúde. Campina Grande, PB, Brasil, 2017

Variáveis	n(%)
<b>Hábitos de vida</b>	
Tabagismo	19(11,7)
Consumo de bebidas alcoólicas	21(12,9)
Atividade física	63(38,9)
<b>Condição de saúde</b>	
Doença diagnosticada	142(89,5)
Medicação de uso contínuo	135(83,3)
Hospitalização no último ano	26(16,1)

**Fonte:** Dados da pesquisa (2017)

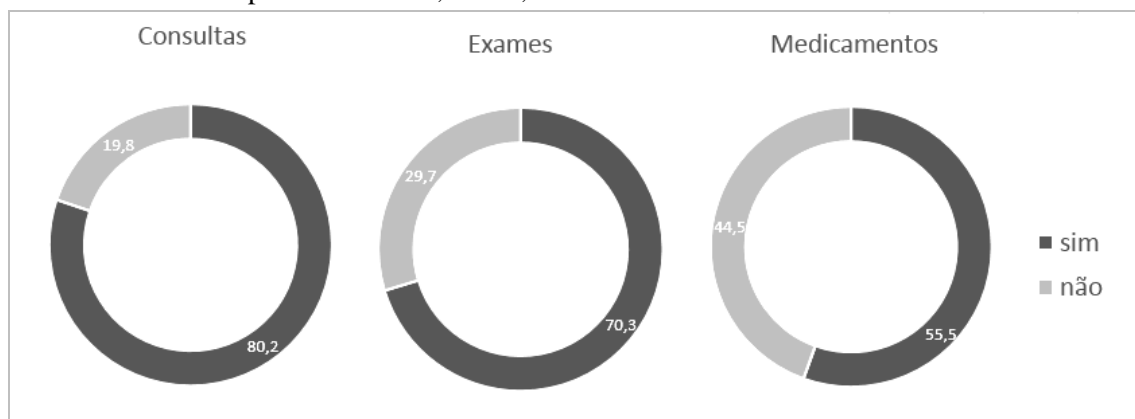
N= 162

Entre as doenças diagnosticadas referidas pelos idosos atendidos na APS, destacaram-se as DANTs, sobretudo as do aparelho circulatório (73,5%), metabólicas e nutricionais (25,3%) e do aparelho respiratório (17,9%).

Quando questionados sobre aspectos relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde, 62,9% dos idosos afirmou que utiliza exclusivamente os serviços públicos de saúde e 33,3% que possui plano de saúde com algum tipo de cobertura.

Especificamente sobre APS, conforme demonstrado, diante de um problema ou necessidade de saúde, uma de suas unidades é o primeiro serviço procurado para consulta para 80,2% dos indivíduos, percentual menor quando a referência é encaminhamento para exames especializados (70,3%) e aquisição de medicações de uso continuado (55,5%) (Figura 1).

**Figura 1-** Distribuição percentual de idosos para os quais a unidade de APS é o serviço de referência para realização de consultas, encaminhamentos para exames e aquisição de medicamentos. Campina Grande/PB, Brasil, 2017



**Fonte:** Dados da pesquisa (2017).  
N=162

Ademais, ainda sobre APS, 81,5% dos idosos referiu conseguir atendimento com profissional de saúde no último contato com uma de suas unidades, 88,9% julgou adequada a comunicação entre o profissional e o usuário, 66,1% afirmou que enfrentou fila inferior a uma hora para este mesmo atendimento e 76,5% referiu receber visita domiciliar de agentes comunitários de saúde. Apesar disso, apenas 12,9% relatou participar de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos na unidade (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde segundo variáveis de acesso e utilização de serviços. Campina Grande/PB, Brasil, 2017

Variáveis	Sim	Não
	n(%)	n(%)
Atendimento no último contato	132(81,5)	30(18,5)
Comunicação adequada profissionais/usuários	144(88,9)	18(11,1)
Fila de espera em até 1h	107(66,1)	55(33,9)
Visita domiciliar	124(76,5)	38(23,5)
Participação em programas	21(12,9)	141(87,1)

**Fonte:** Dados da pesquisa (2017).  
N=162



## Discussão

O aumento populacional de idosos é uma realidade mundial, e em particular do Brasil, verificado entre homens e mulheres, embora estas sejam maioria. Isso se deve, de um lado, a sobremortalidade e maior exposição a fatores de risco para importantes doenças e agravos, observadas entre os homens; e, do outro, ao fato de que as mulheres costumam frequentar mais os serviços de saúde e buscar acompanhamento e cuidado em saúde ao longo de suas vidas (Bandeira, Melo, & Pinheiro, 2010; Borges, Campos, & Castro e Silva, 2015; Chaimovicz, 2013; Küchemann, 2012).

Cabe ressaltar, entretanto, que a diferença entre homens e mulheres idosos adstritos à rede de unidades de APS, verificada neste estudo, pode ter sido superestimada, em virtude de um dos critérios de inclusão estabelecido para recrutamento dos participantes: ao optar por aqueles que foram atendidos nos 12 meses que precederam a pesquisa, é possível que se tenha contemplado um grupo maior de indivíduos do sexo feminino, que costumam acessar mais os serviços daquele nível de atenção. O menor quantitativo de indivíduos do sexo masculino pode ser atribuído, ainda, ao fator cultural da invulnerabilidade, que contribui para que estes não se enxerguem necessitados de cuidados e, por isso, seu comparecimento para assistência não raras vezes é de fato menor (Silva, *et al.*, 2012; Schraiber, *et al.*, 2010).

Não obstante a realidade ora descrita, que tem sido comumente apresentada, crê-se, adicionalmente, que com o passar do tempo, inclusive com declínio da população jovem e mais exposta a agravos externos, como acidentes e violências, que impactam mais a mortalidade masculina, o quadro de predomínio de mulheres entre os idosos, anteriormente apresentado, se alterará nas próximas décadas. Com isso, se verificará uma redução da diferença na proporção entre estas e os homens ao longo do tempo, o que é indicativo da elevação da sobrevida destes últimos e que impele aos serviços de APS uma atenção a esse emergente grupo, embora o quadro pareça mais difícil de se alterar entre os longevos, com 80 anos ou mais, conforme se observam em projeções estatísticas (IBGE, 2013).

Cabe assinalar que as transformações pelas quais têm passado as sociedades, em virtude da prosperidade econômica e social, a redução da mortalidade por causas evitáveis, conforme mencionado, bem como o maior acesso a serviços de saúde, não são vivenciados homoganeamente entre todos os grupos populacionais, inclusive no contexto brasileiro, haja vista importantes diferenças em suas regiões, estados e cidades (Borges, Campos, & Castro e Silva, 2015; Vasconcelos, & Gomes, 2012). Por isso, crê-se que o aumento da longevidade, constatado pela elevada média de idade do idoso, não acompanhou a melhoria em outros aspectos, tais como escolaridade e renda, que permanecem sobremaneira baixos entre os idosos, e levantam questões para discussões no âmbito da APS.

No que se refere à escolaridade, dá-se especial atenção para o fato de os participantes possuírem uma média de anos de estudo ligeiramente superior ao do idoso brasileiro que é de 4,8 anos, conforme apontam estudos sociodemográficos (Borges, Campos, & Castro e Silva, 2015); mas ainda considerada reduzida, sobretudo quando avaliado o percentual daqueles que se autorreferem analfabetos. Em tese, este achado se caracteriza como uma grande perda a estes indivíduos, uma vez que o aspecto educacional desempenha importante papel na determinação das condições de saúde, em decorrência de vários fatores, mas principalmente, pela melhor assimilação de informações sobre prevenção das doenças, compreensão de eventuais problemas e adesão a um dado tratamento (Esperandio, 2013; IBGE, 2015), aspectos que fazem parte do cuidado, sobretudo na APS.

Os idosos investigados na APS informaram possuir baixa renda familiar, ainda que se possa crer subestimada, dado que muitos dos participantes poderiam não conhecer ou omitiram o orçamento real da família, não levando em consideração a contribuição de outros membros do lar, mas tão somente a sua própria. Ainda assim, o achado faz-se importante porque possui uma relação com condições de saúde e todas as situações que as circunscrevem, como tempo de espera para buscar atendimento e dificuldade de contatar profissionais, além de serem importantes determinantes sociais da doença (Ferreira, & Santo, 2012; Geib, 2012).

No contexto ora apresentado, quer o aspecto da baixa renda, quer da escolaridade reduzida, entre os idosos participantes deste estudo, ambos os aspectos poderiam indicar a concentração da APS em indivíduos pobres, aspecto no qual em geral tende a reproduzir o inverso da universalidade, ou seja, a focalização (PAIM, 2015). Tal suposição embora plausível, na medida em que tem sido constatada comumente em cidades brasileiras com mais de cem mil habitantes, deve ser considerada com parcimônia, porquanto é notória a alta cobertura daquele nível de atenção no cenário deste estudo, algo em torno de 90% (SIAB, 2018).

Apesar disso, a prevalência de adoecimento foi elevada, sobretudo pelo grupo das DANTs, as quais alcançaram a quase totalidade dos participantes. De um modo geral, os indicadores epidemiológicos dão conta de que este grupo de enfermidades de fato é comum em indivíduos com idades mais avançadas em virtude do longo período de vida que lhes possibilitou uma exposição continuada a muitos dos fatores de risco que as desencadeiam, alguns dos quais somente nos últimos anos tem-se o pleno conhecimento dos males que podem causar (Costa, & Thuler, 2012; Dantas, *et al.*, 2017; Nunes, *et al.*, 2018), e que certamente tem um peso importante na APS.

Nesse contexto, dados demonstram que as DANTs predominaram nos idosos em diferentes abordagens realizadas, quer por hospitalizações, quer por adoecimento e morte; constatando, inclusive, para esta última, uma importante elevação de 50%, em pouco mais de dez anos (Dantas, *et al.*, 2017), as quais presume-se que representam objeto de maior demanda nas unidades de APS. Nesse ínterim, para todos esses indicadores, as doenças do aparelho circulatório se sobressaíram, conforme também fazem saber outros diferentes achados (Piuvezam, *et al.*, 2015; Ortolani, & Goulart, 2015; Yazdanyar, & Newman, 2009), inclusive aqueles aqui apresentados, que dão conta de uma prevalência próxima ao somatório de todas as enfermidades em conjunto.

Ademais, importante considerar que as DANTs frequentemente têm a multimorbidade, a ocorrência de duas ou mais doenças crônicas simultaneamente em um mesmo indivíduo, como regra de expressão (Salisbury, 2012; Violan, *et al.*, 2014; Nunes, *et al.*, 2018).

Ainda que se reconheça a complexidade que circunscreve esta condição, sobretudo em idosos, nos quais não raras vezes está atrelada a elevação do risco de morte precoce, a maior frequência de hospitalizações e de internação prolongada, a polifarmácia, a diminuição de funcionalidade e a depressão (Menotti, 2001; Smith, *et al.*, 2012), constata-se que a maior parte dos sistemas de saúde, inclusive aqueles que possuem algum nível de organização de APS, não estão adequadamente preparados para responder a este quadro (Giovanella, & Mendonça, 2012).

Um dos entraves aos sistemas de saúde na questão da multimorbidade é a fragilidade na coordenação do cuidado, compreendido como atributo essencial à APS (Starfield, 2002). Diz respeito a definição de fluxos assistenciais, troca de informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciamento, contrarreferenciamento e monitoração de indivíduos com diferentes necessidades (Aleluia, *et al.*, 2017). É mandatório no contexto de ascensão da multimorbidade em idosos; porquanto esta condição, não raras vezes, impele a esses indivíduos o contato com distintos profissionais e a utilização simultânea de serviços de diferentes complexidades (Giovanella, & Mendonça, 2012).

Não obstante ao que ora foi exposto, e analisando, de um lado, que somente a menor parte dos idosos estudados possuíam, segundo se verificou, histórico de hospitalização no último ano – para a realização de exames e procedimentos diagnósticos, atendimento por complicação da doença atual, cirurgia eletiva ou mesmo atendimento de urgência e emergência – ainda que se tenha observado um percentual superior aos 10% constatado em outro levantamento (Melo-Silva, *et al.*, 2018), e do outro lado, o fato de que há um elevado quantitativo de indivíduos doentes crônicos e que se diziam usuários de medicações de uso continuado, pode-se, presumivelmente, depreender que apesar da alta prevalência de DANTs estas podem estar sob controle.

Adicionalmente, como a maior parte dos idosos estudados referiu utilizar exclusivamente os serviços públicos de saúde, embora um percentual inferior aos 75% observado em outra realidade (Melo-Silva, *et al.*, 2018), e que apenas um terço dispõe de algum plano de saúde, embora este último represente quase que o dobro dos 15,5% das pessoas da Região Nordeste (PNS, 2013), os achados que dão conta de uma alta prevalência de doentes crônicos e paradoxalmente um pequeno percentual de

hospitalização no último ano, realidade a partir da qual se presumiu anteriormente o controle eficaz das DANTs, pode estar relacionado ao desempenho da APS (Rasella, *et al.*, 2010). As unidades deste nível de atenção são referências para uma parte expressiva dos que participaram deste estudo, achado muito superior aos 47,9% verificado em nível regional (PNS, 2013), sendo que a maior parte conseguiu atendimento no último contato estabelecido com alguma delas.

Embora apenas em hipótese, porquanto não é possível estabelecer associação de causa e efeito neste estudo, a suposição que dá conta de que o desempenho da APS pode colaborar para o controle das DANTs, e como consequência, reduzir hospitalizações ainda que em um grupo vulnerável dado que com alta prevalência de doenças crônicas, não apenas possui plausibilidade, mas tem sido explorada, inclusive como imperativo para que se implementem ações para a consolidação daquele nível de atenção, pelo seu incontestável potencial em dar respostas à maioria das necessidades que levam um indivíduo a procurar o sistema de serviços de saúde (Macinko, Dourado, & Guanais, 2011; Macinko, *et al.*, 2011; Rasella, Aquino, & Barreto, 2010).

O potencial de contribuição da APS no controle das DANTs ganha força quando considerados outros achados, a partir dos quais verificou-se que, diante de alguma necessidade, embora menor do que os 93,7% verificado para serviços de saúde em geral reportados regionalmente (PNS, 2013), um percentual relevante referiu conseguir ser atendido na última vez que procurou uma de suas unidades. Ademais, a maior parte esperou até uma hora e considerou a comunicação adequada com os profissionais para este atendimento, além de referir que recebe visitas domiciliares regulares de agentes comunitários de saúde. Estes aspectos, pelo menos em tese, reforçaria a suposição ora colocada, embora também outros resultados que apontam para fragilidades em encaminhamento para exames e consultas especializadas, dispensação de medicações e participação em programas de prevenção e promoção em saúde, ao contrário, enfraquece-a.

Os aspectos negativos ora mencionados, como encaminhamento para exames e consultas especializadas e a baixa participação em programas preventivos e de promoção de saúde na unidade de APS, quando verificados em sistemas de saúde baseados neste nível de atenção, como se pretende o brasileiro, representa uma grande

perda, sobretudo quando considerado que este nível de atenção responde por parcela importante de todos os atendimentos realizados, inclusive entre os grupos de extremos de idade, crianças e idosos, porquanto, conforme verificado (Tomasi, *et al.*, 2011), estes utilizam mais os serviços e o número de consultas aumenta com a idade.

## Conclusões

Depreendeu-se um quadro geral do heterogêneo grupamento populacional de idosos atendidos na APS, o qual aponta para uma população majoritariamente feminina, com média de idade elevada, baixa renda e com uma parcela importante com pouca escolaridade e de analfabetos.

Ademais, verificou-se predomínio das DANTs entre as principais causas de adoecimento autorreferidas, sobretudo de afecções circulatórias. Considerando, entretanto, de um lado, que apenas a menor parte dos idosos possuíam histórico de hospitalização no último ano, e, do outro, o fato de que há um elevado quantitativo de indivíduos com doenças crônicas e que se diziam usuários de medicações de uso continuado, pode-se, presumivelmente, depreender que apesar da alta prevalência destas afecções, estas poderiam estar sob controle. Considerando que a maior parte utiliza exclusivamente os serviços públicos de saúde, e que apenas um terço dispõe de algum plano privado, tal fato pode estar relacionado ao desempenho da APS, a qual é referência para uma parte expressiva dos que participaram deste estudo.

Ainda que uma parcela importante dos idosos tenha referido que as unidades de APS são referência na iminência de um problema ou necessidade de saúde e doença e que recebem regularmente visitas de agentes comunitários de saúde, que a maior parte conseguiu atendimento no último contato estabelecido com uma de suas unidades, oportunidade na qual houve uma comunicação adequada com os profissionais de saúde e espera em fila de até uma hora; infelizmente, porém, aspectos como encaminhamento para exames e a participação em programas de prevenção e promoção em saúde, são aspectos que precisam ser considerados.

Sabe-se que os inquéritos de base populacional representam a opção mais adequada para conhecer o perfil de morbidade de uma população. Entretanto, isto nem

sempre é possível, porquanto é preciso de consideráveis recursos humanos e financeiros. Portanto, uma das limitações deste estudo é não ser representativo da população. Ademais, todos os aspectos aqui investigados foram autorreferidos e podem conter inconsistências próprias dessa opção metodológica.

## Referências

- Aleluia, I. R. S., Medina, M. G., Almeida, P. F., & Vilasboas, A. L. Q. (2017). Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1845-1856. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1845.pdf>.
- Aquino, R., Medina, M. G., Nunes, C. A., & Sousa, M. F. (2014). Estratégia de Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim, J. S., Almeida-Filho, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro, RJ: MedBook.
- Bandeira, L., Melo, H. P., & Pinheiro, L. S. (2010). Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE, 2008. In: *Observatório Brasil da Igualdade de Gênero*, 107-119. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres. Recuperado em 3 de maio, 2018, de: <file:///C:/Users/st/Downloads/Revista%20-%20Português.pdf>.
- Borges, M. G., Campos, M. B. C., & Silva, L. G. (2015). Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. In: Ervatti, L. G., Borges, G. M., & Jardim, A. P. (Orgs.). *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções das populações*. Brasília, DF: IBGE. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>.
- Chaimovicz, F. (2013). *Transição demográfica. Saúde do idoso*. (2ª ed.). Belo Horizonte, MG: NESCON UFMG. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/saude-do-idoso-2edicao-revisada.pdf>.
- Costa, L. C., & Thuler, C. S. (2012). Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev. Bras. Estud. Popul.*, 29(1), 133-145. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v29n1/v29n1a09.pdf>.
- Costa, M. F. B. N. A., & Ciosak, S. I. (2010). Comprehensive health care of the elderly in the Family Health Program: vision of health professionals. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 44(2), 433-440. Recuperado em 3 maio, 2018, de: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en\\_28.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_28.pdf).
- Dantas, I. C., Pinto Junior, E. P., Medeiros, K. K. A. S., & Souza, E. A. (2017). Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(1), 93-108. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p93-108/22192>.

Esperandio, E. M., Espinosa, M. M., Martins, M. A. S., Guimarães, L. V., Lopes, M. A. L., & Scala, L. C. N. (2013). Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 16(3), 481-493. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a07.pdf>.

Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D. S., Siqueira, F. V., & Rodrigues, M. A. (2006). Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 669-681. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>.

Ferreira, J., & Santo, W. E. (2012). Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manginhos, Rio de Janeiro. *Physis*, 22(1), 179-198. Recuperado em 3 maio, 2018 em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a10.pdf>.

Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 17(1), 123-133. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1.pdf>.

Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2012). *Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora de cuidados?* Rio de Janeiro, RJ: Cebes.

Guanais, F. L., & Macinko, J. (2009). Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage*, 32(2), 115-122. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=19305223#>.

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Dados Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União*. Recuperado em 3 maio, 2018, de: [https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados\\_dou/default\\_r esultados\\_dou.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/default_r esultados_dou.shtm).

IBGE. (2013). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da População do Brasil por sexo e idade simples: 2000-2060*. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6942>.

IBGE. (2015). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>.

IBGE. (2018). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE cidades*. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>.

Kringos, D. S. (2012). *The strength of primary care in Europe*. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>.

Küchemann, B. A. (2012). Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc. Estado*, 27(1), 165-180. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>.



- Macinko, J. (2010). Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff.*, 29(12), 2149-2160. Recuperado em 3 maio, 2018, de: [http://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2010.0251?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2010.0251?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed).
- Macinko, J., Dourado, I., & Guanais, F. C. (2011). *Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde*. Washington, USA: Banco Interamericano de Desenvolvimento. Recuperado em 3 maio, 2018, de: [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5759/Concept%20Note\\_Seminario%20Doencas%20Cronicas\\_SSA\\_PORT.pdf?sequence=2](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5759/Concept%20Note_Seminario%20Doencas%20Cronicas_SSA_PORT.pdf?sequence=2).
- Macinko, J., Oliveira, V. B., Turci, M. A., Guanais, F. C., Bonolo, P. F., & Lima-Costa, M. F. (2011). The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*, 101(10). Recuperado em 3 maio, 2018, de: [https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2010.198887?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.Org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&](https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2010.198887?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.Org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&).
- Medeiros, K. K. A. S., Pinto Júnior, E. P., Bousquat, A., & Medina, M. G. (2017). The challenge of integrality in elderly care in the scope of Primary Health Care. *Saúde Debate*, 41(n.º esp. 3), 288-294. Recuperado em 3 maio, 2018, de: [http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/en\\_0103-1104-sdeb-41-spe3-0288.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/en_0103-1104-sdeb-41-spe3-0288.pdf).
- Mendes, M. R. S. S. B., Gusmão, J. L., Mancussi e Faro, A. C., & Leite, R. C. B. O. (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*, 18(4), 422-426. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>.
- Menotti, A., Mulder, I., Nissinen, A., Giampaoli, S., Feskens, E. J., & Kromhout, D. (2001). Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality. *J Clin Epidemiol.*, 54, 680-686. Recuperado em 3 maio, 2018, de: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(00\)00368-1/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(00)00368-1/fulltext).
- Minayo, M. C. S., & Coimbra Junior, C. E. A. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.
- Ortolani, F. P. B., & Goulart, R. M. M. (2015). Doenças cardiovasculares e estado nutricional no envelhecimento: produção científica sobre o tema. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 18(1), 307-324. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26063/18703>.
- Paim, J. S. (2015). Avanços e desafios do SUS. In: Paim, J. S. (2015). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Pessoa, M. P. (2007). Idoso e cidadania: notas sobre a contemporaneidade brasileira. In: Reis, C. N. *O sopro minuano: Transformações societárias e políticas sociais – um debate acadêmico*. Porto Alegre, RS: EDPUCRS.
- PNS. (2013). Pesquisa Nacional de Saúde, *Acesso e utilização de serviços de saúde, acidentes e violências*. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>.

Piccini, R. X., Facchini, L. A., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D. S., Siqueira, F. V., & Rodrigues, M. A. (2006). Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 657-667. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30981.pdf>.

Piueзам, G., Medeiros, W. R., Costa, A. V., Emerenciano, F. F., Santos, R. C., & Seabra, D. S. (2015). Mortalidade em idosos por doenças cardiovasculares: análise comparativa de dois quinquênios. *Arq Bras Cardiol*, (online, ahead print). Recuperado em 3 maio, 2018, de: [http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt\\_0066-782X-abc-20150096.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150096.pdf).

Rasella, D., Aquino, R., & Barreto, M. L. (2010). Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health*, 10(380), 2-8. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC20587036/>.

Smith, S. M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O'Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*, 2012, 345. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e5205>.

Salisbury, C. (2012). Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *Lancet*, 380, 7-9. Recuperado em 3 maio, 2018, de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60482-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60482-6/fulltext).

Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin, R., Silva, G. S. N. da, & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*, 26(5), 961-970. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf>.

SIAB. (2014). Sistema de Informação de Atenção Básica. *Cadastramento familiar*. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFpb.def>.

Silva, P. A. S., Furtado, M. S., Guilhon, A. B., Souza, N. V. D. O., & David, H. M. S. L. (2012). A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Esc. Anna Nery*, 16(3), 561-568. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>.

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde. Recuperado em 3 maio, 2018, de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf).

Tomasi, E., Facchini, L. A., Thumé, E., Piccini, R. X., Osorio, A., Silveira, D. S. da, Siqueira, F. V., Teixeira, V. A., Dilélio, A. S., & Maia, M. de F. S. (2011). Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4395-4404. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a12v16n11.pdf>.

Vasconcelos, A. M. N., & Gomes, M. M. F. (2012). Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 21(4), 539-548. Recuperado em 3 maio, 2018, de: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>.

Violan, C., Foguet-Boreu, Q., Flores-Mateo, G., Salisbury, C., Blom, J., Freitag, M., Glynn, L., Muth, C., & Valderas, J. M. (2014). Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS ONE*, 9(7). Recuperado em 3 maio, 2018, de: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0102149>.

WHO. (2011). *Global health and ageing*. Recuperado em 3 maio, 2018, de: [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf).

Yazdanyar, A., & Newman, A. B. (2009). The Burden of Cardiovascular Disease in the Elderly: Morbidity, Mortality, and Costs. *Clin Geriatr Med.*, 25(4), 563-577. Recuperado em 3 maio, 2018, de: [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(09\)00051-2/fulltext](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(09)00051-2/fulltext).

---

**Kaio Keomma Aires Silva Medeiros** - Enfermeiro. Doutorando. Faculdade de Saúde Pública (FSP), Universidade de São Paulo (USP).

E-mail: keomma.kaio@gmail.com

**Alexsandro Silva Coura** - Enfermeiro. Doutor. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

E-mail: alexcoura\_@hotmail.com

**Elzo Pereira Pinto Junior** - Fisioterapeuta. Doutorando. Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: elzojr@hotmail.com

**Inacia Sátiro Xavier de França** - Enfermeira. Doutora. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

E-mail: inacia.satiro@gmail.com

**Aylene Bousquat** - Médica. Doutora. Faculdade de Saúde Pública (FSP), Universidade de São Paulo (USP).

E-mail: aylenebousquat@gmail.com