

## CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÓMICAS Y SITUACIÓN DE SALUD DE ANCIANOS DE UN PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA DE PORTO ALEGRE, BRASIL

Luccas Melo de Souza<sup>1</sup>  
Eliane Pinheiro de Morais<sup>2</sup>  
Quenia Camille Martins Barth<sup>3</sup>

*Se trata de un estudio epidemiológico, exploratorio-descriptivo, que tuvo como objetivo identificar las características demográficas, socioeconómicas y la situación de salud y enfermedad de ancianos de un Programa de Salud de la Familia en Porto Alegre, Brasil, con la finalidad de contribuir para el planeamiento de acciones de salud a esta población. Se colectaron datos de 98 ancianos a través de encuesta domiciliaria, utilizándose un instrumento semi-estructurado. Se observó que la edad promedio de los sujetos era de 69,5 años. Del total de ancianos, 61 (62,2%) eran mujeres; 40 (40,8%) casados(as) y 77 (78,6%) no poseían trabajo remunerado. La mayoría de los hombres (64,9%) tenía compañera, contrastando con el 26,2% de mujeres con compañero. En cuanto a la salud, 80,6% reportó alguna patología, destacándose enfermedades del aparato circulatorio en el 55,1% de los encuestados. Se concluye que, aunque los datos aquí citados sean semejantes a otros estudios, conocerlos es de real importancia para adecuar las acciones de salud del equipo del PSF estudiado, con objeto de ofrecer así una mejor atención a esos ancianos.*

**DESCRIPTORES:** enfermería; anciano; programa salud de la familia; envejecimiento; salud del anciano; enfermería en salud comunitaria; salud de la familia

## SOCIOECONOMIC AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND HEALTH CONDITION OF ELDERLY PEOPLE FROM A FAMILY HEALTH PROGRAM IN PORTO ALEGRE, BRAZIL

*This epidemiological and exploratory-descriptive study aimed to identify the socioeconomic and demographic features, as well as the health and disease condition of elderly people from a Family Health Program in Porto Alegre, Brazil, with the purpose of contributing to the planning of health actions for this population. Data from 98 elderly people were collected through a home survey by means of a semistructured instrument. The mean age of the interviewed subjects was 69.5. Sixty-one participants (62.2%) were women; 40 (40.8%) were married and 77 (78.6%) did not have remunerated work. Most men (64.9%) had a companion, against 26.2% of women with a partner. As to health, 80.6% reported suffering from some pathology, especially diseases of the circulatory system, reported by 55.1% of the interviewees. Although the collected data are in line with other studies, knowledge about them is important to adapt health actions by the Family Health Program team under study, in order to offer better care to these elderly people.*

**DESCRIPTORS:** nursing; aged; family health program; aging; aging health; community health nursing; family health

## CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E SITUAÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS DE UM PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE, BRASIL

Estudo epidemiológico, exploratório-descriptivo que objetivou identificar as características demográficas, socioeconômicas e a situação de saúde/doença de idosos de um Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Brasil, a fim de contribuir para o planejamento das ações de saúde a esses. Coletou-se dados de 98 idosos através de inquérito domiciliar, utilizando-se de instrumento semi-estruturado e multidimensional. Verificou-se que a média de idade dos entrevistados era de 69,5 anos. Do total dos idosos: 61 eram mulheres; 40 casados(as) e 77 não possuíam trabalho remunerado. A maioria dos homens (64,9%) tinha companhia, contrastando com 26,2% de mulheres com companheiro. Quanto à saúde, 80,6% relataram alguma patologia, destacando-se as doenças do aparelho circulatorio em 55,1% dos entrevistados. Conclui-se que, embora os dados encontrados assemelhem-se a outros estudos, o conhecimento desses é fundamental para a adequação das ações de saúde da equipe do PSF estudado, com vistas à melhor atenção a esses idosos.

**DESCRITORES:** enfermagem; idoso; programa saúde da família; envelhecimento; saúde do idoso; enfermagem em saúde comunitária; saúde da família

<sup>1</sup> Enfermero, Maestrando de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Becista CAPES, e-mail: luccasm@ibestvip.com.br; <sup>2</sup> Maestra en Enfermería, Doctoranda de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de la investigación en enfermería, Profesor, e-mail: epmorais@hotmail.com; <sup>3</sup> Enfermera del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Maestranda de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, e-mail: queniacamille@ig.com.br. Miembro del Núcleo de Estudios en Educación y Salud en la Familia y en la Comunidad, Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul

## INTRODUCCIÓN

Se sabe que Brasil viene sufriendo un cambio en el perfil demográfico de su población. Este fenómeno - también llamado de transición demográfica - es el reflejo de algunos factores, tales como la disminución de fecundidad materna y de mortalidad infantil, la disminución de las muertes causadas por enfermedades infecto-contagiosas, el aumento de la expectativa de vida y el progresivo envejecimiento de la población.

De esta manera, Brasil viene perdiendo el perfil de 'un país de jóvenes' - considerando que el número de ancianos viene aumentando considerablemente y de manera acelerada - por tanto conquistando la característica de un país envejecido. En 1991, los ancianos correspondían a 7,3% (10,7 millones) de la población brasilera, de acuerdo con el censo de 2000, este índice se elevó para 8,6% (14,5 millones). Proyecciones indican que, en 2020, 12,6% de la población brasilera será constituida de ancianos y que, en 2050, este índice aumentará para 16%<sup>(1)</sup>. El Brasil, en sus políticas adopta la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cual la edad de 60 años es usada como puntos de corte que define la ancianidad en los países en desarrollo.

Preocupada con este creciente aumento de los ancianos en la población mundial, la Organización Panamericana de la Salud (OPAS), desde su 27º Consejo Directivo, viene estimulando a países que componen su cuadro de miembros para establecer programas y servicios nacionales para las personas ancianas. Desde 1996, el tema 'envejecimiento y salud' viene siendo integrado al Programa de Salud de la Familia y de la Población parte de la División de Promoción y Protección de la Salud, con el objetivo de elaborar planes y acciones integradas sobre envejecimiento y salud' para las Américas<sup>(2)</sup>.

En el Brasil, un importante hecho fue la creación de la Política Nacional del Anciano, en 1994. Recientemente el Senado Federal aprobó - en octubre de 2003 - el Estatuto del Anciano con la intención de garantizar sus derechos sociales. Este documento garantiza, el acceso a los servicios de salud y a la asistencia social; atención integral a la salud por medio del Sistema Único de Salud (SUS); asistencia domiciliar y/o internación al anciano incapaz de movilizarse y medicación gratuita, así como otros recursos relacionados al tratamiento. Se hace

necesario motivar la obligación del Estado para garantizar al anciano la protección a la vida y a la salud, efectivizando las políticas públicas que permitan el envejecimiento saludable y en condiciones de dignidad, con una vida confortable y adecuada<sup>(3)</sup>. Para lo cual, es necesario que las acciones de salud dirigidas a los ancianos objetiven, entre otras cosas, mantenerlos en la comunidad, teniendo a la familia como apoyo, en base al modelo de cuidado domiciliar.

En este sentido, surge como estrategia esencial el Programa de Salud de la Familia (PSF), surgido en 1994, presentando asistencia tanto en la Unidad de Salud de la Familia (USF) como en el domicilio, por medio de acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud de las personas.

A través de esta estrategia se diferencia el trabajo de los profesionales de la salud basado en la asistencia integral y continua de los miembros de familias vinculadas a la USF, en cada etapa de su ciclo de vida, considerando su contexto familiar y social. Este modelo innovador de atención de salud requiere una estrecha relación entre los profesionales de la salud y la población de la cual son responsables, a través de la creación del vínculo y co-responsabilidades que permitan que las acciones de salud puedan alterar la realidad y las condiciones de salud de los individuos asistidos. Así, es fundamental adecuar las acciones de los profesionales frente al perfil epidemiológico de la población atendida, con especial atención los ancianos, considerando sus necesidades y su gran aumento<sup>(4-5)</sup>.

Frente a lo expuesto, es esencial realizar estudios que investiguen las características de la población anciana, su proceso de envejecimiento y el contexto social en el cual viven, brindando de esta manera, subsidios para actuación de los profesionales de la salud que ejercen actividades en las USF.

Sendo así, este estudio tuvo como objetivo: identificar las características demográficas, socio-económicas y la situación de salud de los ancianos residentes en el área del ámbito de una PSF en una comunidad del municipio de Porto Alegre (Brasil), contribuyendo, de esta forma, para la planificación de acciones de promoción en bien de su salud .

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio epidemiológico, transversal de tipo exploratorio descriptivo, con

enfoque cuantitativo. Surgió a partir del trabajo conjunto del Núcleo de Estudios en Educación y Salud de la Familia y en la Comunidad (NEESFAC) con la Prefectura Municipal de Porto Alegre y fue desarrollado con un PSF de una comunidad carente del mismo municipio. Tal PSF brinda campo para la práctica disciplinar de los académicos de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Río Grande del Sul (EE/UFRGS). La investigación fue un trabajo colectivo entre los profesionales del servicio de salud y los profesores/magisters/académicos de la EE/UFRGS.

La población/muestra del estudio estaba constituida por todos los ancianos inscritos en el PSF sede del estudio. Los criterios de inclusión utilizados fueron: tener 60 años o más y aceptar participar del estudio. Los criterios de exclusión fueron: haber cambiado para otra área diferente de la PSF en estudio o no encontrarse en su domicilio luego de 3 intentos de visitas por parte de los investigadores. Para finalidad del estudio, se consideró anciana la persona con edad igual o superior a 60 años, de acuerdo con el criterio de edad utilizado por el Estatuto del Anciano<sup>(3)</sup>.

Inicialmente, fueron seleccionados 137 ancianos, siendo que 98 participaron de la investigación (pérdidas o rechazos: 28,4%). Los motivos de la pérdida fueron: en 22 casos (16,1%) el anciano no fue encontrado en su domicilio luego de 3 intentos de visita; en 8 situaciones (5,8%) habían cambiado de dirección, así como en 8 ocasiones, el sujeto había fallecido. Una persona anciana (0,7%) se negó a participar del estudio.

Para recolección de los datos, se utilizó un instrumento semi-estructurado adaptado de otro estudio<sup>(6)</sup>, contemplando 50 preguntas. Estas fueron agrupadas por dimensiones y comprendieron las siguientes variables: datos socio-económicos; condiciones de vivienda; actividades de distracción; utilización de los servicios de salud y situación de salud/enfermedad.

Posterior a la aprobación del Comité de Ética de la UFRGS, se realizó la recolección de datos, entre los meses de setiembre de 2003 y marzo de 2004, por medio del permiso domiciliario, con auxilio de los Agentes Comunitarios de la Salud del propio PSF. Los principios éticos fueron respetados conforme las orientaciones de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud<sup>(7)</sup>. Los datos fueron digitados y explorados en el programa de banco de datos SPSS

13,0, el cual permite introducir, organizar y analizar datos por medio de cálculos estadísticos, mostrando resultados en forma de tablas y gráficos. El análisis fue realizado en base a epidemiología descriptiva, mostrándose los resultados a través de frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión.

## RESULTADOS

En el estudio, se evidenció predominio de la población anciana femenina, siendo 62,2% (61) de los investigados. La media de edad de las mujeres fue de 69,9 años ( $\pm 6,8$ ), siendo que en el caso de los hombres este valor fue inferior ( $68,8 \pm 4,8$ ).

En relación a las características social de los ancianos participantes del estudio, se verificó que 40 (40,8%) personas eran casadas o vivían con un compañero. El resto era compuesto por personas viudas (30,6%) y solteras, separadas o divorciadas (28,6%). En relación a las variables sexo y situación conyugal, se detectó que 64,9% (24) de los hombres tenían compañera, siendo que en el sexo femenino el porcentaje fue apenas a 26,2%.

En relación a la escolaridad, de los 98 ancianos, se observó diferencia importante en el periodo de frecuencia escolar, siendo que la mayoría (40,8%) tuvo de 01 a 04 años de estudio y 29,6% de 05 a 09 años. Del total, 25 (25,6%) personas eran analfabetas, siendo que 17 correspondían al sexo femenino.

Con relación al salario, 74 (75,5%) ancianos era proveniente de jubilación o pensión, siendo que 14 (14,3%) no tenían pensión. Referente a la ocupación profesional, 21 (21,4%) personas ancianas investigadas realizaban algún tipo de trabajo remunerado, a pesar que algunas estaban ya jubiladas. Se resalta, que en 31 casas (31,6%) donde el anciano vivía con otra(s) persona(s), él era la única fuente que generaba ingresos en la familia.

Con relación al número de personas por domicilio, la media incluyendo los ancianos fue de 3,1 ( $\pm 1,8$ ) individuos. De los 98 ancianos, 12 (12,2%) vivían solos; 40 (40,8%) vivían con mas de 01 persona; 16 (16,3%) con dos personas y 30 (30,6%) con 3 o más personas.

En relación a su participación en actividades recreativas y/o de distracción, el estudio encontró que 64 ancianos (65,3%) frecuentaban regularmente algún culto religioso, siendo que: 45 (45,9%) eran

católicos; 15 (15,3%) evangelistas; 04 (4,2%) espiritistas; 04 (4,2%) de otras religiones y 04(4,2%) confesaban mas de una religión. Con respecto a otras actividades de distracción realizadas por los ancianos, se destaca la participación en bailes (6,1%) y en actividades deportivas (11,2%).

Tabla 1 - Distribución de los ancianos del PSF, según visita al servicio de salud. Porto Alegre, 2004

Variables	n	%
<b>Visita al servicio de salud</b>		
De rutina	46	46,9
Cundo requiere	48	49,0
No visita	04	4,1
<b>Participación en el grupo HIPERDIA</b>		
Si	33	33,7
No	65	66,3

Con relación a los datos presentados en la Tabla 1, 46 (46,9%) ancianos frecuentaban algún tipo de servicio de salud continuamente y 48 (49%) visitaban solamente cuando era necesario. Se encontró al mismo tiempo, que 33 (33,7%) participaban del grupo para hipertensos y diabéticos (HIPERDIA) el cual es promovido por el propio PSF.

Analizándose la situación de salud auto-referida por los ancianos en estudio, se llegó a los resultados mostrados en la Tabla 2.

Tabla 2 - Distribución de los ancianos del PSF, según situación de salud auto-referida. Porto Alegre, 2004

Variables	n	%
<b>Problema(s) de salud</b>		
Si	79	80,6
No	19	19,4
<b>Principales problemas de salud*</b>		
Aparato circulatorio	54	55,1
Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	22	22,4
Endocrinos, nutricionales y metabólicas	20	20,4
Aparato respiratorio	12	12,2
Aparato digestivo	10	10,2
Sistema nervioso	09	9,1
Ojo y anexos	08	8,2

\* La suma de las respuestas de la columna 'n' y el porcentaje sobrepasa el 98 y 100%, respectivamente, debido posiblemente a las múltiples respuestas.

Se verifico, que 49 (50%) ancianos eran hipertensos y 16 (16.3%) diabéticos, de los cuales 10 presentaban las dos enfermedades al mismo tiempo. Al asociar estas dos patologías con la participación en el grupo HIPERDIA, 26 (47,3%) de los 55 individuos que tenían hipertensión o diabetes no frecuentaban el grupo.

En relación al uso de medicamentos, se encontró que 71,4% (70) de las personas ancianas

del PSF usaban algún tipo de medicamento, siendo que 97,1% (68) la usaban por prescripción médica. En relación al uso regular de medicamentos, 22,9% (16) de los 70 ancianos no la utilizaban conforme prescripción médica, siendo las principales causas: ausencia de síntomas, olvido, efectos colaterales y falta de recursos financieros.

El tipo de medicamento más utilizado por los ancianos del PSF fueron los antihipertensivos(41,8%) seguido de los diuréticos (32,6%), analgésicos/ antitérmicos (22,4%), antiinflamatorios (17,3%) y hipoglicemicos (11,2%).

## DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio son importantes por su lectura y comprensión del proceso de envejecimiento de la población circunscrita a la USF estudiada, una vez que se sabe de la no existencia de una única vejez, sino de múltiples y diversas formas de vivir esta fase del desarrollo humano, el cual es personal, único y heterogéneo.

Por otro lado, generalidades son posibles a medida que los resultados de este estudio reflejan la realidad nacional mostrada en investigaciones de la misma índole<sup>(8-9)</sup>.

Más de la mitad (62,2%) de los entrevistados eran mujeres con edad media de 69,9 años, caracterizándose por lo que los autores llaman de 'feminización de la vejez'<sup>(8)</sup>, fundamentada, especialmente, por altas tasas de mortalidad de la población masculina. Esta mayor sobrevivencia de las mujeres puede ser explicada por la no exposición a riesgos ocupacionales, menores tasas de mortalidad por causas externas y actitudes diferentes en relación a las enfermedades, pues las mismas utilizan servicios de salud con mayor frecuencia<sup>(10)</sup>. En las mujeres participantes del estudio, apenas 26,2% poseen un compañero, lo que se denomina 'piramide de soledad', pues cuanto mas ancianas, mas solas<sup>(11)</sup>. Se encontró, al mismo tiempo, un mayor número de mujeres analfabetas (17), demostrando la discriminación social del siglo pasado, pues a ellas eran atribuidas tareas del hogar, como consecuencia exclusión del ambiente escolar.

Entre los hombres, los números cambian, pues 64,9% tenían compañera, lo que se explica debido a algunas consideraciones sociales y culturales de nuestra sociedad, donde el sexo masculino no debe quedar sólo y el matrimonio con mujeres mas jóvenes es visto con 'buenos ojos'.

Así mismo, se observa que la gran mayoría de ancianos tiene como principal subsidio los beneficios provenientes de su jubilación o pensión, entendiéndose que estos ingresos, muchas veces, no son suficientes para cubrir sus necesidades. Este hecho se evidencia con la información dada por 21,4% de la población estudiada quienes expresaron tener necesidades de realizar alguna actividad remunerada para complementar su ingreso mensual. Por otro lado, la presente investigación encontró que la gran mayoría de los ancianos (80,6%) entrevistados refirió algún problema de salud. Siendo importante resaltar que con el aumento de la edad y con el surgimiento de patologías, este grupo de individuos necesita utilizar gran parte de sus recursos financieros para la adquisición de medicamentos y materiales esenciales para controlar su salud.

Con relación a la medicación, fue constatado que 71,4% de los ancianos necesitaban de algún tipo de fármaco, en especial los anti-hipertensivos, diuréticos, analgésicos/antitérmicos, antiinflamatorios y hipoglicémicos, lo que refleja la situación de salud de la población entrevistada, en la cual se encontró un número significativo de problemas crónicos no transmisibles como hipertensión, diabetes y patologías de origen osteomuscular, siendo estas asociadas en algunas personas. De acuerdo con el IBGE<sup>(12)</sup>, cerca del 50% de ancianos tienen renta personal inferior o igual a un salario mínimo, información preocupante considerando que la mitad de la población brasilera gasta el equivalente al 25% de su salario en medicamentos. Se suma a ello, los altos índices de desempleo entre las clases más jóvenes de la sociedad, siendo que muchos ancianos se sienten obligados a proporcionar sus ingresos para ser divididos con toda la familia, transformando al anciano, como el principal y único responsable para la subsistencia familiar. En esta investigación fue demostrado que el anciano era la única fuente generadora de ingresos en 31 casas en las cuales él vivía con otra persona.

Otro resultado encontrado en este estudio que provoca preocupación se refiere a la composición familiar de los ancianos, siendo que 12 vivían solos, 40 con una persona y 30 vivían con dos personas. En el Brasil, la falta de apoyo que el anciano tiene por derecho provoca que, un grupo significativo de ellos sean menos favorecidos social y financieramente dependiendo parcial o exclusivamente del apoyo dado especialmente, por familiares<sup>(13)</sup>. Las composiciones familiares existentes (muchas familias nucleares con

número reducido de personas) no son capaces de atender, adecuadamente las necesidades presentadas por los ancianos, tornándose de este modo, más vulnerables a determinadas situaciones<sup>(14)</sup>. Entre tanto, la co-residencia de los ancianos con otras personas, principalmente los hijos, es de extrema importancia por suplir sus carencias, al mismo tiempo que aumenta la probabilidad de ellos poder recibir ayuda/cuidado en sus actividades/enfermedades<sup>(13)</sup>.

Referente a las actividades de recreación y distracción (participaciones en bailes y en deportes), se destacan como elementos fundamentales en la vida de los ancianos, pues - con el término de sus obligaciones laborales - algunas de estas personas tienden a preocuparse en la forma como usaran su tiempo libre<sup>(15)</sup>. Con relación a esto, se resalta sobre la importancia de incentivar y proporcionar estas actividades a los ancianos, una vez que se constituyen en una estrategia efectiva para la disminución del aislamiento, para la introducción al medio social y para el desarrollo de nuevas habilidades, lo que puede reflejar directamente en una mayor autoestima, calidad de vida y condición de salud<sup>(10)</sup>.

Así mismo, a través de las informaciones de este estudio, fue posible percibir la relevancia que el anciano brinda a la participación en actividades colectivas, destacándose los cultos religiosos, elección que muchas veces está vinculada a la necesidad de ellos ser escogidos por grupos de la sociedad. Autores<sup>(16)</sup> mencionan que la participación de los ancianos en cultos religiosos favorecen al bienestar y a la calidad de vida, siendo un elemento que disminuye entre otras cosas, el stress y la depresión. Así mismo, sirve también como soporte social y medio de involucramiento interpersonal, llenando el vacío producto de la jubilación, soledad y/o viudez.

La discusión sobre el acceso de la población anciana al sistema de salud, es de extrema importancia, pues como se describe en los datos de este estudio, más del 90% de los entrevistados utilizaban los servicios de salud con regularidad. Existe, sin embargo, diferencias en la frecuencia de uso de los mismos, pues 46,9% tuvieron como rutina la visita al servicio de salud, en cuanto los demás lo buscaban apenas por alguna necesidad o decaimiento de su salud. De este modo, queda clara la relación directa existente entre el envejecimiento y mayor utilización de recursos de salud, una vez que la elevación de la población anciana repercute directamente en su uso, lo que es provocado por el aumento de problemas complejos y/o de larga

duración, los cuales exigen un adecuado cuidado y utilización de un aparato tecnológico de alto costo<sup>(17)</sup>.

Al respecto, es conveniente reforzar que, con el proceso de transición demográfica, se alteró fundamentalmente el panorama epidemiológico con relación a la morbimortalidad de la población brasileira. Las enfermedades infecto-contagiosas (DIC), aún no estar totalmente erradicadas, sin embargo disminuyeron su incidencia; por otro lado, las enfermedades crónicas-no-transmisibles (DCNT) aumentaron en prevalencia, mostrando de esta forma, una mayor proporción de personas ancianas portadoras de enfermedades como hipertensión, diabetes, artrosis y otras - características encontradas en este estudio<sup>(9)</sup>. Este hecho genera lo que se denomina 'dupla carga de enfermedades', mostrando la necesidad de organizar una agenda de dupla atención a la salud, reconsiderando las políticas vigentes e incluyendo formas innovadoras de atención, tales como los cuidados gerontológico<sup>(18)</sup> y domiciliar.

Desde el punto de vista práctico, controlar las DCNT se torna hoy un problema mas complicado que el tratamiento de las DIC, pues no existen medidas preventivas de alta eficacia (como las vacunas), una vez que las alternativas existentes son, en general, de carácter educativo<sup>(9)</sup>. En este sentido, alcanzar un buen nivel de adherencia a la terapia para las DCNT en poblaciones con las características encontradas en los ancianos de este estudio (poco salario y baja escolaridad) es una tarea difícil, al paso que involucra, principalmente la reeducación de hábitos de vida y utilización de medicamentos. Este hecho es visible en los resultados de esta investigación, donde 22,9% de los entrevistados no utilizaban los medicamentos conforme prescripción médica.

Otro hecho relevante referido al tratamiento es la razonable participación de los ancianos en la principal actividad de educación y salud ofrecida por el PSF: el HIPERDIA. Se constató que cerca del 1/3 de la población en estudio frecuentaba este grupo, siendo que un grupo considerable (47,3%) quienes tenían diabetes y/o hipertensión no participaban de esta actividad. Así, se destaca que para muchos ancianos, el HIPERDIA, de alguna forma, no es accesible, sea por desconocimiento, por desinterés o por dificultades personales para reunirse con el grupo. Entretanto, la participación en actividades de práctica educativa tiene como objetivo el desarrollo de capacidades y conocimientos que colaboran tanto para la autonomía del individuo como para la reflexión crítica de sus elecciones. En esta perspectiva, se torna

fundamental discutir sobre la importancia de las prácticas educativas formales e informales, considerando que los grupos son espacios colectivos donde el anciano tiene la oportunidad de dar a conocer algunas consideraciones del conflicto de 'ser anciano'. Así mismo, es la oportunidad que el individuo tiene para vivenciar otras ideas, valores y realidades que tendrán el rol decisivo para la incorporación de nuevas actitudes en su diario vivir<sup>(15)</sup>.

## CONSIDERACIONES FINALES

Inicialmente se considera importante para la conclusión de este estudio, el alcance de los objetivos propuestos. En relación a los resultados encontrados, se concluye que estos demuestran que los ancianos del PSF investigado presentan características semejantes cuando son comparados con otros estudios del mismo perfil, es decir: mayor número de mujeres, baja escolaridad, poco salario, presencia de patologías crónicas no transmisibles, red de soporte social frágil y poca adherencia a la terapéutica, entre otras.

Se entiende que la gran diferencia en la lectura de los datos recolectados y analizados sucede cuando se asocian al contexto donde ellos viven, comprendiendo este elemento como cultura, estilo de vida, creencias y valores pues, solo así, los números demostraron la diversidad encontrada en la sociedad, cuando se trata del proceso de envejecimiento. Esta ligación es posible cuando se elige una USF como campo de estudio/trabajo, es decir: se busca dar significado a los datos, para que con estos, se comprenda mejor la realidad donde se introducen los profesionales de salud.

Estos profesionales al enfrentarse con los datos de la población en el ámbito de la USF, visualizan la falta de preparación para atender a los ancianos con sus peculiaridades y complejidades, resumiéndose muchas veces, la expresión 'pacientes poli-quejumbrosos'. Con esto, se torna apremiante la capacitación de los profesionales de la red básica de salud, así como la creación de referencias en geriatría y gerontología, con la finalidad de propiciar una atención con calidad a la población anciana. Aún así, es necesario que los recursos presupuestarios destinados a las prácticas públicas contemplen la temática envejecimiento, sin que para esto se necesite abandonar los esfuerzos en las acciones de salud y educación de los niños. De este modo, se construirá una sociedad preparada para envejecer con calidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Anuário estatístico de saúde do Brasil 2001. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Salud de las personas de edad: envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. Washington (DC): OMS; 1998.
3. Senado Federal (BR). Estatuto do idoso. Brasília (DF): Senado Federal; 2003.
4. Silvestre AS, Costa Neto MM. Abordagens do idoso em programas de saúde da família. Cad Saúde Pública 2003 maio-junho; 19(3):839-47.
5. Rosa WAG, Labate RC. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34.
6. Turini RTN, Marra CC, Murai HC, Chacur MIB, Duarte YAO, Bersusa A, et al. Avaliando a assistência ao idoso: a construção de um formulário para coleta de dados. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Silva GTR, Cunha ICKO. Saúde na família e na comunidade. São Paulo (SP): Robe editorial; 2002. p. 340-74.
7. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
8. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão 858. Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2002.
9. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p. 72-8.
10. Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cad Saúde Pública 2004 novembro-dezembro; 20(6):1575-85.
11. Berquó E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Anais do Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Humano: uma agenda para o fim do século; 1996 julho 1-3; Brasília (DF); 1996
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 1998.
13. Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio formal. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadoras. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p. 203-22.