

ANDERSON WEBER BOCCA

**“PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DEMANDAS DOS IDOSOS EM UMA  
UNIDADE DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DO SUL, A PARTIR DO OLHAR DOS  
IDOSOS E PROFISSIONAIS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE”.**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Patrícia Krieger Grossi

Porto Alegre

2012

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

B664p Bocca, Anderson Weber

Perfil sócio-demográfico e demandas dos idosos em uma unidade de saúde de Santa Cruz do Sul, a partir do olhar dos idosos e profissionais da rede pública de saúde / Anderson Weber Bocca. – Porto Alegre, 2012.

85 f.

Diss. (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dra. Patrícia Krieger Grossi.

1. Gerontologia Biomédica. 2. Geriatria. 3. Idosos – Santa Cruz do Sul (RS). 4. Envelhecimento. 5. Saúde do Idoso. 6. Saúde Pública. 7. Idosos – Perfil Sócio-demográfico. 8. Atenção Primária à Saúde. I. Grossi, Patrícia Krieger. II. Título.

CDD 362.6042

**Bibliotecária Responsável: Dênira Remedi – CRB 10/1779**

Dedico este trabalho à minha família, que sem o seu apoio jamais teria conseguido terminá-lo. Em especial à minha esposa Grizia, pela compreensão nas minhas ausências e que muito me ajudou na confecção das tabelas e gráficos aqui contidos.

## **AGRADECIMENTOS**

À profa. Patrícia Krieger Grossi pela dedicação e disponibilidade em ser minha orientadora. Sempre esteve disponível nos momentos em que mais precisei, inclusive trabalhando junto comigo nos finais de semana, principalmente quando os prazos estavam se esgotando, chegando a me orientar até quando estava no exterior.

À enfermeira Fernanda Carlin Portugal, coordenadora da Estratégia de Saúde da Família de Santa Cruz do Sul, pela autorização para que pudéssemos realizar a pesquisa, sendo prestativa e interessada no bom andamento da pesquisa, sempre nos fornecendo as informações referentes à saúde do município, necessárias à pesquisa.

À equipe de saúde da ESF Menino Deus, sem a qual jamais poderíamos ter concluído esta dissertação, principalmente por terem concordado em participar do grupo focal.

Um agradecimento especial às Agentes Comunitárias de Saúde Ana Paula, Maria Isabel, Valquíria, Cristiane, Priscila e Simone, sem as quais esta pesquisa não teria sido realizada.

Aos integrantes do NASF, por também aceitarem participar do grupo focal.

## RESUMO

**OBJETIVO:** Identificar o perfil sócio-demográfico e as demandas da população de idosos adscrita em uma unidade de saúde de Santa Cruz do Sul, a partir do olhar dos idosos e profissionais que atuam na unidade de saúde, bem como o perfil dos profissionais que atuam nesta unidade, com ênfase na qualidade dos serviços prestados para este segmento da população.

**MÉTODO:** A unidade de saúde possui 198 idosos que foram cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), constando no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), identificados como moradores da área de abrangência da unidade, independente de serem usuários da unidade de saúde. Todos foram entrevistados no seu domicílio, independente da sua condição de saúde.

Também participaram da pesquisa os profissionais da equipe básica que atuam na Estratégia de Saúde da Família Menino Deus (ESFMD), além de uma entrevista com os integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), totalizando 16 profissionais. Os profissionais da equipe básica participaram de um grupo focal, abordando as necessidades e demandas dos idosos, as possibilidades e limites da rede de serviços no atendimento das demandas. Após a análise desta população e dos profissionais, foi definido o número de participantes do estudo. Além disso, obtivemos informações da coordenação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a forma como tem sido abordada a questão do idoso no município.

**ANÁLISE DE DADOS:** O número de participantes da pesquisa era inicialmente de 198 idosos, selecionados através dos dados obtidos no Sistema de Informação para a Atenção Básica (SIAB) relativo àquela unidade de saúde. Destes, 27 não foram incluídos, resultando no total de 171 idosos. Os principais motivos para a exclusão foram óbitos (3), mudança de endereço (2), não quiseram participar (7) e os demais não foram encontrados em casa após 2 visitas e, portanto, considerados como perda (15). Nesta seleção, nenhum idoso foi excluído por não

possuir condições de responder ao formulário da pesquisa, sendo que todos foram entrevistados no seu domicílio.

**RESULTADOS:** A faixa etária mais frequente foi entre 60-69 anos, com 106 idosos (62%), sendo a maioria do sexo feminino (61%), de cor branca, com casados 87 (50%) e 54 viúvos (32%). A maioria apresenta baixa escolaridade, com 92 idosos tendo estudado o primário incompleto (até 4 anos) sendo 37 não alfabetizados. Isto corresponde a 75% dos entrevistados. A grande maioria vive com até 2 salários mínimos, o que corresponde a 95% desta população. A grande maioria é aposentada e tem como principal ocupação complementar a atividade de safrista nas empresas fumageiras do município, atividade esta mais comum em ambos os sexos.

**CONCLUSÕES:** O estudo demonstrou que o perfil da população de idosos encontrada vem ao encontro do relatado pelo censo do IBGE de 2010. Desta forma encontramos a necessidade de que seja feito um trabalho integrado entre universidade e prefeitura municipal para que se alcancem melhores resultados no trabalho de prevenção e assistência tanto clínica quanto social destes idosos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Perfil sócio-demográfico dos idosos, saúde do idoso, envelhecimento, geriatria, visão dos idosos a partir dos profissionais que atuam em Estratégia de Saúde da Família (ESF), idosos na saúde da família, idosos na ESF, saúde pública, idosos na atenção primária à saúde.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To identify the socio-demographic profile and the demands of the elderly population enrolled in a health unit in Santa Cruz do Sul, from the look of older people and professionals working in the clinic, as well as the profile of the professionals working this unit, with an emphasis on quality of services provided to this population.

**METHODS:** The health unit has 198 seniors who were registered by the Community Health Agents (ACS), consisting in the Information System of Primary Care (SIAB), identified as residents of the area covered by the unit, whether they are users of unit health. All were interviewed in their homes, regardless of their health condition.

Also participating in the research team professionals working in “Estratégia de Saúde da Família Menino Deus” (ESFMD), plus an interview with members of the “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” (NASF), totaling 16 professionals. The core team of professionals participated in a focus group, addressing the needs and demands of the elderly, the possibilities and limits of network services in meeting the demands. After analysis of this population and professionals, was set the number of study participants. In addition, we obtained information from the coordination of the “Estratégia de Saúde da Família” (ESF) on how the issue has been addressed in the old city.

**DATA ANALYSIS:** The number of survey participants was initially of 198 seniors, selected by the data obtained in the “Sistema de Informação da Atenção Básica” (SIAB) relative to that health facility. Of these, 27 were excluded, resulting in a total of 171 elderly. The main reasons for exclusion were deaths (3), change of address (2), declined to participate (7) and the others were not found at home after 2 visitations and therefore considered as loss (15). In this selection, no elderly have been excluded for not able to answer the survey form, and all were interviewed in their homes.

**RESULTS:** The most common age group was 60-69 years, with 106 elderly (62%), the majority being female (61%), white, married with 87 (50%) and 54 widowers (32%). Most have low education, having studied with 92 seniors completed primary education (up to 4 years) with 37 illiterate. This corresponds to 75% of respondents. Most live up to two minimum wages, which corresponds to 95% of this population. Most are retired and whose main occupation complement activity safrista tobacco companies in the city, this activity more common in both sexes.

**CONCLUSIONS:** The study demonstrated that the profile of the elderly population has been found to meet reported by IBGE census 2010. Thus we find the need for it to be made an integrated work between university (UNISC) and municipal government intended to achieve better results in prevention work and both clinical and social care of the elderly.

**KEYWORDS:** Socio-demographic profile of the elderly, elderly health, aging, geriatrics, vision of the elderly from professionals who work in the “Estratégia de Saúde da Família Menino Deus” (ESFMD), the elderly in family health, seniors at ESF, public health , elderly in primary care.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNI – Programa Nacional do Idoso

SUS – Sistema Único de Saúde

ESFMD – Estratégia de Saúde da Família Menino Deus

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

AVD – Atividades da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

AB – Atenção Básica

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

EAD – Educação à distância

SUAS– SUS – Sistema Único de Assistência Social do Sistema Único de Saúde

RET – SUS – Rede de escolas técnicas do Sistema Único de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PV – Pacto pela Vida

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

APESC – Associação Pró-Ensino de Santa Cruz do Sul

ENART – Encontro de Arte e Tradição (Gaúchas)

PIB – Produto Interno Bruto

CIAC – Centro Integrado de Atenção à Criança

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul

## SUMÁRIO

<b>1) INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2) REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1) Envelhecimento populacional.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2) As políticas de saúde e o idoso .....</b>	<b>21</b>
<b>3) OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1) Objetivo geral .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2) Objetivos específicos .....</b>	<b>28</b>
<b>4) JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>29</b>
<b>5) MÉTODOS E PROCEDIMENTOS .....</b>	<b>31</b>
<b>5.1) Delineamento do estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2) Local do estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>5.3) População.....</b>	<b>34</b>
<b>5.4) Características da amostra.....</b>	<b>34</b>

<b>5.5) Critérios de inclusão e exclusão dos profissionais.....</b>	<b>34</b>
<b>5.6) Critérios de inclusão e exclusão dos idosos.....</b>	<b>35</b>
<b>5.7) Instrumentos utilizados.....</b>	<b>35</b>
<b>5.8) Procedimento para coleta de dados.....</b>	<b>35</b>
<b>5.9) Técnica de análise estatística e interpretação de dados.....</b>	<b>36</b>
<b>5.10) Aspectos éticos.....</b>	<b>37</b>
<b>6) RESULTADOS .....</b>	<b>39</b>
<b>6.1) O grupo focal.....</b>	<b>39</b>
<b>6.2) Entrevista com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).....</b>	<b>43</b>
<b>7) ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>7.1) Perfil sócio-demográfico.....</b>	<b>46</b>
<b>8) DISCUSSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>9) CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>70</b>
<b>10) PROPOSIÇÕES .....</b>	<b>72</b>

**11) REFERÊNCIAS.....73**

**APÊNDICES.....77**

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

**FIGURA 1: PIRÂMIDES ETÁRIAS DO BRASIL - 1940, 1970, 1990, 2000 E 2002.....17**

**FIGURA 2: POPULAÇÃO DE 80 ANOS OU MAIS DE IDADE, POR SEXO.....19**

## 1) INTRODUÇÃO

Com o crescimento da população idosa, as doenças próprias do envelhecimento ganham uma maior expressão, aumentando a demanda dos serviços de saúde e, por conseguinte, o aumento dos recursos despendidos na área. As doenças crônicas apresentadas nesta faixa etária exigem acompanhamento por longos períodos, assim como as internações hospitalares são mais frequentes. O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades.

O mundo como um todo se encontra em um processo de envelhecimento. Isto fica mais evidente quando analisamos os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estima para o ano de 2025, 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e aproximadamente 2 bilhões em 2050, sendo a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento.

O Brasil, assim como diversos países em desenvolvimento, passou a experimentar um aumento no número de pessoas idosas, principalmente pela mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade, da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. O envelhecimento não é homogêneo para todos os seres humanos. Sofre a influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições socioeconômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia.

Considerando que a consequência de maior expressão neste contexto é a transição epidemiológica, fenômeno este onde doenças infecto-contagiosas cedem lugar gradativamente às doenças crônicas não-transmissíveis, mais complexas, típicas das faixas etárias mais avançadas, percebe-se uma necessidade de reformulação na atenção à saúde, de maneira que o objetivo a ser atingido passa a ser a terceira idade com maior qualidade de vida, livre de incapacidades.

Apesar do envelhecimento ser um fenômeno mundial, o Brasil apresentou características distintas dos países desenvolvidos ou mesmo de países vizinhos, devido a uma superposição entre as etapas, ou seja, há o convívio entre doenças transmissíveis (malária e hanseníase), crônico-degenerativas (hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardíacas, Diabetes Mellitus (DM) tipo 2) e a morbimortalidade persistente em ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada.

Estas evidências nos levam a pensar no impacto que tal realidade provoca, pois a redução da mortalidade sem melhoria da qualidade de vida aumenta a morbidade, que são identificadas pelo uso dos serviços de saúde. Desta forma a saúde da população passa a apresentar um padrão de distribuição tipo “J”, ou seja, as pessoas apresentam um maior número de problemas de saúde, tanto no início quanto no final da vida, o que tornou urgente a criação de uma política pública para o setor. Assim, concomitante à regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil passou a pensar na organização do setor para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece.

A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). Esta situação culminou na criação da Política Nacional de Saúde do Idoso, lançada em 1999. O principal enfoque desta política foi na capacidade funcional do idoso, com a promoção do envelhecimento saudável, uma vez que a qualidade de vida acaba sendo o seu maior problema.

Desta forma, o país tem tentado estruturar o atendimento aos idosos de uma maneira mais eficaz. É necessário um maior aprofundamento deste tema com o objetivo de adequar a realidade dos idosos, uma vez que este segmento da população está aumentando rapidamente e os estudos realizados ainda são poucos.

Por este motivo, este estudo visa melhorar o conhecimento a respeito da população adscrita à Estratégia de Saúde da Família Menino Deus (ESFMD), no município de Santa Cruz do Sul, RS, no intuito de propor mudanças para a melhoria dos serviços, com sugestões de treinamentos e aperfeiçoamento da equipe, da estrutura física e da rede de amparo ao idoso como um todo, uma vez que a sua abordagem constitui uma necessidade e um desafio para a saúde pública, pois os profissionais de saúde terão de cuidar uma população idosa que apresenta baixa renda e uma alta prevalência de doenças crônicas.



## 2) REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1) O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL:

O envelhecimento da população tem se tornado um dos grandes desafios deste século. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como *“um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”*.<sup>1</sup>

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.<sup>1</sup>

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

A OMS tem considerado o período compreendido entre 1975 a 2025 como a era do envelhecimento, devido ao acentuado crescimento da população idosa em relação ao total da população.<sup>2</sup>

Ao realizarmos uma comparação entre o período final do século passado e o início deste (1980 a 2020), a população mundial deverá crescer 80%, enquanto que a população de idosos crescerá 160%.<sup>3</sup>

Na tentativa de realizarmos uma definição cronológica, nos deparamos com a dificuldade da sua delimitação, pois cada sociedade possui características próprias

de desenvolvimento socioeconômico, onde identificamos suas limitações e perdas de adaptabilidade, que acabam por demonstrar sinais de envelhecimento em diferentes idades cronológicas.<sup>4</sup>

Em relação à faixa etária, a Organização das Nações Unidas (ONU) determina que, para países desenvolvidos, os indivíduos com idade a partir 65 anos são considerados idosos e para os países em desenvolvimento, onde a expectativa média de vida é menor, adota-se os 60 anos.<sup>5, 6</sup> No nosso país avaliamos que em determinadas situações, principalmente as legais, o limite estabelecido também é o de 65 anos.<sup>6</sup>

Esse envelhecimento da população, onde ocorre o aumento da proporção de pessoas com idade avançada em uma população às custas da diminuição de jovens nesta mesma população, denomina-se transição demográfica. Este fato se torna evidente ao se analisar a pirâmide etária de uma determinada região.

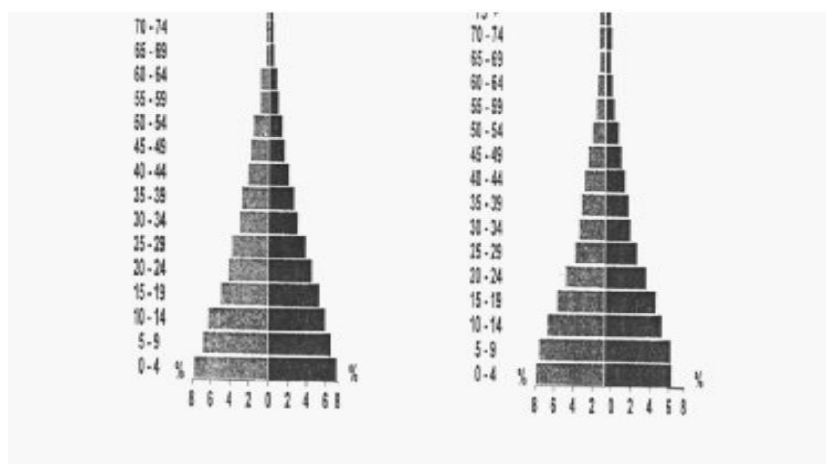
Ao analisarmos a pirâmide populacional do Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) faz algumas projeções que podemos avaliar, na Figura 1. Pode-se identificar claramente uma alteração no formato da pirâmide, tornando-se abaulada. Isto representa uma diminuição das faixas etárias mais jovens e o aumento das mais velhas.

Em 1940 se observa uma base alargada, com poucas pessoas atingindo o ápice da pirâmide, o que caracterizava o Brasil como um país de jovens. No ano de 1990 há um estreitamento da base e uma maior proporção de pessoas atingindo seu ápice.

A tendência atual é de haja uma alteração no formato do gráfico, de maneira que ele passa a assumir um formato de um “barril”, um “cone”, semelhante aos países que já passaram pelo processo de envelhecimento populacional.<sup>7</sup>

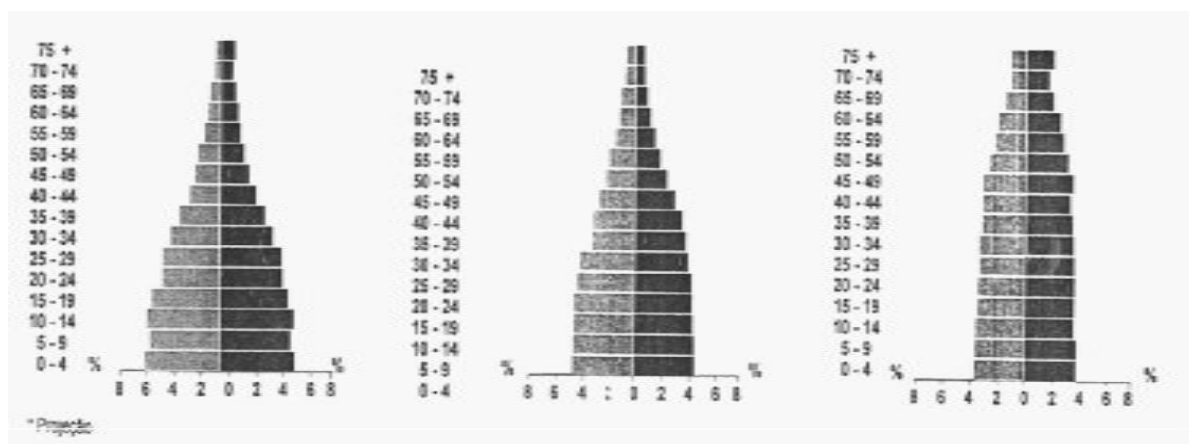
O envelhecimento populacional é uma realidade presente e talvez, um dos maiores problemas enfrentados pelos países em desenvolvimento. Isto se deve principalmente ao fato de que nestes países a busca de soluções seja menor, assim como o impacto que este processo causa, pois está ocorrendo de uma maneira muito mais rápida do que nos países desenvolvidos. Ao compararmos um país desenvolvido como a França com um em desenvolvimento, podemos perceber que para que a população de idosos dobrasse de quantidade (de 7% para 14%), foram necessários 115 anos, enquanto que a população de idosos na China passou pelo mesmo processo em apenas alguns anos.<sup>8</sup>

Figura 1 – Pirâmides etárias do Brasil - 1940, 1970, 1990, 2000 e 2025.



**1940**

**1970**



**1990**

**2000**

**2025\***

Fonte: NETTO, P. M. (2005 p. 29)

Este crescimento populacional ocorre em dois segmentos principais: países pobres, onde o número de idosos é elevado e países ricos, onde a população idosa é moderada. Neste contexto, nos países subdesenvolvidos, os maiores de 65 anos, em 2000, representavam 5,1% da população total enquanto que nos países desenvolvidos este contingente representava 14,4%.<sup>9</sup>

A transição demográfica no Brasil acontece de forma rápida e intensa, diferente dos países desenvolvidos, onde essa transição ocorreu de maneira lenta e gradativa, como visto acima. No Censo de 2000, o nosso país contava com mais de 14,5 milhões de idosos<sup>10</sup>, em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de capacidades<sup>9,10</sup>.

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira<sup>8</sup>, ou seja, nesse processo de envelhecimento, passou de 4% em 1940 para 9% em 2000 e estima-se que este segmento poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira em 2020.<sup>11</sup>

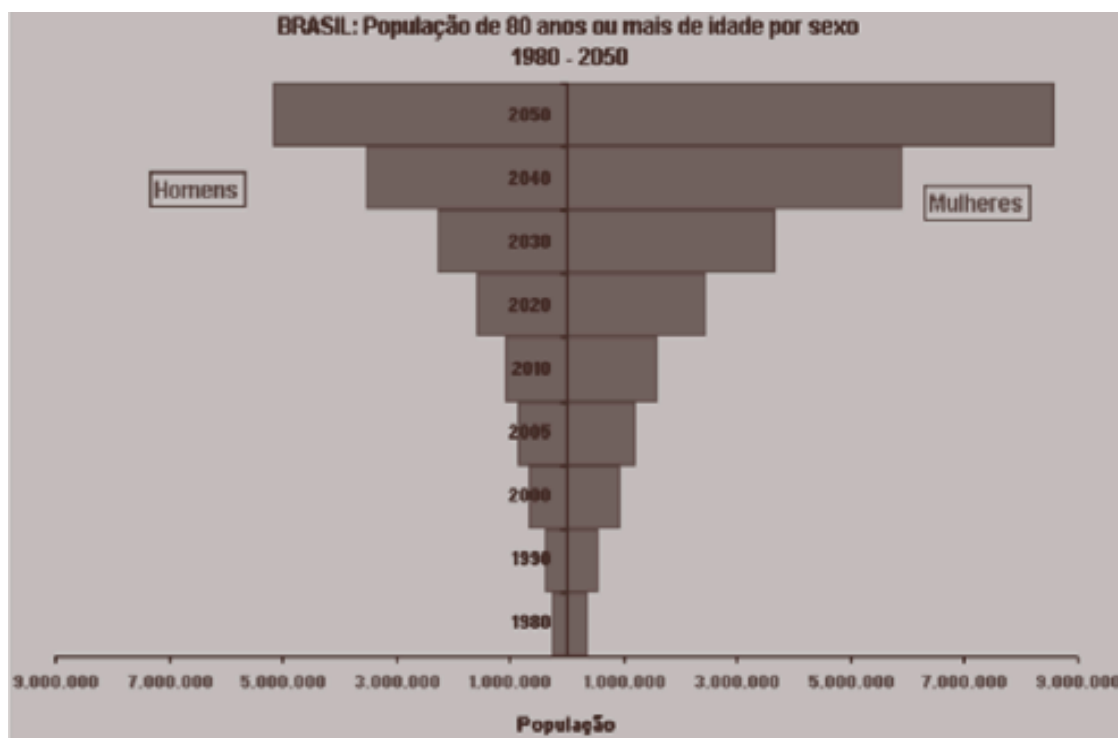
Dentre os aspectos que chamam a atenção, a feminização da velhice é um deles. Em 1970 as mulheres representavam 3,5% da população e em 2050 passarão a ser 19,5%<sup>10</sup>. Entre os fatores que determinam este predomínio, pode-se citar a menor exposição a riscos, vivendo assim por mais tempo. Abaixo, na figura 2, podemos ver os aspectos da longevidade conforme o sexo, a partir da década de 1980.

Embora a longevidade seja maior no sexo feminino, as mulheres idosas estão mais sujeitas às deficiências físicas e mentais quando comparadas aos homens<sup>12</sup>. A expectativa média de vida do brasileiro aumentou quase 25 anos nos últimos 50 anos. Até 2000 a expectativa de vida ao nascer era de 63 anos para os homens e 65 para as mulheres, sem que concomitantemente, tenha ocorrido uma melhora das condições de vida.<sup>6</sup>

Diante da forma como o envelhecimento da população está ocorrendo, estima-se que, para 2025, o número de idosos será de 31,8 milhões de pessoas, colocando o Brasil na sexta posição em relação aos demais países.<sup>13</sup>

Em 2000 a proporção de idosos na população em geral ainda foi modesta (19ª posição), porém o número de idosos foi alto.<sup>14</sup> Para 2050, a população idosa se manterá na 20ª posição, enquanto o volume de idosos deverá se expandir e passar para a 5ª posição.

Figura 2: População de 80 anos ou mais de idade, por sexo, entre 1980 – 2050.



FONTE: IBGE

Esse perfil da população faz com que aumente a prevalência das doenças crônico-degenerativas, principais geradoras de incapacidades e dependências, ocasionando um aumento na demanda por recursos de saúde.<sup>1</sup>

O Brasil promoveu uma melhoria nas condições de vida da sua população juntamente com mudanças no processo de saúde e doença. Devido a esses aspectos, a expectativa de vida ao longo do século acabou sendo duplicada. Estima-se que para 2020 a expectativa de vida ao nascimento seja de 72 anos.<sup>15</sup> As projeções para 2025 são de que a expectativa de vida dos brasileiros chegue a 75,3 anos, sendo que em 1910 a expectativa era de 34 anos.<sup>16</sup>

A longevidade é sem dúvida, um triunfo a ser comemorado. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e de saúde adequadas para atender às novas demandas emergentes.<sup>1</sup>

Dentre os aspectos da transição epidemiológica descrito por pesquisadores, podemos destacar que o Brasil se encontra na Era das Doenças Degenerativas e causadas pelo homem, considerado o terceiro estágio, ou seja, há o aumento da prevalência e mortalidade das doenças crônicas não transmissíveis e de causas externas. A expectativa de vida sobe para 70 a 79 anos e as taxas de fecundidade mantêm-se decrescentes.<sup>17</sup>

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis que requerem acompanhamento constante, pois em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e frequentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.<sup>1</sup>

Para que se possam diminuir essas comorbidades, é necessário um maior conhecimento dos fatores que levam ao declínio da capacidade funcional desses idosos. As políticas de saúde devem contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo desse processo. Se considerarmos a saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa.

Diante disso, com o objetivo de dar uma maior resolubilidade às necessidades existentes, é imperativa uma revisão dos sistemas de saúde, promovendo uma reforma que permita a interação entre saúde física e mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social da população idosa<sup>11</sup>.

## **2.2 – AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL E OS IDOSOS**

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que estes indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo<sup>18</sup>. Dentre os instrumentos recomendados para avaliação

da qualidade de vida dos idosos, encontram-se os que avaliam as atividades diárias. Estas são subdivididas em atividades básicas da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) <sup>19</sup> Estes instrumentos podem nos dar uma noção da capacidade funcional do idoso, item fundamental para avaliar a qualidade de vida, que acaba por ser o principal foco da saúde deste segmento da população.

Sabe-se através de estudos entre idosos brasileiros, que a maior causa de mortalidade é o acidente vascular cerebral (AVC) <sup>20</sup>. As incapacidades que ocorrem desta patologia são resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis <sup>10</sup>, o que pode exemplificar o que ocorre no processo de transição epidemiológica brasileira. Dentro disso, o sistema de saúde tem um papel fundamental nos cuidados desta faixa da população, embora saibamos que o sistema de saúde pública brasileiro está organizado para atender a saúde materno-infantil e não considera o envelhecimento como uma de suas prioridades.

Dentro das avaliações realizadas no grupo das pessoas idosas, foi verificado que elas também estão envelhecendo, ou seja, mais pessoas estão apresentando uma idade mais avançada em relação à faixa etária considerada como terceira idade. Sendo assim, eles acabam sendo denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos). Estes também vêm aumentando de forma acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos (12,8% da população idosa e 1,1% da população total). <sup>21</sup>

A figura 2 (acima) mostra a projeção de crescimento desta população em um período de 70 anos, permitindo estimar o impacto destas modificações demográficas e epidemiológicas.

Devido a este processo de envelhecimento dentro do quadro dos idosos, a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, que é proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Tendo em vista que a dependência é o maior temor nessa faixa etária, deve-se evitá-la ou postergá-la pelo maior tempo possível, sendo estas as metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. <sup>21</sup> Desta forma, isto passa a ser um objetivo das equipes de saúde, em especial da Atenção Básica (AB). <sup>1</sup>

Antigamente o Brasil era visto como um país de jovens e desta forma, a questão do idoso é considerada uma preocupação recente. Em relação às políticas públicas, somente após a Constituição Federal de 1988, os idosos tiveram algumas conquistas sociais importantes. Dentre elas provavelmente a primeira lei que trouxe

algum benefício social ao idoso foi a adesão da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), promulgada em dezembro de 1993, através da Lei 8.742, que deu origem ao benefício de 01 (um) salário mínimo mensal ao idoso <sup>22</sup>.

Após a constituição, somente na década seguinte surgiram novas leis iniciando um novo processo para as estratégias e ações sociais, legais e de saúde para amparo ao idoso. A lei nº. 8.842 de 04 de janeiro de 1994, juntamente com o Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996 constituíram a Política Nacional do Idoso (PNI) que regulamentou e direcionou as competências dos diversos setores da administração pública, com o intuito de assegurar os direitos sociais dos idosos.

Baseado na PNI foi promulgado pelo Ministério da Saúde a PNSPI, através da Portaria MS 1.395/99 de 10 de dezembro de 1999, que objetivava o envelhecimento saudável, ou seja, manter a capacidade funcional, a autonomia e o nível de qualidade de vida da melhor forma possível. <sup>23</sup>

Desta forma, a PNSI formulou as seguintes diretrizes:

- 1o – Promoção do Envelhecimento Saudável: compreende ações que visam à adoção de hábitos saudáveis de vida e eliminação de comportamentos nocivos à saúde.
- 2o – Manutenção de Capacidade Funcional: paralelamente a promoção de hábitos saudáveis, a prevenção de agravos à saúde e a detecção de problemas de saúde instalados ou potenciais, visam à prevenção de perdas funcionais nos idosos. Neste item inclui-se a vacinação para pessoas com 60 anos ou mais de idade, medida recente para este segmento.
- 3o – Assistência às necessidades de saúde do idoso: estas ações devem compreender os âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar, com a utilização rotineira de escalas para rastreamento de depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional.
- 4o – Reabilitação da capacidade funcional comprometida: envolve o trabalho interdisciplinar da medicina, enfermagem, fisioterapia, entre outras profissões com o objetivo de prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente.
- 5o – Capacitação de recursos humanos especializados: tanto na formação profissional como na educação permanente, por meio dos Centros Colaboradores em Geriatria e Gerontologia, localizados em instituições de ensino superior.
- 6o – Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais: desenvolvendo parcerias entre profissionais da saúde e pessoas próximas, responsáveis pelos cuidados



diretos aos idosos. Configura-se na estratégia mais atual e menos onerosa para promover a melhoria da capacidade funcional neste segmento populacional.

7o – Apoio a estudos e pesquisas, que deverá concentrar-se em quatro grandes linhas de pesquisa, a saber: 1) Estudos do perfil de idosos em diferentes regiões do país; 2) Avaliação da capacidade funcional, prevenção de agravos, vacinações e instrumentos de rastreamento; 3) Modelos de cuidado e 4) Hospitalização e alternativas de assistência hospitalar.

Como estratégias da PNSPI, podemos citar a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; a edição e distribuição do Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, número 19; a realização do curso de Educação à Distância em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa – EAD; elaboração do Plano Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa SUAS-SUS; edição e distribuição do Guia Prático do Cuidador; criação e implantação do Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos Dependentes na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET – SUS); publicação da portaria sobre Prevenção e Cuidado à Osteoporose e Quedas (portaria no 3.213/GM de 20 de dezembro de 2007); ampliação do acesso à consulta no Programa Olhar Brasil (Portaria no 33/SAS de 23 de janeiro; fomento à Pesquisa na Área de Envelhecimento de Saúde da Pessoa Idosa; implementação do Programa de Internação Domiciliar (Portaria no 2.529/GM de 19 de outubro de 2006 e fomento ao acesso e uso racional de medicamentos.

As políticas sociais, tanto para os idosos quanto para a população em geral, têm-se estruturado de forma fragmentada, dirigindo-se ao atendimento individualizado, desconsiderando o universo familiar e comunitário. Esta fragmentação proporciona o surgimento de uma nova visão de saúde, onde novas propostas fazem crescer internacionalmente a importância da atuação de “família” e “comunidade”.<sup>24</sup>

Centrado neste modelo, o cuidado à pessoa idosa requer um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família. A AB é considerada a “porta de entrada”, ou seja, o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde pública. Esta se orienta pelos princípios do SUS, ou seja, a universalidade do acesso, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.<sup>25</sup>

Dentro deste contexto, um novo modelo passa a ser organizado, dando enfoque ao tema família, propiciando a reorganização das políticas e ações de saúde. Para que a mudança do sistema tradicional realmente fosse concretizada, em 1994 o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da AB e estruturação do sistema de saúde, dando início assim ao Programa de Saúde da Família (PSF), sendo atualmente conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF).<sup>25</sup> Devido a esta nova visão, foi promulgada a Portaria GM nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006, que definiu que a atenção à saúde desta população terá como porta de entrada a AB/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

As mudanças no sistema de saúde têm sido necessárias e várias são as tentativas do seu aperfeiçoamento. No início dos debates, as alterações estavam centradas somente na gestão do SUS. Entretanto, as discussões posteriores indicaram a importância de se ampliar o processo e a pactuação para uma visão mais integralizada. Para efetivação destas mudanças, em fevereiro de 2006 foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contemplam três dimensões: o Pacto pela Vida (PV), O Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

Em que pese o Pacto pela Saúde contemplar três dimensões, as mesmas não podem ser tratadas separadamente, pois elas se correlacionam. O PV tem como foco central estabelecer um conjunto de prioridades a serem assumidas pelos gestores das três esferas.

Entre as prioridades estabelecidas estava que a saúde do idoso fosse uma das seis prioridades pactuadas nas três esferas de governo, tendo como objetivo justamente a implantação de algumas diretrizes da PNSI no SUS, até então voltada para o atendimento prioritário do segmento materno-infantil.<sup>21</sup>

A publicação do PV em relação à saúde da população idosa representou um avanço importante. Apesar disso, o SUS ainda necessita de aperfeiçoamentos para que dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. A participação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no âmbito nacional, são de fundamental importância para a criação de estratégias de ação capazes de dar conta da

heterogeneidade da população idosa e das diversas questões que são apresentadas.<sup>21</sup>

Cabe destacar, ainda que a rede do SUS é fundamental para que as diretrizes desta política sejam plenamente alcançadas. Desta maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na CIT.<sup>21</sup>

Complementando os projetos de saúde pública do Brasil em relação aos idosos, após ter ficado sete anos em tramitação no congresso nacional, em 1.º de outubro (Dia Internacional do Idoso) de 2003 foi promulgada a lei N.º 10.741, que criou o estatuto do idoso. Nele houve um aperfeiçoamento da PNI de 1994, tornando-a mais abrangente e adequada. Esta lei passou a dar garantias aos idosos, pois instituiu penas severas para quem desrespeitasse ou abandonasse os cidadãos da terceira idade.

Apesar da necessidade de revisão dos mecanismos e organizações relativas à saúde dos idosos como citado acima, podemos chamar a atenção para a criação de uma política nacional, que visa melhorar o sistema público de saúde como um todo, conhecido como a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS, criada em 2003.

Um SUS humanizado é aquele que reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. O despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão da prática de saúde é um dos aspectos que mais tem chamado à atenção quando há a avaliação dos serviços.

Ligado a esse aspecto, um outro se destaca: a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.

O cenário indica então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão, sendo este o principal objetivo do HumanizaSUS.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários,

a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.<sup>26</sup>

Sendo assim, com o objetivo de aperfeiçoarmos a atuação da saúde da família no atendimento aos idosos, se torna fundamental o aprofundamento do perfil desta população adscrita ao atendimento da ESFMD, em Santa Cruz do Sul, onde iremos identificar algumas de suas características como as demandas e assistências à saúde, bem como seus aspectos sociais e econômicos, a visão dos usuários e dos profissionais de saúde que trabalham neste local.

### **3) OBJETIVOS**

#### **3.1) OBJETIVO GERAL**

Identificar o perfil sócio-demográfico e as demandas da população de idosos adscrita em uma unidade de saúde de Santa Cruz do Sul, bem como o perfil dos profissionais que atuam na unidade de saúde, com ênfase na qualidade do serviço para este segmento da população.

#### **3.2) OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Realizar um perfil sócio-demográfico dos idosos que moram na área de atuação da ESFMD, em Santa Cruz do Sul;
- 2) Descrever as demandas, a percepção e as dificuldades encontradas pelos idosos no acesso à saúde em uma unidade de saúde do município;
- 3) Descrever de que forma as necessidades dos idosos estão sendo supridas pelo serviço, a partir da perspectiva dos idosos e profissionais;
- 4) Mapear os serviços oferecidos e se existe a intersetorialidade em relação ao idoso;
- 5) Descrever o perfil dos profissionais que atendem ao idoso na ESFMD, em Santa Cruz do Sul.

#### 4) JUSTIFICATIVA

O Brasil tem apresentado um processo de envelhecimento rápido e intenso, ficando evidente que este é o segmento populacional que mais aumenta no país. Sua importância fica demonstrada cada vez mais à medida que a população aumenta. Os dados estatísticos obtidos no censo do IBGE de 2000 demonstraram que estes idosos são, em sua maioria, de baixo nível socioeconômico e educacional, associado a uma alta prevalência de doenças crônicas causadoras de limitações funcionais e incapacitantes. Esta situação demonstra que o processo de envelhecimento populacional provoca um aumento do consumo dos recursos, sendo que cerca de 9 % da população gasta mais de 26% dos recursos de internação hospitalar do SUS.<sup>27, 28</sup>

Historicamente se sabe que a saúde pública brasileira está organizada para realizar atendimento da saúde materno-infantil, estando a questão da saúde dos idosos relevada a segundo plano. Desta forma, a qualidade das equipes de saúde que atuam no atendimento dos idosos em nível de atenção primária é fundamental neste segmento.<sup>21</sup>

Os serviços de saúde deveriam aumentar o apoio formal e informal ao idoso e a compreensão das morbidades desta população em relação ao tempo entre o início das doenças (ou incapacidades) e a morte propriamente dita.<sup>29</sup>

Com o objetivo de minimizar o impacto causado pelos índices de morbidade decorrente do envelhecimento populacional, se torna fundamental a identificação do trabalho realizado com o idoso pela equipe multiprofissional.

Programas de promoção da saúde na terceira idade são cada vez mais necessários devido às crescentes demandas advindas deste segmento populacional. Isto leva a saúde pública a mudar o seu enfoque. A obtenção de informações mais detalhadas sobre as condições de saúde e seus determinantes é fundamental para a orientação das políticas públicas de saúde para esta população<sup>30</sup>.

Para os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, é relevante o estudo dos diferentes aspectos do envelhecimento humano, onde o enfoque passa da mortalidade para a morbidade e da cura para o manejo das doenças crônicas, bem como do risco aumentado de internações. O conhecimento destas informações para as unidades de saúde e aos gestores é de grande importância para o

embasamento das ações, de acordo com o grau de comprometimento de saúde encontrado <sup>31</sup>.

Esta unidade de saúde é integrante do sistema de saúde da família e está sendo iniciado um serviço de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, em convênio entre a secretaria de saúde do município com a Associação Pró-Ensino de Cruz do Sul (APESC). Este é um estudo pioneiro, pois até então esta unidade de saúde recebia apenas alunos da graduação de outros cursos que não da medicina. Tendo em vista que se sabe muito pouco sobre a sua realidade, iniciaremos este estudo através do perfil sócio-demográfico e demandas exigidas por esta população, bem como identificar o perfil dos profissionais atuantes na unidade de saúde com o objetivo de minimizar o impacto causado pela morbidade decorrente do envelhecimento populacional. A compreensão destes itens associado à qualidade do serviço desta unidade de saúde se torna fundamental para o atendimento adequado à população idosa do município.

## **5) MÉTODOS E PROCEDIMENTOS**

### **5.1) DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo epidemiológico quali - quantitativo, com delineamento transversal, de base territorial, abrangendo todos os moradores da área de atuação da ESFMD com idade mínima de 60 anos e que preencham os critérios de inclusão estabelecidos nesta pesquisa.

### **5.2) LOCAL DO ESTUDO**

O presente estudo foi realizado no município de Santa Cruz do Sul, que está localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul denominada Vale do Rio Pardo. Esta região é composta por 25 municípios, onde se destaca por ser o município mais populoso, com aproximadamente 118.374 habitantes. Destes, 105.190 (88,9%) moram na área urbana e 13.184 (11,1%) na área rural. O município tem uma área territorial total de 752,91 Km<sup>2</sup> sendo 154,90 Km<sup>2</sup> de área urbana e 598,01 Km<sup>2</sup> de área rural.<sup>32</sup>

Tem sua economia baseada na indústria, nos serviços e na agricultura (cultura do fumo) e constitui-se num importante núcleo de colonização alemã no estado. As principais alternativas de lazer no município são: Oktoberfest (festa alemã realizada no mês de outubro); ENART (Encontro de Artes e Tradições Gaúchas); Stock Car (evento automobilístico nacional realizado no Autódromo Internacional de Santa Cruz do Sul) e Feira do Livro. Os principais pontos turísticos são: Catedral São João Batista, Gruta dos Índios, Casa de Artes Regina Simnis, Parque de Eventos e a Rota Turística de Rio Pardo<sup>33</sup>.

Quanto à escolaridade, 13,9% da população santa-cruzense maior de 15 anos não estudou ou estudou menos de 4 anos (analfabetos funcionais). Cerca de 3% é a taxa de analfabetismo. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2009 foi de R\$ 35.760,00 e a renda média domiciliar per capita em 2010 foi de R\$ 1.011,33. No entanto, 13,4% de sua população vivem com menos de meio salário mínimo/mês (baixa renda). A taxa de desemprego para maiores de 16 anos em 2010 foi de 4,05% e a taxa de trabalho infantil (10 -15 anos) foi de 5,16%.No último censo foram



considerados com saneamento adequado 93,7% dos domicílios da área urbana e 23,9% dos domicílios da área rural <sup>32</sup>

A população em 2010 era composta por 61.431 mulheres (60,2%) e 56.943 homens (39,8%). Destes, 1.328 possuíam menos de 1 ano (1,1%), 6.532 menores de 5 anos (5,5%), 15.559 pessoas com mais de 60 anos (13,1%) e 33.335 mulheres em idade fértil - 15 a 49 anos (28,18%). Nasceram vivas neste ano 1.447 crianças, 61,91% de parto cesárea, 83,1% das mulheres fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal sendo 12,7% adolescente (menos de 20 anos) <sup>33</sup>.

Em 2010 morreram em Santa Cruz do Sul, 876 indivíduos, destes, 5 com menos de 1 ano (Mortalidade Infantil Proporcional = 0,5%), e 749 com mais de 50 anos (Indicador de Swaroop-Uemura = 85,5%) representando um bom nível de saúde da população. A esperança de vida ao nascer calculada para este ano foi de 69,06 anos para mulheres e homens. O Coeficiente de Mortalidade Infantil, importante indicador de saúde também tem decrescido no município nos últimos anos, variando de 12,4/1000 nascidos vivos em 2005 para 3,4/1000 nascidos vivos em 2010 <sup>33</sup>.

As principais causas de óbitos neste ano foram circulatórias (33,5%), neoplásicas (24,3%) respiratórias (9%) e causas externas (8,9%). Dentre os óbitos 455 foram masculinos (52%) e 421 femininos (48%). Ocorreram 47 óbitos em mulheres em idade fértil e destes, somente 01 (um) foi definido como óbito materno. Neste ano, aconteceram 10.340 internações hospitalares (8,7% da população total), destas, 5.799 foram de mulheres (56%) e 4.541 foram de homens (44%). As principais causas de internação foram: 1.666 respiratórias (16%), 1.510 relacionadas à gestação, parto e puerpério (15%) e 1.349 neoplasias (13%) <sup>33</sup>.

A estrutura de serviços de saúde disponível à população do município pelo SUS totaliza 151 estabelecimentos, sendo: 3 hospitais gerais que somam 305 leitos, destes 191 leitos estão disponíveis à saúde pública, 3 Centros de Apoio Psicossocial, 10 Ambulatórios Especializados, 66 Consultórios Isolados, 47 Unidades de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, 22 Unidades Sanitárias, destas, 12 Unidades Básicas de Saúde (tradicionais) e 10 Unidades de Saúde da Família (9 na zona urbana e 1 na zona rural) <sup>33</sup>.

A exemplo do que já estava acontecendo no restante do país desde 1994, o município entendeu que era necessário mudar seu modelo assistencial em saúde revalorizando a atenção básica a partir da implantação do então Programa de Saúde

da Família. No ano de 1996 a Secretaria Municipal de Saúde aderiu ao programa federal instalando as primeiras equipes de saúde da família na Unidade de Saúde Gaspar Bartholomay. Nestes 14 anos de existência, com alguns avanços e retrocessos, novas equipes foram sendo formadas e instaladas no município, consolidando o que hoje denominamos de Estratégia de Saúde da Família, com o intuito de, a partir da atenção básica, reorganizar o sistema de saúde.

A partir dos dados obtidos pelo SIAB 2012, identificamos que a cobertura atual da população em termos de saúde da família é inferior a 30%, o que pode ser considerado muito pequeno, sendo necessária sua imediata ampliação para que importantes indicadores de saúde possam ser efetivamente melhorados. Apesar disso, nestes 16 anos, muitos indicadores, especialmente a mortalidade infantil, já mostraram mudanças positivas, possivelmente porque a população da área adscrita das ESFs é a de maior vulnerabilidade no município. Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde pretende até o final do ano de 2012 ampliar a cobertura da estratégia em pelo menos 10%, instalando 4 novas equipes.

Ao analisarmos os dados da Secretaria de Saúde do município, constatamos que das dez equipes, seis são equipes ampliadas, ou seja, contam com equipe de saúde bucal. Também é possível perceber que metade das equipes conta com mais de um médico além do generalista ou médico de família sendo na sua totalidade da especialidade pediátrica. Também percebemos que todas as equipes contam dois técnicos de enfermagem e duas com mais de 6 agentes comunitários de saúde, ou seja, são equipes maiores e mais complexas do que a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde<sup>34</sup>.

Segundo dados obtidos com a Secretaria de Saúde do município, a ESFMD está localizada no bairro Menino Deus, na parte sul do município e apresenta uma equipe de saúde ampliada. Abrange uma população de 3372 pessoas (962 famílias), o que corresponde a 2,8% de cobertura da população total do município. A sua estrutura foi adaptada dos antigos CIACs (Centro Integrado de Assistência à Criança), que teve uma parte cedida para a sua instalação. É considerada uma das áreas mais carentes do município, com uma população usuária com baixa condição sócio-econômica, muito dependente desta estrutura. Em sua maioria, as pessoas desta área trabalham em serviços gerais como empregado doméstico, diarista, pedreiro, safrista de fumo, alguns industriários, comércio entre outros<sup>34</sup>.

### **5.3) POPULAÇÃO**

A população estudada é composta por idosos a partir de 60 anos, moradores da área de abrangência da ESFMD, em Santa Cruz do Sul, R.S., independentes de serem usuários da unidade e profissionais da equipe básica que atuam na ESFMD.

### **5.4) CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA**

A unidade de saúde possui 198 idosos que foram cadastrados pelos Agentes Comunitários de Saúde, constando no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), identificados como moradores da área de abrangência da unidade. 171 foram entrevistados no seu domicílio, independente da sua condição de saúde.

Utilizamos uma amostra de conveniência e, portanto foram aceitos para pesquisa todos os pacientes que eram moradores da área delimitada pela ESFMD.

Tinham 60 anos completos ou mais.

Apresentavam condição cognitiva que permitia responder ao formulário solicitado pela pesquisa.

O número de participantes da pesquisa era inicialmente de 198 idosos, selecionados através dos dados obtidos no Sistema de Informação para a Atenção Básica (SIAB) relativo àquela unidade de saúde. Destes, 27 não foram incluídos, resultando no total de 171 idosos. Os principais motivos para a exclusão foram óbitos (3), mudança de endereço (2), não quiseram participar (7) e os demais não foram encontrados em casa após 2 visitas e, portanto, considerados como perda (15). Nesta seleção, nenhum idoso foi excluído por não possuir condições de responder ao formulário da pesquisa, sendo que todos foram entrevistados no seu domicílio.

### **5.5) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PROFISSIONAIS**

Os critérios para inclusão dos profissionais são ser profissional de saúde e trabalhar na unidade de saúde em questão. Dentro deste critério, participaram da pesquisa os profissionais da equipe básica que atuam na ESFMD, além de uma entrevista com os integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), totalizando 16 profissionais.

## **5.6) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA OS IDOSOS**

Trata-se de uma amostra de conveniência e, portanto serão aceitos para pesquisa todos os pacientes que sejam moradores da área delimitada pela ESFMD.

Ter 60 anos completos ou mais.

Apresentar condição cognitiva que permita responder ao formulário solicitado pela pesquisa.

## **5.7) INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

Aplicação de questionário sócio-demográfico aos idosos e grupos focais aos profissionais da ESF e NASF.

## **5.8) PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS**

Os profissionais da equipe básica participaram de um grupo focal, abordando as necessidades e demandas dos idosos, as possibilidades e limites da rede de serviços no atendimento das demandas. Após a análise desta população e dos profissionais, foi definido o número de participantes do estudo. Além disso, obtivemos informações da coordenação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a forma como o município tem abordado a questão do idoso no município.

O grupo focal tem como finalidade obter dados a partir de reuniões com um grupo de pessoas que representam o objeto de estudo, busca enfatizar a compreensão do fenômeno estudado do ponto de vista do grupo, que consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos diretivos e focais, por isso chamada de grupo focal<sup>32</sup>.

Compreende, num processo de constituição das percepções, atitudes e representação social de um grupo de pessoas, em um ambiente onde há uma troca de experiências, para estabelecer uma interação entre os participantes.

“No grupo focal, o entrevistador, muitas vezes chamado de moderador, é o catalisador da interação social (comunicação) entre os participantes. O objetivo do grupo focal é estimular os participantes a falar e reagir àquilo que outras pessoas no grupo dizem. É uma interação social mais autêntica do que a entrevista em profundidade [...] os sentidos ou representações que emergem são mais influenciados pela natureza social da interação do grupo em vez de se fundamentarem na perspectiva individual [...].<sup>19.</sup>”

O grupo focal não trabalha com amostras probabilísticas, mas com o intuito de estudar como se formam e se diferem as percepções, opiniões acerca de um fato ou serviço. Conta com sujeitos que apresentam afinidade com o foco de estudo, sendo um grupo formado de 6 a 10 participantes, não parentes, com duração de uma hora e meia, sendo de um a oito encontros, conforme o pesquisador julgar necessário.<sup>36</sup>

Os grupos focais foram realizados na unidade básica de saúde. Foram gravados e transcritos sendo que os dados estão sendo categorizados e submetidos à análise de conteúdo de Bardin<sup>37</sup>.

## **5.9) TÉCNICA DE ANÁLISE ESTATÍSTICA E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

Para a parte qualitativa, após a coleta, organização e representação dos dados coletados durante o processo de investigação, estes serão analisados através da técnica de análise de conteúdo, definida por Bardin, como:

“um conjunto de técnicas de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens<sup>20,42.</sup>”

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação pela qual se sistematiza a partir do processo de categorização, o conteúdo obtido na coleta de dados. A mesma autora refere que a análise de conteúdo tem um rigor que é marcado pelo aspecto da comunicação a partir de diferentes formas e o tratamento descritivo desse processo constitui um dos primeiros procedimentos.

A análise de conteúdo sendo um método de análise é definida por Bardin<sup>34</sup>, como um processo que tem um procedimento que pode privilegiar o processo de análise passando da mera descrição para a interpretação de conteúdo. Fazem parte desse processo várias etapas que constituíram o “corpus”<sup>1</sup> entre as quais estão presentes a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. E a fase da interpretação inferencial, uma das mais importantes desse processo, é constituída pela análise, explicação dos conteúdos realizados a partir da mediação entre o conteúdo descrito e a teoria que orienta o objeto de estudo.

A análise de conteúdo se desenvolve em três fases que são pré-análise<sup>2</sup>, nesta, faz-se a leitura flutuante<sup>3</sup>, exploração do material<sup>4</sup> e tratamento dos dados<sup>5</sup>, inferência e interpretação.<sup>37</sup> A análise de conteúdo deve ultrapassar o senso comum na interpretação, neste sentido, o pesquisador deve ser vigilante consigo mesmo e com o processo.<sup>37</sup>

Para a parte quantitativa, por se tratar de um trabalho *quasi*-censitário, não há sentido em utilizar técnicas de inferência estatística (testes de hipóteses, intervalos de confiança, etc.). Nesse caso, optou-se por uma análise descritiva composta de medidas de tendência central e variabilidade, tabelas de frequência simples e cruzadas e análise gráfica. O banco de dados foi organizado em Excel e analisado no software SPSS versão 17.0.

## 5.10) ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada através do uso de um formulário direcionado aos pacientes idosos usuários da ESFMD e um roteiro de grupo focal aos profissionais que trabalham nesta unidade de saúde, no município de Santa Cruz do Sul. Todos os pacientes selecionados foram visitados nas suas casas. Por se tratar da coleta de dados pessoais, encaminhamos uma solicitação de avaliação à Comissão Científica da FAMED – HSL/ PUCRS e para o Comitê de Ética em Pesquisa, onde foi obtido

---

<sup>1</sup> “Corpus é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”.

<sup>2</sup> “Tem por objetivo sistematizar as idéias iniciais de forma que conduzir em operações sucessivas em um plano de análise”.

<sup>3</sup> “leitura flutuante é a primeira atividade e consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações”.

<sup>4</sup> “consiste na codificação e enumeração do material, onde os resultados brutos dos dados são tratados de maneira a buscar significados válidos”.

<sup>5</sup> “Adiantamento de interpretações a partir dos objetivos propostos e outras descobertas que possam ser inesperadas” (Bardin, 1977).

um parecer favorável, sendo aprovado sob o número de protocolo OF CEP1113/10, de 08 de Outubro de 2010, de forma que atendem as diretrizes e normas da Resolução 196/96 do CNS/MS. Os pacientes e os profissionais da rede assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, explicando ao indivíduo objeto da pesquisa ou seu representante legal, uma explicação clara e completa da pesquisa, de forma que tenha compreendido pelo menos os itens IV. 1, IV. 2 e IV.3 da referida resolução. Um destes formulários ficou em poder do entrevistado e outro em poder do entrevistador. Após esta etapa, a divulgação dos resultados garantirá o anonimato, sendo divulgados apenas os dados estatísticos.

## 6) RESULTADOS

### 6.1) O GRUPO FOCAL

O grupo focal foi realizado na ESFMD com os integrantes da equipe mínima da unidade de saúde. Participaram da pesquisa 10 dos 12 profissionais que lá atuam. Entre eles estavam 1 médico, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 técnico de enfermagem, 1 auxiliar de consultório odontológico e 5 agentes comunitários de saúde (ACS).

Os participantes abordaram as necessidades e demandas dos idosos, as possibilidades e limites da rede de serviços no atendimento das demandas dos idosos. A partir das falas dos participantes, evidencia-se que uma das maiores demandas dos idosos é a escuta do profissional, conforme podemos constatar nos extratos a seguir:

*“Eles querem que a gente dê atenção para eles”*

*“Eles mais marcam consulta para conversar do que para atender”*

*“Eles querem mesmo é falar, querem conversar. Querem falar dos problemas que eles têm.”*

*“A maioria vem mesmo para ser atendido com queixas de doenças crônicas. Eles vêm para ter esta conversa”.*

Esta necessidade de atenção é atribuída pelos profissionais à falta de atenção do idoso na família, o fato de muitos morarem sozinhos e o desejo de compartilhar suas vivências. Neste sentido, o idoso busca um atendimento humanizado, baseado numa escuta qualificada dos profissionais. A dimensão do cuidado profissional do idoso pressupõe o atendimento de suas necessidades na sua integralidade, isto é, não só voltado para o atendimento dos aspectos clínicos da doença, mas também para o atendimento de necessidades emocionais, pois todo o ser humano é relacional.

Entre as dificuldades vivenciadas pelos idosos no acesso aos serviços de saúde, a fala dos profissionais é unânime em relação à burocracia, morosidade, falta de especialistas em certas áreas e a falta de fichas para atendimento. Também se



percebe a falta de compreensão do idoso em relação à forma como o sistema de saúde funciona, à dificuldade de entendimento em relação ao tratamento, ao uso das medicações, o que é agravado pela falta de acompanhamento do familiar às consultas e pelo “não comprometimento do familiar ou cuidador”.

As falas a seguir demonstram estes entraves na garantia do direito à saúde dos idosos:

*“O que a gente mais percebe é que eles vêm de novo porque eles não conseguem marcar as consultas deles. Pra pessoa fica difícil. “Principalmente cardiologista que agora não tem. Antes até tinha mais, mas agora tá difícil. Às vezes eles voltam com o mesmo problema porque não foi marcado especialista.”*

*“Na minha área que é a odonto, o sistema único de saúde não dá esse a mais. Geralmente está relacionado a periodontite e prótese que a rede não cobre, então eles ficam desassistidos e realmente quando chega na parte especializada, pelo menos na minha área, eles estão desassistidos. Eu não tenho para onde encaminhar, eu não tenho condições de fazer, então ou paga e consegue atendimento ou fica sem atendimento.”*

*“Os exames de rotina não têm problemas, mas os específicos sim. A ecografia é complicada, mas os exames de rotina até conseguem. O ecocardiograma é que às vezes complica porque tem que ir para Porto Alegre.”*

*“porque é muita burocracia, né. É folha para cá, folha pra lá, marca consulta aqui, agenda um dia, vai receber um telefonema para marcar, é muita burocracia, demorado...”*

Uma das questões ressaltadas neste grupo é a importância da família se envolver no tratamento de saúde do idoso. A própria Constituição Federal, a PNI e o Estatuto do Idoso preconizam que a família tem o dever de assistir o idoso e ampará-lo na velhice em casos de enfermidades, garantindo-lhe o direito à convivência familiar e comunitária e zelando pela sua dignidade e bem-estar. Percebe-se nos depoimentos dos profissionais a seguir que nem sempre a família exerce o papel de cuidadora da forma adequada.

*“Devido às dificuldades deles (idosos) de entender e tudo assim, na minha área, eu tenho percebido que falta assim um familiar... por causa da dificuldade que o idoso tem de entender uma receita de remédio, também é complicado para o idoso. Uma coisa que a gente sempre coloca é assim, ó, a questão de envolver a família no tratamento.”*

*“a gente percebe de novo a falta de comprometimento da família, que a gente tenta resolver o problema, que de repente é muito básica. Se a paciente está fraca, tá desmaiando, caramba. A paciente precisa pelo menos um hemograma, aí tu dá o hemograma que já estava autorizado, na mão do familiar, “agora é contigo”. Pra coleta do hemograma, tem que enfrentar fila. Aí tu retorna dali a um mês na casa daquele paciente. O paciente continua com o mesmo quadro e o exame cadê? “O gato comeu”. Esse é o papo que a gente ouve lá. Então essa questão da falta de comprometimento do cuidador.”*

As condições de vida das famílias onde residem estes idosos, em geral, empobrecidas, não emergem nas falas dos participantes dos grupos focais. Pelo contrário, a família é culpabilizada e apontada como negligente em relação ao atendimento das necessidades dos idosos. O próprio idoso também se auto-negligencia, como se percebe no extrato da fala que segue: *“Muitos dizem: Ah, eu não consigo ir buscar remédio, mas na hora de ir no banco eles sempre conseguem ir. Ou jogar bingo também. É, isto acontece muito”*.

A garantia de prioridade no atendimento de saúde ao idoso, conforme preconiza o Estatuto do Idoso, é interpretada por alguns profissionais como falta de compreensão do idoso em relação ao funcionamento do sistema:

*“Eles chegam lá na frente e querem ser atendidos. Eles não querem esperar, não querem pegar ficha, eles não querem nada. Eles querem chegar lá na frente e serem atendidos. Não querem deixar agendado, querem ser atendidos. Querem ter prioridade e ser atendidos na hora.”*

Esta falta de compreensão do idoso leva a um desgaste emocional do profissional, que desabafa no grupo focal, *“Já estou cansada de explicar e não adianta. Eles não querem entender”*.

Em relação ao atendimento das demandas dos idosos, os profissionais apontam o que tem feito e fazem sugestões e/ou recomendações de serviços que deveriam ser implementados para uma melhor resolutividade do sistema de saúde:

*“Eu acho que teria que ter prioridade. Na própria especialidade. Eles (idosos) terem prioridade. Deveriam ter uma quota “X” de número de especialistas encaminhados para ele. É uma das coisas também. E a facilidade do acesso do idoso.”*

*“eles deveriam ter atendimento especializado também. Se for no programa do idoso, então que seja no programa do idoso. Que tivesse um atendimento específico do idoso, justamente por isso.”*

*Porque chega nesta parte, não tem para onde mandar. Acaba precisando de prótese e não tem para onde mandar.”*

*“o idoso tem a necessidade de abordagem multiprofissional. Não é só o médico que vai resolver, precisa de fisioterapia, nutrição, psicólogo,... Tem que ter uma abordagem multiprofissional, e na rede ainda não existe um programa, pelo menos que eu conheça que aborde o idoso desta maneira mais global, que possa ter um acesso fácil a essa equipe multiprofissional que talvez ele precise.”*

*“Acho que poderia aumentar o número de fichas, que assim seriam acompanhados melhor.”*

*“Na oftalmologia é assim. O idoso chega lá e diz que quebrou os óculos e aí esse idoso vai ter uma consulta mais rápida do que uma pessoa que tirar ficha normalmente. Nessa parte então seria o ideal.”*

A equipe multidisciplinar é uma demanda para atendimento das necessidades dos idosos. O desafio maior consiste na construção da interdisciplinaridade que pressupõe a abertura para diferentes áreas de saber, flexibilidade, diálogo e estabelecimento de relações horizontais. As práticas interdisciplinares possibilitam avançar na superação de uma visão restrita e unidimensional do fenômeno.

Existe a necessidade de transformação de uma cultura institucional segmentada, compartimentalizada, para caminhar em direção a um trabalho interdisciplinar que transborde as fronteiras do conhecimento, que supere a visão corporativista, que seja pautado pelo compartilhamento, negociação e comprometido com a integralidade do idoso.

A velocidade das mudanças exige práticas interdisciplinares para que possamos fazer uma leitura dialética da realidade, que é múltipla e una ao mesmo tempo. Não se podem ignorar as múltiplas determinações históricas, culturais, econômicas e sociais que permeiam o fenômeno do envelhecimento na nossa sociedade e a forma como cada ser humano vivencia a fase da velhice. É importante distinguir as práticas multidisciplinares das interdisciplinaridades, que não raro, são utilizadas como sinônimos na academia ou pelos profissionais. Vasconcelos (2002) refere que a prática multi é composta por campos de saber simultâneos, que mantêm um objetivo único, porém sem cooperação, realizando um trabalho isolado e sem troca de informações. Na prática interdisciplinar, existe uma interação participativa que constrói um eixo comum a um grupo de saberes, apresenta objetivos múltiplos, com horizontalização das relações de poder e coordenação.

“Essas práticas implicam um sério questionamento e recolocação em novas bases dos princípios e da formação convencional aprendidos pelos profissionais nos cursos universitários tradicionais, exigindo uma cultura institucional nova nos serviços, capaz de oferecer um clima favorável para este processo de reelaboração efetiva das relações de poder nas equipes, apesar de todos os atravessamentos...”<sup>38</sup>.

Para Motta e Aguiar<sup>39</sup> a “gerontologia (disciplina que estuda o envelhecimento) que se caracteriza como um campo de saber onde a prática do trabalho em equipe é central, a interdisciplinaridade é inerente e a intersetorialidade está contida em sua definição. A gerontologia é marcada pela confluência de campos de saber de distintos setores como saúde, educação, direito, urbanismo, ciências sociais, como apontado na própria PNI”.

A partir da análise preliminar deste grupo focal, percebe-se a necessidade de uma equipe ampliada para atender as necessidades dos idosos. Cabe esclarecer que o assistente social não compõe a equipe mínima priorizada pelo Ministério da Saúde (médico, enfermeiro, agentes comunitário de saúde e auxiliar de enfermagem), mas pode integrar a equipe de acordo com o planejamento e com as demandas locais. De acordo com pesquisa feita pelo Ministério da Saúde, em 1999, já se apontava a necessidade do Assistente Social como o 4º colocado (1º Médico, 2º Enfermeiro, 3º Odontólogo) a integrar a equipe de Saúde da Família. Na XI Conferencia Nacional de Saúde, foi aprovada como deliberação a ampliação da equipe mínima da ESF.

## **6.2) ENTREVISTA COM O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)**

Com o intuito de sabermos se há intersetorialidade no atendimento do idoso, realizamos uma entrevista com os integrantes do NASF. Este é composto por 4 profissionais de nível superior, que atuam na unidade de forma complementar. Os profissionais são 01 Educador Físico, 01 Assistente Social, 01 Psicólogo e 01 Nutricionista. Esta entrevista ocorreu na unidade de saúde no mês de Agosto do presente ano. Eles trabalham na unidade há um ano em turnos diferenciados, mas realizam reuniões semanais para discussão do andamento do serviço.

Partimos então do entendimento de que a intersetorialidade consiste em:

“Uma nova forma de trabalhar, de governar, e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais, e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos <sup>38</sup>.”

Em seus relatos, o P1 afirmou não haver nenhum fluxo estabelecido com a unidade de saúde em relação aos idosos que lá consultam. As consultas ocorrem principalmente para outras faixas etárias.

Isto reflete a baixa procura de idosos pelo serviço, o que fica evidenciado na sua fala:

“O que eu lembro é que neste um ano em que eu estou trabalhado no NASF eu atendi a somente um idoso com 79 anos e quem me encaminhou foi a enfermeira da unidade para falar sobre o cartão municipal do idoso”.

Para o P2, a sua atuação ocorre principalmente em nível de coletividade nos grupos de saúde, que possui cerca de 90 a 95% de idosos, onde realiza orientações de saúde e atividade física no dia-a-dia. No grupo de idosos foi somente uma vez a convite dos Agentes de Saúde. Isto ocorre devido aos seus horários de trabalho não contemplarem o mesmo período. A sua participação se dá principalmente a convite dos ACS. Apesar disto, destacamos a importância deste trabalho para a promoção da saúde e prevenção de agravos, pois possibilita que os idosos desenvolvam atividades de auto-cuidado, além de romper com o isolamento social e sedentarismo. A experiência de grupos também favorece a troca de vivências, o fortalecimento da auto-estima e a formação de novas redes sociais de apoio.

*“Eu trabalho junto com os idosos nos grupos de hipertensão e diabetes. O meu trabalho é mais no sentido de orientações, juntamente com a fisioterapia e outros profissionais, que não o médico nem o dentista. A gente ia orientando sobre a atividade física e outras questões do cotidiano para que eles tivessem maior cuidado com a saúde no dia-a-dia, principalmente nas questões das doenças que estávamos relatando. E junto com a fisio. Após este grupo era feita a atividade física de aproximadamente 20 a 30 minutos. Fazíamos alongamentos, atividades com bola, elástico,... Então o meu atendimento foi através dos grupos.”*

Para o P3, o seu trabalho se dá mais em nível de famílias, com visitas domiciliares solicitadas basicamente pela enfermeira e pelas ACS. Também atuam em casos mais graves, como situações envolvendo negligência de idosos e procura articular com a política de assistência social, através de encaminhamento ao Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS). Os casos são todos acompanhados pela unidade, mas não costumam receber nenhum encaminhamento do médico da unidade.

Finalizando, o P4 não possui nenhum fluxo de consultas aos idosos, sendo seu trabalho voltado aos grupos de saúde, da mesma forma que o P2. Quando há alguma demanda para o idoso, novamente este ocorre através da enfermeira ou das ACS.

Constata-se que o trabalho intersetorial tem de ir além das meras reuniões entre os profissionais ou encaminhamentos. Necessita de um envolvimento relativo à política de atendimento ao idoso. Devem-se unir os conhecimentos em prol do atendimento, ouvindo, compreendendo, analisando e identificando as necessidades dos idosos, de modo a articular os serviços com as demais instituições municipais e proporcionar um atendimento com equidade e universalidade, pilares do SUS.

“A intersetorialidade, enquanto integra saberes e experiências das políticas setoriais, constitui um fator de inovação na gestão da política e possibilita também a articulação das diversas organizações que atuam no âmbito das políticas sociais, constituindo as redes sociais<sup>37</sup>.”

Constitui-se ainda um desafio e um processo em construção o desenvolvimento de práticas intersetoriais nos diferentes setores, como saúde, assistência social, entre outros.

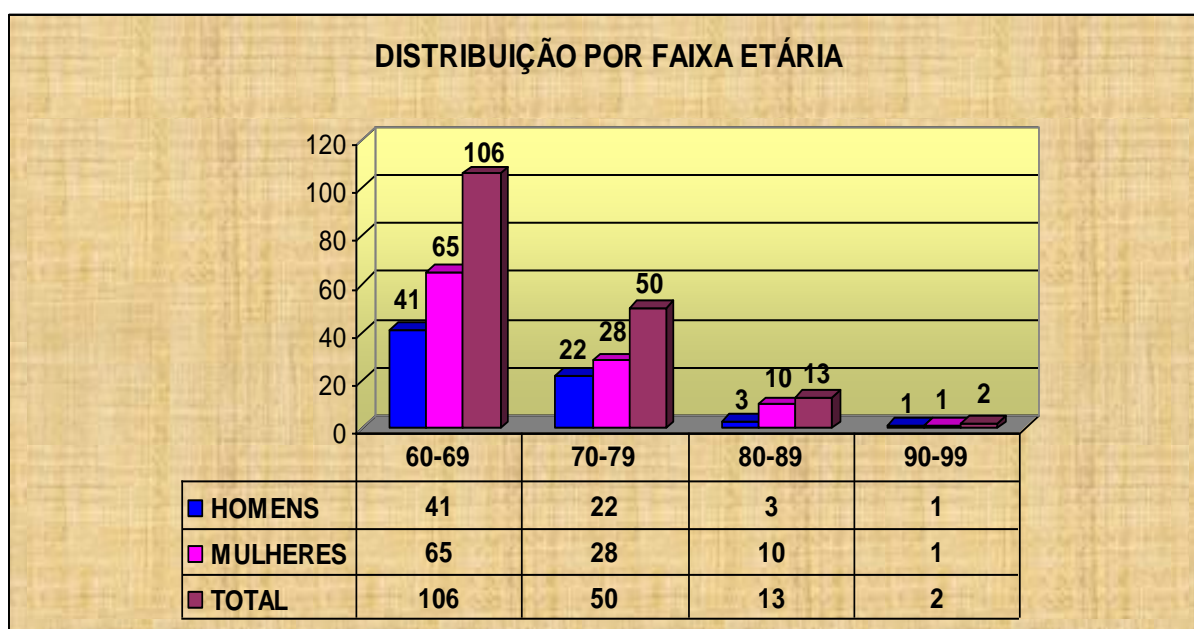
## 7) ANÁLISE DOS DADOS

A análise inicial dos dados obtidos referentes aos 171 idosos revelou os seguintes resultados:

### 7.1) PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

A faixa etária mais frequente foi entre 60-69 anos, com 106 idosos (62%), seguido dos 70 – 79 anos com 50 (29%), dos 80 -89 com 13 (8%) e 02 (1%) entre 90 – 99 anos.

Gráfico 1 - Distribuição dos Idosos por faixa etária



### DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO

A maioria dos idosos é composta por mulheres, sendo um total de 104 pessoas (61%). Isto vem ao encontro da literatura que demonstra a feminização da população idosa, como visto no censo do IBGE 2010.

Gráfico 2 - Distribuição dos Idosos segundo o gênero.

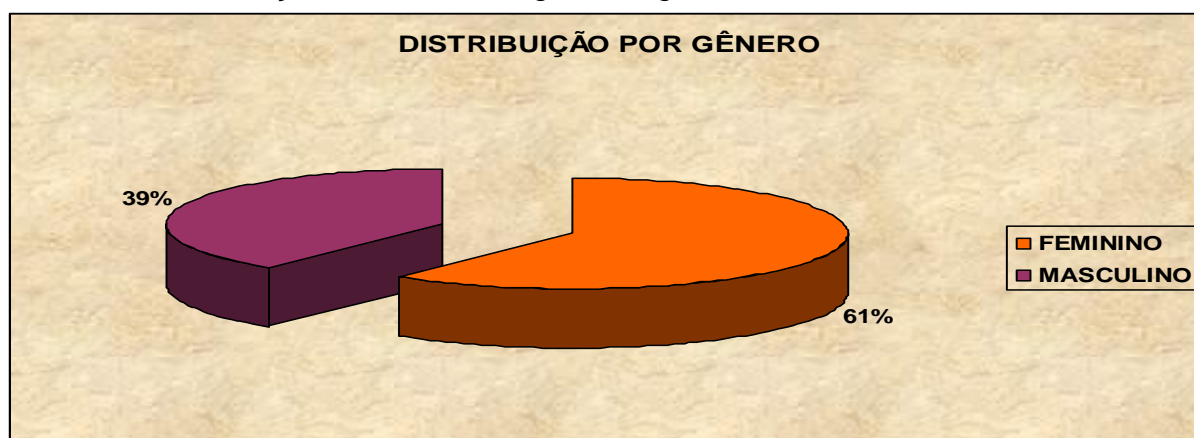


Tabela 1 - Gênero

DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO	N	%
FEMININO	104	61
MASCULINO	67	39

Dentre os entrevistados, 104 (61%) recebem de 1 a 2 salários, seguido de 48 idosos que recebem menos de 1 salário mínimo (28%) e 10 (6%) que não apresentam nenhum tipo de renda, sendo sustentados pelos seus filhos. Seis (3%) recebem de 3 a 4 salários, 02 (1%) de 5 a 6 e somente 01 não quis responder a esta questão. Isto também nos mostra que a grande maioria vive com até 2 salários mínimos, o que corresponde a 95% desta população.

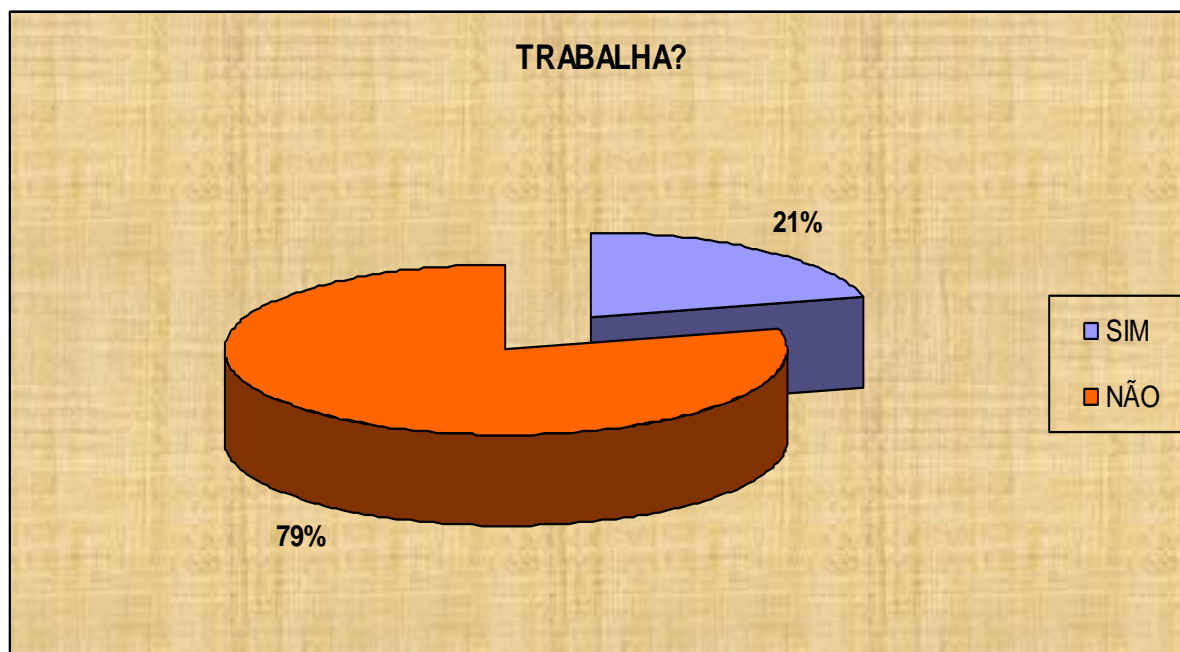
## PROFISSÕES RELATADAS

Dentre as pessoas entrevistadas que ainda trabalha, a atividade mais relatada foi a de safrista de fumo de uma maneira geral, sendo um total de 15 (9%), e também para as mulheres (6%). Esta é uma ocupação temporária, frequente em Santa Cruz do Sul e costuma durar cerca de 6 meses ao ano. Em segundo lugar foram relatados trabalhos domésticos (03%), vendedora (02%), costureira (0,5%) e trabalho voluntário (não remunerado (0,5%)).



Para os homens, além de safrista (2%) também foram relatados pedreiro (2%), ferreiro (1%), serviços gerais (1%), jardineiro (0,5%), pintor (0,5%), comerciante (0,5%), agricultor (0,5%) e vice-pastor na igreja (0,5%).

Gráfico 3 - Distribuição dos Idosos em relação ao trabalho.



### RENDIMENTOS

Dos 10 (6%) que não possuem renda declarada, somente um relatou receber bolsa-família. Os demais que recebem o benefício (09) relatam possuir aposentadoria e/ou pensão. Ao serem questionados sobre os motivos que os levaram a declararem não possuir renda, relatam que possuem um salário, mas é administrado pelo cuidador e, portanto não tem mais autonomia sobre ele. Alegam também que em determinados meses, não recebem nenhum benefício advindo deste valor, mesmo que seja o seu rendimento.

Gráfico 4 – Distribuição conforme os rendimentos

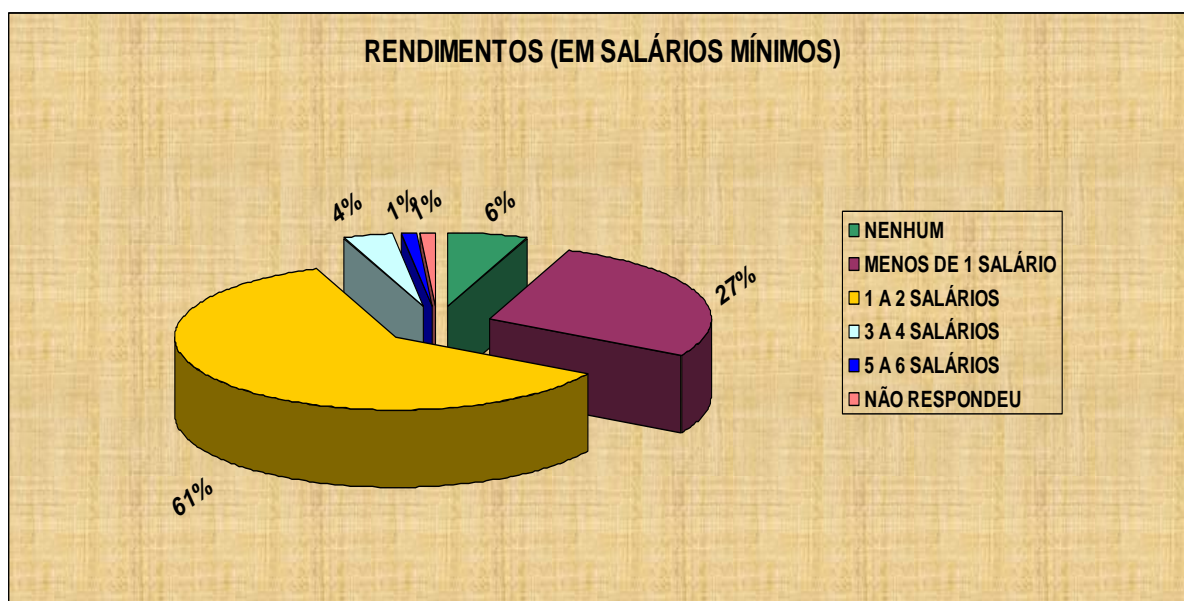


Tabela 1 – Rendimentos

RENDIMENTOS (EM SALÁRIOS MINIMOS)	N	%
NENHUM	10	6
MENOS DE 1 SALÁRIO	47	27
1 A 2 SALÁRIOS	104	61
3 A 4 SALÁRIOS	6	4
5 A 6 SALÁRIOS	2	1
NÃO RESPONDEU	2	1

Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo a Fonte de Renda.

TIPO DE RENDA	SALÁRIO	BENE-FÍCIOS	AUTÔ-NOMO	APOSEN-TADO	PENSÃO	AUXILIO DOENÇA	NÃO RELATOU	NÃO POSSUI
RENDA 1	10	6	5	125	13	2	1	9
	SALÁRIO EXTRA	BENE-FÍCIOS	AUTÔ-NOMO	APOSEN-TADO	PENSÃO	SALÁRIO FILHO	XXXXX	NÃO POSSUI
RENDA 2	3	1	14	2	23	1	1	126
RENDA 3	1		3	1				

## ESCOLARIDADE

Em relação à escolaridade, a maioria apresenta baixa escolaridade, com 92 idosos tendo estudado o primário incompleto (até 4 anos) e 37 não foram alfabetizados. Isto corresponde a 75% dos entrevistados. Os que tiveram pelo menos 4 anos completos correspondem a 06 idosos (4%). Para o ginásio incompleto (até 8 anos), foram 13 pessoas (8%) e ginásio completo (8 anos completos) foram 08 idosos (4%).

Tanto para o científico completo quanto para o incompleto, o que equivale hoje ao nível médio, tivemos somente 01 idoso em cada, o que vem ao encontro da literatura que relata que esta população é empobrecida e de baixo nível escolar, como citado anteriormente. Complementando os dados, 13 (8%) idosos não souberam relatar sua escolaridade.

Gráfico 5 - Escolaridade.

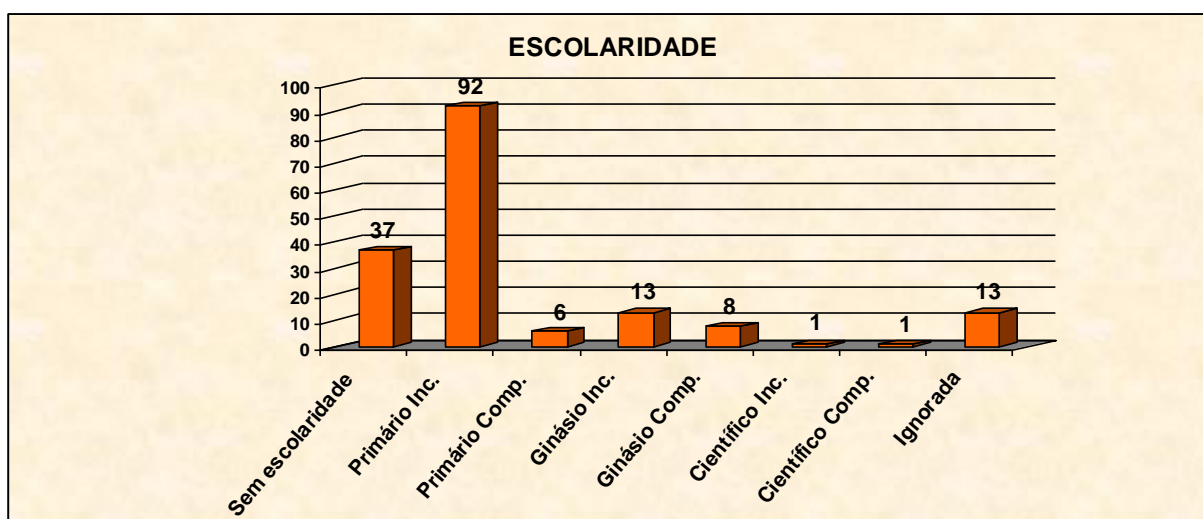


Tabela 4 - Escolaridade

Escolaridade	N	%
Sem escolaridade	37	22
Primário Inc.	92	54
Primário Comp.	6	3
Ginásio Inc.	13	8
Ginásio Comp.	8	4
Científico Inc.	1	0,5
Científico Comp.	1	0,5
Ignorada	13	8

## SITUAÇÃO CONJUGAL

Em relação à situação conjugal, 87 (50%) são casados, sendo a maioria. A seguir identificamos 54 viúvos (32%), 24 separados (15%) e 06 solteiros (3%).

Gráfico 6 – Situação conjugal

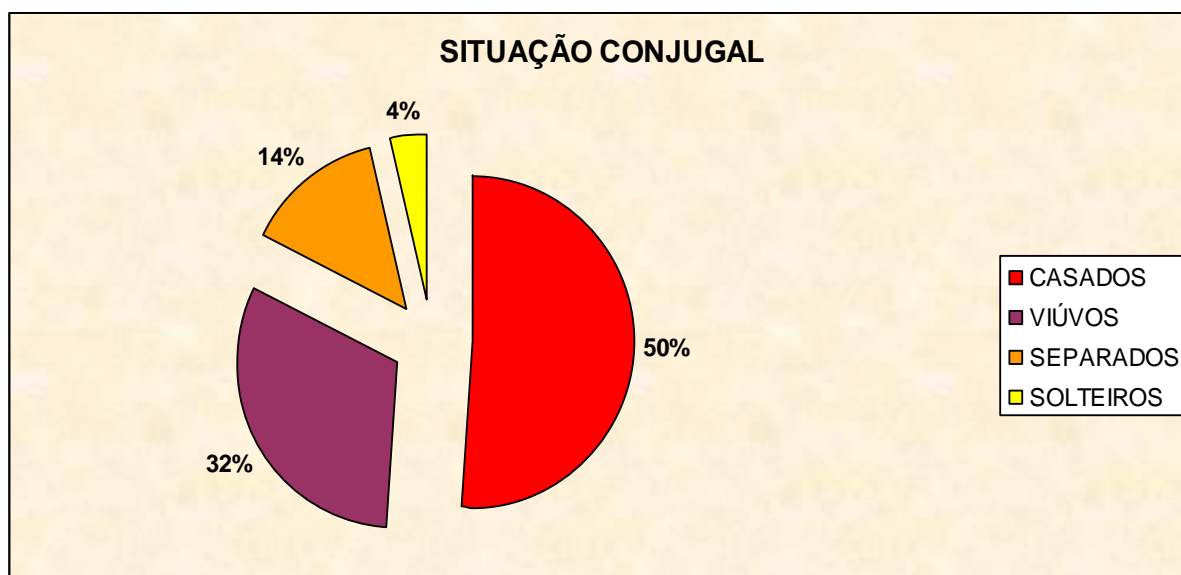
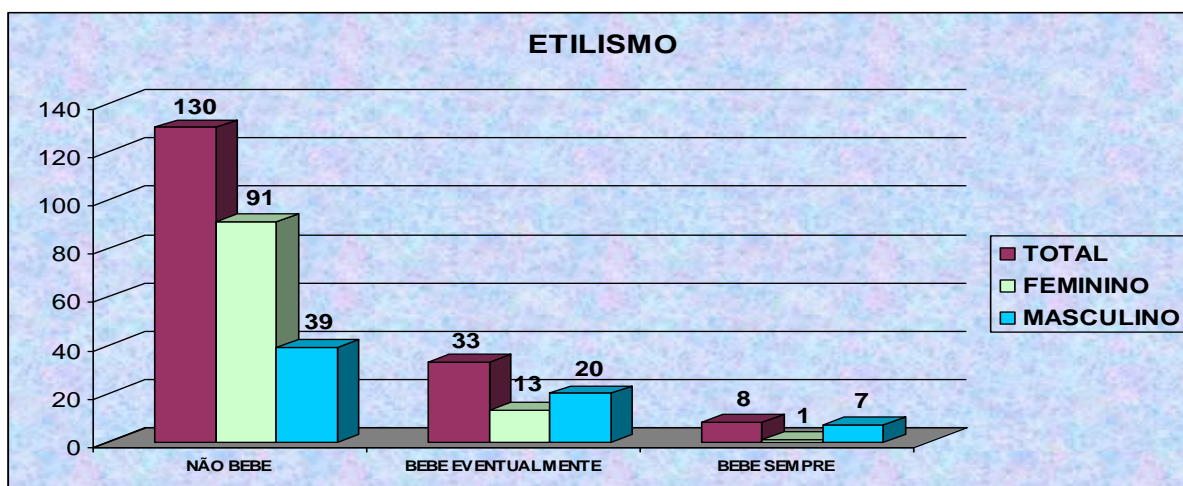


Tabela 5 - Situação conjugal

SITUAÇÃO CONJUGAL	N	%
CASADOS	87	50
VIÚVOS	54	32
SEPARADOS	24	14
SOLTEIROS	6	4

Em relação a hábitos como o etilismo, 41 (24%) idosos relataram o uso, porém somente 08 (4%) usam diariamente e 01 (0,50%) frequentemente. Destes, há somente uma idosa. Os demais fazem uso eventual ou raramente. Dentro deste perfil, 28 (16%) são do sexo masculino.

Gráfico 7 - Etilismo



Em relação ao tabagismo, 52 (30%) são tabagistas, sendo que 27 (16%) são homens, o que os torna praticamente equivalentes em relação ao sexo.

Dentre os ex-tabagistas, encontramos 35 pessoas (20%). Destes 13 são homens (8%). Esta situação nos evidencia que as mulheres pararam de fumar em maior quantidade.

Gráfico 8 – Tabagismo

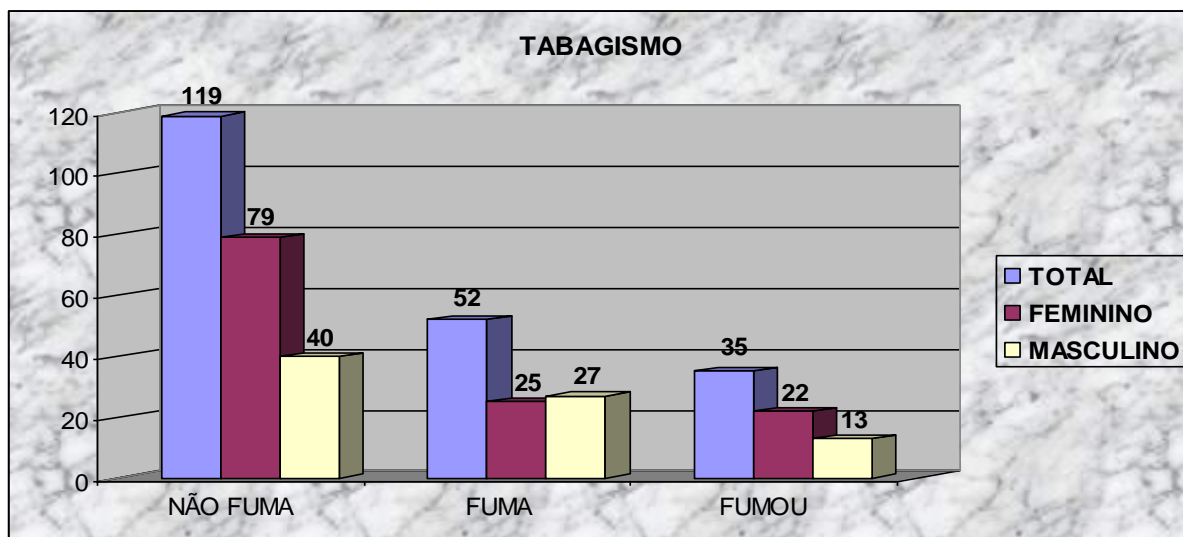
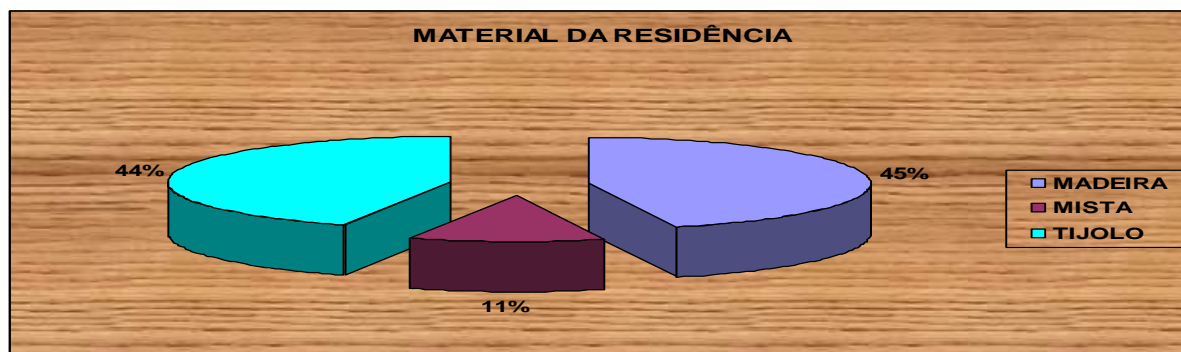


Tabela 6 – Etilismo

ETILISMO	TOTAL	%	FEMININO	%	MASCULINO	%
NÃO BEBE	130	76	91	70	39	30
BEBE EVENTUALMENTE	33	19	13	39	20	61
BEBE SEMPRE	8	5	1	13	7	87

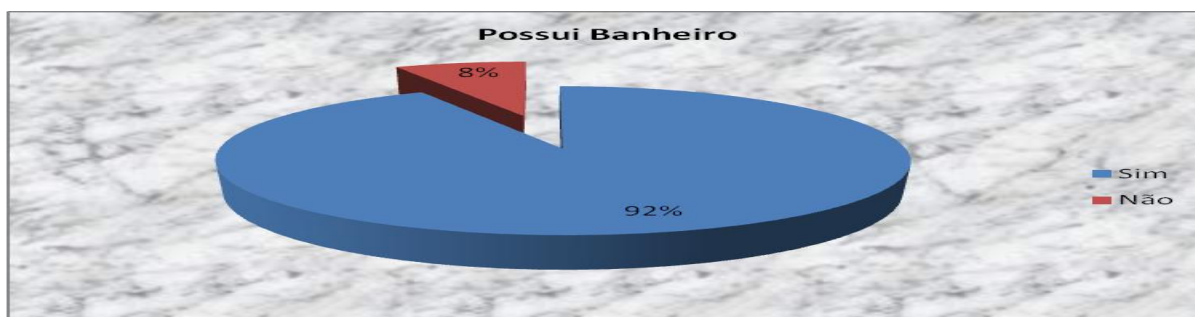
Esta população mora 100% em casas, sendo 75 (44%) de tijolos, 77 de madeira (45%) e as 19 restantes mistas (14%). Todas possuem energia elétrica e água tratada, com exceção de um domicílio, que possui abastecimento por poço.

Gráfico 9 – Material da residência



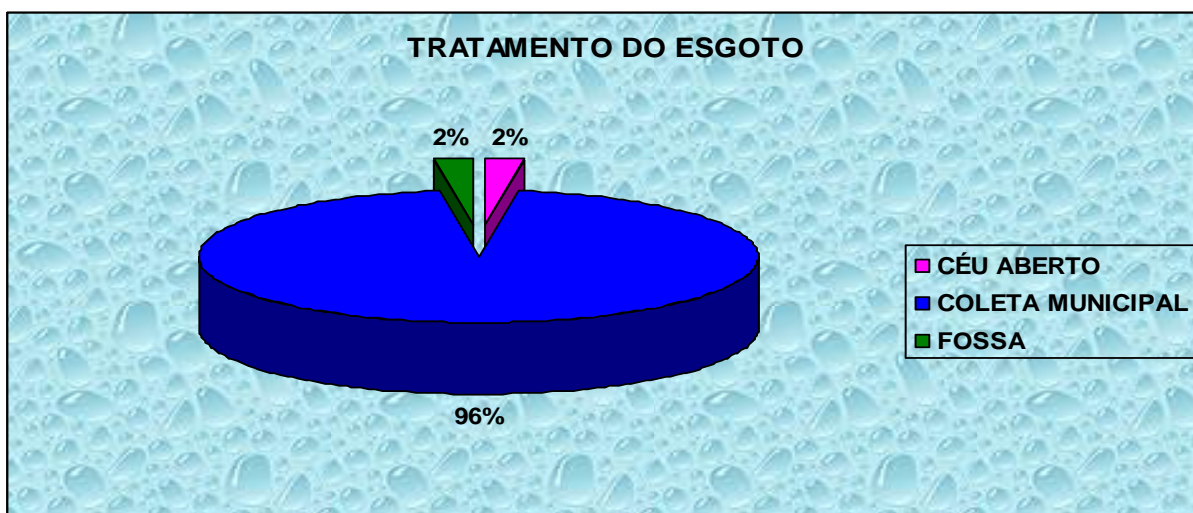
Cem por cento das casas possuem banheiro, porém 13 domicílios (08%) ainda não o possuem junto a casa. Mesmo longe das casas, estes banheiros são de alvenaria.

Gráfico 10 – Banheiro



Em 163 domicílios (96%), o esgoto é coletado pela rede municipal, sendo 04 (2%) em fossas e 04 (2%) em céu aberto.

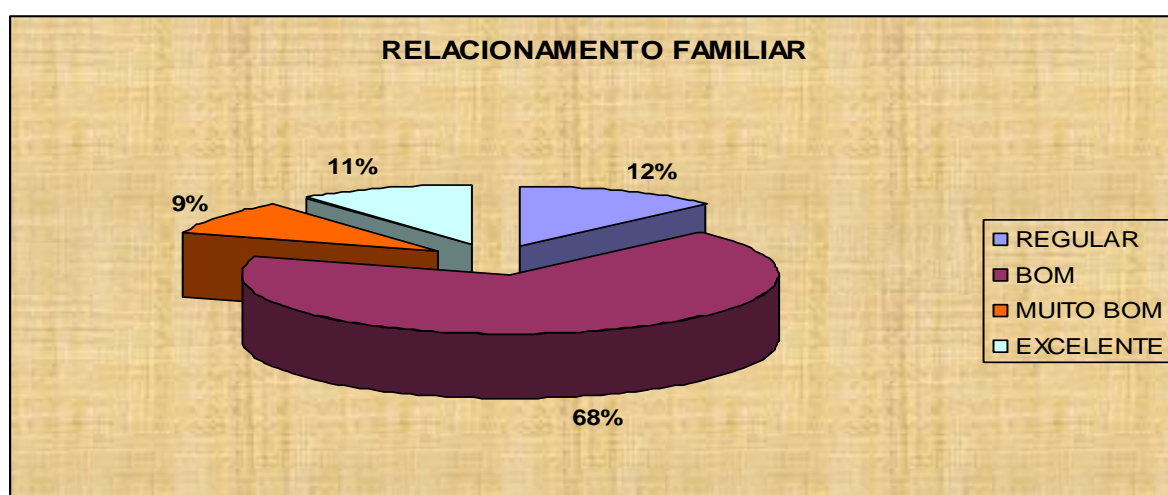
Gráfico 11 – Tratamento do esgoto



Na questão relativa às famílias, 87 são casados, 54 viúvos, 24 separados e 06 solteiros. 116 (68%), consideram o relacionamento entre eles como bom, 21 regular (12%), 18 excelente (11%) e 16 muito bom (9%). Estes dados nos levam a crer que a maioria considera sua situação familiar como satisfatória, pois uma pequena parcela considera o relacionamento como regular.

Tendo em vista que as pesquisas demonstram que as pessoas tendem a idealizar as famílias os resultados que são obtidos quando incluídos os outros itens como ruim e muito ruim pouco mudam os resultados. Desta forma, consideramos os itens bom, muito bom e excelente como um relacionamento familiar satisfatório.

Gráfico12 – Relacionamento familiar



### COM QUEM MORAM

Uma grande parte dos idosos entrevistados mora com a esposa e filhos (29%), seguido daqueles que moram com o cônjuge, que foram 44 (25%). Aqueles que moram somente com os filhos são 36 (21%), sozinhos 22 (13%), com esposa, filhos e netos, 09 (5%) somente com netos 02 (1%), com outros parentes 05 (3%), e 03 (2%) não responderam.

Gráfico 13 – Coabitantes com o idoso

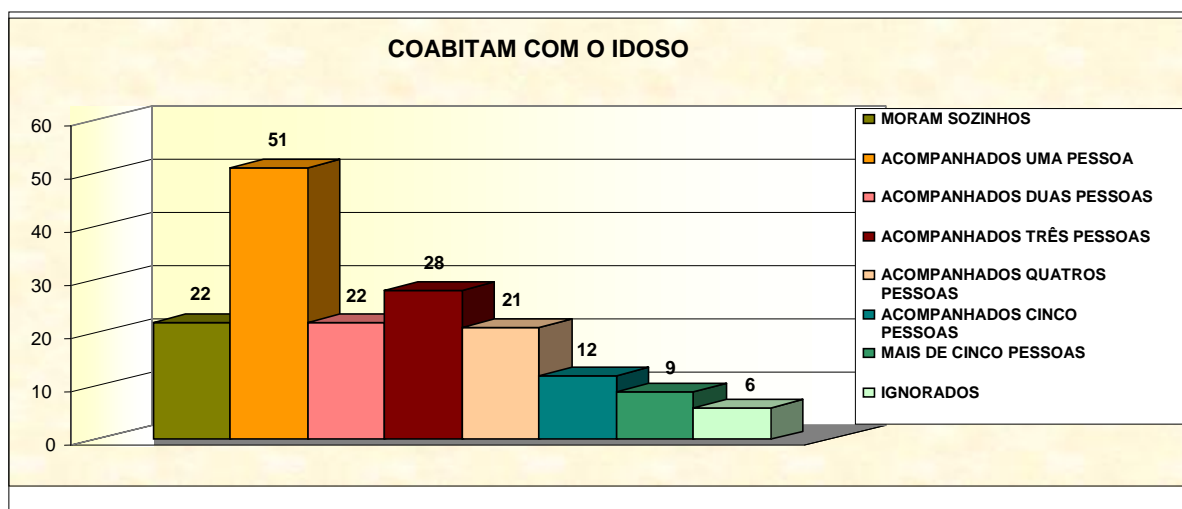


Tabela 11 – Coabitantes com o idoso

QUANTOS COABITAM COM O IDOSO	N	%
MORAM SOZINHOS	22	13
ACOMPANHADOS UMA PESSOA	51	30
ACOMPANHADOS DUAS PESSOAS	22	13
ACOMPANHADOS TRÊS PESSOAS	28	16
ACOMPANHADOS QUATROS PESSOAS	21	12
ACOMPANHADOS CINCO PESSOAS	12	7
MAIS DE CINCO PESSOAS	9	5
IGNORADOS	6	3

### QUANTOS MORAM NA CASA COM O IDOSO

Como já citado anteriormente, 22 (13%) idosos moram sozinhos. Os que moram acompanhado de uma pessoa são 51 (30%), com 2 são 22 (13%), com 3 pessoas são 28 (16%), com 04, 21 (12%), com 5, 12 (3%), com mais de 5, 09 (5%) e ignorados 06 (3%).



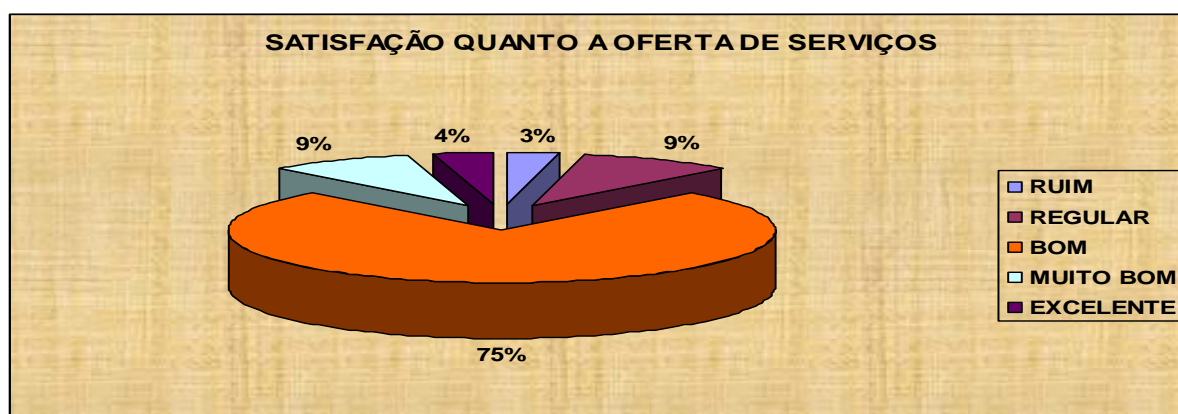
## SERVIÇOS DE REDE DE APOIO A QUE TEM ACESSO

Cem por cento dos idosos utilizam à unidade de saúde, sendo que somente 04 (2%) relataram não realizar consultas naquele local. Mesmo assim participam de outras atividades da unidade, como grupos de saúde ou de idosos.

Do total de 171 entrevistados, 69 (40%) são frequentadores do grupo de idosos, sendo que no grupo de saúde (HAS/ DM) são 75 (44%). Em relação à internação domiciliar, 24 (14%) já solicitaram.

No item relativo à oferta de serviços, a maioria a considera adequada (64%) sendo a qualidade dos serviços relatada como boa para 129 usuários (75%), regular para 15 (9%), ruim para 5 (3%), muito bom para 15 (9%) e excelente para 08 (4%).

Gráfico 14 – Oferta de serviços



Na solicitação feita pela pesquisa em relação aos motivos que os levaram a achar a qualidade dos serviços como ruim ou regular a maioria relata problemas extra-unidade, como dificuldades para conseguir consultas com especialistas como reumatologista, cardiologista e outros, bem como a de conseguir exames especializados como tomografia e ecocardiograma. Em relação à unidade de saúde, as queixas são variadas e vão desde conseguir fichas até o aumento da frequência dos grupos de saúde e que a ESF proporcionasse trabalhos que pudessem gerar renda. Isto será detalhado a seguir.

## **SUGESTÕES PARA A MELHORA DA UNIDADE**

Este item foi dividido em 3 partes. Oferta de serviços, sugestões sobre grupos realizados para os idosos e sugestões gerais.

### **OFERTA DE SERVIÇOS**

Houve um questionamento sobre a oferta de serviços e que sugestões teriam para a melhora do atendimento na unidade. Os dados obtidos foram os seguintes: A qualidade do serviço foi considerada excelente para 06 idosos (3,5%), muito bom para 15 (9%), bom para 129 usuários (76%) e regular/ ruim para 21 (12%). Uma grande parte dos idosos (45%) não justificou nem deu sugestões para a equipe em relação aos seus serviços. Dentre os 94 (55%) idosos que deram sugestões de melhora para a ESF, 45 (26%) relatam estar bom da forma que está. Uma parte pede aumento no número de fichas na unidade (9%), ou seja, desejam melhora no acesso às consultas. Outros solicitaram, mais médicos (2%), diminuir as filas (2%), haver mais profissionais atendendo (1%), melhora no atendimento do médico (0,5%) e implementar a humanização (0,5%). Ou seja, de maneira indireta, estas solicitações também visam a melhora no acesso às consultas da unidade e na qualidade do atendimento.

Duas pessoas (1%) solicitaram que não houvesse mais alunos de medicina atendendo e sim, médicos. Alguns relataram melhorar o que já existe (2%), dar prioridade nos atendimentos aos idosos (2%), respeitar o seu estatuto (0,5%) voltar o que já existe para o idoso (0,5%) e ter mais recursos para a odontologia (0,5%). Outro solicitou a construção de um centro de referência à saúde da mulher, que fossem feitas doações de cestas básicas para os idosos (1%) e ter acadêmicos de psicologia para consultas na unidade (0,5%).

Para o sistema, foi solicitada melhora no acesso a especialistas de uma maneira geral (3%) e a necessidade de mais medicações, não sendo especificado quais tipos (2%).

Gráfico 15 – Oferta de Serviços

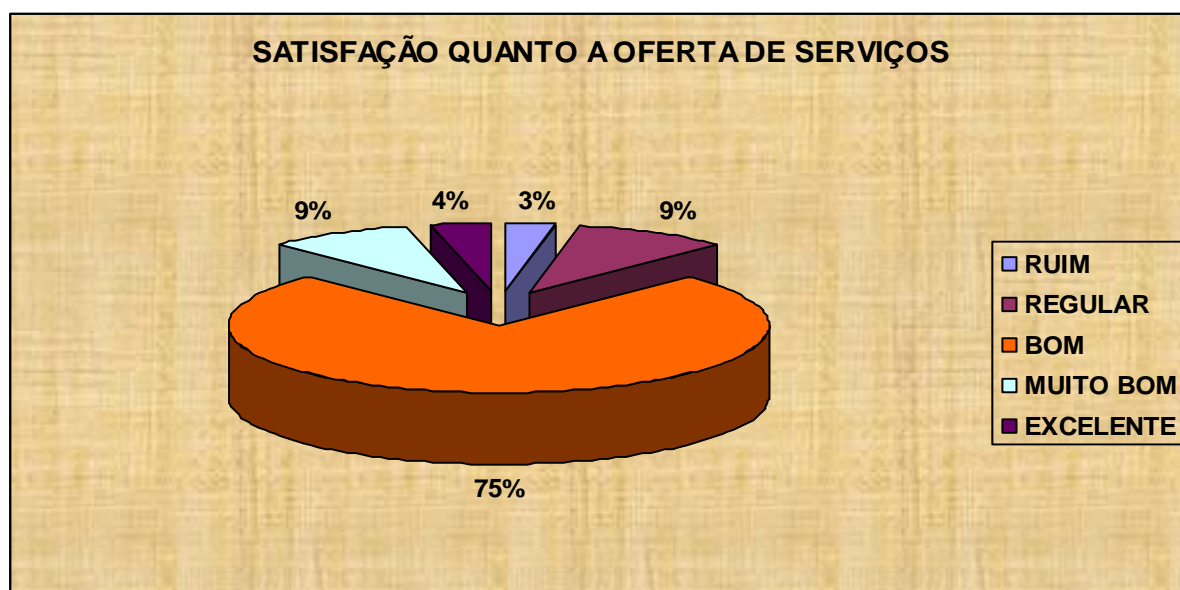


Tabela 12 – Oferta de serviços

OFERTA DE SERVIÇOS	N	%
RUIM	5	3
REGULAR	16	9
BOM	129	75
MUITO BOM	15	9
EXCELENTE	6	4

### SUGESTÕES SOBRE GRUPO PARA OS IDOSOS

Dentre os que deram sugestões sobre os grupos (17%), a maioria deseja ter mais grupos (4%), como de caminhadas (2%), hidroginástica (0,5%) e de artesanato (2%) que pudesse gerar renda a eles. Depois segue a sugestão de que nos grupos que já existem se façam mais atividades de lazer e viagens (3%). Um idoso sugeriu que além de mais grupos, tivessem mais lazer. Sabemos através da entrevista na unidade, que os grupos fazem alguns passeios em balneários, em datas específicas, como forma de comemoração de aniversário do grupo e de integração da equipe com a comunidade. Isto foi destacado como um ponto positivo e importante pelos idosos que participam dos grupos.

Outros (2%) simplesmente relataram que se deveriam melhorar os grupos que já têm sem especificar quais seriam estas melhoras. Encontramos ainda que os grupos deveriam ser ampliados em sua frequência (2%), que atualmente é de uma vez ao mês.

Um dos usuários solicitou que fosse criado um “recanto” para o idoso (centro de convivência) e outro que tivessem uma área de lazer específica para a 3ª idade, bem como oficinas em determinados encontros.

### **ASSUNTOS GERAIS**

Dentre as sugestões que podem ser qualificadas como assuntos gerais, identificamos o de melhorar a própria saúde (1%), desejo de ter menos idade (1%), ter a escolha da rainha da 3ª idade (0,5%), melhorar as ruas para poder caminhar melhor (0,5%), ter maior policiamento na vila (0,5%), mais trabalho para o idoso (0,5%), criar um programa para os idosos ajudarem as pessoas (0,5%), que fosse propiciado trabalho aos idosos (0,5%) e que a prefeitura fizesse uma avaliação da própria administração (0,5%).

### **DOENÇAS CRÔNICAS E NÚMERO DE DOENÇAS**

Dentre os que usam medicações continuadas, identificamos que 130 (76%) usam medicações. Ao realizarmos a pesquisa específica em relação às doenças, identificamos que 38 (22%) idosos não apresentavam doenças crônicas, sendo que 03 (2%) não responderam, mas provavelmente não devam usar medicações, visto que identificamos as 130 que apresentavam doenças crônicas. Em relação ao número de doenças, identificamos que com somente 01 tipo, foram 62 (36%) pessoas, com 02 foram 39 (23%), com 03 foram 23 (13%), com 04 foram 03 (2%), com 05, 01 (0,5%) e com 07 doenças, 02 (1%) pessoas. Isto vem ao encontro da literatura, que relata que as múltiplas patologias em idosos são freqüentes.

Dentre as doenças encontradas, a principal foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com 146 (85%) casos. Destas, 46 (27%) a apresentavam de maneira isolada. Nas demais, estão associadas a outras doenças como DM2 (6%),

DM1(1%), cardiopatia (5%), doenças da coluna (3%), DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) (1%) e várias outras doenças. Também identificamos uma tripla associação com DM2 e cardiopatia, com 05 (3%) casos.

Outra doença que chama atenção são as doenças cardíacas, com 30 casos, sendo que somente 02 (1%) a possuíam de forma isolada. Todos as demais possuíam de 2 a mais patologias. O Diabetes Mellitus tipo 2 também foi uma patologia que se destacou, com 27 casos, sendo que somente uma apresentava a doença de forma isolada.

Também identificamos 02 (1%) pacientes com 07 patologias associadas. Outra doença mais freqüente de maneira isolada foi a asma, com 10 casos, sendo 04 de maneira isolada.

A depressão, outra doença muito citada na literatura se apresentou isoladamente somente em 02 (1%) casos sendo ao todo 08 (4%), bem como a dislipidemia. As demais foram doenças da tireóide, doenças reumáticas, renais, osteoporose, gastrite e outras.

O AVC, principal causa de morte em idosos, não teve representação nestes idosos, não sendo motivo de incapacidade em nenhum dos entrevistados.

Gráfico 16 – Uso de medicações

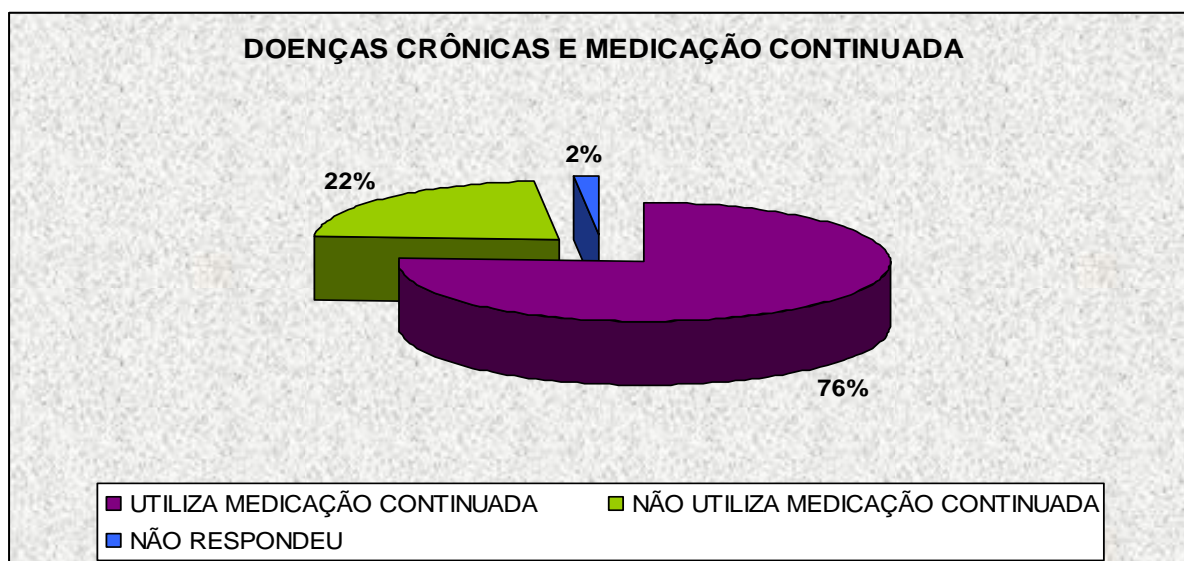


Tabela 13 - Doenças crônicas e medicações

DOENÇAS CRÔNICAS E MEDICAÇÕES CONTINUADAS	N	%
UTILIZA MEDICAÇÃO CONTINUADA	130	76
NÃO UTILIZA MEDICAÇÃO CONTINUADA	38	22
NÃO RESPONDEU	3	2
TIPOS DE DOENÇAS	N	%
HAS	146	85
DOENÇAS CARDÍACAS	30	18
DIABETES MELLITUS TIPO 1	4	2
DIABETES MELLITUS TIPO 2	27	16
ASMA	10	6
DPOC	4	2
DEPRESSÃO	8	5
DISLIPIDEMIA	8	5
DOENÇAS DA TIREÓIDE	6	4
DOENÇAS REUMÁTICAS	2	1
DOENÇAS RELACIONADAS A COLUNA	8	5
DOENÇA VISUAL	2	1
DOENÇAS RENAIAS	2	1
ETILISMO	2	1
OSTEOPOROSE	4	2
GASTRITE	2	1
CÂNCER DE PRÓSTATA	1	1
NENHUMA	38	22
IGNORADO	3	2

## **ATIVIDADES DE LAZER**

Também é importante destacar que as perguntas aceitavam múltiplas escolhas e por isso identificamos que a maioria apresentou múltiplas opções, como poderemos ver a seguir.

As principais atividades de lazer encontradas foram assistir TV, 44 (26%) (3% somente TV) sendo esta a principal atividade relatada. Em seguida, passear (23%)(6% somente passear) e ouvir rádio (19%) (2% somente rádio), bem como visitar amigos e familiares 32 (19%) (nenhum idoso relatou que esta seria sua única atividade de lazer). Cuidar do lar, ou seja, atividades domésticas 23 (13%) (10% somente cuidar lar) foi relatada como um dos itens que mais se destacaram, demonstrando que neste segmento, o trabalho em casa é visto como lazer.

As caminhadas são relatadas por 17 (10%) idosos (5% somente caminhadas), 15 (9%) relatam viagem (5% somente viajar), 8% ir à igreja (3% somente ir à igreja), TV + rádio correspondem a 10 (6%), 09 (5%) relatam o hábito de tomar chimarrão (07 (4%) somente chimarrão) como o principal fator de lazer. As atividades do posto começam a aparecer na 11<sup>o</sup> posição, com o grupo de convivência da 3<sup>a</sup> idade, onde 07 (4%) relatam ser este o seu lazer, sendo 04 (2%) como o principal. Os demais relatados em ordem decrescente foram a jardinagem, bailes da 3<sup>a</sup> idade, bingo, pesca, cuidar de animais de estimação, conversar, ler, hidroginástica, jogar cartas, tocar instrumentos musicais, artesanato, bocha, atividades voluntárias, jogar futebol, jogar videogame (com o neto), canto e “se arrumar”.

Para finalizar, 06 (3%) idosos não possuíam qualquer atividade de lazer. Ao serem questionadas qual seria o motivo, relataram ser acamados e por isto não consideravam possuir atividades de lazer, mesmo que escutem rádio, assistam TV e recebam visitas.

## **NÚMERO DE ATIVIDADES DE LAZER**

Como citado anteriormente, o instrumento aplicado permitia múltiplas escolhas, portanto, em relação ao número de atividades de lazer, 22 (13%) relatam possuir somente uma atividade, 27 (16%) duas, 13 (7%) três e 103 (60%) idosos 04 ou mais atividades.

Isto demonstra que estes idosos apresentam em sua maioria, uma grande variedade de formas de lazer. Os que negaram possuir estas atividades eram todos acamados, como já citado anteriormente.

Tabela 14 – Atividades de lazer

<b>ATIVIDADES DE LAZER</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
TV	44	26
PASSEAR	39	23
RÁDIO	32	19
VISITAR AMIGOS E FAMILIARES	32	19
TV + RÁDIO	10	6
CUIDAR DO LAR	23	13
CAMINHADAS	17	10
IR À IGREJA	14	8
VIAJAR	15	9
TOMAR CHIMARRÃO	9	5
GRUPO DE CONVIVÊNCIA 3ª IDADE	7	4
JARDINAGEM	5	3
DANÇAR (BAILE 3ª ID)	5	3
BINGO	4	2
PESCAR	3	2
CUIDAR DE ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO	3	2
CONVERSAR	3	2
LER	2	1
HIDROGINÁSTICA	2	1
JOGAR CARTAS	2	1
INSTRUMENTOS MÚSICAIS	2	1
ARTESANATO	2	1
OUTROS	5	3
NENHUMA	6	4



## 8) DISCUSSÃO

De uma maneira geral, o perfil do idoso que encontramos foi do sexo feminino, de cor branca (não apresentado na dissertação), na faixa de 60 a 69 anos, casada, aposentada, que vive com esposo e filhos ou somente com o cônjuge. Moram em casas de tijolos ou de madeira (de forma igualitária), com uma infraestrutura social mínima de boa qualidade. Esta situação confirma o processo de feminização do envelhecimento <sup>41, 42</sup>, citado anteriormente. Alguns autores já afirmaram que este fenômeno vem ocorrendo desde a década de 80, porém este aspecto vem sendo observado há muitos anos. <sup>42</sup>

Além disso, observamos com grata surpresa a questão relativa à estrutura social encontrada. Neste ponto identificamos que mais de 95% dos idosos apresentam água, luz e esgoto. Isto nos mostra que a grande maioria possui condições adequadas de moradia e infra-estrutura.

No que diz respeito aos relacionamentos familiares, a maioria se apresenta casada. Esta situação demonstra a importância que os idosos dão ao casamento. Em segundo lugar se encontra a viuvez, que é mais frequente nas mulheres que tendem a se manter sozinhas, assumindo o papel de chefes de família, característica esta própria do envelhecimento no Brasil. Os homens, por sua vez, tendem a se reestruturar e buscam constituir uma nova família, fato este menos comum nas mulheres acima de 60 anos. <sup>43</sup>

Em relação à convivência familiar, a maioria dos idosos 94 (55%), mora com pelo menos um membro da família, seja esposo(a), filhos ou netos. Apenas 22 (13%) idosos relataram ser sozinhos. Poucos se apresentaram convivendo com outro nível familiar, que não o já citado. Segundo os dados do censo demográfico de 2000, a proporção de idosos sozinhos corresponde a 17,9%. Farinasso, encontrou 17,4% da sua amostra de idosos morando sozinhos. <sup>44</sup>.

Este achado demonstra que uma parcela de idosos apresenta uma situação de independência com capacidade de exercer o auto-cuidado de maneira satisfatória, mesmo que morem sozinhos.

Em relação a situação sócio-econômica, identificamos que mais de 95% dos idosos vive com até 2 salários mínimos e tem baixa escolaridade. Cerca de 75% dos entrevistados possuem menos de 4 anos de estudo, sendo o índice de analfabetismo de 37 (22%) idosos e em sua maioria, mulheres (16%). Estes dados

vêm ao encontro da literatura que demonstra que os idosos no Brasil possuem uma baixa condição sócio-econômica e de escolaridade, evidenciado desde o censo do IBGE de 2000 e confirmado em 2010.

A grande maioria já está aposentada (79%), porém uma parte dos idosos ainda trabalha para conseguir uma complementação na renda, o que revela o grau de insuficiência econômica que a aposentadoria traz ao idoso e o grande motivo pelo qual existe a solicitação para que a ESF faça atividades que possam trazer renda.

Estes dois pontos podem ser considerados um importante fator de trabalho para a ESF, pois o baixo nível de escolaridade dificulta as ações e o entendimento dos cuidados de saúde, bem como a adesão aos tratamentos propostos pela equipe multidisciplinar.

Os dados relativos ao relacionamento familiar nos mostram que os idosos consideram esta situação em sua maioria como bom. Ao levarmos em conta que as pesquisas demonstram que as pessoas tendem a idealizar as famílias, os resultados obtidos nos levam a crer que a maioria considera sua situação familiar como satisfatória, pois uma pequena parcela afirmou que o relacionamento familiar era regular. Desta forma, consideramos os itens bom, muito bom e excelente como um relacionamento familiar satisfatório.

Em relação ao tabagismo homens e mulheres são praticamente equivalentes. Porém, entre os ex-tabagistas, as mulheres se destacam, pois pararam de fumar em maior quantidade. O tabagismo é um fator de risco evitável para doenças secundárias como as cardiovasculares, DPOC e morte, sendo um importante causador de piora para lesões em órgãos-alvo. Tendo em vista que o tabagismo pode descompensar a HAS e conseqüentemente, aumentar os riscos de AVC, este ponto deve ser abordado com intensidade pela equipe de saúde. Isso geralmente é trabalhoso, com resultados em longo prazo, pois o abandono do tabagismo exige força de vontade e determinação, sendo o índice de dependência estimada em 11, 3% na faixa etária de 35 anos ou mais.<sup>45</sup>

Este fato, aliado a tradição do município relativo ao cultivo do fumo, dificulta o trabalho contra o tabagismo no município, pois o próprio poder público não manifesta interesse em criar ou apoiar programas que preconizem o abandono deste hábito.

Em relação à saúde, a grande maioria apresenta múltiplas doenças crônicas. Dentre as principais podemos citar a HAS, a cardiopatia, o DM2, a depressão e a dislipidemia. Neste estudo estas ocorreram em sua maioria de forma associada, sendo a primeira a mais importante representação deste segmento e encontrada em altos níveis. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de TA  $\geq 140/90$  mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos.<sup>46</sup>

Isto vem ao encontro da literatura, que revela a existência de diversas doenças crônicas associadas nos idosos<sup>8</sup>.

A questão relativa à HAS requer diversos cuidados, uma vez que esta é uma doença multifatorial. Dentre os cuidados que podemos citar certamente o consumo de sal, muito acima da necessidade diária recomendada<sup>46</sup>, seja um dos fatores mais importantes e passíveis de modificação.

O consumo de sal promove uma variação da tensão arterial (TA) tanto em normotensos quanto em hipertensos. Desta forma, mesmo pequenas reduções no consumo diário podem produzir benefícios<sup>46</sup>.

A hipertensão apresenta custos sócio-econômicos elevados principalmente quando levamos em conta as suas complicações. O nível sócio-econômico mais baixo está associado à maior prevalência de HAS e de fatores de risco para elevação da TA, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares.

Acreditamos que a educação em saúde favoreça o reconhecimento não só do sal de cozinha, mas também o consumo de alimentos que contenham grande quantidade de gorduras saturadas como um fator de piora. Além disso, o hábito do consumo de alimentos típicos como o churrasco favorece este fator. A educação em saúde, bem como as atividades motivacionais realizadas nos grupos de saúde pela equipe multiprofissional, permitem expor a importância desses cuidados, reconhecendo os malefícios no seu consumo excessivo. As ACSs durante a visita domiciliar devem verificar o hábito do consumo familiar e orientar o uso correto.

O AVC, principal causa de morte em idosos e ligados diretamente a HAS não teve representação nestes idosos, não sendo motivo de incapacidade entre os

entrevistados. Esta situação nos leva a crer que os que apresentaram esta doença, provavelmente tenham ido ao óbito, nessa área especificamente. Outro aspecto é o fato de que, apesar de Santa Cruz do Sul ser uma cidade com tradição no cultivo do fumo, a DPOC não foi uma doença com impacto significativo entre os idosos.

O etilismo é mais freqüente nos homens, mas mesmo assim acredita-se que os dados não são fidedignos, pois nos dois momentos em que abordamos o tema, os resultados foram diferentes. Isso nos mostra que os pacientes omitem esta questão com frequência. No questionamento específico sobre a doença, ficou evidente que a grande maioria dos etilistas são homens, onde 08 (4%) fazem uso diário. Porém, no item onde perguntamos sobre doenças crônicas, somente 02 (1%) admitiram possuir esta doença. Este é outro ponto que necessita um trabalho intenso por parte da equipe, pois é uma doença que desestrutura a família e promove um agravo na saúde das pessoas e de seus familiares.

Em relação à qualidade dos serviços prestados, os principais motivos que levam os idosos a relatar o serviço como ruim ou regular mais uma vez são os problemas extra-unidade como dificuldades para conseguir consultas com especialistas como reumatologista e cardiologista e a dificuldade de conseguir exames especializados como tomografia e ecocardiograma. Ainda que tenham ocorrido manifestações de descontentamento, a maioria considerou o atendimento como adequado (64%).

Segundo dados encontrados nesta pesquisa, identificamos que o maior fator de qualidade para a ESF foi a forma como o idoso é atendido na unidade. Quando bem atendido, ou seja, quando obteve a atenção do atendente, com boa explicação em relação aos seus objetivos, a maioria dos idosos afirmava que o serviço era adequado. Isto nos mostra a importância dada pelas pessoas à atenção dispensada no atendimento da unidade.

Tradicionalmente temos visto que, na comparação dos serviços públicos com os privados, o SUS é visto como deficitário que demanda muito tempo para conseguir o necessário para seu tratamento, principalmente no atendimento do nível secundário, ou seja, consultas com os especialistas focais, como já citados. Apesar disso e com a intenção modificar esta realidade é que foi criado o então PSF, atual ESF, que possui a missão de modificar o modelo de saúde vigente, com enfoque na

humanização. Independente destas questões, o idoso necessita que a sua situação seja resolvida ou encaminhada de forma satisfatória pelo sistema de saúde.

Dentre as queixas relatadas, encontramos motivos variados. Vão desde conseguir fichas até o aumento da frequência dos grupos de saúde e que a ESF proporcione trabalhos que possam gerar renda, sendo este ponto uma área importante para atuação da assistência social.

Ao analisarmos estas situações, fica evidente que muitas delas não têm relação específica com a ESF em si. Desta forma podemos considerar que a unidade está bem inserida na comunidade e por isto é vista como um setor de mudanças e melhora da vida local. Assim, estas sugestões podem ser encaminhadas aos serviços responsáveis, mesmo que estejam fora da sua área de atuação, para que se contemple um pouco das reivindicações deste segmento da comunidade.

Outro ponto a ser discutido, é que uma parcela importante dos idosos não deu sugestões relativas à melhora na unidade. Os motivos pelos quais isto pode ter acontecido são que esta população, justamente por não ter uma boa condição sócio-econômica nem de escolaridade não se sentem em condições de fazer sugestões ou reivindicações. Ainda assim, a maioria deu sugestões. Como já citado anteriormente, a principal queixa foi a dificuldade de acesso às consultas médicas na unidade. Durante o período em que fizemos as entrevistas, o processo de humanização, conhecido como acolhimento, preconizado pelo ministério da saúde, passou a ser cogitado. O projeto faz parte da política nacional de humanização <sup>26</sup> que já existe desde 2003 e atualmente está em fase final de implantação, o que provavelmente acabará por sanar este ponto de reivindicação entre os idosos. Os demais pontos de sugestão estão relacionados dar prioridade aos idosos, com acesso a especialistas e mais medicações, o que demonstra mais uma vez a necessidade de haver um projeto de saúde para o idoso no município.

Em relação às atividades de lazer, identificamos que os idosos possuem múltiplas formas de distração. Uma vez que o nosso instrumento permitia múltiplas escolhas, este ponto ficou evidente. Ao avaliarmos os dados, identificamos que praticamente 100% das pessoas assistem TV ou ouvem rádio, que são consideradas atividades de lazer passivas, isto é, que não pressupõem a interação com outras pessoas.

Consideramos como atividades de lazer somente aqueles que afirmaram que estas atividades eram consideradas como lazer, pois o significado atribuído à cada atividade varia conforme a percepção do idoso (a). Realizar atividades domésticas, por exemplo, ao mesmo tempo, que foi identificada por alguns idosos como atividade de lazer, para outros, pode ser vista como “trabalho”, “obrigação”, sendo que a atividade feita no tempo livre, nem sempre é considerada de lazer.

Outro item que chama a atenção é que alguns idosos não aceitam as limitações que as doenças impõem à terceira idade. Isto ficou evidente quando foram perguntados sobre o que a unidade poderia melhorar, relataram que gostariam de ter menos idade, não diferenciando que a situação doença x idade não está relacionada e sim que as suas limitações são provenientes de uma vida sem cuidados que se reflete na velhice. Estas situações são causadas por doenças, em sua maioria crônicas, que se manifestam neste período, mas na realidade iniciaram há muitos anos.

Nas questões relacionadas aos grupos foi identificado que cerca de 40% dos idosos participam de grupos de convivência da 3ª idade e mais de 40% frequentam grupos de educação em saúde. Este dado contrasta com a fala dos profissionais que alegam que não adianta fazer grupos, pois os idosos não participam. Este é um ponto que deve ser revisto pela equipe, que talvez não tenha noção exata da abrangência do seu próprio trabalho.

Os dados relatados anteriormente são fundamentais para melhor conhecer a população idosa que utiliza o serviço de saúde. Este é um caminho fundamental para planejar ações de proteção com eficácia, bem como realizar um trabalho intersetorial e buscar ir além da saúde enquanto sinônimo de doença. Devem-se envolver todos os aspectos da vida do sujeito, seja a saúde física, social, econômica, ocupação, alimentação, lazer, relacionamentos com os demais, relações familiares e possibilitar o acesso a programas e serviços que se volte para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e seus agravos. Dentre os aspectos da prevenção, devemos também lembrar a violência e a negligência familiar, provendo também apoio à família dos idosos, para que estas possam exercer sua função protetiva e de cuidado.

## 9) CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme relatado anteriormente, o envelhecimento é uma realidade mundial. A cada dia esta situação se reflete de forma mais intensa na vida das pessoas. Quando falamos em saúde pública, esta situação se torna ainda mais grave, principalmente devido aos gastos ocorridos em um pequeno segmento da população. Esta situação nos faz pensar em medidas urgentes para conhecermos a realidade destas pessoas e desta forma, poder realizar um trabalho com o objetivo de promover a independência a estes idosos, sem a qual torna sem sentido a longevidade.

Dentro deste raciocínio, as ESFs têm um importante papel, pois estão próximas aos cidadãos, conhecendo a sua realidade através do trabalho da equipe multidisciplinar e principalmente pelo trabalho das ACSs. Estas visitam as pessoas nas suas casas mensalmente e trazem as informações para que a equipe possa trabalhar baseada na realidade local. Isto demonstra o motivo pela qual uma equipe de ESF deve ser bem organizada, com boa estrutura e qualificação. Certamente que apenas esta estruturação não é suficiente se não houver um projeto de saúde para o idoso, onde os profissionais possam identificar os problemas e antever as doenças, antes se tornem graves.

Os dados analisados demonstram que os idosos encontrados nesta área de ESF têm um perfil semelhante aos da maioria dos idosos no Brasil. Tendo em vista que estamos avaliando uma amostra localizada, é pouco provável que possamos aplicar estes dados a outras localidades, porém identificamos que a saúde está presente de maneira importante e frequente no dia-a-dia desta comunidade. Isso ficou ainda mais evidente quando identificamos solicitações de melhorias em outras áreas, através desta unidade, como já citado anteriormente.

Por se tratar de uma comunidade carente, muitos idosos pedem que a unidade ofereça oportunidades de renda através dos grupos ou que se façam doações de cestas básicas. Esta geração de renda poderia ser suprida através da inserção em programas da política de assistência social. Oficinas de geração de renda são previstas no SUAS, na rede de proteção básica. Este dado demonstra a importância da intersetorialidade para atendimento das necessidades dos idosos.

A equipe possui um trabalho intenso e diário, com várias limitações tanto em estrutura, quanto para os encaminhamentos para fora da unidade, bem como de pessoal. Devido a isto, podemos concluir que esta seria uma das razões para que alguns profissionais da equipe se sintam pressionados e se manifestem com uma sobrecarga emocional, devido à dificuldade da equipe em ser resolutiva frente a essa realidade, ou seja, a cultura de tutela acaba por levar os profissionais a um desgaste físico e emocional e uma sensação de desamparo aprendido.

Frente a isso, podemos afirmar que uma parte destas melhorias está sendo obtida com a presença de vários alunos da área da saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), mas principalmente pela presença de alunos de medicina do 6º ano do curso e da residência médica em Medicina de Família e Comunidade, que estão sendo inseridos no processo de acolhimento que está sendo implantado na ESF. Os alunos realizam o estágio final de três meses e atendem regularmente os pacientes desta unidade, sob supervisão de um professor no local. O residente atua por 2 anos, juntamente com o médico da rede municipal. Esta parceria dobrou a capacidade de atendimento desta ESF, segundo dados do SIAB, o que certamente acabará por sanar, senão totalmente, na sua grande maioria a dificuldade de acesso às consultas na unidade.

Isto demonstra a grande importância do trabalho conjunto entre prefeitura e universidade, a fim de aprimorar o atendimento integral aos idosos no município.

Sendo assim, está evidente a necessidade de se conhecer do perfil sócio demográfico dos idosos pelos profissionais para poder compreender o contexto familiar, social e econômico em que estão inseridos, o que irá refletir no processo saúde-doença e na própria autonomia dos mesmos. Desta forma, é imperativo que os gestores sejam sensibilizados para a importância deste segmento da população, que se encontra frágil e necessitado de um atendimento mais digno e humanitário por parte do poder público. Esperamos que esta análise possa promover o início de uma discussão maior, que traga para o projeto de saúde do município um plano para a saúde dos idosos que possa ser implementado não apenas na ESF Menino Deus, mas em todo o município.



## 10) PROPOSIÇÕES

Acreditamos ser fundamental a criação de um projeto de saúde para o idoso, a fim de direcionar e organizar o seu atendimento no município, cumprindo o estatuto do idoso que prevê atendimento prioritário a este segmento. Certamente que para isto é fundamental qualificar e instrumentalizar as equipes, bem como dar suporte psicológico para que se consiga realizar um atendimento humanizado. O retorno de dados epidemiológicos ou a implementação de um serviço de epidemiologia que possa dar suporte as equipes seria muito importante como forma de aperfeiçoar o sistema e direcionar os recursos, já bastante escassos nesta área.

Sugerimos também a criação de um sistema de acesso facilitado para o atendimento nos demais níveis de complexidade, pois se trata de um segmento frágil e com múltiplas demandas. A criação de um sistema para a reabilitação e suporte do idoso com ênfase na qualidade de vida, promoveria assim, a sua autonomia.

Acreditamos também que as equipes devam ter mais profissionais com especialização na área de saúde pública, mais especificamente na área de saúde da Família e Comunidade, assim como existe nas demais, principalmente no meio hospitalar. De uma maneira geral, nos parece que é uma área onde é menos importante a especialização e desta forma identificamos a baixa resolutividade em algumas situações, o que de maneira alguma podemos concordar. Todos os profissionais que trabalham nas ESFs deveriam ter a especialização para tal. O profissional mal treinado onera o sistema e demonstra pouco comprometimento na área de atuação, que é capaz de resolver cerca de 90% dos casos encontrados.

Atualmente a equipe básica é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem e 06 ACS. Na equipe ampliada acrescenta-se o auxiliar de consultório odontológico e o odontólogo.

Também sugerimos o aperfeiçoamento e a ampliação da atuação da assistente social, profissional fundamental para suprir questões não relativas ao tratamento de doenças em si, mas que se torna fundamental para que se possa dar um mínimo de suporte social e qualidade de vida para este segmento da população já bastante comprometido.

## 11) REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica \_ Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006.
2. CANÇADO, F. A. X. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Cançado, F. X. Noções Práticas de Geriatria. Belo Horizonte: Coopmed; Health C.R. Ltda, 1994. p. 17-43.
3. RAMOS, L. R.; Rosa, T. E. C.; Oliveira, Z. M. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Ver. Saúde pública, v. 27, n.2, p. 87-94, abr. 1993.
4. PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. e cols. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p 26-42.
5. PAPALÉO Netto, M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Freitas, E.V. e cols. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2002.
6. RAMOS, L. R. Epidemiologia do Envelhecimento In: Freitas, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 64-71.
7. WONG, L. R. Moreira, M. M. Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050). Porto Alegre: CRE-SESC. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/docs/text/pop2001-4.doc.links>: Envelhecimento. Acesso em: Jul. 2010.
8. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2002. Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro: IBGE.
9. LIMA-COSTA M. F. F et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 745-757, Mai/Jun. 2003.
10. RAMOS L. R., 2002. Epidemiologia do envelhecimento in: Tratado de Geriatria e Gerontologia, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Cap. 7, p. 72 - 78.
11. CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E. V; PY, L.; Nery, A. L.;

12. CANÇADO; F. A. X. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 52-61.
13. VERAS, R. P. orgs. Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: UnATI. Relume Dumará. 1995.
14. WONG, L. R. Moreira, M. M. Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina(1950- 2050). Porto Alegre: CRE-SESC. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/docs/text/pop2001-4.doc.links>: Envelhecimento. Acesso em: Jul. 2010.
15. CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista Saúde Pública, v.31. n.2. São Paulo, p. 16-20. Abr. 1997.
16. VERAS, R.P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1994. p. 224.
17. OMRAN, A. R. The epidemiologic transition in the Americas. IN: FARINASSO. A. L. C. Perfil dos Idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
18. FIRMO J. O. A., BARRETO S. M., LIMA-COSTA., 2003. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. Cadernos de Saúde Pública; v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun.
19. CALDAS, C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública, v. 19, n.3, p. 773-781, 2003.
20. LIMA-COSTA M. F. F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS, v. 9, n.1, p. 23- 41, 2000.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI.
22. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Os 80 anos de Previdência Social. Brasília, 2002. 35p.
23. GORDILHO et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor da saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. 59 p.

24. VASCONCELOS, E. M. Priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.
25. SOUSA, M. F. de. A Enfermagem reconstruindo sua Prática: mais que uma conquista no PSF. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, p. 25- 30 dez. 2000. Número especial.
26. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. p.44 il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
27. DUNCAN BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ e cols. *A Estratégia de Saúde da Família. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3. ed. [s.l.]: [s.e.]; [s.d]. p.88-100.
28. LEBRÃO, M. L.; Laurenti, R. L. Condições de Saúde. In: Lebrão, M. L.; Duarte, T. A. O. *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: OPAS, 2003.
29. LIMA-COSTA M. F. F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, n.1, p. 23-41, 2000.
30. Veras, R. P. orgs. *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: UnATI. Relume Dumará. 1995.
31. LIMA-COSTA MF, Barreto MS, Giatti L. Condições de Saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. *Cad. Saúde Publica*. 2003;19(3):735-43.
32. BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431680#>> Acesso em: 04 fev. 2012.
33. DATASUS. Informações de saúde Ministério da Saúde: Brasília, 2012. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> Acesso em: 04 fev. 2012.
34. PREFEITURA DE SANTA CRUZ DO SUL *Sobre Saúde e População*. Disponível em:<<http://geoscs.freevar.com>> Acesso em: 15 jan. 2012.

35. GUERRA IC, Ramos-Cerqueira AT. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. 2007; 3(3):585-92.
36. BAUER MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Porto Alegre: Vozes; 2004.
37. BARDIN L. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro. Edição 70; 1977.
38. JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão das políticas sociais e o terceiro setor. 2003, pg. 25-36. Disponível em [www.opasbrasil.com.br](http://www.opasbrasil.com.br), acesso em 21 de nov. 2007.
39. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célio Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza et al.(org.) Serviço Social Saúde: formação e trabalho profissional.São Paulo: Cortez Editora, p. 778-790, 2007.
40. MOTTA, Luciana Branco da e AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciência& Saúde Coletiva 12(2), p.363-372, 2007.
41. VICTOR, J. F.; Ximenes , L. B. ; Almeida, P.C., Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. Acta Paul Enferm 2009;22(1):49-54.
42. MARIN, M.J.S.; Bazaglia, Bazaglia, F.C.; Massarico, A.R., Silva, C.B.A.; Campos R.T., Simone de Carvalho Santos, Santos, S.C. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. Rev Esc Enferm USP2010; 44(4):962-8
43. BERQUÓ, E. Considerações sobre o Envelhecimento da População Brasileira. In: Neri, A L; Debert, G. G. Velhice e Sociedade. Campinas, SP: Papirus, 1999. p. 11-40.
44. FARINASSO, A. L. C. Perfil dos idosos em uma área de abrangência de estratégia de saúde da família [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
45. ZAVATTIERI, A. G.; Santos, S.R.R.A.; Fontanella, B.B.J.B. Tabagismo e outras drogadições. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade - PROMEF. Ciclo 2, Módulo 3. Ed. Artmed. Porto Alegre, R.S. 2006. p. 57- 86.
46. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão. Vol 17, no 1, Jan – mar 2010.

## APÊNDICES

## 1) ROTEIRO DO GRUPO FOCAL PARA OS PROFISSIONAIS

- a. Quais as demandas apresentadas pelos idosos?
- b. Como são atendidas as demandas dos idosos (encaminhamentos)?
- c. Como garantir o acesso dos idosos aos serviços da rede pública de saúde?

## 2) INSTRUMENTO DA PESQUISA

### 2.1) FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS IDOSOS.

NOME: \_\_\_\_\_

#### 1) Sexo

- a. Feminino
- b. Masculino

#### 2) Idade

- a. 60-69 anos
- b. 70-79 anos
- c. 80-89 anos
- d. Acima de 90 anos.

#### 3) Estado Civil

- a. Casado
- b. Solteiro
- c. Viúvo
- d. Separado
- e. Divorciado
- f. Outro: \_\_\_\_\_

## 4) Escolaridade

- a. Nenhuma
- b. Primário incompleto (1 a 4 série)
- c. Primário completo (1 a 4 série)
- d. Ginásio incompleto (5 a 8 série)
- e. Ginásio completo (5 a 8 série)
- f. Científico incompleto (Ensino Médio)
- g. Científico completo (Ensino Médio)
- h. Curso técnico incompleto. Qual? \_\_\_\_\_
- i. Curso técnico completo. Qual? \_\_\_\_\_
- j. Curso superior incompleto. Qual? \_\_\_\_\_
- k. Curso superior completo. Qual? \_\_\_\_\_
- l. Pós- graduação incompleta. Qual? \_\_\_\_\_
- m. Pós- graduação completa. Qual? \_\_\_\_\_

## 5) Com quem mora?

- a. Sozinho
- b. Com esposo(a)
- c. Com filhos (as)
- d. Com netos (as)
- e. Outros

## 6) Quantos moram com o idoso? \_\_\_\_\_

## 7) Como você considera o relacionamento com a sua família?

- a. Regular
- b. Bom
- c. Muito bom
- d. Excelente



8) Qual o seu tipo de moradia?

a. Casa

b. Apartamento

c. Outro. Qual? \_\_\_\_\_

9) De que material é construída a sua moradia (tipo)?

a. Tijolo

b. Madeira

c. Taipa revestida

d. Taipa não revestida

e. Material aproveitado

f. Outros. Qual? \_\_\_\_\_

10) Quantas peças tem a casa? \_\_\_\_\_

11) Possui energia elétrica?

a. Sim

b. Não

12) Tem banheiro dentro de casa?

a. Sim

b. Não

13) Saneamento básico

a. Sistema de esgoto

b. Fossa

c. Céu aberto

14) Abastecimento da água?

a. Rede pública (tratada)

b. Poço ou nascente

c. Outros. Qual? \_\_\_\_\_

15) Trabalha?

- a. Sim
- b. Não

16) Profissão: \_\_\_\_\_

17) Aposentado?

- a. Sim
- b. Não

18) Renda mensal

- a. Menos de 1 salário mínimo
- b. De 1 a 2 salários mínimos
- c. De 3 a 4 salários mínimos
- d. De 5 a 6 salários mínimos
- e. Mais de 7 salários mínimos
- f. Não possui renda

19) Fonte de renda:

- a. Pensão
- b. Aposentadoria
- c. Benefício de prestação continuada (BPC)
- d. Outro. Qual? \_\_\_\_\_

20) Toma medicamentos de uso continuado?

- a. Sim
- b. Não

21) Que tipo(s) de doença(s) possui (pode ser marcado mais de um)?

- a. Hipertensão Arterial Sistêmica
- b. Diabetes Mellitus tipo 1
- c. Diabetes Mellitus tipo 2
- d. Artrites. Qual? \_\_\_\_\_

- e. Doenças cardíacas? Qual? \_\_\_\_\_
- f. Asma.
- g. Doença renal. Tipo (Aguda/ Crônica)? \_\_\_\_\_
- h. Câncer. Qual? \_\_\_\_\_
- i. Outros. Qual? \_\_\_\_\_

22) Faz uso de bebida alcoólica?

- a. Nunca
- b. Raramente
- c. Frequentemente
- d. Diariamente

23) Tabagismo?

- a. Sim. Quantos e de que tipo? \_\_\_\_\_
- b. Não.

24) Atividades de lazer mais frequente?

- a. Bingo
- b. Jogo de bocha
- c. Passear
- d. Ver televisão
- e. Ouvir rádio
- f. Visitar familiares
- g. Viajar
- h. Ler
- i. Tocar instrumento musical
- j. Escrever palavras cruzadas
- k. Atividades manuais (crochê, tricô, bordado, pintura, etc.)
- l. Atividades voluntárias
- m. Outro. Qual? \_\_\_\_\_

25) Serviços de rede de apoio a que tem acesso:

- a. Posto de saúde (ESF)
- b. Programa Bolsa Família
- c. Grupo de convivência
- d. Grupos de saúde
- e. Atividades da Universidade da terceira idade
- f. Grupos sociais na igreja
- g. Internação domiciliar
- h. Outro. Qual? \_\_\_\_\_

26) Como avaliam em geral, os serviços que acessam?

- a. Regular
- b. Bom
- c. Muito bom
- d. Excelente

27) Vocês consideram a oferta de serviços à terceira idade adequada às suas necessidades?

- a. Sim
- b. Não.

28) Por quê?

---

---

---

---

29) Você tem sugestões de novos serviços e/ ou programas para a terceira idade e/ou para melhoria dos já existentes?

---

---

---

---

---

### 3) PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1113/10

Porto Alegre, 08 de outubro de 2010.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05196 intitulado **"Perfil sócio-demográfico e demandas dos usuários da 3ª idade em uma unidade de saúde de Santa Cruz do Sul"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. Rodolfo Werberto Schneider  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.  
Profa. Patricia Krieger Grossi  
IGG  
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

**4) PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO IGG**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 26 de agosto de 2010.

Senhor (a) Pesquisador (a)

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: **"Perfil sócio demográfico e demandas dos usuários da 3ª idade em uma unidade de saúde de Santa Cruz do Sul"**.

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,

  
**Prof. Dr. Geraldo Attilio de Carli**  
Coordenadora CC-IGG

Sr(a) Mestrando (a)  
Anderson Weber Bocca  
PPGGeronbio  
N/U

**PUCRS**

**Campus Central**  
Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000  
Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862  
E-mail: [igg@pucrs.br](mailto:igg@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/igg](http://www.pucrs.br/igg)