

Perfil de envelhecimento, adesão à Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e autopercepção de saúde, Ituiutaba-MG (2015 e 2018)

Aging profile, adherence to the Elderly Health Handbook and self-perception of health, Ituiutaba-MG (2015 and 2018)

Victor Antonio Ferreira Freire¹

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9685-4534>

Janyne Vilarinho Melo²

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7091-0654>

Ana Lúcia de Medeiros Santos³

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7650-688X>

Ériks Oliveira Silva⁴

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6883-5715>

Morun Bernardino Neto⁵

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4292-7800>

Alexandre Azenha Alves de Rezende⁶

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1751-9194>

Luciana Karen Calábria⁷

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0500-0232>

Resumo

Estudos com idosos que considerem os diferentes perfis demográfico e socioeconômico são fundamentais para a compreensão da dinâmica da expectativa de vida e formulação de políticas públicas. **Objetivo:** Avaliar e comparar variáveis demográficas, socioeconômicas, a adesão à Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e a autopercepção de saúde de idosos de Ituiutaba-MG anos anos de 2015 e 2018. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal que avaliou 304 idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde utilizando questionário semiestruturado. Estatísticas descritiva e inferencial por meio do teste de Mann-Whitney e qui-quadrado foram utilizadas para comparar as variáveis investigadas no intervalo de três anos. **Resultados:** Verificou-se transição da faixa etária, de 60-69 anos em 2015 a 70-79 anos em 2018, que vivem com companheiro(a) e não moram sozinhos. A baixa escolaridade foi presente nos anos avaliados e a renda mensal prevalente em 2018 foi menor que no ano de 2015. Além disso, a baixa adesão à Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e a percepção de saúde razoável prevaleceram entre os anos avaliados. **Conclusão:** Os achados deste estudo reiteram a necessidade de avanço na adesão municipal de políticas públicas de saúde voltadas para o idoso, garantindo melhor acompanhamento em saúde e promoção da qualidade de vida..

Palavras-chave: saúde do idoso; dinâmica populacional; perfil de saúde.

¹ Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Ciências Exatas e Naturais do Pontal, Ituiutaba, MG, Brasil. E-mail: freirevictor55@gmail.com

² Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Ciências Exatas e Naturais do Pontal, Ituiutaba, MG, Brasil. E-mail: janynevmele@gmail.com

³ Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Ciências Exatas e Naturais do Pontal, Ituiutaba, MG, Brasil. E-mail: annamedeiros94@hotmail.com

⁴ Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Ciências Exatas e Naturais do Pontal, Ituiutaba, MG, Brasil. E-mail: eriks.oliveiras@gmail.com

⁵ Universidade de São Paulo, Escola de Engenharia de Lorena, Lorena, SP, Brasil. E-mail: morun@usp.br

⁶ Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Ciências Exatas e Naturais do Pontal, Ituiutaba, MG, Brasil. E-mail: azenha@ufu.br

⁷ Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Ciências Exatas e Naturais do Pontal, Ituiutaba, MG, Brasil E-mail: lkcalabria@ufu.br

Abstract

Studies with elderly people considering the different demographic and socioeconomic profiles are fundamental to understand the dynamics of life expectancy and the formulation of public policies. **Objective:** To evaluate and compare demographic and socioeconomic variables, adherence to the Elderly Health Handbook and the self-perception of health of the elderly in Ituiutaba-MG in the years 2015 and 2018. **Methods:** This is a cross-sectional study with 304 elderly people attended at basic health units using a semi-structured questionnaire. Descriptive and inferential statistics using the Mann-Whitney Test and qui-square were used to compare the variables investigated over the interval of three years. **Results:** There was a transition in the age group from 60-69 years old in 2015 to 70-79 years old in 2018, with prevalence of elderly people with partner and do not live alone. Low education was present in the years evaluated and the prevalent monthly income in 2018 was lower than in 2015. Moreover, low adherence to the Health Record for the Elderly and the reasonable perception of health prevailed between the years evaluated. **Conclusion:** The findings of this study highlight the necessity to improve the municipal adherence to public health policies aimed at the elderly, ensuring better health monitoring and promoting quality of life.

Keywords: Health of the Elderly. Population Dynamics. Health Profile.

Introdução

O envelhecimento humano é um processo natural e multicausal marcado por fatores sociais e comportamentais que são determinantes para a senescência¹. O maior desafio das políticas de saúde do idoso é garantir uma população idosa funcional e a promoção da qualidade de vida, papel este desempenhado pelas equipes multidisciplinares e profissionais da gerontologia^{2,3}.

As intervenções que reduzem os agravos em saúde e a carga de morbidades por meio de estilo de vida saudável com menor vulnerabilidade e maior independência e autonomia passou a ser a estratégia em saúde mais efetiva na Sa geriatría⁴. O estigma construído ao longo das gerações sobre o perfil de envelhecimento dos idosos não é aplicável à sociedade contemporânea, tendo em vista uma manifestação de velhice heterogênea. Assim, a visão atual sobre o envelhecimento saudável é compreendida pela manutenção e maximização das capacidades funcionais dos idosos⁵, exigindo o conhecimento desses estratos e uma atenção à saúde mais individualizada⁶.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI)⁷ é um instrumento que permite o acompanhamento, pelo período de cinco anos, das dimensões clínica, funcional e psicossocial, sendo atualmente uma estratégia e também política de saúde

pública para atendimento multidimensional do idoso. Dados publicados em abril de 2021 mostram que 58% (n=3.231) dos municípios brasileiros já fizeram a implementação da CSPI⁸. No entanto, apesar da sua importância, a sua discussão na literatura ainda é limitada⁹, o que reforça a necessidade de estudos que avaliem a sua adesão pelas equipes da Estratégia em Saúde da Família (ESF) que assistem ao idoso na Atenção Primária à Saúde.

Compreender as dimensões acerca do envelhecimento pode fornecer evidências sobre a implementação e acompanhamento das políticas de saúde, conforme prescrito nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹⁰, possibilitando o planejamento e organização dos serviços de saúde para o atendimento dos diversos perfis de envelhecimento de uma população. A autopercepção de saúde é uma ferramenta de avaliação subjetiva da saúde do indivíduo, podendo ser passível de intervenções e mudança em seu estado¹¹. Afinal, será que a percepção de saúde do idoso muda com a construção de uma nova identidade de envelhecimento, das políticas de saúde pública e da reestruturação no acompanhamento da sua saúde?

Sendo assim, o presente estudo buscou comparar os aspectos demográficos e socioeconômicos, bem como a adesão da CSPI e a percepção de saúde de idosos

atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família em Ituiutaba-MG nos anos de 2015 e 2018 como possível estratégia de acompanhamento do perfil de envelhecimento desta população.

Materiais e Métodos

Amostra e tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado no município de Ituiutaba-MG. Idosos não institucionalizados, de ambos os sexos, selecionados por conveniência, atendidos nas 11 Unidades Básicas de Saúde da Família e uma Unidade Mista de Saúde, foram entrevistados nos anos de 2015 (n=149) e 2018 (n=155). As entrevistas foram realizadas no momento de aguardo do atendimento médico na sala de espera ou antes do início das reuniões do Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes *mellitus* (HiperDia).

Para definição do tamanho amostral do estudo nos anos avaliados foi adotado o erro de 0,05 e erro amostral entre 4 e 0,8% para prevalências entre 50 e 1%, respectivamente. Para isso, foi considerado nível de confiança de 95% a partir da prevalência de idosos em Ituiutaba-MG¹², correspondendo a 10% da população do estado de Minas Gerais.

Delineamento e Procedimentos da pesquisa

As coletas de dados foram realizadas nos períodos de maio a agosto de 2015 e março a setembro de 2018, utilizando o mesmo questionário semiestruturado contendo variáveis demográficas (idade, sexo, nível de escolaridade, situação conjugal e arranjo familiar), socioeconômicas (ocupação e renda familiar)¹³, e de saúde, avaliando a autopercepção de saúde que foi referida em níveis (ruim, razoável, boa e ótima). Além disso, os idosos foram questionados se possuíam a CSPI. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da Universidade Federal de Juiz

de Fora (nº 1.089.051) e da Universidade Federal de Uberlândia (nº 3.070.463).

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Neste estudo foram incluídos idosos (60 anos de idade ou mais) que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que responderam com autonomia o questionário por meio de entrevista. Os idosos que não assinaram o TCLE e que não terminaram ou interromperam a entrevista foram excluídos do estudo.

Análise estatística

Para a caracterização da amostra todos os dados foram tabulados utilizando o programa computacional Microsoft Office Excel 2010[®] e analisados por estatística descritiva considerando as frequências absoluta (n) e relativa (%), mediana, desvio interquartil e primeiro e terceiro quartis. A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de D'Agostino-Pearson. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparação dos dados não paramétricos entre os anos de 2015 e 2018, para as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Para verificar se o perfil sociodemográfico diferiu entre os dois anos, em relação às frequências das variáveis categóricas, foi realizado o teste do qui-quadrado de independência com correção de Yates, sendo avaliados os resíduos quando constatada diferença estatística. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa Bioestat 5.3, considerado nível de significância de 5%.

Resultados

O estudo foi realizado com 149 e 155 idosos investigados nos anos de 2015 e 2018, respectivamente (Tabela 1). A maioria dos entrevistados em 2015 apresentou mediana de idade de 70 anos, com o primeiro e o terceiro quartis iguais a 65 e 74 anos, e desvio interquartil igual a 9 (mín: 60 anos e máx: 85 anos), sendo semelhante ao que foi levantado no ano de

2018, no qual a mediana foi de 71 anos ($p=0,339$), com o primeiro e terceiro quartis iguais a 64 e 76 anos, e desvio interquartilico igual a 12 (mín: 60 anos e máx: 87 anos), prevalecendo a faixa etária de 60-69 anos em 2015 ($n=73, 49,0\%$) e de 70-79 anos em 2018 ($n=76, 49,0\%$). Em relação ao sexo, houve prevalência de mulheres para ambos os anos investigados ($n=99, 66,4\%$ em 2015; $n= 89, 57,4\%$ em 2018; $\chi^2=2,621, p=0,133$).

Os idosos entrevistados afirmaram, na sua maioria, ter escolaridade ($n=101, 67,8\%$ em 2015; $n=109, 70,3\%$ em 2018) (Tabela 1), prevalecendo até quatro anos de estudos ($n=78, 52,3\%$ em 2015; $n=73, 47,1\%$ em 2018). A escolaridade estratificada por faixa etária em 2015 revelou que a maioria dos idosos com 60-69 ($n=34, 46,6\%$) e 70-79 ($n=40, 63,5\%$) anos de idade relatou ter até quatro anos de estudo, sendo a frequência de analfabetismo maior entre os idosos com idade superior a 80 anos ($n=7, 53,8\%$). No ano de 2018, a maior parte dos idosos, indiferentemente da faixa etária, revelou ter até quatro anos de estudo (60-69 anos, $n=30, 46,2\%$; 70-79 anos, $n=33, 43,4\%$; ≥ 80 anos, $n=10, 71,4\%$).

Em ambos os anos avaliados, a maioria dos idosos relatou ter

companheiro(a). Em contrapartida, em 2018 houve uma redução no relato da presença de cônjuge ($+12,2\%, p<0,04$), mas que em sua maioria declarou que não morava sozinho(a), apresentando outro tipo de configuração familiar (Tabela 1).

Tabela 1

A tabela 2 apresenta características socioeconômicas da população estudada. De acordo com a autodeclaração dos idosos, a renda familiar mensal mais mencionada em 2015 foi a de um mil a dois mil reais ($n=102, 68,5\%$), enquanto que no ano de 2018 foi menor que um mil reais ($n=69, 44,5\%$). O teste de associação revelou que a renda mensal dos idosos diferiu entre os anos avaliados ($\chi^2=33,946, p<0,0001$) e para melhor explorar a significância estatística, observou-se que houve associação entre a renda $<R\$ 1.000,00$ e de $R\$ 1.000,00$ a $R\$ 2.000,00$ entre os anos avaliados, revelando $\chi^2= 33,9463$ e $p<0,0001$ caso fosse realizado um teste de independência entre essas variáveis. Na análise de resíduos ajustados do qui-quadrado é possível observar uma maior frequência de idosos que relataram renda mensal de $R\$ 1.000,00$ a $R\$ 2.000,00$ em 2015 ($68,4\%$, resíduo do $\chi^2=4,998, p=0,01$) e $<R\$1.000,00$ em 2018 ($44,5\%$, resíduo do $\chi^2=5,6688, p=0,01$).

Tabela 2. Perfil socioeconômico dos idosos atendidos nas Unidades de Saúde, Ituiutaba-MG, (2015 e 2018)†

Variáveis	2015			2018			p-valor
	Mulheres n (%)	Homens n (%)	Total n (%)	Mulheres n (%)	Homens n (%)	Total n (%)	
Renda familiar mensal†							
< R\$ 1.000,00	16 (16,2)	6 (12,2)	22 (14,9)	43 (48,3)	26 (39,4)	69 (44,5)**	<0,0001*
R\$ 1.000,00 a 2.000,00	71 (71,7)	31 (63,3)	102 (68,9)	36 (40,4)	26 (39,4)	62 (40,0)**	
> R\$ 2.000,00	12 (12,1)	12 (24,5)	24 (16,2)	9 (10,1)	14 (21,2)	23 (14,8)	
Aposentadoria e/ou pensão							
Sim	86 (86,9)	45 (91,8)	131 (88,5)	72 (81,8)	61 (93,8)	133 (86,9)	0,808
Não	13 (13,1)	4 (8,2)	17 (11,5)	16 (18,2)	4 (6,5)	20 (13,1)	

† Renda familiar = salário-mínimo (em reais): R\$ 788,00 (2015) e R\$ 954,00 (2018)¹⁴; *p-valor < 0,0001.

A ocupação mais citada foi aposentado e/ou pensionista entre os anos avaliados (Tabela 2) e apenas um quarto da população estudada revelou possuir a CSPI em ambos os anos avaliados ($n=45$, 30,2% em 2015; $n=39$, 25,2% em 2018; $p=0,393$).

A maior parte dos idosos afirmou ter percepção razoável de saúde ($n=69$, 46,4% em 2015; $n=65$, 41,9% em 2018) (Tabela 3). Estratificando pelas faixas etárias, observou-se que a autopercepção de saúde razoável continua prevalecendo entre os idosos de 60-69 anos de idade em ambos os anos ($n=41$, 56,2% em 2015; $n=32$, 49,2% em 2018). Em 2018, os níveis de percepção boa e ótima foram os mais relatados entre os idosos a partir dos 70 anos de idade (70-79 anos, $n=30$, 39,5%; ≥ 80 anos, $n=7$, 50%). No geral, observou-se diferença na autopercepção de saúde, sendo mais declarada como boa em 2018 (mediana=3, $p=0,027$), quando comparado a 2015. Diante disso, a associação das variáveis demográficas e socioeconômicas foram avaliadas com a autopercepção da saúde positiva (boa e ótima), revelando associação entre a percepção da saúde e as faixas etárias em 2015 ($\chi^2=7,116$, $p=0,028$), sendo observada diferença significativa entre a percepção positiva de saúde com as faixas etárias de 60 a 69 anos e 70 a 79 anos de idade ($\chi^2=6,8595$, $p=0,0088$), e um qui-

quadrado entre essas faixas etárias e a percepção positiva de saúde apresentaria significância estatística ($\chi^2=7,1155$, $p=0,028$). Ainda, os idosos com faixa etária de 70 a 79 anos de idade revelaram perceber melhor a sua saúde comparada às demais faixas etárias (21,5%, $\chi^2=7,116$, $p=0,05$; resíduo $\chi^2=2,3918$), enquanto os idosos com idade entre 60-69 anos percebem negativamente (ruim e regular) sua saúde (34,9%, $\chi^2=7,116$, $p=0,01$; resíduo $\chi^2=2,6492$).

Em 2018, a percepção de saúde positiva se associou com a renda mensal ($\chi^2=10,107$, $p=0,006$). Na exploração da significância estatística verificou-se que essa associação foi observada para as rendas mensais de R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00 e $>R\$ 2.000,00$ ($\chi^2=8,0504$, $p=0,0045$), gerando um valor de qui-quadrado caso a percepção positiva de saúde e essas rendas mensais fossem associadas de $\chi^2=10,1065$ e $p=0,0064$. Na análise de resíduos do qui-quadrado, verificou-se que os idosos que possuem maior renda ($>R\$ 2.000,00$) melhor percebem a sua saúde (boa e ótima) (11,6%, $\chi^2=8,0504$, $p=0,01$), enquanto aqueles com renda mensal entre R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00 apresentaram percepção negativa (ruim e regular) (24,5%, $\chi^2=8,0504$, $p=0,05$).

Tabela 3. Percepção de saúde autorreferida por idosos atendidos nas Unidades de Saúde, Ituiutaba-MG, (2015 e 2018)

	2015			2018			p-valor
	Mulheres n (%)	Homens n (%)	Total n (%)	Mulheres n (%)	Homens n (%)	Total n (%)	
Ruim	15 (15,2%)	6 (12%)	21 (14,1%)	7 (7,9%)	4 (6,1%)	11 (7,1%)	0,072
Razoável	47 (47,5%)	22 (44%)	69 (46,4%)	39 (43,8%)	26 (39,4%)	65 (41,9%)	0,514
Boa	27 (27,3%)	16 (32%)	43 (28,8%)	25 (28,1%)	30 (45,4%)	55 (35,5%)	0,266
Ótima	10 (10%)	6 (12%)	16 (10,7%)	18 (20,2%)	6 (9,1%)	24 (15,5%)	0,758

Discussão

A comparação dos perfis demográficos e socioeconômicos dos idosos atendidos na rede pública de saúde de Ituiutaba-MG nos anos de 2015 e 2018 revelou uma população em processo de

envelhecimento, conforme observado pelo aumento da faixa etária prevalecente em 2018, com baixa escolaridade, declínio da renda familiar mensal com dependência de aposentadoria e/ou pensão. A autopercepção de saúde prevalece como

razoável entre os anos avaliados, embora idosos da faixa etária de 70-79 anos afirmarem autopercepção positiva de saúde em 2015. Além disso, em 2018, o aumento da renda familiar esteve associada à percepção positiva de saúde, apesar da baixa adesão da CSPI nos anos avaliados.

Segundo o último Censo demográfico¹⁵, aproximadamente 14 mil idosos (14,7%) residiam em Ituiutaba-MG, sendo que apenas 7.541 idosos (4.030 mulheres e 3.511 homens) eram cadastrados na atenção básica de saúde do município em 2015, correspondendo a 52,7% desta população¹⁶. A amostra analisada nesse estudo revela perfil semelhante, com prevalência do sexo feminino e crescente aumento da faixa etária dos idosos, um padrão populacional também nacional¹⁷. Camargos e Gonzaga¹⁸ revelaram que a sobrevida média das mulheres era maior que a dos homens em 2008 (cerca de 3,2 anos), a qual se justifica pela maior procura dos serviços de saúde¹⁹, apesar delas serem acompanhadas de maior morbidade¹⁸.

A baixa escolarização dos idosos brasileiros, advém das dificuldades e do baixo acesso à educação há décadas^{4,20,21}. Em nosso estudo, a baixa escolaridade também prevalece independente da faixa etária ou sexo. No Brasil, segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), a maior parte dos idosos possui apenas o ensino fundamental²⁰. O número médio de estudo do brasileiro, em anos, ainda é impactado pela elevada taxa de analfabetismo em adultos e idosos, e isso pode ser observado pela faixa etária, na qual a população com 40 ou mais anos de idade apresenta em média 6,2 anos de estudo, sendo que ela aumenta entre os mais jovens²².

Em relação às outras características sociodemográficas, a situação conjugal entre 2015 e 2018 se diferenciou quanto a presença do companheiro(a), sendo intrigante o aumento da declaração da ausência do companheiro em 2018, mais frequente para as mulheres do que os homens. A manifestação da viuvez na

velhice pode explicar o fato, uma vez que dados do Sistema de Mortalidade²³ revelam que mais da metade dos óbitos no período de 2015-2019 (50,4% nos estados brasileiros e 50,7% em Minas Gerais) foi de homens.

De acordo com Melo et al.²⁰, o arranjo familiar assumido pelo idoso, para além da sua decisão e a de seus familiares, é um reflexo de fatores histórico, sociocultural, político, econômico e demográfico, e que em conjunto podem interferir na sua vida. Ainda segundo dados do PNAD²⁰, avaliando a distribuição dos arranjos familiares com pessoas idosas, no Brasil prevalece o casal que mora com os filhos e parentes, seguido dos monoparentais e o casal apenas com filhos. Esse perfil também foi observado na população investigada em Ituiutaba-MG, onde a maioria dos idosos vive com companheiro(a).

A renda familiar mensal analisada ao longo dos três anos (2015 a 2018) indica prevalência de menor renda (<R\$ 1.000,00) em 2018, revelando uma condição agravante para a saúde dos idosos, visto a necessidade de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, a manutenção de uma alimentação saudável e a prática de atividade física^{19, 24-26}. Além disso, a longevidade feminina pode ser lesada nesse aspecto, uma vez que a baixa renda é um dos fatores que afetam a mulher durante a velhice¹⁹, e considerando as desigualdades de renda entre os sexos, as mulheres idosas com pequena participação no mercado de trabalho, recurso social mínimo e dependência pelo sistema público de saúde são comumente as mais prejudicadas^{20,27}.

De modo geral, os idosos investigados apresentam fragilidade socioeconômica ao identificarmos a predominância de baixa renda²⁸, e dependência de aposentadoria e/ou pensão, apesar de dados do PNAD em 2017 indicarem que a renda média das pessoas com idade superior a 65 anos é 41% maior do que as da faixa etária de 14-64 anos de

idade²⁹, reforçando a importância da segurança social para distribuição de renda entre os idosos. Além disso, é sabido que o arranjo familiar influencia na administração da renda e no atendimento das necessidades do idoso. No Brasil, a distribuição de renda é fruto de movimentos sociais e de políticas econômicas, e entre os idosos há desigualdade na distribuição da renda, sendo as mulheres as mais afetadas²⁰.

A CSPI foi pouco autorreferida pelos idosos em Ituiutaba-MG e nesse aspecto demonstra fragilidade para o atendimento multiprofissional do idoso⁶, visto que a CSPI além de ser um instrumento informacional entre os profissionais de saúde, cuidadores e o idoso⁹, possibilita o acompanhamento multidimensional da saúde, auxiliando o profissional de saúde a identificar e orientar a assistência qualificada⁷. A baixa implementação da CSPI está condicionada ao desconhecimento dos objetivos e aplicação, sobrecarga de trabalho dos profissionais, fragilidade de conhecimento na área da gerontologia³⁰, bem como a politização na seleção e preenchimento de cargos³¹, resultando em diferenças na gestão da PNSPI entre as regiões e municípios.

Além de tudo, inúmeros preditores influenciam a percepção da saúde, incluindo a escolaridade²¹, idade, presença de doenças³² e limitações provenientes das condições de saúde, bem como a procura elevada pelos serviços de saúde³³. Uma revisão sistemática descreveu os fatores associados à percepção ruim de saúde em idosos brasileiros, dentre eles a baixa renda domiciliar mensal, a polifarmácia e aspectos da capacidade funcional e da saúde mental³⁴. De acordo com os idosos entrevistados, a percepção razoável de saúde é prevalente em ambos os anos avaliados, tendo associação da percepção positiva da saúde com a faixa etária de 70 a 79 anos de idade (2015) e com a renda mensal >R\$ 2.000,00 (2018). As particularidades de cada ano analisado, pelas frequências percentuais, provoca o

seguinte questionamento: O que leva atualmente uma população idosa mais envelhecida, com menor renda familiar e maior dependência da aposentadoria e/ou pensão ter uma percepção mais positiva da saúde? Seria um processo adaptativo ou de aceitação da sua condição de saúde, ou até de gratidão por ter sobrevivido até aquele momento? Carneiro et al.³⁵ sugerem cautela na análise e associação da percepção da saúde com variáveis sociodemográficas e relativas à saúde em amostra de conveniência, em que os resultados podem ser extrapolados apenas para população e cenário semelhantes, limitando a discussão e comparação dos dados com outros municípios, regiões e estados. No entanto, reforça a importância dos achados servirem para o planejamento de medidas de melhoria da saúde do idoso. Assim, os dados comparados no interstício de três anos (2015 a 2018) revelam que apesar da autopercepção da saúde constituir um valioso indicador geral de vigilância da saúde, pode sofrer interferências locais e regionais, revelando dimensões que precisam ser reconhecidas no momento da elaboração de políticas de saúde municipais e estaduais que atendam a demanda dessa população idosa.

O estudo possivelmente apresenta limitação de viés recordatório e de informação, já que se baseia em dados autorreferidos durante as entrevistas realizadas com os idosos. Além disso, o viés de seleção deve ser considerado, uma vez que a amostragem foi realizada por conveniência, podendo subestimar alguma variável, não levando em consideração piores condições e estados de saúde de idosos mais vulneráveis. Entretanto, para minimizar esse efeito, estudos da literatura foram considerados na discussão dos dados, demonstrando que no geral o perfil do município investigado não destoa de uma amostra aleatória simples.

Conclusão

A avaliação dos aspectos demográficos e socioeconômicos, a adesão

à CSPI e a percepção de saúde de idosos de Ituiutaba-MG entre os anos de 2015 e 2018, revelou uma população em transição etária e diminuição da renda familiar ao longo dos três anos, relatando a aposentadoria e/ou pensão como a única fonte de renda, com baixa adesão a CSPI independente do ano. Em 2018, o percentual de idosos que relatou uma percepção positiva de saúde foi maior, associando-se com a renda mensal maior, assim como a faixa etária de 70-79 esteve associada à percepção positiva de saúde em 2015, apesar de não ser a autopercepção de saúde que prevaleceu.

O baixo percentual de idosos que afirmaram ter a CSPI não permitiu verificar se há associação com a melhora na percepção de saúde, visto que é a política de saúde que implica no acompanhamento multidimensional do idoso. Ainda assim, a adesão e uso da CSPI pela ESF, idoso e cuidadores, podem contribuir para condição

subjetiva de saúde, sobretudo pelo retrato socioeconômico observado e que também pode representar outros contextos sociais vivenciados no Brasil.

Por fim, os achados deste estudo reiteram a necessidade de avanço na adesão municipal de políticas públicas de saúde voltadas para o idoso, garantindo melhor acompanhamento em saúde e promoção da qualidade de vida da melhor idade.

Agradecimentos

À Ana Karen Costa Silva, Andreza Cristina Stuchi, Camila Aparecida Marques Silva, Laura Maria Araujo Vêncio, Matheus Moura Martins, Mayalla de Freitas Faria por auxiliarem na coleta de dados nas visitas às Unidades Básicas de Saúde da Família. À Pró-reitoria de Extensão e Cultura pelas bolsas via Programa de Extensão Integração UFU/Comunidade (SIEX 12440).

Referências Bibliográficas

1. Sgarbieri VC, Pacheco MTB. Healthy human aging: intrinsic and environmental factors. *Braz. J Food Technol* 2017; 20:e2017007.
2. Carvalhaes F, Chor D. Posição socioeconômica, idade e condição de saúde no Brasil. *RBCS* 2016; 31(92):e319207.
3. Sato AT, Lancman S. Políticas públicas e a inserção da pessoa idosa no mercado de trabalho no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2020; 23(6):1-10.
4. Cabral JF, Silva AMCd, Mattos IE, Neves AQ, Luz LL, Ferreira DB, Santiago LM, Carmo CN. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciê n Saúde Coletiva* 2019;24(9):3227-3236.
5. Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra; 2015. (Technical Report, 30).
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília; 2018.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Caderneta de saúde da pessoa idosa*. Brasília; 2020.
8. Nico L. *Covid 19 e saúde mental e motora: como família e estado podem apoiar idosos em sua recuperação?* In: Seminário Dia Internacional de Conscientização contra Violência contra Pessoas Idosas; 2021; Brasília. Brasília: Câmara dos Deputados 2021.
9. Ramos LV, Osório NB, Neto LS. Caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária: uma revisão integrativa. *Rev Humanidades e Inovação* 2019; 6(2):272-280.
10. Portaria de nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Diário Oficial da União. Brasília; 2006 [publicada em 20/10/06].
11. Jylhä, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified
12. conceptual model. *Soc Sci Med* 2009; 69:307-316.

13. Melo JV, Santos ALM, Rezende AAA, Calábria LK. Hábitos alimentares dos idosos atendidos nos Programas de Saúde da Família (PSF) em Ituiutaba-MG. *Rev Med Saúde Brasília* 2017; 6(2):154-66.
14. Faria LR, Calábria LK, Silva CLA, Barbosa MCA, Espírito Santo RP, Cau SBA. Atenção preventiva e educativa em saúde do idoso: uma proposta de integração de saberes e práticas. *Estud Interdiscipl Envelhec* 2016; 21(1):35-54.
15. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Salário mínimo nominal e necessário* [Internet]. [citado em 2020 mar 23]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE cidades* [Internet]. 2010 [citado em 2020 mar 23]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ituiutaba/panorama>
17. Datasus. *Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)*. Ministério da Saúde [Internet]. 2021 [citado em 2021 ago 05]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFMG.def>
18. Macinko J, Bof de Andrade F, Souza-Junior PRB, Lima-Costa MF. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev Saúde Pública* 2018; 52(Suppl 2):1s-9s.
19. Camargos MCS, Gonzaga MR. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. *Cad Saúde Pública* 2015; 31(7):1460-1472.
20. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev Saúde Pública* 1987; 21(3):225-233.
21. Melo NCV, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montoya AJA, Silveira MB. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(1):139-151.
22. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Positive self-rated health in the elderly: a population-based study in the South of Brazil. *Cad Saúde Pública* 2015; 31(5):1-11.
23. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *PNAD 2009 - Primeiras análises: situação da educação brasileira - avanços e problemas*. 2010. Brasília; 2010.
24. Datasus. *Sistema de notificação de mortalidade*. Ministério da Saúde [Internet]. 2021 [citado em 2021 ago 05]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
25. Afshar S, Roderick PJ, Kowal P, Dimitrov BD, Hill AG. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC Public Health* 2015; 15(776):1-10.
26. Zhou X, Perez-Cueto FJA, Santos QD, Monteleone E, Giboreau A, Appleton KM, Bjørner T, Bredie WLP, Hartwell H. A Systematic review of behavioural interventions promoting healthy eating among older people. *Nutrients* 2018; 10(2):128.
27. Loeff M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine* 2012; 55:163-170.
28. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(1):123-133.
29. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. *Manual de Gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal*. 3rd ed. Brasília: MDS; 2017.
30. Cardoso E, Dietrich TP, Souza AP. Envelhecimento da população e desigualdade. *J Polit Econ* 2021; 41(1):23-43.

31. Schmidt A, Tier CG, Vasquez MED, Silva VAM, Bittencourt C, Maciel BMC. Preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa: relato de experiência. *SANARE* 2019; 18(1):98-106.
32. Vieira RS, Vieira RS. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. *Rev Dir Sanit* 2016; 17(1):14-37.
33. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez Vicente, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(1):49-62.
34. Zanesco C, Bordin D, Santos CB, Müller EV, Fadel CB. Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2018; 21(3):293-303.
35. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(4):302-310.
36. Carneiro JÁ, Gomes CAD, Durães W, Jesus DR, Chaves KLL, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020; 25(3):909-918.

Como citar este artigo:

Freire VAF, Melo JV, Santos ALM, Silva EO, Bernardino Neto M, Rezende AAA, Calábria LK. Perfil de envelhecimento, adesão à Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e autopercepção de saúde, Ituiutaba-MG (2015 e 2018). *Rev. Aten. Saúde.* 2021; 19(70): 153-162.