

Condomínio para idosos: condições de vida e saúde de residentes nesta nova modalidade habitacional

Condominiums for the elderly: living conditions and health of residents in a new form of housing

Elen Ferraz Teston¹
Celia Pereira Caldas²
Sonia Silva Marcon¹

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

O presente estudo objetivou descrever e comparar as características sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em um Condomínio do Idoso e em uma comunidade. Estudo seccional, realizado junto a 223 idosos. Os dados foram coletados de novembro de 2011 a fevereiro de 2012, com a utilização do instrumento BOAS (seções I e III). Quando comparadas as características sociodemográficas dos idosos dos dois grupos, observou-se que eles diferem significativamente com relação à escolaridade e estado civil. Residir no Condomínio esteve associado à necessidade de troca da prótese dentária e realização de tratamento fisioterápico, enquanto que residir na comunidade, à satisfação com os serviços médicos utilizados e a realização de exames. A identificação das lacunas relacionadas a esta nova política habitacional constitui ferramenta-chave para o planejamento do cuidado integral ao idoso de baixa renda.

Abstract

The aim of the present study was to describe and compare the sociodemographic and health characteristics of residents in a Condominium for the Elderly facility and elderly persons living in the community. A cross-sectional study of 223 elderly persons was performed. Data was collected from November 2011 to February 2012, using the BOAS questionnaire (section I and III). In terms of sociodemographic characteristics, there were significant differences between the two groups of elderly persons for educational level and marital status. Living in the condominium was associated with the need to replace dentures and physiotherapy, whereas living in the community was associated with satisfaction with medical services and undergoing medical exams. Identification of the problems of this new housing policy is an important tool for planning comprehensive care for low-income elderly persons.

Palavras-chave:

Envelhecimento; Saúde do idoso; Enfermagem.

Key words: Aging; Health of the Elderly; Nursing.

¹ Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Maringá, PR, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro Biomédico, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo extraído da dissertação *Condomínio para idosos: implicações para a saúde e o cuidado de enfermagem nessa nova modalidade habitacional*, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, 2012.

INTRODUÇÃO

Torna-se cada vez mais relevante estudar a complexidade do envelhecimento, suas implicações e particularidades, em virtude de importantes mudanças que o Brasil vem vivenciando no perfil demográfico e na estrutura etária populacional. Tal mudança é consequência da redução das taxas de natalidade e mortalidade observada ao longo do século XX.¹ Nesse sentido, a criação de políticas públicas voltadas para idosos, bem como a garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade, apresenta-se como novo desafio para o planejamento da atenção ao idoso.²

Dentre as políticas públicas que beneficiam os idosos, o Condomínio do Idoso é a nova modalidade de habitação para idosos de baixa renda, e se constitui em uma estratégia de garantia do direito à moradia, principalmente àqueles que vivem em condições precárias.³ Diferentemente das instituições de longa permanência para idosos, os moradores do Condomínio são independentes, pagam aluguel por sua moradia e têm autonomia para entrar e sair, e decidem sobre a organização do Condomínio de forma coletiva, divididos em comissões.⁴

Embora exista há muito tempo em outros países, especialmente nos europeus, no Brasil, os Condomínios de Idosos são raros, portanto, até o momento há escassez de estudos que apresentem a condição de saúde dos idosos neles residentes.

As informações em saúde são essenciais para o planejamento, o monitoramento e a gestão em saúde, principalmente quando se considera o contexto de mudanças do padrão epidemiológico, a ampliação do conceito saúde-doença e a incorporação das atividades de promoção da saúde.⁵

Pelo fato de os idosos apresentarem características específicas, a atenção à saúde requer dos profissionais avaliação cuidadosa e contínua, além da realização de estudos de análise do perfil de saúde e sociodemográfico dessa faixa etária, uma vez que auxiliam na identificação de

problemas subjacentes à queixa.⁶ Além disso, por se tratar de uma modalidade habitacional ainda não muito disseminada na realidade brasileira,⁴ demanda aproximação com as condições de vida e saúde de idosos residentes nesses Condomínios, a fim de identificar as lacunas e subsidiar propostas que contribuam com a manutenção da qualidade de vida dos idosos e consequente sucesso dessa modalidade habitacional. Ademais, ao se comparar os resultados, pretende-se identificar fatores influentes no acesso aos serviços de saúde e incluí-los no planejamento da direção do Condomínio, a fim de oferecer subsídios para os profissionais atenderem esses moradores nas redes de serviço disponíveis.

Frente a isso, o presente estudo objetivou descrever e comparar as características sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em um Condomínio do Idoso e em uma comunidade.

MÉTODO

Estudo seccional, de natureza quantitativa, realizado junto a idosos residentes em Maringá-PR. Embora algumas estratégias sejam utilizadas com vistas à promoção do envelhecimento saudável, como, por exemplo, a implantação das academias da terceira idade nesse município, ainda há poucas estratégias relacionadas à condição habitacional da população idosa de baixa renda. Nesse contexto, existem 10 instituições de longa permanência para idosos, três Centros-Dia, 31 Centros de Convivência e um Condomínio do Idoso, em atividade desde agosto de 2010, com 50 residentes.

A população do estudo foi dividida em dois grupos: grupo 1 (G1), constituído da totalidade de idosos residentes no Condomínio do Idoso (50), e grupo 2 (G2), composto por uma amostra de idosos da comunidade (180). Este quantitativo foi formado pelo triplo da amostra do G1 acrescido de 20% para possíveis perdas.

Para a constituição do G2, pesquisou-se, junto aos idosos do G1, o bairro em que moravam antes de se mudar para o Condomínio, identificando-se

também as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência, ficando constatado que eram oriundos de bairros atendidos pelas 23 UBS localizadas na zona urbana do município. Assim, considerando-se o local de residência de cada idoso antes de sua mudança para o Condomínio, definiu-se proporcionalmente o número de idosos residentes na área de abrangência de cada uma das UBS localizadas na zona urbana do município.

Para a definição dos idosos da comunidade (G2) que fariam parte do estudo, foi feito um sorteio aleatório proporcional, utilizando-se de uma listagem fornecida pelos diretores das UBS, dos idosos ali cadastrados. Nessa inclusão adotaram-se os seguintes critérios: ter idade ≥ 60 anos e atingido a pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva realizada por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM). Dos 180 idosos da comunidade sorteados, 173 deles foram incluídos no estudo, cinco não aceitaram participar e dois não alcançaram a pontuação mínima no MEEM. Portanto, 223 idosos (G1 e G2) fizeram parte do estudo.

Ressalte-se que o Condomínio do Idoso, em Maringá-PR, localiza-se em área não atendida/coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), assim sendo, os idosos pertencentes ao G1 não têm uma equipe da ESF como referência para o atendimento de suas necessidades de saúde.

Os dados foram coletados de novembro de 2011 a fevereiro de 2012, por meio de entrevistas, utilizando o questionário multidimensional BOAS (*Brazil Old Age Schedule*),⁷ validado no Brasil pelo professor Doutor Renato Veras, que cobre várias áreas da vida do idoso, constituído de nove seções que objetivam coletar informações referentes às principais características, necessidades e problemas da população idosa. Para o presente estudo, optou-se pela utilização da seção I (composta por 10 questões referentes às características sociodemográficas dos idosos) e seção III (com 15 questões referentes ao conhecimento, direitos, uso e grau de satisfação com os serviços médicos).⁷ A duração média das entrevistas foi de 45 minutos.

Os resultados obtidos foram registrados em planilha eletrônica, no programa *Excel*, e foram digitados por uma das autoras em dupla entrada, verificando-se a consistência entre os campos. Nos casos de inconsistência, a conferência foi realizada a partir da consulta ao dado bruto.

Os dados foram analisados com o auxílio do programa *Statistica*, por meio de teste Qui-quadrado ou Fisher, para identificar a associação entre as variáveis. Quando presente tal associação estatística, fez-se uso da análise de resíduos que revelam os padrões característicos de cada categoria de classificação, segundo o excesso ou falta de ocorrências, permitindo concluir a respeito da significância das associações. Na análise de resíduos, a significância para o excesso de ocorrências corresponde ao resíduo com valor positivo superior a 1,96. A diferença entre os grupos foi considerada significativa para $p < 0,05$. Para todas as análises foi considerado o intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Maringá (CAAE 0374.0.093.000.11). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Observa-se, na tabela 1, que quando comparadas as características sociodemográficas dos idosos pertencentes ao G1 com a dos idosos do G2, algumas se assemelham: predomínio do sexo feminino (62% e 69,3%, respectivamente), renda mensal de até um salário mínimo (90% e 78%) e religião católica (68% e 75%). Com relação à faixa etária, 44% dos idosos do G1 tinham idade entre 70 e 79 anos, e 42,2% dos idosos do G2, entre 60 e 69 anos, porém esta diferença não foi significativa.

Os grupos diferiram significativamente com relação à variável *escolaridade*, e as respostas *ensino*

primário e ginásio ou primeiro grau foram as que mais influenciaram nessa diferença. Houve predomínio do estado civil *casado/morando junto* para os idosos do G1 (44%) e G2 (56%), entretanto, essa variável apresentou diferença significativa entre os grupos e após análise de resíduo observou-se que a resposta *nunca se casou* tem influência na associação identificada (tabela 1).

O problema crônico de saúde que obteve maior frequência foi o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial para ambos os grupos. Dentre os 223 idosos do estudo, somente 48 (21,52%) relataram não apresentar nenhum problema de saúde, dos quais sete pertenciam ao G1 e 41 ao G2. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre local de moradia e tipo de patologia.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo variáveis sociodemográficas e local de moradia. Maringá, PR, 2011-2012.

Variáveis	Grupo 1 (n= 50)		Grupo 2 (n= 173)		Total (n= 223)		p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,332
Feminino	31	62,0	120	69,3	151	67,7	
Masculino	19	38,0	53	30,6	72	32,2	
Faixa etária							0,774
60-69 anos	21	42,0	73	42,2	94	42,1	
70-79 anos	22	44,0	69	39,8	91	40,9	
80 ou mais	7	14,0	31	17,9	38	17,0	
Escolaridade							0,007
Nenhuma	15	30,0	54	31,2	69	30,9	
Primário	18	36,0	93	53,7	111	49,7	
Ginásio ou 1º grau	14	28,0	14	8,0	28	12,5	
2º grau completo	2	4,0	7	4,1	9	4,0	
Curso superior	1	2,0	5	2,8	6	2,6	
Estado civil							0,022
Casado/morando junto	22	44,0	97	56,0	119	53,3	
Viúvo	16	32,0	52	30,0	68	30,4	
Divorciado/separado	3	6,0	16	9,3	19	8,5	
Nunca casou	9	18,0	8	4,6	17	7,6	
Religião							0,496
Católica	34	68,0	122	70,5	156	70,0	
Evangélica	16	32,0	45	26,0	61	27,3	
Nenhuma	-	-	6	3,5	6	2,7	

A tabela 2 apresenta os diferentes tipos de apoio utilizados pelos idosos, e observa-se a associação estatística entre o uso de óculos ou lente de contato aos idosos residentes na

comunidade, assim como a associação entre a variável *necessidade de troca da prótese dentária* aos idosos residentes no Condomínio.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo tipo de apoio utilizado e local de moradia. Maringá, PR, 2011-2012.

Variáveis	Grupo 1 (n= 50)		Grupo 2 (n= 173)		Total (n= 223)		p
	n	%	n	%	n	%	
Uso de óculos ou lente de contato							0,00896*
Sim	32	64,0	141	81,5	173	77,5	
Não	18	36,0	32	18,5	50	22,4	
Uso de dentadura/ponte/ dente postiço							0,59052
Sim	44	88,0	147	84,9	191	85,6	
Não	6	12,0	26	15,3	32	14,3	
Necessita trocar prótese dentária							0,0000**
Sim	37	74,0	65	37,5	102	45,7	
Não	13	26,0	108	62,4	121	54,2	
Faz uso de bengala							0,23234
Sim	1	2,0	14	8,1	15	6,7	
Não	49	98,0	159	91,9	208	93,2	
Faz uso de cadeira de rodas							0,79982
Sim	2	4,0	6	3,4	8	3,5	
Não	48	96,0	167	96,5	215	96,4	
Faz uso de muleta							0,77578
Sim	-	-	1	0,5	1	0,5	
Não	50	100,0	172	99,4	222	99,5	
Faz uso de aparelho de surdez							0,68757
Sim	1	2,0	4	2,3	5	2,4	
Não	49	98,0	169	97,6	218	97,7	

*OR= 2,5; **OR= 4,7.

Na tabela 3, observa-se que os idosos residentes na comunidade estavam mais satisfeitos com os serviços médicos que utilizavam e também realizavam mais exames clínicos

quando comparados com os idosos residentes no Condomínio. Já os idosos do Condomínio utilizavam mais o tratamento fisioterápico.

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo características da condição de saúde e local de moradia. Maringá, PR, 2011-2012.

Variáveis	Grupo 1 (n= 50)		Grupo 2 (n= 173)		Total (n= 223)		p
	n	%	n	%	n	%	
Autopercepção de saúde atual							0,128
Boa	17	33,3	65	37,6	82	36,7	
Regular	20	39,2	42	24,4	62	27,8	
Ruim	13	26,0	66	38,0	79	35,4	
Utilização de medicamentos							0,138
Sim	44	88,0	136	78,6	180	80,7	
Não	6	12,0	37	21,4	43	19,2	
Realização de consulta médica							0,438
Sim	33	66,0	125	71,6	158	70,8	
Não	17	34,0	48	28,3	65	29,1	
Satisfação com os serviços médicos							<0,001*
Sim	14	28,0	127	73,4	141	63,2	
Não	36	72,0	46	26,5	82	36,7	
Fez exames clínicos no último ano							<0,001**
Sim	19	38,0	100	57,8	119	53,3	
Não	31	61,0	73	42,2	104	46,6	
Fez tratamento fisioterápico							<0,001***
Sim	18	36,0	9	5,2	27	12,1	
Não	32	64,0	164	94,8	196	87,8	

*OR= 2,9; **OR= 2,2; ***OR= 10,3.

DISCUSSÃO

A existência ainda que de uma pequena parcela de idosos sem rendimentos próprios e que não é capaz de atender as suas necessidades básicas exige investimentos em prol da promoção da autonomia e da vida saudável.⁸

Assim como encontrado em estudo realizado junto a idosos de Minas Gerais,⁹ a maioria dos sujeitos desta pesquisa era do sexo feminino. O resultado pode estar relacionado à maior longevidade feminina, o que tem sido atribuído à menor exposição da mulher a fatores de risco

em relação ao ambiente de trabalho, diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades, entre outros.⁸

Apesar dos avanços relacionados à oportunidade de estudo, os idosos que têm escolaridade mais alta ainda são escassos no Brasil.¹⁰ Nesta pesquisa observou-se o predomínio de idosos que têm no máximo quatro anos de estudo, corroborando resultados encontrados por trabalho¹¹ realizado no município de Foz do Iguaçu-PR, que apresentou 68,2% dos idosos com até quatro anos de estudo.

Embora tenha sido observada diferença estatisticamente significativa com relação à escolaridade entre os grupos, os indivíduos apresentaram escolaridade máxima prevalente de quatro anos de estudo. Em contrapartida, estudo¹² com idosos institucionalizados e não institucionalizados apontou que os da comunidade apresentaram grau de escolaridade mais elevado que os institucionalizados, o que pode estar relacionado ao fato de os idosos residentes em instituições de longa permanência também apresentarem um nível socioeconômico mais baixo. Entretanto, não se pode fazer essa correlação com os dados do presente estudo, pois a maioria (80,07%) dos idosos pertencentes a ambos os grupos apresentaram, em média, renda mensal de um salário mínimo.

A prática de uma religião pelos idosos lhes possibilita vida social, interioridade, por meio da fé e da oração, e também lhes propicia possibilidades de lidarem com as rupturas, conflitos e perdas dessa fase, devido ao estabelecimento de novas relações interpessoais.⁴ O predomínio da religião católica entre idosos também tem sido identificado em estudos realizados em diferentes pontos do país, por exemplo, São Luis-MA,¹³ entre outros.

Trabalho realizado junto a idosos de uma comunidade da cidade de São Luis-MA¹³ apontou o predomínio de idosos casados, seguido dos viúvos. No presente estudo, os dados encontrados referentes ao estado civil foram semelhantes. Vale lembrar que a variável *situação conjugal* tem relevância no campo psicossocial e existencial, por contribuir para a avaliação das condições de vida dos sujeitos, considerando-se as significações do matrimônio, viuvez, separações e divórcios.¹³ Portanto, os profissionais de saúde devem investigar o fator estado civil do idoso e observar suas condições psicológicas e de vida, a fim de lhes fornecer o auxílio necessário.

Ainda quanto ao estado civil, este estudo encontrou diferença entre os grupos, sendo que os idosos que nunca casaram apresentaram maior propensão a morar no Condomínio do Idoso. O resultado pode estar relacionado ao perfil dos idosos pertencentes ao G1, os quais

têm necessidades habitacionais que, muitas vezes, advêm do fato de eles não terem gerado sua própria família.

A prevalência da hipertensão arterial em idosos brasileiros é superior a 60%, tornando-se fator determinante na morbimortalidade dessa população, exigindo a correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica.¹⁴

Índices elevados de diabetes na população idosa causam alto declínio cognitivo e físico e aumentam consideravelmente as síndromes geriátricas, indicando, assim, a necessidade de aumentar o foco de atenção da saúde pública para reduzir esta carga, por meio das estratégias de educação em saúde, prevenção de complicações de doença e alimentação correta.¹⁵ Para os idosos manterem uma vida ativa, saudável, com diminuição dos agravos das doenças crônicas é imprescindível que os profissionais da atenção básica e gestores realizem programas e ações públicas que visem proporcionar bem-estar físico, mental e social, além de um envelhecimento ativo e saudável.¹⁵ Isso pode ser alcançado por meio de atividades voltadas à promoção de atividades físicas e socialização – passeios, viagens, grupos de convivência, aumento da rede de suporte social do idoso –, além da educação em saúde, com temas sobre alimentação saudável, educação sexual, violência e direitos humanos.

Ao se abordar o item apoio, constatou-se que os idosos que residem na comunidade têm 2,5 vezes mais chances de utilizar o apoio visual (lente ou óculos), quando comparados aos residentes no Condomínio do Idoso. Os profissionais de saúde devem atuar ativamente no acompanhamento da visão dos idosos, pois a acuidade visual diminuída está associada à ocorrência de quedas.¹⁶

Outro fator a ser abordado, considerando-se a saúde como multifatorial, é a saúde bucal, diretamente relacionada à qualidade da alimentação e, conseqüentemente, à condição nutricional do idoso. A maioria (85,6%) dos idosos pertencentes a ambos os grupos (G1 e G2) usava prótese dentária, entretanto, os que residem no Condomínio têm 4,7 vezes mais probabilidade de

necessitar substituí-la. Esse fator, portanto, exige intervenção, pois o tempo médio de substituição da prótese pelos idosos desta pesquisa foi de 14 anos. Estudo realizado junto a 635 idosos da Carolina do Norte, Estados Unidos, apontou a associação entre a má nutrição e problemas de saúde bucal, e ressaltou a importância da manutenção e do investimento em saúde bucal do idoso.¹⁷ Portanto, é primordial a vigilância dos profissionais de saúde quanto à utilização de próteses dentárias pelos idosos, higienização e troca em um período regular de tempo, visando à manutenção da qualidade da alimentação do idoso e estado nutricional adequado.

A autoavaliação de saúde, atualmente, é considerada importante indicador da condição de saúde de indivíduos e populações, sendo forte preditor da mortalidade, especialmente em idosos. Em ampla revisão de literatura foi detectado que são maiores os riscos de ocorrência de óbito em indivíduos que haviam avaliado seu estado de saúde como regular ou ruim em relação aos que fizeram uma autoavaliação de saúde mais favorável.¹⁸ Com base nesses achados, considera-se importante identificar fatores que influenciam a autopercepção negativa de saúde dos idosos de ambos os grupos, a fim de se traçar estratégias eficazes de intervenção, pois além do risco aumentado de mortalidade, uma percepção regular ou ruim da saúde pode interferir na satisfação com a vida e no bem-estar subjetivo do sujeito. A autopercepção regular de saúde manifestada pelos idosos do G1 corrobora os dados do estudo realizado em João Pessoa-PB,¹⁹ em que 54% dos idosos percebiam como regular sua condição de saúde. Neste estudo, quanto ao predomínio da autopercepção de saúde “ruim” pelos idosos do G2, vale lembrar que idosos que avaliam ruim sua saúde apresentam risco aumentado de todas as causas de mortalidade e maior possibilidade de internação, em comparação aos que a classificam de excelente.¹⁹ Portanto, enquanto profissionais da saúde, devemos estimular o desenvolvimento de autopercepção positiva de vida e saúde, visto que constitui fator de proteção.

O presente estudo constatou que o idoso que mora na comunidade tem 2,9 vezes mais chances de estar satisfeito com os serviços médicos utilizados que os idosos residentes no Condomínio do Idoso. A grande insatisfação por parte dos moradores do Condomínio está relacionada à distância da unidade de saúde (32%) e por ser um local sem a cobertura da ESF (48%). Esse fator constitui um risco, pois os idosos, revestidos de todas suas particularidades, precisam de um acompanhamento mais contínuo em relação às suas condições de saúde, e essa precisão é potencializada por se tratar de idosos com baixa renda e baixo grau de escolaridade. Neste estudo encontrou-se alta ocorrência de utilização de medicamentos pelos idosos dos dois grupos, o que não é diferente do encontrado em outro estudo,¹⁵ sendo mais um indicativo da necessidade de vigilância por parte dos profissionais de saúde quanto ao controle e à correta utilização de medicamentos pelos idosos, visto que a utilização de inúmeros medicamentos constitui fator de risco para a ocorrência de quedas e agravamento das síndromes geriátricas.¹⁵

Em relação à realização de consultas médicas, nos últimos três meses, a maioria dos idosos deste estudo passou por consulta. O resultado corrobora os achados do estudo realizado junto a 278 idosos do município de João Pessoa-PB,¹⁹ o qual apontou que 70,7% dos idosos procuram o serviço de saúde regularmente. Contudo, é necessário investigar se a consulta foi realizada para atendimento de intercorrência ou se era consulta de controle.

O uso de serviços de saúde é resultado de um processo de interação entre fatores relacionados ao indivíduo, ao sistema de saúde e ao contexto em que ele ocorre.²⁰ Os idosos pertencentes ao G2 apresentaram 2,2 vezes mais probabilidade de realizar exames clínicos quando comparados aos do G1, fato que pode estar relacionado às características pessoais e subjetivas dos idosos pertencentes ao G2 e à maior procura por consulta médica.

Em relação ao sistema de saúde e ao contexto em que ele ocorre, deve-se considerar que a construção do Condomínio em uma área nobre do município, sem a cobertura em saúde pela ESF, também é fator influente nesse resultado. Vale lembrar que o não acompanhamento dos idosos por uma equipe de saúde acaba por não cumprir com a prioridade na agenda de saúde do país, incluída pelo Ministério da Saúde, que é a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa,²¹ que objetiva, no âmbito do SUS, garantir-lhe a atenção integral à saúde. Outro fator que pode estar associado a esse resultado é a referência por parte dos idosos do G1 à falta de uma UBS próxima ao Condomínio.

Diante disso, faz-se necessária a implementação de uma UBS com localização mais próxima do Condomínio do Idoso, a fim de que a ESF atue ativamente nessa nova modalidade de habitação, considerando as inúmeras particularidades do envelhecimento, além do desenvolvimento de parcerias com a universidade e faculdades do município, aliando-se a necessidade de campo de estágio para acadêmicos e as necessidades desses idosos. Além disso, deve-se levar em conta a cultura e as particularidades dos indivíduos em estudo, fatores influentes na procura ou não de serviço médico e consequente realização de exames.

A manutenção da capacidade funcional dos idosos está diretamente relacionada a um envelhecimento saudável, pois constitui uma das mais efetivas ações contra complicações físicas, mentais e sociais.¹ Destaca-se, portanto, a importância do incentivo aos idosos para realizar exercícios físicos orientados e de fisioterapia. Morar no Condomínio é fator protetor quanto à manutenção da capacidade funcional, pois os idosos pertencentes ao G1 têm 10,3 vezes mais chance de realizarem exercícios fisioterápicos. Isso é decorrente do fato da direção dessa nova modalidade de habitação ter realizado parceria com uma das faculdades do município, a fim de que os estagiários de fisioterapia oferecessem,

uma vez por semana, assistência supervisionada aos idosos do Condomínio.

Diante disso, ratifica-se que a identificação de fatores que necessitam de intervenções pode nortear ações de planejamento para melhoria da atenção oferecida ao idoso e, conseqüentemente, contribuir para a efetividade dessa nova política habitacional, que é um recurso atual existente no município.

Como limitação do estudo, considera-se o fato de os participantes da pesquisa apresentarem baixa escolaridade, o que dificultou a autoaplicação do instrumento e a compreensão dos aspectos abordados. Entretanto, para minimizar esse problema optou-se pela aplicação do instrumento pela própria entrevistadora.

CONCLUSÃO

Sobre as condições de vida, os idosos diferem significativamente quanto à escolaridade e estado civil. Já no que se refere às condições de saúde, evidenciou-se que a maioria dos idosos entrevistados avaliou sua saúde como boa, entretanto, há alguns desafios relacionados às altas taxas de doenças crônicas e ao uso de medicação. O perfil de saúde bucal encontrado exigirá maior atenção por parte dos profissionais de saúde e gestores, principalmente em relação aos idosos residentes no Condomínio.

A coleta de informações junto aos idosos residentes no Condomínio e na comunidade, bem como a comparação dos resultados, constitui fonte indispensável para gestores públicos e profissionais de saúde, pois auxiliam o planejamento de ações de cuidado integral ao idoso.

Os resultados encontrados indicam ser imperativas a preocupação e a união de esforços por parte de gestores e profissionais de saúde quanto à necessidade de cobertura em saúde pela Estratégia Saúde da Família do Condomínio do Idoso. Afinal, esta modalidade de habitação é

uma política que precisa ser difundida para que mais idosos de baixa renda e sem moradia tenham acesso e possam vivenciar oportunidades antes negadas. Entretanto, a presença de profissionais com perfil para atender os moradores e a rede de serviços disponíveis são fatores determinantes para o sucesso dessa política.

Verifica-se, também, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças dos idosos, conhecer suas características, a fim de traçar estratégias embasadas em dificuldades reais dessa população e, assim, realizar um cuidado humanizado e integral.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-44.
2. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCI, Sampaio RF, Priore SE, et al. The influence of sociosanitary conditions on the quality of life of the elderly in a municipality in the Southeast of Brazil. *Cienc Saúde Coletiva* 2011;16(6):2907-17.
3. Teston EF, Rossi RM, Marcon SS. Use of health services by residents at a seniors-only living facility. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(5):1125-32.
4. Teston EF, Marcon SS. Quality of life and living conditions from the viewpoint of residents in a seniors condominium. *Rev Gaúch Enferm* 2014;35(1):124-30.
5. Reynolds HW, Sutherland EG. A systematic approach to planning, implementation, monitoring and evaluation of integrated health services. *BMC Health Serv Res* [Internet] 2013 [acesso em 20 jun 2014]; 13:1-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3649924/?tool=pubmed>
6. Yang W. China's new cooperative medical scheme and equity in access to health care: evidence from a longitudinal household survey. *Int J Equity Health* [Internet] 2013 [acesso em 12 ago 2013];12:1-13. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3616826/?tool=pubmed>
7. Veras R, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. Rio de Janeiro: Uerj/UnAti; 2008.
8. De Deus SIA. Um modelo de moradia para idosos: o caso da Vila dos Idosos do Pari-São Paulo (SP). *Rev Kairós* [Internet] 2010 [acesso em 25 ago 2012]; 13(8 Esp):195-213. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6922/5014>
9. Tavares DMS, Araújo MO, Dias FA. Qualidade de vida dos idosos: comparação entre os distritos sanitários de Uberaba-MG. *Ciênc Cuid Saúde* 2011;10(1):74-81.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [acesso em 14 mai 2013]. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados; 18 p. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf
11. Faller JW, Mello WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010;14(4):803-10. (Estudos e Pesquisas); (Informação Demográfica e Socioeconômica; nº 25).
12. Santos AR, Lopes BM, Lorenzini M, Rezende TL. Depressão e mobilidade em idosos com dor crônica, institucionalizados e não institucionalizados. *Rev Grad PUCRS* [Internet] 2011 [acesso em 12 jan 2014];4(2):1-18. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/10040/7081>
13. Oliveria BLCA, Silva AM, Baima VJD, Barros MMP, Cruz MSBV, Cunha CLF. Situação social e de saúde da população idosa da uma comunidade de São Luís-MA. *Rev Pesqui Saúde* 2010;11(3):25-9.
14. Mendonça LBA, Lima FET, Barbosa IV, Brito MEM, Oliveira SKP, Cunha LGP. Descriptive study of risk factors in arterial hypertension among victims of stroke. *Online Braz J Nurs* [Internet] 2011 [acesso em 2 jan 2013];10(3):1-9. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3651/1027>

15. Mchugh MD, Shang J, Sloane DM, Aiken LH. Risk factors for hospital-acquired 'poor glycemic control': a case-control study. *Int J Qual Health Care* 2011;23(1):44-51.
16. Lamoureux E, Gadquil S, Pesudovs K, Keeffe J, Fenwick E, Dirani M, et al. The relationship between visual function, duration and main causes of vision loss and falls on older people with low vision. *Graefes Arch Clin Ophthalmol* [Internet] 2010 [acesso em 10 fev 2013];284(4):527-33. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00417-009-1260-x>.
17. Quandt AS, Chen H, Bell RA, Savoca MR, Anderson AM, Leng X, et al. Food avoidance and food modification practices of older rural adults: association with oral health status and implications for service provision. *Gerontologist* 2010;50(1):100-11.
18. Kirschenbaum L, Kurtz S, Astiz M. Improved clinical outcomes combining house staff self-assessment with an audit-based quality improvement program. *J Gen Intern Med* [Internet] 2010 [acesso em 12 out 2013];25(10). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2955460/?tool=pubmed>
19. Fernandes MGM, Souto MC, Costa SFG, Fernandes BM. Qualificadores sócio-demográficos, condições de saúde e utilização de serviços por idosos atendidos na atenção primária. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2009;13(2):13-20.
20. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):604-12.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.528 de 19 e Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da População Idosa. *Diário Oficial da União, Brasília, DF; 20 out 2006. Seção 1, p. 142.*

Recebido: 02/3/2015

Revisado: 11/6/2015

Aprovado: 22/6/2015