

VÂNIA DO PERPETUO SOCORRO BASTOS CANTANHÊDE HOLANDA

**ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA PRÁTICA DIÁRIA DA EQUIPE
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. SÃO LUÍS, 2006**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mônica Elinor Alves Gama

Co-Orientação: Prof. Dr. Sílvio Gomes Monteiro

São Luís
2007

VÂNIA DO PERPETUO SOCORRO BASTOS CANTANHÊDE HOLANDA

**ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA PRÁTICA DIÁRIA DA EQUIPE
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. SÃO LUÍS, 2006**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina pela USP

Prof. Dr. Matheus Papaléo Netto
Doutor em Medicina Clínica Médica pela USP

Prof^ª Dr^ª Liberata Campos Coimbra
Doutora em Políticas Públicas pela UFMA

Prof. Dr. István Deursen Varga
Doutor em Saúde Pública pela USP

Às minhas avós, Brulina e Otacília, pelo exemplo de vida e carinho permanente.

E a todos os idosos de São Luís.

AGRADECIMENTOS

A Deus (na sua Santa Trindade) e à minha mãe fiel intercessora de todas as horas, Nossa Senhora, por serem os principais responsáveis por mais esta vitória que alcanço na minha vida.

Aos meus pais Valter e Odete (*in memoriam*) responsáveis pelo ser humano que sou e pelos ideais que tenho.

A minha "mãe-vó" Braulina que representa para mim o ideal do envelhecimento com qualidade que foi, é e será sempre minha fonte de inspiração.

Ao meu esposo André Luís que com seu amor, dedicação, apoio e incentivos de toda ordem, abraçou este meu sonho, tornando-o nosso e por isto mesmo, possível.

Aos meus bebês (presentes oportunos de Deus) que tornaram esta vitória muito mais valiosa e que canalizaram a força que precisei buscar de um lugar que nem sabia existir dentro de mim.

Aos meus irmãos Valdete e Valter Junior pelo amor, apoio e incentivo.

À minha sobrinha Lucianne Thays (acadêmica de Enfermagem da UFMA) pela dedicação, interesse e responsabilidade com que participou da coleta de dados, já demonstrando a profissional maravilhosa que se tornará no futuro e a todos os graduandos que fizeram parte da equipe de campo.

À minha principal companheira, Professora Doutora Mônica Elinor Gama pelo acolhimento, paciência, atenção e, sobretudo pelas seguras orientações dadas no decorrer deste trabalho.

Ao meu co-orientador Professor Doutor Sílvio Monteiro pelas orientações, carinho e dedicação com que participou desta pesquisa.

Aos professores da Banca por suas leituras cuidadosas a este trabalho e valiosíssimas sugestões.

À Laodicéia, responsável pelo serviço de digitação e tabulação dos dados.

À Neusa, companheira de todas as minhas pós-graduações, com seu talento para digitação e normalização dos trabalhos.

À amiga Prof^a Lourdinha Carvalho por sua dedicação e esmero na revisão de português.

À Dr^a Vera Raposo, Coordenadora do Programa de Apoio aos Aposentados (PAI) do Estado que foi muito mais do que uma supervisora eficiente, sendo humana, sensível e

tendo a coragem de assumir todos os desafios por permitir a minha participação neste Mestrado.

Aos colegas de trabalho do PAI pelo apoio e incentivo.

À Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário, nas pessoas das Diretoras Enfermeira Marylene, Enfermeira Giovanna (interina) e Prof^a Dr^a Liberata, que em diferentes momentos me compreenderam e incentivaram.

Às amigas do extinto Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem, Andréa Cristina, Oneide e Aldeídes, pela torcida, amizade e estímulo constante.

Aos colegas do Núcleo de Gestão da Qualidade em especial a Dr. Paulo pela compreensão e apoio e as colegas Sirley, Jacione e Glauce pelas contribuições e incentivo.

Aos colegas do Mestrado em Saúde e Ambiente, em especial a Priscila Monteiro por seu companheirismo e amizade.

Aos professores do Mestrado por todos os ensinamentos e experiências compartilhados, especial agradecimento ao Coordenador do Programa Professor Dr. Istivan Deursen, por quem tenho maior apreço e admiração e a todos os funcionários.

À minha grande amiga Francisca Georgina, companheira de todos os momentos, pelas horas dispensadas em leituras que contribuíram sobremaneira para esta pesquisa com suas valiosas sugestões, sempre apoiando e incentivando, como fazem os verdadeiros amigos.

Aos amigos Erivan, Lúcia Holanda, Francisca da Luz, Neusa Gonçalves, Prof^a Dr^a Arlene Caldas e Elton (NGQ), por suas contribuições a meu trabalho.

À Prefeitura Municipal de São Luís, através da Dr^a Évila Brito, Coordenadora do Programa de Saúde da Família de São Luís e toda sua equipe, que autorizou e tornou possível o trabalho de campo nas Unidades de Saúde.

Aos profissionais do Programa de Saúde da Família de São Luís que participaram desta pesquisa tornando-a uma realidade.

E principalmente, a todos os idosos de São Luís, fonte de vida, sabedoria e inspiração.

"Reconhecendo outros totalmente exteriores a nós mesmos, em suas dimensões sempre presentes, e sendo capazes de lhes transmitir e assimilar experiências fugimos da mistificação, de suas imagens congeladas em tempos divididos e nos reconhecemos a nós mesmos [...].

Somos criação alheia e própria, que temos uma história que é também a história de nossas relações com os outros; que somos seres móveis; que nossa história se reinventa..."

J. ALMINO (1985)

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno vivenciado em vários países do mundo, especialmente nos da Europa, América do Norte e parte da Ásia, contudo, nesses países este fenômeno tem ocorrido de forma lenta e coincidindo com crescimento econômico, o que favoreceu o desenvolvimento de ações mais sistemáticas e eficientes. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, este fenômeno tem ocorrido de forma extremamente acelerada, havendo inclusive perspectiva de que este ocupe em 2025 a sexta posição no mundo em relação à população idosa e ao contrário dos primeiros, sem que haja condições econômicas e organizacionais que sustentem suas consequências. Sendo assim, faz-se necessária a formulação de estratégias de modo a proporcionar a este grupo etário uma atenção à saúde que preserve a capacidade funcional, garantindo à população idosa independência e autonomia por maior tempo possível. Neste sentido, é de suma importância a participação conjunta dos diversos atores na busca de uma atenção mais resolutiva e eficiente, sobretudo dos profissionais que desenvolvem suas ações na atenção básica, dado a possibilidade de cuidar do idoso no seu real contexto (familiar, social e político), evitando demandas preveníveis para os outros níveis de atenção e aumentando a chance de proporcionar ao idoso um envelhecimento saudável. Discorre-se sobre a atenção à saúde do idoso desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família de São Luís, segundo profissionais que a desenvolvem. Trata-se de um estudo exploratório, analítico-descritivo com abordagem quantitativa. A população-alvo foi constituída pelos profissionais das diferentes categorias que compõe as 89 equipes de Saúde da Família do município de São Luís, sendo procedido um cálculo amostral que definiu como amostra representativa para os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, 30 indivíduos de cada categoria profissional. É acrescida de 10% para compensação de possíveis perdas. A amostra totalizou 33 indivíduos de cada categoria. Apesar da categoria de ACS envolver um número maior de profissionais, optou-se por considerar apenas 33 profissionais dessa categoria para compor o estudo. Assim, a amostra da pesquisa totalizou 132 indivíduos. Identificaram-se quatro variáveis que apresentaram significância estatística, tendo variações dentro das diversas categorias profissionais estudadas, sendo as mesmas: tipos de ações planejadas, conhecimento da PNSI, forma de agendamento e critérios de definição de visitas domiciliares e concluiu-se ainda que embora a Política Nacional de Saúde do Idoso faça parte das prioridades constantes na agenda do Ministério da Saúde, ainda observa-se certo distanciamento entre as suas diretrizes e as práticas diárias dos profissionais das Equipes de Saúde da Família de São Luís, sendo

inclusive desconhecida por grande parte desses, predominantemente entre os auxiliares e agentes comunitários de saúde. As doenças crônico-degenerativas, hipertensão e diabetes mellitus, têm sido apontadas como principais alvos das ações planejadas e executadas pelas equipes, o que à luz da PNSI, representa uma abordagem limitada, talvez tal dificuldade esteja relacionada à baixa capacitação dos profissionais de saúde do PSF na área gerontogerátrica. Com relação aos fatores que interferem nas práticas diárias dos trabalhadores do PSF de São Luís, observou-se como fatores que facilitam a atenção "as ações e serviços" já desenvolvidos pelas equipes ou pelos próprios agentes comunitários de saúde. Contudo, a única categoria profissional que teve opinião divergente foi a dos agentes comunitários de saúde que atribuiu "a receptividade dos idosos e/ou familiares" como principal facilidade para o desenvolvimento das suas ações junto a este grupo populacional. Em se tratando das dificuldades enfrentadas, foi consenso da maioria dos profissionais, com exceção dos médicos, que a deficiência no fornecimento de medicamentos, materiais e/ou equipamentos, configura-se com a principal dificuldade, interferindo diretamente nas ações que são planejadas e/ou executadas pelas equipes de São Luís. Segundo os médicos, a principal está relacionada às ações que são desenvolvidas de forma insatisfatória. Cabe, portanto ao Estado e Município de São Luís, desenvolverem ações junto as equipes de Saúde da Família relacionadas à capacitação, buscando inclusive parcerias com Instituições de ensino médio e superior, para discutir conceitos sobre idoso, envelhecimento, Política Nacional de Saúde do Idoso e sua interface com os princípios e diretrizes do PSF de modo a sensibilizar e instrumentalizar esses profissionais para o desenvolvimento de ações não apenas voltadas para os idosos que estejam cadastrados nos grupos de hipertensão e diabetes, mas para todos os outros com suas diferentes necessidades de atenção. Cabe ainda ao município oferecer condições para que os profissionais do PSF possam desenvolver suas atividades. sem que estas frequentemente sofram interrupções por deficiências de recursos humanos, materiais, insumos ou de logística. Vale referir ainda, que a visita domiciliária feita com planejamento, sistematicamente e de forma criteriosa será importante ferramenta para identificação in loco das necessidades e situações de riscos a que a população idosa acompanhada pelo programa possa estar exposta.

Palavras-chave: Idoso. PSF. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

An interesting phenomenon that is observed nowadays is that the population is getting old. This is showed in many countries, in Europe, North America and a part of Asia, but in those countries, this phenomenon is happening in a slowly way and is followed by an economical growth that helps the development of plans more systematic and efficient. In some countries that are developing, just like Brazil, this phenomenon has been happening in a quickly way, and there is a prospect that in 2025, Brazil is the sixth country in the world related by old population and in instead of those countries mentioned before, without any economical or organizational conditions that support their consequences. So, it's necessary to find a way of strategies to promote to this group age a healthy attention that preserves their functional capacity guarantying to old population independence and autonomy for as much time as possible. On this way, it's really important that everybody participate in a research to find an attention more resolved and efficient, above all the professionals that develop their plans in a basic attention, giving the possibility to take care of the elderly in their real context (familiar, social and political) avoiding to send many people to the other levels of attention and increasing the chances to provide to elderly people a healthy aging. It argues about the attention to health elderly by the strategy of the health family, related by statement of the people that take care of this service. It is a study with exploration, descriptive and with quantities approach. The target was concluded with many different professionals that are distributed in the 89 teams of health family of São Luís, including a sample calculation that defined like representative sample to doctors, nurses and nurse auxiliaries, 30 people of each professional category - added 10% to any kind of loses. The sample concluded 33 people of each category. In spite of the "ACS" involve more professionals; opt to considerate 33 people of this category to be included on the study. So, the sample of the research made 132 people. It was identified four variables that represented statistics importance, with variations on the many professional categories studied, showed here: Kinds of planned actions, Knowledge of the National politic of heath for elderly, kinds of schedule and discretion of definition to home visit and it was concluded that even if the knowledge of the National politic of health to elderly being a priority in the health ministry schedule, is still observed the distance of its theories and the routine of the professionals of the health family from São Luís, being at least unknown by many of them with predominance in nurses auxiliaries and "ACS". The pathologies degenerative-chronicles, hypertension and diabetes are pointed like the main target of the planned actions and executed by the teams, which with the national politics of

health elderly, is insufficient, maybe because the difficulties are related by the lack capacity of health professionals in the health family ion the geriatric area. The factors that interfere in the daily practice of the workers of the Health family team from São Luís, it was observed that the factors that help their work, "the actions and the services" that were developed by the team or even by the "ACS" themselves. But, the only professional category that had a different opinion was the "ACS" that attributed "the receptive of the elderly and their families" like the main facility to the development of their actions with this population. Discussing with the difficulties founded, almost everybody, excepting the doctors, that the lack of materials and equipments are the main difficulty, interfering directly in the actions that are planned and executed by the teams from São Luís. The doctors say that the main problem is related by the actions that are not being executed properly and in a unsatisfactory way. So, It is responsibility of the state and the city of São Luís, develop actions with the health family teams, for example, with enabling, just searching partnership with high school and college institutions to discuss concepts about elderly, aging, national politics of health to elderly and its interface with the principle and concepts of the program of the health family, in a way to notice and teach these professionals to the development of actions not only to elderly that are registered in the program of hypertension or diabetes, but to everyone that needs attention. It is responsibility of the city to offer conditions to the professionals of the health family program could develop their activities without any kind of interruption because of some lack of people working, materials and logistics. It is good to express that the home visit made with plans, in a systematical way and with discretion will be an important tool to identify in loco the necessities and situations that the elderly will be exposed by the program.

Keywords: Elderly. PSF. Health attention.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que se puede observar en varios países del mundo, principalmente en los de Europa, América del Norte y parte de Asia, pero en estos países este fenómeno está ocurriendo de forma lenta y coincidiendo con el crecimiento económico, lo que ha favorecido el desarrollo de acciones más sistemáticas y eficientes. En los países en desarrollo, como Brasil, este fenómeno está ocurriendo de forma extremadamente acelerada, con serias perspectivas que este país en 2025 ocupe la sexta posición en relación con la población anciana y el opuesto de los primeros, sino que haya condiciones económicas y organizacionales que sostengan sus consecuencias. Entonces, es necesaria la elaboración de estrategias de modo a proporcionar a este grupo etario una atención a la salud que preserve la capacidad funcional, garantizando a la población anciana independencia y autonomía por más tiempo posible. En este sentido, es de suma importancia la participación conjunta de los diversos actores en la busca de una atención más resolutive y eficiente, sobretudo de los profesionales que desarrollan sus acciones en la atención básica dado la posibilidad de cuidar del anciano en su real contexto (familiar, social y político), evitando demandas prevenibles para los otros niveles de atención y aumentando la ocasión de proporcionar al anciano un envejecimiento saludable. Se discute sobre la atención a la salud del anciano por la estrategia del proyecto de la salud de la familia de São Luís, según relatos de profesionales que la desarrollan. Trata-se de un estudio exploratorio, descriptivo con abordaje cuantitativo. La población alba fue constituida por profesionales de categorías distintas que componen los 89 equipos de la salud de la familia de São Luís, siendo procedido de un cálculo amostral que definió como muestra representativa para los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería, 30 individuos de cada categoría profesional - más 10% para compensación de posibles pérdidas. La muestra ha totalizado 33 individuos de cada categoría para hacer parte del estudio en definitivo. Entonces, la muestra de la pesquisa resultó de 132 individuos. Se han identificados cuatro variables que presentar o significancia estadística, con variaciones de diversas categorías profesionales estudiadas, sendo las mismas: tipos de acciones planeadas, conocimiento de la política nacional de la salud del anciano, forma de marcación y criterios de definición de visitas domiciliarias y se ha concluido que aunque la política nacional de la salud del anciano sea parte de las prioridades constantes en la cita del ministerio de la salud, aun se observa un cierto distanciamiento entre sus directrices y las practicas diarias de los profesionales de las equipes de salud de la familia de São Luís, sendo incluso desconocida por

la grande mayoría de estos, con predominancia entre los auxiliares y agentes comunitarios de salud. Las patologías crónico-degenerativas, hipertensión y diabetes han sido señaladas como principales áreas de acciones planeadas y ejecutadas por los equipos, lo que en relación a la política nacional de salud del anciano, representa un abordaje limitado, quizá tal dificultad esté relacionada a la baja capacitación de los profesionales de la salud del PSF en el área geronto-geriátrica. Con relación a los factores que interfieren en las prácticas diarias de los trabajadores del PSF de São Luís, se observó como factores que facilitan su trabajo, "las acciones y servicios" ya desarrollados por los equipos o por los propios agentes de salud. Pero, la única categoría profesional que tuvo opinión divergente fue la de los agentes comunitarios de salud que atribuyeron "la hospitalidad de los ancianos y sus familiares" como principal facilidad para el desarrollo de sus acciones junto a ese grupo poblacional. Con relación a las dificultades enfrentadas fue consenso de la mayoría de los profesionales, con excepción de los médicos que la deficiencia en el abastecimiento de medicamentos, materiales y equipamientos, configura-se como la principal dificultad, interfiriendo directamente en las acciones que son planeadas y ejecutadas por los equipos de São Luís. Segundo los médicos la principal está relacionada a las acciones que son desarrolladas de forma insatisfactoria. Cabe, por tanto, al estado y a la ciudad desarrollaren acciones junto a los equipos de la salud de la familia relacionadas a capacitación, buscando incluso sociedades con instituciones de enseñanza media y superior, para discutir conceptos sobre el anciano, envejecimiento, PNSI, y su interfase con los principios y directrices del PSF de modo de sensibilizar e instrumentalizar esos profesionales para el desarrollo de acciones no solo para los ancianos que están en el programa de hipertensión y diabetes, pero todos los otros con sus diferentes necesidades de atención. Cabe aun a la ciudad, ofrecer condiciones para que los profesionales del PSF puedan desarrollar sus actividades sin que estas sufran interrupciones por falta de recursos humanos, materiales, insumos logísticos. Vale referirse aun, que la visita domiciliar hecha planeada, sistemática y de forma criteriosa será importante herramienta para identificación in loco de las necesidades y situaciones de riesgos a que la población anciana acompañada por el programa.

Llave de palabras: Anciano. PSF. Atención a la salud.

LISTA DE SIGLAS

ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
AVD	–	Atividades de Vida Diárias
CEMARC	–	Central de Marcação de Consultas
ECG	–	Eletrocardiograma
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	–	Ministério da Saúde
NOAS	–	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	–	Norma Operacional Básica
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
ONG	–	Organização Não Governamental
ONU	–	Organização das Nações Unidas
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	–	Programa de Apoio aos Aposentados do Estado do Maranhão
PNSI	–	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSF	–	Programa Saúde da Família
RH	–	Recursos Humanos
SAMU	–	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SBBG	–	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEMUS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	–	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
UEMA	–	Universidade Estadual do Maranhão
UFMA	–	Universidade Federal do Maranhão
USF	–	Unidade Saúde da Família
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos 132 entrevistados por categoria, segundo qualificação profissional. São Luís, 2006	53
Tabela 2 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo o conhecimento da Política Nacional de Saúde do Idoso. São Luís, 2006	55
Tabela 3 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo características do planejamento. São Luís, 2006	57
Tabela 4 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo priorização de atendimento ao idoso na Unidade Básica de Saúde. São Luís, 2006	61
Tabela 5 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo algumas características do atendimento domiciliário ao idoso. São Luís, 2006	64
Tabela 6 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo caracterização das referências assistenciais. São Luís, 2006	66
Tabela 7 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo referência a um plano de enfrentamento das situações de riscos identificadas. São Luís, 2006	68
Tabela 8 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo existência de parcerias específicas para atenção à saúde do idoso. São Luís, 2006	69
Tabela 9 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo conceito auto-atribuído às atividades desenvolvidas pelas equipes voltadas à saúde do idoso. São Luís, 2006	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Expectativa de vida ao nascimento, no Brasil, 1900 a 2020	31
Quadro 2 -	População rural e urbana no Brasil, 1940-1980	31
Quadro 3 -	Quantitativo dos profissionais entrevistados de acordo com as equipes e distribuição distrital	47
Quadro 4 -	Distribuição dos 29 entrevistados por categoria, segundo participação em treinamentos sobre o envelhecimento. São Luís, 2006	54
Quadro 5 -	Distribuição dos 59 entrevistados por categoria, segundo relato das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso, contempladas através de ações desenvolvidas pelas equipes. São Luís, 2006	55
Quadro 6 -	Distribuição dos 129 entrevistados, segundo características do planejamento de ações voltadas aos idosos. São Luís, 2006	59
Quadro 7 -	Distribuição dos 132 entrevistados por categoria profissional, segundo opinião em relação à dificuldade de acessibilidade do idoso à UBS. São Luís, 2006	60
Quadro 8 -	Distribuição dos 132 profissionais, segundo características do atendimento voltado para o idoso, na Unidade Básica de Saúde. São Luís, 2006	62
Quadro 9 -	Distribuição dos 132 entrevistados, por categoria profissional, segundo opinião em relação à dificuldade no fornecimento de medicamentos. São Luís, 2006	63
Quadro 10 -	Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo critérios de definição do atendimento domiciliário e orientações fornecidas aos idosos. São Luís, 2006	65
Quadro 11 -	Distribuição dos 132 entrevistados, segundo caracterização da contrarreferência. São Luís, 2006	67
Quadro 12 -	Distribuição dos 132 profissionais, segundo conhecimento da exposição dos idosos a situações de riscos. São Luís, 2006	67
Quadro 13 -	Distribuição dos 39 entrevistados, segundo eixos de abordagem do plano de enfrentamento das situações de riscos. São Luís, 2006	68
Quadro 14 -	Distribuição dos 132 entrevistados, segundo relato de fatores que facilitam e dificultam para a execução de ações voltadas à atenção ao idoso. São Luís, 2006	70

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
Apêndice B -	Instrumento de coleta de dados	108
Apêndice C -	Manual dos Colaboradores	112

LISTA DE ANEXOS

Anexo A -	População total e de 65 anos e mais por sexo	115
Anexo B -	Distribuição das Equipes de Saúde da Família por Distrito e por Unidade/2006	116
Anexo C -	Parecer Consubstanciado do Comitê de ética em Pesquisa	117
Anexo D -	Carta de Apresentação	118

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	Objetivos	24
1.1.1	Geral	24
1.1.2	Específicos	25
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
2.1	Aspectos conceituais	27
2.2	O envelhecimento como fenômeno mundial	28
2.3	Conhecendo a Política Nacional de Saúde do Idoso	33
2.4	A Estratégia Saúde da Família em relação ao idoso	37
3	MATERIAIS E MÉTODOS	44
3.1	Delineamento do estudo	45
3.2	Local do estudo	45
3.3	População-alvo e processo amostral	45
3.4	Variáveis do estudo	47
3.5	Período de estudo	48
3.6	Aspectos éticos	48
3.7	Coleta dos dados	49
3.7.1	Treinamento da equipe para coleta de dados	49
3.8	Tratamento dos dados	50
4	RESULTADOS	51
4.1	Caracterização dos entrevistados quanto à qualificação profissional	52
4.2	Conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso	54
4.3	Caracterização do planejamento de ações	56
4.4	Caracterização do atendimento ao idoso na Unidade Básica de Saúde	60
4.5	Caracterização do atendimento domiciliário ao idoso	63
4.6	Caracterização das Referências e Contrarreferências	65
4.7	Caracterização da exposição dos idosos a situações de riscos	67
4.8	Caracterização de parcerias específicas para atenção ao idoso	68
4.9	Caracterização dos fatores que interferem nas ações voltadas para os idosos	69

5	DISCUSSÃO	72
6	CONCLUSÃO	89
	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	94
	APÊNDICES	106
	ANEXOS	114

A população brasileira tem apresentado um crescimento progressivo de idosos, devendo passar, até 2025, para a sexta posição mundial em relação a este contingente populacional – isso tem sido atribuído à queda das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade e do conseqüente aumento da expectativa de vida (BRASIL, 1999; UCHÔA et al., 2002). Esta condição traz como conseqüência alterações tanto demográficas, como epidemiológicas, o que, por conseqüente, vem resultando em novas demandas para o sistema de saúde brasileiro, incitando discussões sobre a atenção ao idoso desenvolvidas nos diversos níveis de atenção à saúde.

As prescrições oficiais brasileiras de atenção ao idoso revelam estratégias para a efetivação de mudanças no modelo assistencial e apontam para a integralidade do cuidado e para a saúde como direito. A visão setorial e fragmentada cede lugar, de forma lenta, mas gradual, a uma visão complexa e completa do processo saúde-doença e do cuidado em saúde. A integralidade pode ser percebida por dois prismas, o primeiro ligado à integração dos serviços de saúde e a construção dos chamados “sistemas integrados” (MENDES, 2001) e o segundo, relacionado à atenção integral como prática de saúde, que representa a articulação da abordagem de riscos e agravos, diagnósticos, recuperação e reabilitação de danos em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços (PINHEIRO e MATTOS, 2003; PAIM, 2003).

O cuidado ao idoso implica na possibilidade da oferta de serviços cuja estrutura possa apresentar características que facilitem o acesso, o acolhimento, a eficácia e a resolutividade dos problemas específicos demandados por este grupo populacional. Sob esta perspectiva, os trabalhadores deveriam estar capacitados em conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar, planejar e operacionalizar ações que atendam às complexas especificidades dos mesmos.

Ayres (2001) comenta que “cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde.” Portanto, tem-se vivido um momento crítico no campo da saúde, pois a saúde se desloca de um campo estritamente biológico para o de construção de direitos. Muito embora o nível primário da atenção à saúde esteja sendo organizado a partir da Estratégia Saúde da Família, que prioriza em sua concepção o cuidado centrado na família e a preocupação com o sujeito, quando se trata da população idosa, essa abordagem não parece, ainda, materializada nas práticas de cuidado ao idoso. Compreende-se, pois, que a organização da atenção ao idoso deve sustentar-se na ação do cuidado compartilhado de diferentes profissionais e objetivar as condições mais favoráveis possíveis para promover sua saúde.

Desta forma, o interesse em desenvolver este trabalho se deve a vários fatores. O primeiro, de caráter pessoal, por possuir as duas avós, materna e paterna, na faixa etária de idosos “muito idosos”, ou seja, acima de 80 anos de idade. Esta condição faz com que se vivencie, além da alegria e do prazer de tê-las, várias situações do processo saúde-doença, dentre as quais aquelas que dizem respeito ao acesso aos serviços, assim como, aos aspectos que permeiam o cuidado da saúde como qualidade da atenção, de resolutividade dos serviços, da relação profissional/cliente/família.

O segundo é de ordem profissional, como enfermeira, desenvolvendo atividades em Saúde Pública desde 1997, período que assumi responsabilidades de cuidado direto e também nas atividades administrativas. Mas, foi nos anos de 2002 a 2004 que me inseri como Enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, na equipe do Distrito do Tirirical, na Cidade Operária, bairro localizado na área urbano-periférica da cidade. No cotidiano das atividades na Unidade de Saúde e na comunidade, era possível identificar pessoas idosas necessitando de atendimento em saúde em situações que demandavam ações para recuperá-la ou para mantê-la.

O terceiro decorreu da minha experiência como professora substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, onde pude, através da atividade de preceptoria exercida no Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na modalidade de residência, aproximar-me da realidade das demandas de internação dos idosos nas Clínicas Médica, Cirúrgica e Neuro-Ortopédica do Hospital Universitário e presenciei várias internações por causas que talvez pudessem ter sido evitadas, caso a atenção básica estivesse mais estruturada, capacitada e resolutiva. Cito como exemplos, os acidentes vasculares cerebrais, as amputações de membros de portadores de diabetes, os picos hipertensivos e hiperglicêmicos, as fraturas de membros em consequência de quedas, entre outros.

Todas estas experiências e principalmente a aproximação com cada um desses idosos foram determinantes para que eu percebesse quão necessária seria a busca de conhecimentos para qualificar o cuidado a esta clientela, respeitando as especificidades desta fase da vida, sem tratá-los como agentes passivos e incapazes. Vislumbrava uma atenção diferenciada, não fragmentada, mas compartilhada e integral.

Identifiquei assim alguns desafios. Uns operacionalmente viáveis em curto espaço de tempo, entre os quais posso enumerar: busca ativa dos idosos na comunidade; levantamento das condições de moradia e de vida destes; caracterização os agravos de saúde

desta população; programação de visitas domiciliares aos idosos e suas famílias; viabilização de equipamentos e insumos básicos para o atendimento na unidade de saúde e no domicílio; desenvolvimento de atividades educativas e principalmente busca de envolvimento de todos os profissionais no cuidado ao idoso. Outros desafios, porém, permanecem comigo, não como algo utópico, mas como condições que me fortalecem para a busca do real, do prático, do concreto.

Nessa caminhada, em 2002, passei a desenvolver minhas atividades profissionais no Programa de Apoio aos Aposentados (PAI) do Estado do Maranhão, programa que se dedica a oferecer acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar aos servidores aposentados. Centrado em uma nova lógica, que busca resgatar a inserção do idoso socialmente e permiti-lo manter-se ativo e independente o maior tempo possível, vivenciei momentos gratificantes com esse grupo como profissional e como pessoa. Neste programa, onde estou até os dias atuais, realizo consultas de enfermagem, ministro palestras sobre autocuidados, faço visitas a idosos do programa que estejam internados, participo como instrutora do Curso de Cuidadores de Idosos e planejo e executo outras ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças ou agravos de modo a manter o máximo de tempo possível esse idoso saudável e participativo.

Como enfermeira, defendo uma prática pautada no conhecimento e no fazer científico. Nesse sentido, foi com prazer que participei da “Sistematização da Consulta de Enfermagem a Hipertensos, e Diabéticos”, serviço implantado na Unidade de Saúde PAM Cidade Operária, onde grande parte da clientela era constituída por idosos.

Foi no contato diário, cheio de descobertas e desafios que meu interesse no campo da pesquisa na área do envelhecimento se consolidou e por isso busco direcionar o meu olhar ao serviço de atenção à saúde do idoso neste trabalho. Com base nas colocações e reflexões feitas, trago como questão central neste estudo: **Como estão sendo organizadas e operacionalizadas as ações de saúde voltadas ao idoso na Atenção Básica, considerando o conhecimento de quem as desenvolve?** Para responder a este questionamento, elegemos os profissionais das diferentes categorias que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) como unidade de estudo e como objeto de investigação o conhecimento das ações voltadas para a atenção à saúde do idoso, abordando-se os vários aspectos que apontam para práticas e estratégias que coloquem o idoso em destaque, dadas as suas especificidades.

Para a compreensão do presente trabalho foi feito a seguinte estruturação do mesmo:

No primeiro capítulo, apresentamos o envelhecimento como fenômeno mundial, dando especial enfoque para as suas causas e consequências principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Chamamos atenção para a necessidade de um enfoque à saúde do idoso de maneira integral, tanto considerando a integralidade como “sistemas integrados”, quanto como “a garantia de atendimento do indivíduo em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços de saúde.” Neste capítulo foram também apresentadas as justificativas para elaboração da pesquisa. Seguimos apresentando os objetivos pretendidos com o trabalho.

No segundo capítulo fizemos uma fundamentação teórica que discorreu sobre os principais conceitos da área gerontogeriatrica, fazendo uma discussão mais detalhada sobre o fenômeno do envelhecimento e sua relação com a mudança na pirâmide etária. Ainda neste capítulo, apresentamos a Política Nacional de Saúde do Idoso, já iniciando uma análise sobre sua relação com o Programa de Saúde da Família, sendo este último aspecto mais aprofundado no curso da fundamentação.

No terceiro capítulo apresentamos os materiais e métodos utilizados para elaboração da pesquisa, situando o leitor nos aspectos relacionados a delineamento, local da pesquisa, população-alvo, processo amostral, variáveis do estudo, período, aspectos éticos, coleta de dados e tratamento dos mesmos.

No quarto capítulo apresentamos em forma de quadros e tabelas os resultados alcançados e no quinto fizemos a discussão desses com uma série de outros trabalhos já desenvolvidos.

No sexto capítulo, apresentamos a conclusão do nosso trabalho, bem como tecemos algumas sugestões baseadas nos resultados encontrados.

Com esta distribuição pretendemos oferecer aos leitores a possibilidade de uma leitura lógica, clara e enriquecedora.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

Estudar a atenção à saúde do idoso no cotidiano de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família do município de São Luís, a partir do conhecimento das ações específicas desenvolvidas informadas pelos mesmos, considerando as diretrizes da Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Saúde do Idoso.

1.1.2 Específicos

- Identificar as características dos profissionais em relação à capacitação em saúde do idoso.
- Examinar o conhecimento dos profissionais em relação à Política Nacional de Saúde do idoso.
- Levantar as características das ações de planejamento voltadas à saúde dos idosos.
- Verificar as atividades de prevenção de doenças, vigilância, promoção e recuperação da saúde, específicas para os idosos.
- Verificar mecanismos de referência e contra-referência utilizados pelos profissionais na atenção à saúde dos idosos.
- Identificar fatores facilitadores e limitadores para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde do idoso, referidos pelos profissionais das Equipes.

2.1 Aspectos conceituais

A Organização das Nações Unidas (ONU), desde 1982, considera idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a sessenta anos (GORDILHO et al., 2000). No Brasil, como nos outros países em desenvolvimento, a faixa etária definida para identificação do idoso é a partir dos 60 anos de idade, sendo relevante aqui apenas o aspecto cronológico e isto fica definido através de dispositivos legais a exemplo da Lei nº 8.842/94 em seu artigo 2º do capítulo I, onde se lê: “Considera-se idoso para efeito desta Lei, a pessoa maior de 60 (sessenta) anos de idade.”

A velhice é um fenômeno multidimensional e para ser compreendido é necessário que seja percebido além do aspecto relacionado à idade do sujeito, sendo assim, as pessoas não envelhecem de forma homogênea, ao contrário, dependem de aspectos sociais, econômicos, culturais, genéticos e espirituais. Desta forma, fica desvelado que conceituá-lo meramente pelo prisma cronológico, seria simplificar demasiadamente a sua compreensão. Neste contexto, Moragas (1997) relaciona três concepções de velhice:

- *Velhice cronológica*: definida pelo alcance da idade de sessenta e cinco anos, que coincide, em sua maioria com o afastamento do trabalho profissional. Esta concepção é objetiva em sua medida e tem a capacidade de homogeneizar um grupo, por exemplo, várias pessoas que nasceram na mesma data são iguais do ponto de vista cronológico;
- *Velhice funcional*: terminologia utilizada principalmente, levando-se em conta a presença de limitações, incapacidades ou perdas funcionais. Esta concepção de velhice deve ser evitada, por não valorizar as potencialidades presentes neste grupo etário;
- *Velhice como etapa vital*: visão que se baseia na percepção de que o transcurso do tempo produz efeitos específicos para cada pessoa, mas que esta etapa da vida possui suas especificidades, assim como, em outros estágios (infância, adolescência, vida adulta), onde existem perdas (certas limitações) e ganhos (serenidade, experiência, maturidade, perspectiva de vida pessoal e social) que podem compensar, caso se utilize adequadamente as limitações presentes.

Esta última percepção da velhice é corroborada, em parte, por Peixoto (2000, p. 293):

Não existe uma velhice, mas maneiras singulares de envelhecer. Cada velhice é consequência de uma história de vida que, à medida que o tempo passa, vai acrescentando processos de desenvolvimento individual e da socialização junto ao grupo em que se insere: internalizando normas, regras, valores, cultura.

Muitos autores, assim como Gordilho et al. (2000) e Leme (2001) optam, entretanto, por apresentar em seus trabalhos, conceitos de envelhecimento em que a conotação biológica é extremamente marcante, sendo as principais idéias: comprometimento da homeostase, estresse perante uma eventual sobrecarga biológica, diminuição ou perda da capacidade funcional e da capacidade de adaptação a estresse orgânico e psicológico.

Monteiro (2003) considera que o envelhecimento é um processo contínuo de transformação do indivíduo com suas experiências e suas marcas, fazendo este indivíduo um ser único, ímpar, que viveu seu próprio tempo, que por sua vez é considerado subjetivo, interno e absolutamente pessoal.

Este conceito é corroborado por Ferrari (1999) que afirma que o envelhecimento é muito pessoal; constituindo uma etapa da vida com realidade própria e diferenciada das anteriores, limitada unicamente por condições objetivas externas e subjetivas.

Conhecer a diversidade da abordagem conceitual da velhice e sobre o envelhecimento é uma importante ferramenta para se compreender como este fenômeno tem se processado mundialmente, em especial nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

2.2 O envelhecimento como fenômeno mundial

O envelhecimento da população mundial tem as suas origens fundamentadas nas transformações econômicas e sociais experimentadas pelas nações desenvolvidas no século passado e que, no entanto, só produziram modificações preponderantes nas suas variáveis demográficas na virada do século XX (VERAS, 2001). Para Kalache et al. (1987) fatores como: urbanização adequada das cidades, melhorias nutricionais e nos níveis de higiene pessoal e condições sanitárias em geral e, particularmente, as condições ambientais no trabalho e nas residências, contribuíram sobremaneira para melhorar as condições de vida da população, resultando no aumento da sobrevida.

Contudo, segundo Gordilho et al. (2000), as causas responsáveis pela referida mudança estão mais relacionadas às grandes evoluções científico-tecnológicas que ofereceram medidas de suporte à vida, alguns exemplos são: a assepsia, quimioterapias, vacinas,

antibióticos, aliados aos métodos de investigação, cada dia mais precisos, possibilitando diagnósticos precoces, mudando prognósticos outrora extremamente desfavoráveis.

Nos países desenvolvidos, esta mudança ocorreu de forma lenta, acompanhando a elevação da qualidade de vida das populações urbanas e rurais, prolongando-se por mais de cem anos (MOREIRA, 2003; GORDILHO et al., 2000). Nesses países, o ser humano em média atinge 75 anos de idade, ou seja, vive quatro vezes mais que na época do império romano onde em média vivia-se 20 anos. Apesar disso, o limite biológico, que é de 100 anos, ainda permanece inalterado, o que muda, contudo, é que o número de pessoas que se aproximam deste limite se mostra progressivo (RAMOS, 1993).

Nos países em desenvolvimento, como da América Latina, enquanto a população total entre 1980 a 2000 cresceu cerca de 120 %, a população idosa teve como expectativa um crescimento de 236 %, passando de 23,3 milhões para 78,2 milhões de idosos (PAPALÉO NETO e PONTE, 2002). Alguns destes países convivem com uma perspectiva de aumentar em até 300 % a sua população idosa (TRUELSEN et al., 2001).

Estas transições afetaram diretamente e de forma significativa a estrutura etária da população, modificando a forma da pirâmide de base larga (representando alto índice de fecundidade) e de forma triangular (ápice representando alto índice de mortalidade) para uma forma mais arredondada de base reduzida - característica de regimes de grande redução da fecundidade, conforme ilustra a Figura 1 (BERQUÓ, 1996).

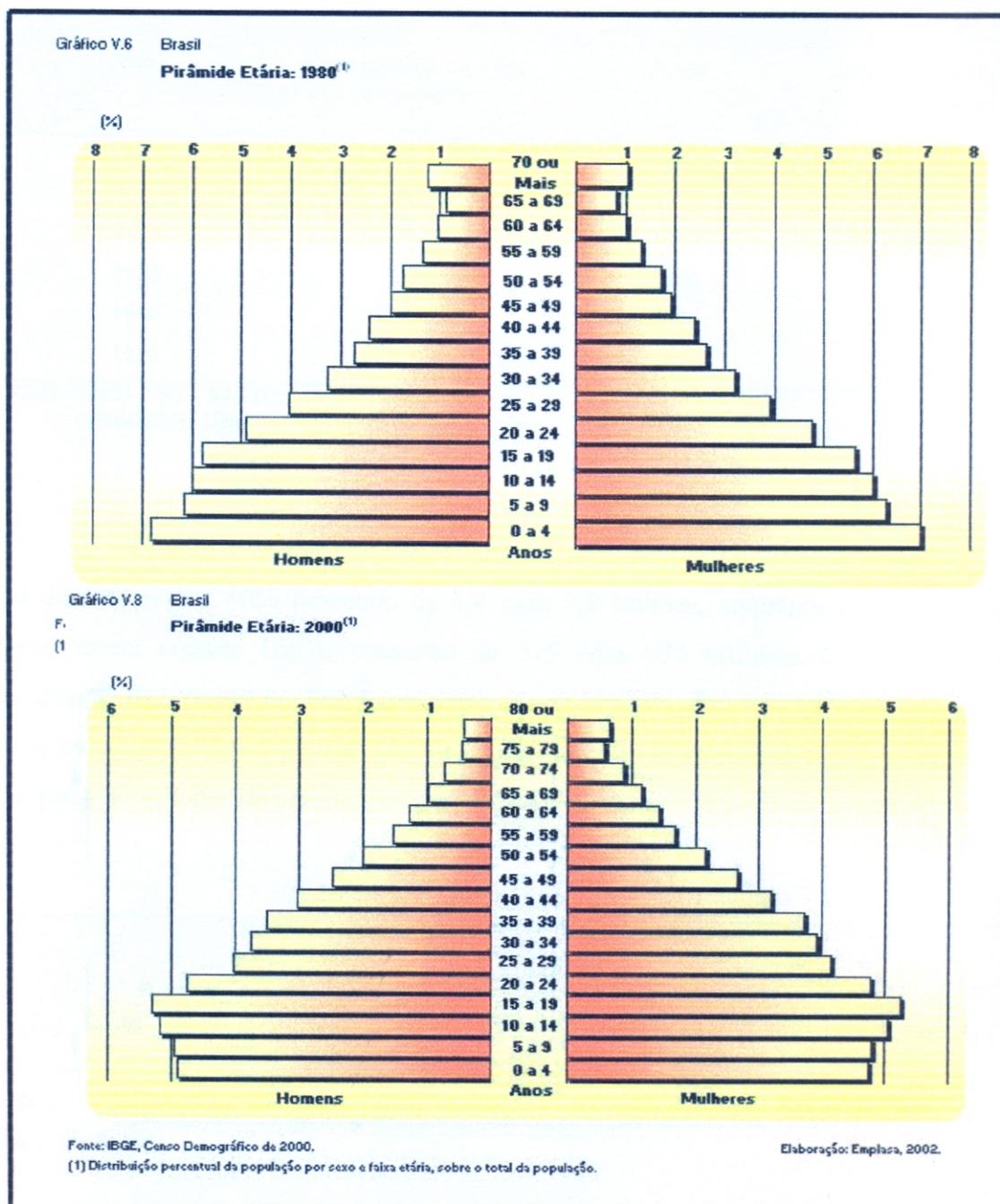


Figura 1 – Mudança da pirâmide etária do Brasil. 1980-2000.

Deve-se observar que a expectativa de vida no Brasil em 1900 era de 33,7 anos; na década de 40 era de 38,5 anos; em 50 aumentou para 43,2 anos e na década de 60 era de 55,6 anos, conforme demonstrado no Quadro 1. De 1960 a 1980, essa expectativa ampliou para 63,5 anos, isto é, foram acrescentados vinte anos em três décadas (IBGE, 1982). De 1980 a 2000, a estimativa era de 68,6 anos e de 2000 a 2025 a expectativa média de vida do brasileiro é de 80 anos (KALACHE et al., 1987).

Quadro 1 - Expectativa de vida ao nascimento, no Brasil, 1900 a 2020

Anos	Expectativa de vida ao nascer	Anos	Expectativa de vida ao nascer
1900	33,7	1960	55,6
1910	34,1	1970	57,1
1920	34,5	1980	63,5
1930	36,5	2000	68,6
1940	38,5	2020	72,1
1950	43,2		

Fonte: (1900-1950) - SANTOS, 1978
(1960-2020) - UNITED NATIONS, 1985

Segundo Veras et al. (1987), entre os anos de 1980 e 2020, a população mundial total deverá crescer 80% passando de 4,4 para 7,8 bilhões, enquanto que a população de idosos deverá crescer 160%, passando de 375 para 975 milhões. Cerca de 80% deste crescimento da população idosa, ocorrerá em países em desenvolvimento. No Brasil, os idosos aumentarão 280% (quase três vezes o aumento da população total), passando de 7,5 para quase 30 milhões de pessoas, no período (Anexo A).

Quadro 2 - População rural e urbana no Brasil, 1940-1980

População	1940	1950	1960	1970	1980
Rural	68,8	63,8	54,9	44,1	32,4
Urbana	31,2	36,2	45,1	55,9	67,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE, 1982

Somado a este crescimento populacional de gerontes, outros fenômenos se apresentam e interferem no processo do envelhecimento, um deles, por exemplo, diz respeito à mudança na distribuição geográfica da população brasileira, que ocorreu após a década de 50 (Quadro 2), em virtude da expansão das fronteiras econômicas que causou uma concentração urbana sem precedentes. Sendo assim, o Brasil hoje é uma sociedade predominantemente urbana que experimenta nessas áreas, um intenso processo de envelhecimento populacional (IBGE, 1982).

Esta migração se deu nas décadas seguintes de forma acelerada e desordenada, e muitos destes migrantes, tiveram que buscar assentamento nas regiões periféricas das cidades e muitas vezes de difícil topografia, dando origem às favelas. É nesse contexto urbano complexo e muitas vezes carente de serviços, que se encontra grande parcela da população idosa (VERAS et al., 1987).

O processo de urbanização das cidades produz outros efeitos, entre eles, está a súbita valorização dos imóveis nas áreas dos centros urbanos e conseqüentemente, causando uma diminuição no espaço interno das residências. Deste modo, muitas famílias se sentem impedidas de acolher seus parentes idosos; ou, os que ainda conseguem mantê-los dentro de casa, frequentemente convivem com conflitos geracionais, desempregos, escassez de alimentação, higiene, entre outros.

Para Ramos (2002) outras conseqüências deste aumento da população idosa no Brasil são esperadas, assim como:

Econômicas - aumenta a população não produtiva, sobrecarregando a população economicamente ativa com aumento do ônus para previdência social.

Social - família como suporte social e econômico, conflitos geracionais, mulher inserida no mercado de trabalho e menos disponível para as atividades domésticas, incluindo menos disponibilidade para cuidados com os componentes do seu núcleo familiar.

Setor Saúde - falta de recursos financeiros e logísticos para garantir estrutura física, pessoal treinado, insumos, entre outros. Conseqüentemente tem-se como resultado a escassez de ações mais voltadas para promoção e prevenção.

No que tange ao setor da saúde, vale ressaltar, que outra mudança bem significativa diz respeito ao perfil epidemiológico da população - essa mudança reflete-se na morbimortalidade, fazendo com que o cenário, antes, caracterizado por uma população jovem e com maior incidência de doenças infecciosas, responsáveis por 46 % dos óbitos em 1930 e por 5% em 2003, se transforme em outro que se caracteriza por agravos crônicos, como doenças cardiovasculares que em 1930 foram responsáveis por 12% dos óbitos e em 2003 foram responsáveis por 31% (BRASIL, 2006).

Essa alteração epidemiológica traz consigo um elevado ônus para os países em desenvolvimento, como o Brasil, por gerarem a necessidade de recursos financeiros significativos que garantam à população acesso aos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos e de reabilitação onerosos, somado ao aumento do risco de internações (inclusive de longa permanência), sequelas e inclusive de perdas funcionais que interfiram na qualidade de vida destas pessoas.

Neste contexto, o governo brasileiro, em 2002, estruturou a Política Nacional de Saúde do Idoso, como instrumento balizador de construção de uma assistência de qualidade, resolutiva e, sobretudo, humanizada à população idosa.

2.3 Conhecendo a Política Nacional de Saúde do Idoso

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) surgiu da necessidade de se estabelecer em legislação a atenção à saúde, compreendendo especificamente o “atendimento à população a partir dos sessenta anos de idade”, que concomitante ao crescimento em números absolutos, tem demandado várias necessidades específicas ao seu processo de envelhecimento (GORDILHO et al., 2000; BRASIL, 2002).

Esta Política está em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), nos itens relativos principalmente a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, e também na determinação da necessidade de integralidade da assistência e ao uso da epidemiologia para definição das prioridades. Na Lei 8.842/94 estão assegurados os direitos deste segmento populacional, explicitando a atuação do Governo, com suas respectivas áreas envolvidas, culminando por sua vez com a divisão de responsabilidades de modo a proporcionar às pessoas idosas a autonomia, a integração e a participação na sociedade.

Deste modo, o principal propósito desta Política é a proposição da organização dos serviços para atender a este grupo populacional, envolvendo desde aspectos ambientais, quanto à garantia de provimento de recursos materiais e recursos humanos capacitados, até a definição e a implementação de ações de saúde específicas. Um outro fator para o qual esta Política aponta é a necessidade da sociedade estar sensibilizada para compreender que o envelhecimento populacional é uma questão que ultrapassa a esfera familiar, sendo necessário, portanto, que esta seja uma responsabilidade pública, contemplada pelo Estado, organizações não-governamentais e diferentes segmentos sociais. As seguintes diretrizes estão definidas na Política de Atenção ao Idoso: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; apoio a estudos e pesquisas.

No que diz respeito à promoção do envelhecimento saudável (1ª diretriz), a Política contempla o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos no processo de envelhecimento quanto à importância da adoção precoce de hábitos saudáveis de

vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde, refletindo na melhoria constante de suas habilidades funcionais.

Os hábitos de vida considerados saudáveis e que, portanto, deverão ser estimulados compreendem a alimentação balanceada e adequada, a prática de esportes regularmente, a convivência social estimulante e a realização contínua de atividade ocupacional prazerosa e identificação de medidas que representem um impacto para diminuição do estresse. Já os hábitos de vida considerados nocivos e que por sua vez deverão ser desestimulados são: tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, dietas ricas em gorduras, sódio ou açúcares e automedicação.

A proposta da referida política é que estas informações sejam trabalhadas por todos os níveis do SUS (Sistema Único de Saúde), por meio de distribuição de cartilhas, folhetos, desenvolvimentos de campanhas em programas populares de rádio e televisão, treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais integrantes da estratégia saúde da família para no trabalho domiciliar, estimular os cidadãos na adoção de comportamentos saudáveis.

Nesta diretriz, também se deve enfatizar aos idosos e aos familiares a orientação para os riscos ambientais que possam causar quedas, comprometendo significativamente a capacidade funcional deste idoso e diminuindo sua qualidade de vida, no âmbito extradomiciliar, ou seja, nos espaços públicos será garantida facilidade de acesso para este grupo etário, através da exigência de que sejam colocados rampas, corrimãos e outros equipamentos facilitadores.

Quanto à manutenção da capacidade funcional (2ª diretriz), serão somados ao já descrito no item de promoção do envelhecimento saudável, dois níveis específicos de prevenção: a prevenção de agravos à saúde e a detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá impor riscos às habilidades e à autonomia dos idosos.

As ações de prevenção de agravos à saúde estão relacionadas, dentre outras questões, à aplicação de imunobiológicos (medida ainda pouco priorizada para e pela população idosa); assim, deverá ser aplicada a vacina anual contra a gripe por *influenza*, as vacinas contra o tétano (garantindo a aplicação de três doses) e contra as pneumonias pneumocócicas, que são as três grandes causas de internações de idosos no Brasil, além de todas as outras vacinas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

No que tange as ações de detecção precoce, que se configura no segundo nível da manutenção da capacidade funcional, deve-se reforçar as ações dirigidas à detecção precoce

de enfermidades não transmissíveis mais comuns – como a hipertensão arterial, diabetes mellitus e osteoporose, mas se dando especial ênfase ao desenvolvimento de atividades específicas dirigidas ao hipotireoidismo subclínico e outros aspectos ainda pouco usuais e carentes de sistematização, dentre os quais se destacam: antecipação de danos sensoriais, com o rastreio precoce de danos auditivos, visuais e proprioceptivos; utilização dos protocolos próprios para situações comuns entre os idosos, tais como riscos de queda, alterações do humor e perdas cognitivas; prevenção de quedas dentárias e de outras afecções da cavidade bucal; prevenção de deficiências nutricionais; avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente domiciliar, com vistas à prevenção de perda de independência e autonomia; prevenção de isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados, entre outros.

A assistência às necessidades de saúde do idoso (3ª diretriz) compreende os níveis ambulatoriais, hospitalares e domiciliar. No nível ambulatorial, a base desta assistência será a consulta geriátrica, que deve contemplar todos os aspectos envolvidos no processo do envelhecimento, culminando em um atendimento de qualidade e aumentando as chances de medidas de promoção, prevenção e manutenção da capacidade funcional, diminuindo significativamente o risco de internações ou re-internações que porventura este idoso esteja sujeito. Com a assistência ambulatorial mais sistematizada, diminuirão também as urgências e emergências e as internações em instituições asilares, proporcionando um significativo impacto na qualidade de vida destes idosos e de seus cuidadores principais.

Segundo essa diretriz, a capacidade diagnóstica também deverá levar em conta a detecção de doenças, muitas vezes não percebidas, ou não diagnosticadas como doença de Parkinson, hipotensão ortostática, incontinência urinária, demências e depressões, glaucomas, cataratas, hipoacusia, sem descartar a presença de iatrogenia, muito comum nos idosos.

No âmbito hospitalar, a idade deverá ser preterida, priorizando-se melhor indicador para determinação da assistência que é a capacidade funcional apresentada pelo idoso. Dessa forma, os pacientes que forem considerados totalmente dependentes constituirão o grupo mais sujeito às internações prolongadas, reinternações recorrentes e de pior prognóstico e que, por isso, se enquadram no conceito de vulnerabilidade.

Sendo assim, os hospitais deverão estar preparados para atender de forma diferenciada e interdisciplinar esses pacientes. Neste nível de atenção é obrigatória a presença de um médico com especialização em geriatria, bem como a garantia de equipamentos e serviços adequados a atender a este idoso dependente. Esta exigência é para todas as unidades

hospitalares, independentes de serem públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas pelo SUS.

No caso de tratar-se de idoso com graves problemas de saúde, sem possibilidade de recuperação ou de recuperação prolongada, apesar de sua internação prolongada estar garantida pela Portaria nº 2.413, de 23 de março de 1998, deve-se empreender todos os esforços para a reabilitação antes e durante a hospitalização, evitando-se que as enfermarias sejam transformadas em locais de acomodação para pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos e, por conseguinte, aumentando a carga de sofrimento deste idoso e os custos com os serviços de saúde.

Como estratégia de enfrentamento desta situação, são sugeridas duas opções: a assistência domiciliar (considerada também para idosos asilados) e a implantação do hospital-dia geriátrico. Quando o idoso necessitar de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) deverá ser seguido o mesmo critério que se segue para pacientes de outras faixas-etárias, ou seja, deverá ser considerada a reversibilidade do seu quadro e não a sua gravidade.

A reabilitação da capacidade funcional comprometida (4ª diretriz) inclui as ações relacionadas à prevenção do agravamento das limitações da capacidade funcional e ao tratamento daquelas já instaladas. Neste contexto, desenvolvidas atividades por diversos profissionais, sendo que esta equipe deverá realizar suas atividades de forma complementar e interdisciplinar.

Para definição e implementação destas ações, deveria ser levado em conta que as causas da dependência que em sua maioria são evitáveis e muitas vezes reversíveis, desde que instituído o quanto mais precoce possível medidas de reabilitação física e mental. Deste modo, a necessidade de prevenir doenças crônicas que acometem os idosos torna-se secundária a necessidade de evitar que estas os retirem do convívio social, comprometendo a autonomia e a qualidade de vida dos mesmos.

No conjunto destas ações situam-se também as relacionadas à prescrição de órteses e próteses como, por exemplo, óculos, aparelhos auditivos, próteses dentárias e tecnologias assistivas (como andador, bengala, entre outros). Apesar de parecerem que estas medidas estão restritas ao nível terciário de atenção, estes devem estar disponíveis em todos os níveis, inclusive na atenção básica, nos postos e centros de saúde. Nestes locais, os profissionais deverão estar habilitados para detecção precoce da limitação, definição imediata de medidas de suporte, além do treinamento de cuidadores para identificação de surgimento de novas necessidades no domicílio e auxílio no tratamento definido.

No que diz respeito à capacitação de recursos humanos especializados (5ª diretriz), esta capacitação deverá ser desenvolvida a partir da criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para o alcance e viabilidade da referida diretriz.

Quanto ao apoio ao desenvolvimento de cuidados informais (6ª diretriz) esta visa estimular o desenvolvimento de uma parceria entre profissionais de saúde e pessoas próximas ao idoso, responsáveis pelos cuidados diretos relacionados às suas atividades de vida diária e pelo seguimento das orientações feitas pelos profissionais de saúde. Nos dias atuais, esta parceria é considerada a menos onerosa e de impacto extremamente positivo por estar relacionada à manutenção e promoção da melhoria da capacidade funcional do idoso.

Estes cuidadores podem ser pessoas da família, amigos próximos ou vizinhos, que decidem assumir a responsabilidade no auxílio aos idosos com algum comprometimento das suas capacidades funcionais que dependam, portanto, de acompanhamento para atividade de higiene, locomoção, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros.

A última diretriz (7ª diretriz) diz respeito ao apoio a estudos e pesquisas que deverá ser articulado através dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, considerando as áreas de conhecimento das suas especialidades. As pesquisas serão desenvolvidas mediante apoio financeiro das agências de ciência e tecnologia, cabendo a estas e ao Ministério da Saúde o acompanhamento dos dados gerados a partir destas pesquisas para subsidiar políticas voltadas à população idosa do País.

Portanto, fica evidente que com um modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, tecnicista e com abordagem meramente médica e curativa, grande parte dos preceitos desta política não serão atendidos. Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família mostra-se como importante instrumento de concretização das diretrizes da presente Política, mas principalmente como elemento primordial para reversão definitiva do modelo assistencial brasileiro, permitindo que o Sistema Único de Saúde consolide-se.

2.4 A Estratégia Saúde da Família em relação ao idoso

Como mencionado anteriormente, várias são as consequências do envelhecimento populacional, sendo uma delas a mudança no quadro de morbimortalidade que por sua vez altera o perfil epidemiológico de um país.

Esta mudança resulta em um aumento significativo nas despesas com tratamentos médico-hospitalares, isto se dá em virtude das doenças crônico-degenerativas necessitarem, na sua maioria, de procedimentos de alta complexidade que geram um elevado custo para o Sistema de Saúde.

Nos países em desenvolvimento, soma-se a isto, a dificuldade que muitas vezes o idoso enfrenta para conseguir atendimento e autorizações para exames e procedimentos terapêuticos, o que poderá interferir no seu prognóstico e conseqüentemente na sua qualidade de vida.

Duarte (1994) afirma que é nesta faixa de idade que predominam as doenças crônico-degenerativas, associadas à decorrência de pluripatologia, que por sua vez podem ser consideradas responsáveis pela necessidade de maior permanência hospitalar e pela progressiva perda de autonomia deste grupo etário, resultando mais uma vez em maior gasto e risco de perda funcional e isolamento social.

A necessidade de reformas nos Sistemas de Saúde com seu foco voltado para excessiva técnica, especializações e visão do hospital como único ambiente onde o indivíduo doente pudesse receber assistência à sua saúde, ocorreu em vários países em desenvolvimento, mas com sua essência baseada em realidades de países desenvolvidos, bem diferentes dos países latino-americanos.

Data de 1950 algumas destas iniciativas, a priori pensava envolver as Instituições formadoras de médicos e outros profissionais de saúde e dos serviços de saúde objetivando a sua reorganização. Desta forma, segundo Shraiber apud Canesqui e Oliveira (2002) as reformas se dividem em dois grupos, o primeiro buscando a reforma integrante que incluía a medicina íntegra (pessoa como ser biopsicossocial), a preventiva (buscava foco multidisciplinar e a história da doença atual) e a de família (atuava na relação entre pessoas, a família e a comunidade).

O segundo tipo buscava mudanças mais consistentes e duradouras, tendo como premissa melhorar a distribuição dos serviços de saúde e o acesso da população aos mesmos, nele estão incluídos: a Medicina Comunitária; Atenção Primária em Saúde; Integração Docente Assistencial (IDA), a elas agregando o atual Programa Saúde da Família (CANESQUI e OLIVEIRA, 2002).

Portanto, quando se iniciou a estruturação internacional, em 1978 em Alma-Ata durante a trigésima reunião anual, na Assembléia Mundial de Saúde e foi decidido unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo, de um nível de saúde no ano 2000 que lhes

permitiria levar uma vida social e economicamente produtiva.” Conhecido como o pacto “Saúde para todos no ano 2000” já havia iniciado toda uma corrente de iniciativas de modo a fortalecer a atenção primária (CANESQUI e OLIVEIRA, 2002).

Este pacto, contudo teve reflexos e vários países do mundo que incluíram nas suas agendas este eixo norteador de atenção. No Brasil, foi durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que se propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principal meta à extensão a toda população brasileira de assistência à saúde e como premissa primordial que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (CORDEIRO, 1996).

O relatório final desta Conferência foi elaborado e serviu de base para o processo de criação do SUS, alicerçado na concepção de direito à saúde e à cidadania, tendo como princípios doutrinários a integralidade, a universalidade e a equidade. E, em 1988, o Brasil através da promulgação da Constituição Federal, confirma este direito e determina no seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

No início da década de 90 o Ministério da Saúde lança o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mais precisamente em 1991, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região nordeste do país. Este programa já trazia consigo um pequeno indício de mudança, pois tinha como eixo a aproximação do serviço com a comunidade, através do agente comunitário de saúde que servia como “elo” entre o sistema de saúde e as famílias acompanhadas (SOUZA, 2002).

Várias experiências foram recuperadas através do PACS, como o Projeto Casa Amarela em Recife (PE), do Vale da Ribeira no Estado de São Paulo e de Rondonópolis (MT). Mas, foi principalmente a experiência do Ceará, que foi o primeiro a usar a proposta para todo o estado, que fortaleceu as bases para que este projeto se tornasse nacional (SOUZA, 2002).

Neste contexto, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia para a reorganização do modelo tradicional, por intermédio da definição de novas bases e critérios para assistência na atenção básica à saúde em consonância com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população e entre os diversos níveis de complexidade (BRASIL, 1998).

O Programa de Saúde da Família no Brasil teve como modelos, experiências internacionais como a cubana e canadense, influências e orientações de agências internacionais como OPAS, entidades multilaterais (Banco Mundial) e experiências no território nacional como citado anteriormente (MENDES, 1996; BRASIL, 1997).

Nessa perspectiva, a proposta de organização das práticas de saúde voltadas para a família, segundo Cordeiro (1996) Brasil (1998) e Silvestre (2003), têm como propósitos: Reconhecer a saúde como um direito de cidadania; humanizar as práticas de saúde e buscar a satisfação do usuário, através do estreito relacionamento da equipe de saúde; prestar atenção universal, integral, equânime, contínua, de boa qualidade e resolutiva nas especialidades básicas de saúde à população adstrita, no domicílio e na unidade de saúde; eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; democratizar o conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção da saúde; intervir sobre os fatores de risco ao qual a população está exposta; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social; estabelecer parcerias, buscando desenvolver ações intersetoriais.

A Estratégia surge à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), deste modo, buscando a garantia de sua prática: universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição de recursos (ELIAS, 2001).

A Unidade de Saúde da Família (USF) constitui-se, portanto, em uma unidade pública de saúde, destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe mínima composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a 12 agentes comunitários de saúde. A Equipe de Saúde da Família deve estar habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, peculiar ao nível de atenção primária, sendo a porta de entrada para o sistema local de saúde e deverá, quando necessário, fazer a referência e representar a contrarreferência.

A Equipe de Saúde da Família possui diretrizes operacionais, que deverão nortear todas as ações da equipe, mas para tanto, há de se considerar as realidades regionais, municipais e locais, sendo as mesmas, segundo Brasil (1994), Brasil (1996), Brasil (1998) e Brasil (2004): caráter substitutivo, territorialização, cadastramento, integralidade, intersetorialidade, responsabilização e vínculo.

A primeira diretriz que pauta sobre o caráter substitutivo da estratégia caracteriza-se pela substituição das práticas de atenção a saúde, onde o atendimento, voltado apenas para as doenças com medidas meramente curativas são suplantadas por medidas de promoção à saúde, prevenção de doenças e vigilância. Não necessitando, contudo, da criação de novas

estruturas assistenciais, dando-se prioridade a transformação das práticas de atenção nestas já existentes.

A diretriz que aborda a territorialização recomenda que a USF deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que será definido levando-se em conta as informações epidemiológica e social da população, estando estes dados disponíveis no município.

Segundo esta diretriz uma USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4500 habitantes. Este critério poderá ser flexibilizado, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local.

A terceira diretriz está relacionada ao cadastramento da população, este deverá ser feito através de visitas domiciliares onde será identificado cada componente das famílias por sexo, idade, morbidade referida, sendo ainda coletadas situações das condições de moradia, saneamento, condições ambientais e situações de exposição a agravos a que a família esteja exposta.

A partir dos dados coletados, os profissionais e gestores terão acesso a informações como: situação de saúde da população, desigualdades existentes no espaço de atuação, bem como a possibilidade de conhecer e conseqüentemente oferecer uma atenção diferenciada aos grupos e famílias mais vulneráveis.

A integralidade requer que a equipe tenha capacidade de articular os requisitos técnicos, destinada a uma prática ampla e diferenciada, que considere os contextos individuais, familiares e coletivos, e as relações entre os diferentes profissionais, desenvolvendo habilidades e mudando de atitudes.

A intersetorialidade requer que a USF esteja vinculada à rede de serviços, de modo que, seja assegurada a referência para serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa o assim exigir. Devem ainda, manter com outros setores sociais a complementaridade necessária para a efetivação das ações visando atender aos requisitos na promoção da saúde e prevenção de agravos.

A última diretriz está relacionada ao princípio da responsabilização e vínculo, onde cada equipe deverá assumir a responsabilidade a fim de contribuir com a saúde e a qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência, buscando desenvolver uma assistência humanizada, valorizando dimensões subjetivas e sociais nas suas práticas, além de

poder representar para as mesmas um importante canal de comunicação direta com os gestores municipais.

Desde que surgiu, o Programa de Saúde da Família elegeu como ponto central de ação o estabelecimento de vínculos e a criação de laços com a população a que atende não só de compromissos, mas principalmente de co-responsabilidades. Para o Programa de Saúde da Família, a família representa o principal alvo de sua atenção, considerando a especificidade de cada um dos seus componentes independente da sua faixa etária (BRASIL, 2001).

A Estratégia Saúde da Família, ao ter por diretriz a universalidade e equidade, não concebe privilégios a uma determinada faixa etária (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003; SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

Veras et al. (2002) refere que o acesso aos serviços não são bem distribuídos e muitos idosos recebem os primeiros cuidados somente quando as suas doenças já estão em estágios muito avançados. Na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001) pode-se perceber que a atenção voltada para o idoso não existe nos seus eixos norteadores, apenas se limita ao controle de algumas doenças que poderão acometê-lo como a hipertensão, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase. É evidente que este critério de captação não configura o mais adequado, isto levando em conta as proposições da Política Nacional de Saúde do Idoso.

Em 1999, foi publicado pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, o 4º volume da série “Cadernos de Atenção Básica - Programa Saúde da Família” voltado para orientar as equipes de saúde da família para atenção à saúde do idoso e onde a abordagem principal deste periódico foi sobre a instabilidade postural e sua relação com as quedas (uma das principais causas de internação e perda da capacidade funcional desse segmento da população).

A iniciativa foi extremamente pertinente, mas o conteúdo do referido documento não representa uma fundamentação ampla, que seja capaz de garantir a melhoria da assistência para esta população, e se considerada a Política Nacional de Saúde do Idoso, só estaria contemplando a primeira diretriz e parte da segunda.

Há que se ressaltar que a aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso determinou que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionam com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

Logo, cabe também à Estratégia Saúde da Família, fazer suas adaptações de modo a contemplar este segmento populacional que necessita de uma assistência qualificada. Neste sentido, se os profissionais forem qualificados poderão implementar as ações que já estão sendo desenvolvidas junto aos idosos. A sua proximidade com a realidade do indivíduo, de sua família e da comunidade onde estão inseridos, possibilita que sejam planejadas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos que ampliarão a expectativa de vida com qualidade deste grupo etário, permitindo uma permanência da autonomia e independência pelo maior tempo possível.

No Maranhão, a Estratégia de Saúde da Família teve início em 1994, mas com uma cobertura extremamente incipiente do ponto de vista quantitativo, apenas uma equipe na Capital. Somente no ano de 1996 o município de São Luís ampliou para mais nove equipes, e somente a partir de 1999 que outros municípios do Estado implantaram o Programa, ampliando de dez para quarenta e sete equipes em todo Estado – o que representou uma cobertura municipal de 9,7 % e populacional de 1,7%. No ano de 2000, observou-se um maior número de municípios implantando a estratégia, passando o estado de quarenta e sete equipes para duzentas e nove, atingindo 32,7% dos municípios maranhenses com cobertura populacional de 5,9%. Em dezembro de 2004, duzentos e dois municípios já possuíam a Estratégia e o Maranhão contava com mil cento e vinte equipes em seu território; a cobertura municipal chegava a 93,1 % (COIMBRA, 2005).

Evidencia-se, contudo, que apesar da progressiva ampliação da cobertura da Estratégia, ainda são identificadas necessidades de intervenções que qualifiquem os profissionais do PSF na atenção à saúde das famílias que são de sua responsabilidade - com especial ênfase à abordagem à saúde do idoso, que possui especificidades que precisam ser consideradas para garantir uma mudança no quadro de saúde dos mesmos.

O presente estudo foi desenvolvido a partir da construção de indicadores baseados nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família e da Política Nacional de Saúde do Idoso.

3.1 Delineamento do estudo

A estratégia geral de delineamento foi a de um estudo exploratório, analítico-descritivo, com abordagem quantitativa.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, fundada em oito de setembro de 1612, às margens da baía de São Marcos, Oceano Atlântico e do Estreito dos Mosquitos. Este município tem como área territorial 827 km², sua população foi estimada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2005, como sendo de 978.824 habitantes (IBGE, 2005).

A cidade de São Luís possui uma rede municipal de saúde constituída por 63 unidades de saúde, localizadas nas zonas urbanas e rurais, distribuídas em oito distritos sanitários e é composta por Hospitais, Unidades Mistas, Centro de Saúde, Posto de Saúde e Laboratórios. Além desta estrutura, o município de São Luís, conta hoje com 89 equipes do Programa Saúde da Família, distribuídas em sete destes Distritos, (excetuando-se Maiobão) (Anexo B), que vem desenvolvendo suas atividades profissionais em Unidades de Saúde, caracterizadas como Unidade Básica de Saúde da Família. Nestas unidades, são desenvolvidas atividades de atenção primária à saúde de toda população adstrita através de vários programas, como: Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, Crescimento e Desenvolvimento, Pré-Natal, Prevenção de Câncer de Útero, Planejamento Familiar, Controle e Prevenção de DST, entre outros (SEMUS, 2003).

3.3 População-alvo e processo amostral

A população-alvo deste estudo foi constituída pelos profissionais das diferentes categorias que compõem as 89 Equipes de Saúde da Família do município de São Luís. Sabendo-se que cada equipe mínima é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e, em média, seis agentes comunitários de saúde (ACS), estabeleceu-se a necessidade de detectar, no presente estudo, as especificidades de cada

categoria profissional, no que diz respeito ao desenvolvimento de ações específicas para o idoso.

Foi procedido um cálculo amostral que definiu como amostra representativa para os médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem, 30 indivíduos de cada categoria profissional- acrescida de 10% para compensação de possíveis perdas a amostra totalizou 33 indivíduos de cada categoria. Apesar da categoria de ACS envolver um número maior de profissionais, optou-se por considerar apenas 33 profissionais dessa categoria para compor o estudo. Assim, a amostra da pesquisa totalizou 132 indivíduos.

Mesmo buscando-se estudar as especificidades de cada categoria profissional, definiu-se o interesse de avaliar essas especificidades dentro de uma mesma equipe de saúde da família - portanto, para a definição dos profissionais, sortearam-se as equipes de saúde da família e a partir delas, foram, então, entrevistados o médico, o enfermeiro, o auxiliar ou técnico de enfermagem e um ACS, dessas 33 equipes escolhidas aleatoriamente. No caso dos ACS, foi feito um segundo sorteio dentre os ACS componentes de uma mesma equipe.

Deste modo, os dados dos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem podem ser considerados representativos dos profissionais das Equipes de Saúde da Família do município de São Luís e os dados dos agentes comunitários de saúde representativos apenas dos ACS das 33 equipes sorteadas.

Como dito anteriormente, o município de São Luís se encontra dividido em distritos sanitários e as equipes de saúde da família apresentam uma distribuição numérica diversificada em cada distrito. Por isso, para o sorteio das equipes cujos componentes participariam do estudo considerou-se a distribuição distrital das equipes (Anexo B). O processo de amostragem, calculado através do Programa Bioestat 3.0 foi do tipo estratificado, considerando o número de equipes por Distrito.

Quadro 3 - Quantitativo dos profissionais entrevistados de acordo com as equipes e distribuição distrital

Distrito	Nº de equipes	NÚMERO DE PROFISSIONAIS			
		Médicos	Enfermeiro	Técnico	ACS
BEQUIMÃO	02	02	02	02	02
CENTRO	01	01	01	01	01
COHAB	04	04	04	04	04
COROADINHO	01	01	01	01	01
IT AQUI-BACANGA	04	04	04	04	04
TIRIRICAL	13	13	13	13	13
VILA ESPERANÇA	08	08	08	08	08
TOTAL	33	33	33	33	33

Fonte: Coordenação PSF- São Luís/MA, 2006

3.4 Variáveis do estudo

Os dados do presente trabalho foram obtidos através de um questionário com perguntas fechadas, pré-codificadas e algumas perguntas abertas (Apêndice A). Este instrumento foi elaborado a partir dos referenciais da Estratégia Saúde da Família e Política Nacional de Saúde do Idoso.

O instrumento foi aplicado individualmente a cada profissional componente da equipe sorteada no que se refere às categorias de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, enquanto que do grupo dos agentes comunitários de saúde foi sorteado um para participar da pesquisa.

Os blocos de variáveis foram assim distribuídos:

1º Bloco: **Identificação do profissional** – refere-se à profissão, atualização profissional, Especialização na área de Geriatria ou Gerontologia, treinamento da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) nesta área.

2º Bloco: **Planejamento das ações** – refere-se a indicadores do desenvolvimento de ações relativas ao processo de planejamento (existência, periodicidade, informações utilizadas em relação aos idosos, atores participantes, atividades planejadas e efetivamente desenvolvidas).

3º Bloco: **Política Nacional de Saúde do Idoso** – refere-se ao conhecimento e às diretrizes contempladas através das ações desenvolvidas pela Equipe.

4º Bloco: **Atendimento na Unidade Básica de Saúde** – refere-se à organização e acessibilidade aos serviços e ações (forma de agendamento das consultas e retornos, prioridade de atendimento, causas de dificuldades de acesso, forma de autorização dos exames, existência de obstáculos para fornecimento dos medicamentos, referência e contra-referência).

5º Bloco: **Atendimento domiciliar** – refere-se às atividades voltadas às visitas domiciliares (existência de cronogramas, critérios para visitação, agendamento prévio, garantia de transporte para visitas distantes da UBS, garantia de equipamentos, encaminhamentos nas visitas, atividades desenvolvidas no domicílio).

6º Bloco: **Vigilância e promoção da saúde** – relativo aos conceitos e ações de prevenção, promoção e vigilância à saúde do idoso (identificação de situações de risco e forma de enfrentamento, relação de vínculo, parcerias, fatores que facilitam e dificultam o desenvolvimento das atividades e auto conceito).

3.5 Período de estudo

Foi realizada a coleta de dados no período de 22 de agosto a 18 de setembro de 2006.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa atendeu às normas estabelecidas para pesquisa, envolvendo seres humanos, sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital Universitário (Anexo C). A concordância para participar do referido estudo foi respeitada, informando-se previamente aos profissionais das Equipes de Saúde da Família os objetivos do mesmo, esclarecendo-se prontamente dúvidas quando necessário e após os devidos esclarecimentos, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), solicitando-se a assinatura do mesmo. Os profissionais foram

orientados quanto à liberdade para recusar a sua participação em qualquer momento da pesquisa, não havendo, dessa forma, prejuízo para os participantes.

3.7 Coleta dos dados

Primeiramente, os pesquisadores responsáveis aplicaram o questionário para estudo piloto junto a profissionais de Equipes de Saúde da Família que não participaram da pesquisa final. Nesta fase do estudo, foram feitas algumas alterações para facilitar a compreensão e a coleta dos dados, sem afetar os objetivos propostos no presente estudo.

3.7.1 Treinamento da equipe para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com a participação de graduandos do Curso de Enfermagem e Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e de Administração da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), sendo que alguns já estão envolvidos em outros projetos de pesquisa desenvolvidos pelos pesquisadores responsáveis nessas Instituições de Ensino Superior.

Os entrevistadores receberam treinamento sobre a técnica de coleta de dados e sobre o questionário do estudo especificamente. Foi abordada, neste treinamento, a importância da imparcialidade, quando da realização de entrevistas e de condutas corretas para abordagem e aprazamento com os profissionais que foram entrevistados. O treinamento foi realizado pela pesquisadora e após a percepção de domínio dos entrevistadores, estes foram encaminhados para o campo, após contato com os profissionais da área e os diretores das UBS. Com o objetivo de garantir a qualidade do processo de coleta de dados, foram adotados ainda os seguintes procedimentos:

- Todos os entrevistadores portaram crachá de identificação e carta de apresentação (Anexo D).
- Foi elaborado um manual de instruções para aplicação do Questionário, para consulta permanente pelos entrevistadores, a fim de uniformizar a coleta dos dados (Apêndice B).
- Foi feito um impresso para controle diário das entrevistas realizadas por entrevistadores, com o objetivo de controlar e organizar a coleta dos dados.

- Foram elaborados critérios para a distribuição das entrevistas em lotes, pelo qual cada entrevistador só recebeu um novo lote após realização das entrevistas do lote anterior.
- O pesquisador também realizou a coleta de dados no campo e acompanhou, sempre que possível, os entrevistadores nas coletas para evitar erros.
- Foi feita reaplicação de 10% dos questionários pela pesquisadora para aumentar o controle de segurança dos dados.

As questões eram lidas em vez de formuladas a própria maneira a fim de garantir uniformidade das perguntas. Caso o entrevistador não tivesse certeza de que a resposta fornecida se encaixava em uma das opções constantes no questionário, esta era escrita por extenso na margem e depois tirada a dúvida com a pesquisadora, em vez de obter forçosamente uma resposta. Os dados foram anotados ou marcados com um “x” e ao final codificados pelo entrevistador.

3.8 Tratamento dos dados

Os dados foram analisados utilizando-se o programa *SPSS for Windows 10.0* (1999). Foram aplicadas nos dados as técnicas da estatística descritiva, permitindo assim uma análise exploratória dos mesmos, através das tabelas de frequência e gráficos de todas as variáveis com significância investigadas na pesquisa, traçando assim o perfil dos profissionais entrevistados nas unidades em relação à atenção à saúde do idoso, no período de 22/08 a 18/09 de 2006. Posteriormente, avaliou-se a relação de algumas variáveis do instrumento de pesquisa com a categoria profissional do entrevistado através do teste do X^2 de independência. Em todos os testes o nível de significância para se rejeitar a hipótese de nulidade foi de 5%.

A seguir serão apresentados os resultados referentes à aplicação de questionários a 132 profissionais componentes das 33 equipes do PSF de São Luís selecionadas para o presente estudo.

4.1 Caracterização dos entrevistados quanto à qualificação profissional

Na Tabela 1, observa-se que em relação à qualificação dos profissionais, as categorias profissionais de médicos e enfermeiros foram as que referiram maior participação em alguma capacitação com carga-horária mínima de 30 horas, há menos de um ano sendo 93,9% e 90,9%, respectivamente. Nota-se que entre os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, nesse mesmo intervalo de tempo, os percentuais foram menores (78,8% dos ACS e 54,5 % dos técnicos). Outros dados que podem ser observados na Tabela 1, relacionam-se a Especialização na área de Geriatria e/ou Gerontologia, onde 84,8% dos médicos e 69,7% dos enfermeiros referiram não terem participado de cursos nessas áreas de conhecimento. Ainda em relação à educação permanente, destaca-se a baixa oferta pela Secretaria Municipal de Saúde de São Luís de treinamentos sobre o envelhecimento ou assuntos correlatos.

Tabela 1 – Distribuição dos 132 entrevistados por categoria, segundo qualificação profissional. São Luís, 2006

Características das capacitações	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Última atualização profissional								
< 1 ano	31	93,9	30	90,9	18	54,5	26	78,8
1 a 4 anos	01	3,0	03	9,1	11	33,3	07	21,2
5 a 9 anos	-	-	-	-	03	9,1	-	-
≥ 10 anos	01	3,0	-	-	01	3,0	-	-
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0
Especialização na área de geriatria e/ou gerontologia								
Não	28	84,8	23	69,7	NA	NA	NA	NA
Sim	05	15,2	10	30,3	NA	NA	NA	NA
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0
Treinamento abordando o envelhecimento ou assuntos correlatos								
Não	26	78,8	24	72,7	29	87,9	24	72,7
Sim	07	21,2	09	27,3	04	12,1	09	27,3
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0

NA = NÃO SE APLICA

No Quadro 4 identifica-se que dos profissionais que referiram ter participado de treinamentos pela SEMUS na área do envelhecimento, 77,8% dos agentes comunitários de saúde citaram como temáticas abordadas a Hipertensão e Diabetes, sendo essas também citadas por cerca de 57,1% dos médicos, 55,6% dos enfermeiros e 50,0% dos técnicos de enfermagem; a temática “Saúde do Idoso” foi referida por 33,3% dos enfermeiros e por 28,6% dos médicos, percentuais inferiores a este foram encontrados nas categorias de ACS e auxiliares.

Outro dado relevante, diz respeito ao tempo decorrido da participação dos entrevistados nessas capacitações, sendo que 87,5% dos ACS e 85,67% dos médicos participaram a menos de um ano. Chama especial atenção a baixa participação dos técnicos em relação às outras categorias.

Quadro 4 – Distribuição dos 29 entrevistados por categoria, segundo participação em treinamentos sobre o envelhecimento. São Luís, 2006

Treinamentos em envelhecimento	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Temática*								
Hipertensão/Diabetes	04	57,1	05	55,6	02	50,0	07	77,8
Saúde do idoso	02	28,6	03	33,3	01	25,0	02	22,2
Saúde da mulher	01	14,3	02	22,2	-	-	-	-
Humanização	-	-	-	-	01	25,0	-	-
Doenças degenerativas	-	-	01	11,1	-	-	-	-
Tempo								
< 1 ano	03	85,7	07	70,0	02	50,0	07	87,5
1 a 2 anos	01	14,3	03	30,0	01	25,0	01	12,5
+ 2 anos	-	-	-	-	01	25,0	-	-
Não sabe	-	-	-	-	-	-	-	-

* Múltiplas respostas

4.2 Conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso

Quando questionados sobre o conhecimento da Política Nacional de Saúde do Idoso, observou-se certa heterogeneidade nas respostas obtidas, tendo a resposta positiva percentual maior entre os profissionais de nível superior (Tabela 2), com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,0025$) em relação às categorias profissionais dos técnicos e ACS.

Tabela 2 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo conhecimento da Política Nacional de Saúde do Idoso. São Luís, 2006

Conhecimento da Política Nacional de Saúde do Idoso	PROFISSIONAIS								
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Conhece a PNSI									
Não	21	63,6	19	57,6	11	33,3	08	24,2	
Sim	12	36,4	14	42,4	22	66,7	25	75,8	
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0	

p = 0,0025

Dentre os profissionais que referiram conhecer a Política Nacional de Saúde do Idoso, foram destacadas as seguintes diretrizes, consideradas contempladas no bojo de suas ações cotidianas: promoção do envelhecimento saudável, segundo 48,5% dos enfermeiros e 45,5% dos médicos, seguido de assistência às necessidades de saúde do Idoso referida por 45,5% dos médicos e dos enfermeiros. Destaca-se ainda, a diretriz referente à manutenção da capacidade funcional, apontada por 36,4% dos enfermeiros. Destaca-se ainda a diretriz referente à manutenção da capacidade funcional apontada por 36,4% dos enfermeiros e 27,3% dos médicos, 18,2% dos agentes e 15,2% dos técnicos (Quadro 5).

Quadro 5 - Distribuição dos 59 entrevistados por categoria, segundo relato das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso, contempladas através de ações desenvolvidas pelas equipes. São Luís, 2006.

Política Nacional de Saúde do Idoso	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Diretrizes desta política*								
Promoção do envelhecimento saudável	155	45,5	16	48,5	06	18,2	06	18,2
Assistência às necessidades de saúde do idoso	15	45,5	15	45,5	07	21,2	06	18,2
Manutenção da capacidade funcional	09	27,3	12	36,4	05	15,2	06	18,2
Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais	07	21,2	10	30,3	03	9,1	05	15,2
Reabilitação da capacidade funcional	04	12,1	07	21,2	03	9,1	02	6,1
Não sabe	03	9,1	02	6,1	05	15,2	04	12,1

* Múltiplas respostas

4.3 Caracterização do planejamento de ações

Pode-se identificar na Tabela 3, que aproximadamente 97,7% dos entrevistados das diferentes categorias referiram planejar suas ações, sendo relevante a frequência do planejamento que ocorre em reuniões mensais – de acordo com 56,3% dos agentes comunitários de saúde, 50,0% dos médicos e enfermeiros e 45,5% dos técnicos de enfermagem. Em relação aos participantes na elaboração do planejamento, 39,4% dos técnicos e 34,4% dos médicos referiram somente envolvimento da equipe, seguido da participação da direção da unidade de saúde além da equipe, segundo 30,3% dos técnicos, 28,1% dos enfermeiros. Verifica-se a referência à abordagem específica aos idosos nas ações planejadas por 100% dos enfermeiros, 96,9 % dos médicos e agentes comunitários de saúde e 93,9% dos técnicos.

Tabela 3 - Distribuição dos 132 entrevistados por categoria, segundo características do planejamento. São Luís, 2006.

Planejamento das ações	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Rotina de planejamento								
Sim	32	97,0	32	97,0	33	100,0	32	97,0
Não	01	3,0	01	3,0	-	-	01	3,0
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0
Frequência do planejamento								
Mensal	16	50,0	16	50,0	15	45,5	18	56,3
Semanal	07	21,9	05	15,6	12	36,4	10	31,3
Trimestral	03	9,4	02	6,3	-	-	01	3,1
Anual	-	-	02	6,3	01	3,0	-	-
Outros	06	18,8	07	21,9	05	15,2	03	9,4
n	32	100,0	32	100,0	32	100,0	32	100,0
Participação na elaboração do planejamento								
Somente a ESF	11	34,4	10	31,3	13	39,4	10	31,3
ESF + direção da UBS	07	21,9	09	28,1	10	30,3	08	25,0
ESF + comunidade + direção da UBS	06	18,8	03	9,4	03	9,1	01	3,1
Enfermeiro + ACS	02	6,3	06	18,8	05	15,2	09	28,1
ESF + comunidade	-	-	-	-	01	3,0	-	-
Outros	06	18,8	04	12,5	01	3,0	04	12,5
n	32	100,0	32	100,0	33	100,0	32	100,0
Planejamento contempla os idosos								
Sim	31	96,9	32	100,0	31	93,9	31	96,9
Não	01	3,1	-	-	02	6,1	01	3,1
n	32	100,0	32	100,0	33	100,0	32	100,0

Identifica-se que dentre as ações planejadas voltadas à atenção a saúde do idoso, destaca-se o “Grupo de Hipertensão e Diabetes”, informado por 71,0% dos técnicos, 67,7% dos ACS, 64,5% dos médicos e 50,0% dos enfermeiros. Houve uma distribuição bem heterogênea nas demais ações referidas pelas diferentes categorias, sendo que 38,7% dos médicos e 61,3% dos ACS referiram “Palestra” como segunda ação, 50,0 % dos enfermeiros

referiram “Visitas Domiciliares”, enquanto 38,7% dos técnicos referiram “Viagens/passeios e festas”, observando-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) (Quadro 6).

No mesmo quadro, pode-se observar que o estado de saúde foi apontado como principal informação para embasamento das ações voltadas aos idosos, segundo 84,3% dos ACS, 68,7% dos enfermeiros e técnicos e 56,2% dos médicos; a faixa etária dos idosos foi o segundo item mais referido por 40,6% dos técnicos; 28,1% dos enfermeiros e 25,0% dos médicos e agentes. Para 31,2% dos enfermeiros o segundo item mais utilizado para elaboração do planejamento diz respeito ao número de idosos da área.

Das atividades planejadas e efetivamente desenvolvidas pelas equipes, destacou-se o “Grupo de Hipertensão e Diabetes” referido por 97% dos enfermeiros e agentes, seguido de “Palestras com foco em doenças” mencionado por 84,8% dos médicos e enfermeiros e por cerca de 77% dos técnicos e ACS e as “Palestras com foco em promoção da saúde” sendo a terceira atividade mais desenvolvida, segundo 75,8% dos médicos, 72,7% dos técnicos, 69,7% dos enfermeiros e 57,6% dos agentes.

Quadro 6 - Distribuição dos 129 entrevistados, segundo características do planejamento de ações voltadas aos idosos. São Luís, 2006

Planejamento das ações	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tipos de ações planejadas*								
Grupo de hipertensão e diabetes	20	64,5	16	50,0	22	71,0	21	67,7
Palestras	12	38,7	01	3,1	09	29,0	19	61,3
Viagens/passeios/festas	09	29,0	-	-	12	38,7	15	48,4
Visitas domiciliares	05	16,1	16	50,0	04	12,9	01	3,2
Imunizações de rotina	04	12,9	-	-	07	22,6	-	-
Atividade física	02	6,5	01	3,1	05	16,1	11	35,5
Outras ações de saúde (fisioterapia, saúde bucal, etc.)	02	6,5	-	-	01	3,2	01	3,2
p < 0,0001								
Informações para elaborar o planejamento								
Estado de saúde	18	56,2	22	68,7	22	68,7	27	84,3
Faixa etária dos idosos	08	25,0	09	28,1	13	40,6	08	25,0
Número de idosos na área	04	12,5	10	31,2	05	15,6	07	21,8
Perfil sócio-econômico	04	12,5	04	12,5	07	21,8	02	6,2
Todas	09	28,1	07	21,8	06	18,7	03	9,3
Outros	02	6,2	01	3,1	03	9,3	01	3,1
Não sabe	04	12,5	-	-	01	3,1	-	-
Atividades desenvolvidas pelo PSF*								
Grupo DIA/HAS	29	87,9	32	97,0	28	84,8	32	97,0
Palestras com foco em doenças	28	84,8	28	84,8	25	75,8	26	78,8
Palestras com foco em promoção da saúde	25	75,8	23	69,7	24	72,7	19	57,6
Imunização de rotina	21	63,6	22	66,7	26	78,8	15	45,5
Viagens/passeios	14	42,4	14	42,4	18	54,5	19	57,6
Caminhada	14	42,4	15	45,5	15	45,5	16	48,5
Treinamento para cuidadores domiciliares	05	15,2	05	15,2	05	15,2	04	12,1
Grupo de conveniência	02	6,1	06	18,2	02	6,1	-	-
Outros	-	-	02	6,1	02	6,1	01	3,0

• Múltiplas respostas

4.4 Caracterização do atendimento ao idoso na Unidade Básica de Saúde

Observa-se no Quadro 7 que, segundo a maioria dos profissionais entrevistados, não existe dificuldade na acessibilidade do idoso à UBS, conforme 81,8% dos técnicos, 75,8% dos médicos, 69,7% dos enfermeiros e 66,7% dos ACS. Dos que referiram haver dificuldade, nota-se que 87,5% dos médicos, aproximadamente 70,00 % dos enfermeiros e agentes e 50% dos técnicos referiram a distância como a principal causa.

Quadro 7 - Distribuição dos 132 entrevistados por categoria profissional, segundo opinião em relação à dificuldade de acessibilidade do idoso à UBS. São Luís, 2006

Acessibilidade à UBS	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Dificuldade na acessibilidade								
Não	25	75,8	23	69,7	27	81,8	22	66,7
Sim	08	24,2	10	30,3	06	18,2	11	33,3
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0
Causa da dificuldade*								
Distância	07	87,5	07	70,0	03	50,0	08	72,7
Estado de saúde do idoso	02	25,0	-	-	02	33,3	02	18,2
Falta de transporte	01	12,5	02	20,0	02	33,3	02	18,2
Ruas acidentadas	01	12,5	-	-	-	-	03	27,3
Grande demanda	01	12,5	-	-	01	16,7	-	-
Falta de interesse da família	-	-	01	10,0	-	-	02	18,2
Falta de preparo da UBS ou ESF	-	-	01	10,0	-	-	-	-

* Múltiplas respostas

Na Tabela 4, observa-se o relato de priorização do atendimento ao idoso, de acordo com 100,0% dos ACS, 97,0% dos médicos e enfermeiros e 93,9% dos técnicos de enfermagem. Dos critérios eleitos para garantir esta prioridade, destaca-se isoladamente à faixa etária conforme 57,6% dos agentes e 40,6% dos médicos, seguido de faixa etária associada ao estado de saúde apontado por 43,8% dos médicos e 35,5% dos técnicos. Na opinião dos enfermeiros as principais informações são as relacionadas exclusivamente ao estado de saúde, segundo 37,5% dos mesmos.

Tabela 4 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo priorização de atendimento ao idoso na Unidade Básica de Saúde. São Luís, 2006

Prioridade de atendimento	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Critério de prioridade								
Sim	32	97,0	32	97,0	31	93,9	33	100,0
Não	01	3,0	01	3,0	02	6,1	-	-
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0
Tipo de critério								
Faixa etária/estado de saúde	14	43,8	09	28,1	13	41,9	09	27,3
Faixa etária	13	40,6	11	34,4	11	35,5	19	57,6
Estado de saúde	05	15,6	12	37,5	07	22,6	05	15,1
n	32	100,0	32	100,0	31	100,0	33	100,0

O ACS é o principal responsável pelo agendamento das consultas dos idosos na Unidade Básica de Saúde, de acordo com 97,0% dos mesmos e 90,9% dos enfermeiros. A livre demanda foi a segunda forma de agendamento mais citada com diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p = 0,0001$). Em relação ao aprazamento dos retornos também são os agentes segundo 87,9% destes, 78,8% dos médicos, 72,7% dos enfermeiros (Quadro 8).

Pode-se ainda constatar que a autorização dos exames dos idosos na Central de Marcação do Município (CEMARC) é realizada principalmente pelos familiares dos mesmos de acordo com 66,7% dos médicos, 60,6% dos ACS, seguido dos próprios idosos apontados por um percentual aproximado de 45,4% dos médicos, técnicos e ACS e por 63,9% dos enfermeiros (Quadro 8).

Quadro 8 - Distribuição dos 132 profissionais, segundo características do atendimento voltado para o idoso, na Unidade Básica de Saúde. São Luís, 2006.

Atendimento na UBS	PROFISSIONAIS								
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Forma de agendamento das consultas*									
ACS	31	93,9	30	90,9	29	87,9	32	97,0	
Livre demanda	04	12,1	07	21,2	08	24,2	01	3,0	
Outro	02	6,1	04	12,1	02	6,1	-	-	
p = 0,0001									
Quem apraza os retornos*									
ACS	26	78,8	24	72,7	21	63,6	29	87,9	
Idoso	05	15,2	02	6,0	01	3,0	01	3,0	
Equipe	03	9,1	05	15,1	06	18,2	-	-	
Familiares	03	9,1	05	15,1	05	15,2	03	9,1	
Quem autoriza os exames									
Familiares	22	66,7	17	51,5	19	57,6	20	60,6	
Idoso	14	42,4	21	63,6	16	48,5	15	45,5	
ACS	05	15,2	01	3,0	11	33,3	01	3,0	
Equipe	01	3,0	02	6,0	01	3,0	01	3,0	

* Múltiplas respostas

Quanto ao fornecimento de medicamentos verifica-se no Quadro 9 que 42,4% dos técnicos e 45,5% dos enfermeiros referiram não haver dificuldades em fornecer medicamentos aos idosos, o que é discordante da opinião de 57,6% dos médicos e 51,5% dos ACS. Os profissionais que referiram haver dificuldades citaram a falta frequente dos medicamentos como a principal causa (75,0% dos ACS e 63,2% dos médicos).

Quadro 9 - Distribuição dos 132 entrevistados, por categoria profissional, segundo opinião em relação à dificuldade no fornecimento de medicamentos. São Luís, 2006

Fornecimento de medicamentos	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Dificuldades para o fornecimento								
Sim	19	57,6	15	45,5	14	42,4	16	48,5
Não	14	42,4	18	54,5	19	57,6	17	51,5
Causas da dificuldade*								
Falta frequente dos medicamentos	12	63,2	05	33,3	04	28,6	12	75,0
Grande demanda	06	31,6	04	26,7	08	57,1	01	6,2
Entraves burocráticos	03	15,8	05	33,3	-	-	05	31,2
Deficiências no repasse da SEMUS	-	-	05	33,3	02	14,3	-	-

* Múltiplas respostas

4.5 Caracterização do atendimento domiciliário ao idoso

Na Tabela 5, nota-se que as equipes trabalham com cronogramas de visitas domiciliárias, o que foi citado por 100,0% dos enfermeiros e técnicos de enfermagem e 97,0% dos médicos e agentes comunitários de saúde, havendo comunicação prévia aos idosos e/ou a seus familiares, segundo cerca de 87,9% dos profissionais das distintas categorias. Para a realização das visitas aos domicílios mais distantes da UBS, observa-se o relato de disponibilidade de meio de transporte por 90,9% dos técnicos, 75,8% dos enfermeiros e 66,7% dos médicos e agentes comunitários de saúde. Quanto à disponibilidade de equipamentos de monitoramento para visitas (esfignomanômetro, glicosímetro e seus insumos e termômetro) 63,7% dos médicos e enfermeiros e 60,6% dos técnicos e 54,6% ACS informam que as equipes possuem estes equipamentos para uso exclusivo nos atendimentos domiciliários.

Tabela 5 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo algumas características do atendimento domiciliário ao idoso. São Luís, 2006

Atendimento domiciliário	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Cronograma de visitas domiciliares								
Sim	32	97,0	33	100,0	33	100,0	32	97,0
Não	01	3,0	-	-	-	-	01	3,0
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0
Agendamento								
Sim	30	90,9	28	84,8	29	87,9	29	87,9
Não	03	9,1	01	3,0	01	3,0	02	6,1
Às vezes	-	-	04	12,1	03	9,1	02	6,0
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0
Transporte								
Sim	22	66,7	25	75,8	30	90,9	22	66,7
Não	07	21,2	07	21,2	03	9,1	07	21,2
Às vezes	04	12,1	01	3,0	-	-	04	12,1
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0
Equipamentos de monitoramento								
Sim	21	63,7	21	63,7	20	60,6	18	54,6
Não	08	24,2	08	24,2	11	33,3	14	42,4
Às vezes	04	12,1	04	12,1	02	6,1	01	3,0
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0

No Quadro 10, verifica-se que apesar dos diversos profissionais corroborarem que o estado de saúde é o principal critério para definição das visitas, notou-se certo dissenso em relação aos outros fatores, sendo, por exemplo, citado por apenas 6,3% dos ACS o aspecto geográfico e nenhum relacionado a fatores socioeconômicos; dentre os técnicos, nenhuma referência foi feita em relação a esses dois últimos fatores. Houve significância nessa variável entre as categorias ($p < 0,0001$).

Visualiza-se ainda no Quadro 10, que as principais orientações fornecidas por ocasião das consultas ou visitas referem-se ao uso de medicamentos (97,0% dos médicos, enfermeiros e técnicos e 84,8% dos agentes comunitários de saúde) e aos cuidados com a

alimentação (100,0% dos técnicos e ACS, 97,0% dos enfermeiros e 90,9% dos médicos). Deve-se destacar as orientações relativas à prevenção de quedas citadas por 48,5% dos médicos, técnicos e enfermeiros e apenas 33,3% dos ACS.

Quadro 10 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo critérios de definição do atendimento domiciliário e orientações fornecidas aos idosos. São Luís, 2006

Atendimento domiciliário	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Critérios de definição de visitas domiciliárias*								
Estado de saúde	31	96,9	31	86,1	33	100,0	32	100,0
Geográfico	03	9,4	02	5,6	-	-	02	6,3
Socioeconômico	02	6,3	-	-	-	-	-	-
Outro	02	6,3	03	8,3	-	-	-	-
p < 0,0001								
Principais orientações*								
Medicamentos	32	97,0	32	97,0	32	97,0	28	84,8
Alimentação	30	90,9	32	97,0	33	100,0	33	100,0
Higiene	26	78,8	22	66,7	27	81,8	24	72,7
Exercícios físicos	23	69,7	23	69,7	21	63,6	21	63,6
Prevenção de quedas	16	48,5	16	48,5	16	48,5	11	33,3
Abandono de hábitos nocivos	11	33,3	14	42,4	11	33,3	04	12,1
Outros	08	24,2	07	21,2	04	12,1	07	21,2

* Múltiplas respostas

4.6 Caracterização das Referências e Contrarreferências

Segundo os entrevistados, a principal conduta em casos que necessitam de referência é acionar o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), cabendo a este serviço a determinação do fluxo do idoso na rede de assistência local - isso foi referido por 60,6% dos médicos e técnicos, 57,6% dos ACS e 54,5% dos enfermeiros. A segunda opção relatada refere-se a encaminhamentos entregues ao idoso ou familiares, deixando o contato com a rede de referência para os mesmos (Tabela 6). Segundo 52,5% aproximadamente de todos os profissionais, sempre há êxito a partir desses dois modos de referência. Vale ressaltar

o relato de interferências nesses fluxos, conforme citado por 51,5% dos enfermeiros, 42,4% dos técnicos, 30,3% dos ACS e 27,3% dos médicos.

Tabela 6 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo caracterização das referências assistenciais. São Luís, 2006

Referência	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	F	%	f	%	f	%
Fluxo de referência								
Após a avaliação comunica ao SAMU	20	60,6	18	54,5	20	60,6	19	57,6
Após avaliação, entrega o encaminhamento para o idoso e/ou família	12	36,4	13	39,4	13	39,4	11	33,3
As famílias já são orientadas a procurarem outros serviços	01	3,0	-	-	-	-	-	-
Não existe protocolo definido	-	-	02	6,1	-	-	03	9,1
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0
Êxito no fluxo de referência								
Sempre	22	66,7	15	45,5	19	57,6	22	66,7
Às vezes	09	09	17	51,5	14	42,4	10	30,3
Nunca	02	02	01	3,0	-	-	01	3,0
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0

A contrarreferência, segundo a maioria dos entrevistados, refere-se à visita somente do ACS ao idoso quando o mesmo retoma de uma Unidade de Referência informação de 78,8% dos ACS, 63,6% dos técnicos, 54,5% dos enfermeiros e 42,4% dos médicos. A visita da equipe ao domicílio do idoso foi referida em torno de 28,3% dos médicos, enfermeiros e técnicos. Chama atenção que apenas 18,2% dos ACS mencionaram a visita da equipe como uma prática cotidiana (Quadro 11).

Quadro 11 - Distribuição dos 132 entrevistados, segundo caracterização da contrarreferência. São Luís, 2006

Contrarreferência*	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Somente o ACS visita o idoso	14	42,4	18	54,5	21	63,6	26	78,8
A ESF faz a visita	09	27,3	10	30,3	09	27,3	06	18,2
Aguarda o idoso na UBS	06	18,2	01	3,0	03	9,1	-	-
Não há protocolo	05	15,2	02	6,1	-	-	-	-
Outros	05	15,2	06	18,2	03	9,1	02	6,1

* Múltiplas respostas

4.7 Caracterização da exposição dos idosos a situações de riscos

Os profissionais entrevistados identificaram e relataram em suas áreas de trabalho algumas situações de riscos as quais estão expostos os idosos, destacando-se a violência domiciliar, apontada por 69,7% dos enfermeiros e 57,6% dos médicos e técnicos de enfermagem, contudo, para 30,3% dos agentes comunitários de saúde esta ocupa o 4º lugar. Segundo 57,6% dos ACS, os acidentes geográficos nas áreas constituem-se na principal situação de risco. A segunda situação de risco mais citada por todas as categorias profissionais foi a ausência de estruturas que facilitem a circulação dos idosos na área, citada por 51,5 % dos ACS, 45,5 % dos enfermeiros, 42,4% dos técnicos e 39,4% dos médicos (Quadro 12).

Quadro 12 - Distribuição dos 132 profissionais, segundo conhecimento da exposição dos idosos a situações de riscos. São Luís, 2006

Situações de risco mais comuns*	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Violência familiar	19	57,6	23	69,7	19	57,6	15	45,5
Ausência de estruturas adequadas à circulação de idosos na área	13	39,4	15	45,5	14	42,4	17	51,5
Acidentes geográficos na área	13	39,4	12	36,4	13	39,4	19	57,6
Violência	06	18,2	11	33,3	14	42,4	10	30,3
Outros	07	21,2	04	12,1	06	18,2	06	18,2

* Múltiplas respostas

A maioria das equipes não possui um plano para enfrentamento das situações de riscos identificadas, fato este referido por 72,7% dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde, 69,7% dos técnicos de enfermagem e 66,7% dos médicos (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo referência a um plano de enfrentamento das situações de riscos identificadas. São Luís, 2006

Existência de Plano de Enfrentamento	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Não	22	66,7	24	72,7	23	69,7	24	72,7
Sim	11	33,3	09	27,3	10	30,3	09	27,3
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0

Observa-se que dentre os profissionais que referiram possuir um plano de enfrentamento das situações de risco, destaca-se o aconselhamento e acompanhamento familiar como principal eixo, conforme referido por 55,6% dos enfermeiros, 45,5% dos médicos, 40,0% dos técnicos. Todavia, para a maioria dos agentes comunitários de saúde (55,6%), o encaminhamento do problema para outro(s) setor(es) foi o principal item citado (Quadro 13).

Quadro 13 - Distribuição dos 39 entrevistados, segundo eixos de abordagem do plano de enfrentamento das situações de riscos. São Luís, 2006.

Eixos do Plano de Enfrentamento das Situações de Risco	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Aconselhamento e acompanhamento familiar	05	45,5	05	55,6	04	40,0	02	22,2
Visitas mais frequentes	-	-	-	-	01	10,0	-	-
Encaminha o problema para outro setor	01	9,1	02	22,2	02	20,0	05	55,6
Ações educativas na comunidade	01	9,1	01	11,1	-	-	02	22,2
Outros	04	36,4	01	11,1	03	30,0	-	-

4.8 Caracterização de parcerias específicas para atenção ao idoso

Na Tabela 8, observa-se que a formação de parcerias foi referida como prática corrente entre as equipes de Saúde da Família, tendo sido relatada por 72,7% dos enfermeiros,

60,6% dos técnicos, 57,6% dos médicos e 51,5% dos ACS. Nota-se que, mais de 50% dos profissionais de todas as categorias estudadas referiram que estas parcerias não são específicas para idoso.

Tabela 8 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo a existência de parcerias específicas para atenção à saúde do idoso. São Luís, 2006

Parcerias	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	F	%
Atividade em parceria								
Sim	19	57,6	24	72,7	20	60,6	17	51,5
Não	14	42,4	09	27,3	13	39,4	16	48,5
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0
Parceria específica								
Não	11	57,9	16	66,7	13	65,0	11	64,7
Sim	08	42,1	08	33,3	07	35,0	06	35,3
n	19	100,0	24	100,0	20	100,0	17	100,0

4.9 Caracterização dos fatores que interferem nas ações voltadas para os idosos

No Quadro 14, observa-se que 66,6% dos enfermeiros, 48,4% dos técnicos e 42,4% dos médicos apontam como fator facilitador da abordagem específica ao idoso as ações e serviços realizados - incluem-se neste item as atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde e pela própria equipe, tais como: visitas domiciliares, gratuidade das ações, coleta de material para exames de rotina feita na própria UBS, referência para unidades de maior complexidade e realização de exames de eletrocardiograma.

Cerca de 40,0% dos agentes comunitários de saúde citaram como principal facilidade para esta abordagem a receptividade dos idosos e/ou familiares, considerando especialmente a aceitação positiva dos idosos e/ou familiares das ações e serviços oferecidos pelo Programa, a assiduidade nas atividades e acessibilidade à família.

Das dificuldades referidas, foi consenso entre 45,4% dos técnicos de enfermagem e 42,4% dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde que o principal entrave refere-se à deficiência no fornecimento de medicamentos, materiais e/ou equipamentos. Para os médicos, a principal dificuldade está relacionada às ações e serviços, nesse contexto encontram-se: a

burocracia para marcação de consultas, exames; demora no recebimento de resultados de exames; excesso de fichas para preenchimento, baixo número de visitas realizadas, deficiência os fluxos de referência e contra-referência. Outro dado que merece destaque é que segundo os enfermeiros a dificuldade relacionada à localização e a estrutura do UBS também foi referida por 42,4% desses profissionais.

Quadro 14 - Distribuição dos 132 entrevistados, segundo relato de fatores que facilitam e dificultam para a execução de ações voltadas à atenção ao idoso. São Luís, 2006.

Fatores que interferem no trabalho	PROFISSIONAIS								
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS		
	f	%	f	%	f	%	F	%	
Fatores que facilitam									
Conjunto de ações ou serviços já executados	14	42,4	22	66,6	16	48,4	11	33,3	
Integração da equipe	11	33,3	11	33,3	08	24,2	11	33,3	
Receptividade dos idosos e/ou familiares	08	24,2	16	48,4	09	27,2	13	39,3	
Disponibilidade de medicamentos, materiais, equipamentos	07	21,2	04	12,1	08	24,2	02	6,0	
Características dos profissionais	05	15,1	01	3,0	03	9,0	07	21,2	
Localização e estrutura adequadas da UBS	03	9,0	05	15,1	05	15,1	01	3,0	
Apoio da direção/SEMUS/parcerias	01	3,0	03	9,0	-	-	05	15,1	
Disponibilidade de transporte	01	3,0	05	9,0	02	6,0	03	9,0	
Fatores que dificultam*									
Deficiência no fornecimento de medicamentos, materiais e/ou equipamentos	11	33,3	14	42,4	15	45,4	14	42,4	
Ações ou serviços já executados	12	36,3	10	30,3	10	30,3	10	30,3	
Falta de profissionais	09	27,2	04	12,1	08	24,2	06	18,1	
Localização e estrutura da UBS inadequados	09	27,2	14	42,4	11	33,3	13	39,3	
Deficiência no serviço de transporte	08	24,2	11	33,3	12	36,3	06	18,1	
Deficiência na capacitação da equipe	05	15,1	02	6,0	06	18,1	06	18,1	
Idosos e familiares não receptivos	05	15,1	08	24,2	05	15,1	01	3,0	
Dificuldades sócio-econômicas da população e/ou da área	04	12,1	02	6,0	05	15,1	02	6,0	
Apoio insuficiente da Direção/SEMUS/MS	03	9,0	04	12,1	02	6,0	04	12,1	

Dos profissionais entrevistados, mais da metade auto-atribuíram a sua equipe o conceito Bom em relação ao desenvolvimento de ações voltadas à atenção à saúde do idoso,

(66,7% dos enfermeiros, 57,6% dos técnicos e ACS e 51,5% dos médicos). O conceito Regular foi atribuído, por cerca de 30,0% das quatro categorias pesquisadas.

Tabela 9 - Distribuição dos 132 profissionais entrevistados por categoria, segundo conceito autoatribuído às atividades desenvolvidas pelas equipes voltadas à saúde do idoso. São Luís, 2006.

Autoconceito	PROFISSIONAIS							
	Médicos		Enfermeiros		Técnicos		ACS	
	f	%	f	%	f	%	F	%
Bom	17	51,5	22	66,7	19	57,6	19	37,6
Regular	11	33,3	10	30,3	11	33,3	10	30,3
Excelente	04	12,2	01	3,0	03	9,1	04	12,1
Ruim	01	3,0	-	-	-	-	-	-
n	33	100,0	33	100,0	33	100,0	33	100,0

A partir dos resultados encontrados na presente pesquisa, observou-se que apesar dos profissionais do Programa Saúde da Família de São Luís referirem participação em processos de qualificação nos últimos anos, os de nível médio (principalmente o técnico de enfermagem) têm sido os menos envolvidos nessas - chama atenção o pequeno percentual (menos de 30% dos profissionais de todas as categorias) que relata ter recebido treinamento com abordagem específica à saúde do idoso, sendo a maior parte em capacitações referentes à hipertensão e diabetes - isso representa um percentual pequeno de profissionais treinados para abordagem de duas ações estratégicas definidas como eixo prioritário pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001). Dos profissionais de nível superior que referiram especialização na área, foi considerada a Especialização em Saúde da Família, da qual consta o módulo sobre idoso.

Esses dados vão de encontro ao que a literatura destaca como ausência de sintonia da maioria das Instituições de Ensino Superior do Brasil com o atual processo de transição demográfica e suas consequências, isto representado pela escassez de conteúdos sobre esta temática nos currículos, a falta de campos específicos para a prática, além da inexperiência do corpo docente nos cursos de graduação da área de saúde (CABRERA et al., 2000; CAMACHO, 2002).

Segundo Diogo (2004), especificamente nas escolas de graduação em enfermagem, existe um número escasso de docentes envolvidos em programas de mestrado ou doutorado, desenvolvendo pesquisa ou estudando enfermagem gerontológica. O autor refere ainda que a maioria dos professores dos cursos de graduação ensina conteúdos sobre esse tema a partir da sua experiência ou conhecimentos adquiridos em auto-estudo e educação continuada.

Em outra pesquisa de Diogo e Duarte (1999), observou-se que 87,7 % dos cursos de graduação em enfermagem abordam conteúdos gerontológicos em seus currículos, porém de forma heterogênea quanto à inserção, carga-horária e temáticas, o que afeta a qualidade lógica do programa, na medida em que o assunto só aparece de forma limitada ou coadjuvante a outros considerados mais significativos.

Pesquisa realizada por Leonar (2004) sobre a formação gerontológica do técnico em enfermagem, concluiu que existe deficiência na formação desses profissionais no que se refere ao cuidado à população idosa - podendo-se atribuir a pouca qualificação nesta área do conhecimento dos profissionais que participam de seu processo de formação.

A Política Nacional de Saúde do Idoso estabelece em suas diretrizes a capacitação de recursos humanos especializados, sendo necessário que haja integração entre os serviços de

saúde e as Instituições de Ensino Profissional e Superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para o alcance e viabilidade da referida diretriz. (BRASIL, 1999). Lembrando ainda que a permanente capacitação e formação dos profissionais garante uma atenção básica competente, humanizada e resolutiva (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

Para Veras (2003), existe uma enorme carência de profissionais treinados, com formação específica nesta área, inclusive destacando que na Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) pouco mais de 500 médicos são reconhecidos como especialistas em geriatria, para atender uma demanda de cerca de 15 milhões de idosos em todo o Brasil. Obviamente que existem muitos profissionais atendendo adequadamente o idoso, sem necessariamente possuir pós-graduação na área, mas isto não deve permear discursos que aspiram um melhor atendimento ao idoso por todas as suas especificidades.

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, cabe às três esferas do Governo proporcionar meios que garantam a capacitação dos profissionais do SUS, o que será fator determinante para possibilitar o atendimento de todas as outras diretrizes que dependem de profissionais qualificados para o seu cumprimento (BRASIL, 1999). Portanto, cabe aos gestores municipais e estaduais o desenvolvimento de capacitações nesta área para os componentes das equipes e o estabelecimento de parcerias com as Universidades no sentido de aperfeiçoar a assistência prestada.

A estratégia para garantir a política de recursos humanos para o SUS tem constantemente feito parte das pautas do Ministério da Saúde que, junto com o Conselho Nacional de Saúde, tem elaborado proposições e estratégias a partir da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS) - em 2003 foi publicada a sua segunda versão, encontrando-se, entretanto, em processo de consolidação, com a certeza de que sua efetivação em muito contribuirá para o desenvolvimento da educação permanente para os profissionais de saúde que terá reflexos na qualidade da atenção, inclusive a parcela crescente de idosos.

Para Garcia et al. (2006) as atividades voltadas para os idosos só terão impacto sobre a qualidade de vida dos mesmos se os profissionais estiverem devidamente capacitados, para interdisciplinarmente oferecer uma boa atenção à saúde dos mesmos.

Um exemplo disso é a avaliação do idoso baseada na crença de que os diversos sinais e sintomas apresentados pelos mesmos cabem em um único diagnóstico, como ocorre na maioria das vezes, com a população jovem. Segundo Paixão Júnior e Reichenheim (2005) a história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um

levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso - a prática clínica geriátrica deve eleger a qualidade de vida como foco de atenção e conter também uma ampla avaliação funcional em busca de possíveis perdas. Os autores ressaltam que uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente com objetivo de manter as pessoas nos seus lares e com preservação máxima das suas capacidades funcionais.

Portanto, os profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica devem estar capacitados para se adequarem a essas necessidades (FELICIANO et al., 2004; FLORIANO, 2004; SILVA, 2004).

Estudo desenvolvido por Polaro (2001), que buscava investigar a qualidade do atendimento ao idoso em uma unidade básica de saúde do município de Belém, concluiu que dos fatores determinantes da insatisfação com os serviços prestados, encontrava-se além da falta de medicamentos, a dificuldades no relacionamento com profissional de saúde, o que segundo a pesquisadora, apesar de não chegar a comprometer a qualidade do atendimento, indica a necessidade de implementação de treinamento dos recursos humanos para lidar com a população idosa.

Para iniciar a discussão referente às ações desenvolvidas no cotidiano dos entrevistados, faz-se necessária uma reflexão prévia sobre o desconhecimento por grande parte dos entrevistados, principalmente os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde acerca da Política Nacional de Saúde do Idoso – isso pode configurar-se em um primeiro entrave para incorporação de novas práticas voltadas para o idoso no âmbito da atenção básica. Desta forma, seria de extrema relevância o desenvolvimento por parte das Secretarias estaduais e municipais de Saúde de processos de educação permanente, para socialização da referida Política e suas diretrizes, de modo a permitirem uma ampla discussão e sua implantação junto a Estratégia de Saúde da Família, possibilitando conseqüente melhoria na assistência prestada aos idosos.

Os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na rede de atenção básica, devem ser alvo de treinamento e capacitação continuados para se adequarem às necessidades da população idosa, não sendo aceitável uma capacitação meramente focada no biológico, no técnico, isso representaria um retrocesso no modelo assistencial que se almeja e necessita (FELICIANO et al., 2004; FLORIANO, 2004; SILVA, 2004).

Pesquisa realizada por Bezerra et al. (2005), no município de Camaragibe em Pernambuco, cujo propósito era analisar as principais concepções dos agentes comunitários de

saúde sobre o processo de envelhecimento, identifica que para os mesmos a maior parte dos problemas seriam resolvidos com a efetivação da Política pelo município.

Com os resultados encontrados no presente estudo, deve-se destacar a necessidade do município de São Luís em desenvolver iniciativa semelhante para que sejam definidas estratégias de enfrentamento do crescimento demográfico e demandas por serviços da população idosa, garantindo uma atenção resolutiva e eficiente. Um dos primeiros passos seria a divulgação da PNSI e o estabelecimento da sua relação com o propósito da Estratégia Saúde da Família.

No aspecto relacionado ao cotidiano das ações de trabalho dos profissionais do PSF de São Luís, a partir dos relatos dos entrevistados constatou-se que as equipes têm a rotina de planejar as ações em reuniões que ocorrem frequentemente com a participação de todos os componentes da equipe. Trabalho realizado por Holanda (2004), chegou à conclusão da importância de realizar reuniões com participação de toda equipe, não meramente para atender a solicitação da Coordenação do Programa, mas por proporcionar ao grupo momentos de reflexão permitindo a construção coletiva do planejamento, sendo esse pautado nas reais necessidades da área e da população em que atuam.

Contudo, a referência ao envolvimento de todos os componentes da equipe na definição das ações a serem executadas não é corroborada por dados encontrados em pesquisa realizada por Silva (2005), que observou que o planejamento é realizado de forma individualizada com cada profissional de nível superior definindo suas ações e programando suas atividades, socializado-as na reunião semanal, da qual todos os membros da equipe participam – especial destaque é dado a referência de que os demais membros, especialmente os agentes comunitários, não se sentem à vontade para opinar com relação ao que é apresentado na referida reunião.

Segundo os entrevistados, durante a atividade de planejamento em São Luís não é comum o envolvimento da comunidade, estes dados estão em concordância com o estudo realizado por Crevelim (2005) que concluiu que na relação direta e cotidiana do usuário com serviço ou com o trabalhador, não é permitida a participação do mesmo na construção do projeto ou plano assistencial comum. Desta forma as equipes continuam “trabalhando para dentro”, repetindo o modelo de “pensar por”, “planejar por” e “decidir por”, ao invés “pensar com”, “planejar com” e “decidir com”.

Para Campos (2003), o estabelecimento de ações intersetoriais deve permitir que, em cada área, surjam contribuições para a solução dos problemas de saúde, devendo estas emergir de discussões comunitárias, de modo que esta interação entre serviço e usuários será

fundamental para que o planejamento venha atender às reais demandas da comunidade da área a ser atendida. Para Silva (2004), deve ser sempre lembrado que a equipe é quem faz a intermediação entre a Unidade de Saúde e o usuário, cabendo-lhe o papel de colher informações importantes para o planejamento das ações e serviços, estabelecendo prioridades, além de propor reformulações das políticas, quando necessário. Portanto, para que haja um planejamento eficaz, é imprescindível a participação de todos os componentes das equipes, com direito a vez e voz, bem como da Direção da unidade e comunidade, através dos seus representantes.

Em relação à inclusão dos idosos nas ações planejadas, pesquisa desenvolvida por Garcia et al. (2006) identificou que os idosos são incluídos nas atividades planejadas pelas equipes, segundo discurso dos coordenadores das Unidades, justificando que este cuidado era tomado “pela característica da pirâmide da população do território ...”, o que coincide com os dados encontrados em São Luís.

Analisando as questões das informações que subsidiam o planejamento das ações para os idosos, o destaque dado ao estado de saúde desse grupo populacional revela a falta de enfoque no atendimento à capacidade funcional do idoso.

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção que regra, apesar disso, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente. O idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar suas AVDs (Atividades de Vida Diárias) no seu cotidiano, deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas (Portaria GM/MS nº 1395/99).

Decorre desta lógica, o conceito de capacidade funcional, que é mais apropriado “para determinar o estado de saúde do idoso – capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Ainda na PNSI, há referência de que as ações que devem permear a atenção à saúde do idoso devem ser preventivas, assistenciais e de reabilitação da capacidade funcional, primando por sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação da capacidade perdida. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas (Portaria GM/MS nº 1395/99) (VERAS, 2001).

A formação e acompanhamento de grupo de Hipertensão e Diabetes foram citados como principal ação planejada e executada, segundo os profissionais entrevistados, entretanto apesar de atender as determinações da NOAS 2001/2001, que as aponta como eixos

prioritários de atenção, não contemplam as orientações da PNSI, considerando a amplitude de atenção exigida pela mesma.

A indicação das palestras com foco em doenças como parte do grupo de ações mais executados converge com os dados da pesquisa de Silva (2004) cujo objetivo foi analisar um Programa de Atenção à Saúde do Idoso em nível ambulatorial em Manaus. A autora verificou que nas palestras ministradas os temas escolhidos versavam em geral sobre “[...] hipertensão, diabetes e outras doenças.”

Assim, pode-se considerar que as atividades específicas para idosos ainda são restritas, o que é corroborado por pesquisa realizada por Garcia et al. (2006) que referem que as atividades são direcionadas a toda população, sendo as mesmas: consultas, acolhimentos, procedimentos em geral, grupos educativos e atendimento domiciliário, ressaltando-se que a demanda das duas últimas atividades é composta principalmente por idosos.

Cabe a Equipe de Saúde da Família, portanto planejar, organizar e desenvolver ações de foco individual, mas também coletivo, sempre com o cuidado de reavaliar os produtos das suas ações. Para tanto, é necessário que tenha uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, valendo-se de uma prática tecnicamente competente e humanizada (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

Para o Ministério da Saúde (2002) o profissional de uma unidade básica de saúde, da nova estratégia, deve atuar nos fatores que alteram o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo a saúde em seu sentido mais amplo. Para tanto, ele deve buscar conhecer detalhadamente a realidade das famílias que moram em sua área de abrangência, incluindo seus aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais para definição das suas ações.

No que diz respeito ao acesso do idoso na Unidade Básica de Saúde, pode-se, então, considerar que em São Luís a organização do fluxo das demandas segue as determinações do Ministério da Saúde configurando-se o Programa de Saúde da Família como porta de entrada para o sistema de saúde, cabendo principalmente aos agentes comunitários de saúde as atividades de identificação das necessidades e encaminhamento para Unidade de Saúde, através da marcação de consultas e retornos. A marcação de exames, por sua vez foi citada como atividade realizada pelos idosos ou seus familiares, e conforme observaremos posteriormente, será apontada como um dos fatores de entrave para atenção à saúde do idoso (ACURCIO, 2004).

A garantia de prioridade de atendimento para a pessoa idosa foi referida por quase 100,0% de todos os profissionais, o que coincide com o que determina a Lei 8.842/94, em seu artigo 4º, inciso VIII, e o artigo 17, do Decreto nº 1948/96, que a regulamentou. Em pesquisa realizada por Silva (2004) foi observado que apesar dos próprios idosos estarem cientes do direito ao atendimento prioritário, estes, muitas vezes chegam muito cedo às Unidades de Saúde para garantir o atendimento, o que representa um contra-senso.

Veras (2003) realizou um estudo que tinha como objetivo propor fluxo de acesso e definição de prioridades para os idosos atendidos em uma rede ambulatorial no Rio de Janeiro – utilizando protocolo anteriormente proposto por Boulton et al. (1994) que considerou os seguintes fatores de risco para internações: idade, sexo, disponibilidade de cuidador, autopercepção da saúde, presença de doença cardíaca, presença de diabetes mellitus, pernoite hospitalar e consultas médicas nos últimos doze meses. Dessa forma, pode ser observada a determinação de prioridade de atendimento aos idosos a partir de seu estado de saúde e faixa etária, sendo priorizado os com estado de saúde compatível com estágio mais avançado de fragilização, possibilitando uma hierarquização de atenção a estes indivíduos.

Em uma de suas primeiras publicações, Donabedian (1973) definiu acessibilidade o um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde.

Considera-se prudente a utilização desses itens para definição de prioridade, já que o processo de envelhecimento não se dá de forma homogênea para todos os indivíduos e nem sempre o indivíduo mais idoso é o que está necessitando de mais atenção.

Na rotina de atendimento domiciliário, a referência a um cronograma de visitas foi relevante e o estado de saúde configura-se como principal critério para definição da prioridade de visita aos idosos, sendo consideradas principalmente dificuldades relacionadas à locomoção (acamados, sequelados, entre outros). Estes dados coincidem com os encontrados por pesquisa realizada por Garcia et al. (2006), que identificaram que todas as sete UBS do Distrito de Saúde Noroeste de Campinas/SP realizam atendimento domiciliário e utilizam

como critério para inclusão “a impossibilidade de locomoção, pela presença de incapacidades e dependência.” Coincide igualmente com as normas do Programa Saúde da Família que determina como uma das atribuições da equipe, a realização de visitas domiciliárias de acordo com o planejamento (BRASIL, 2001).

Conforme o Ministério da Saúde, as ações de saúde realizadas no domicílio, incorporam as seguintes características: incluem ações sistematizadas, articuladas entre si e regulares; estão pautadas nas ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde; destinam-se a atender as necessidades de saúde de um determinado seguimento populacional com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária; desenvolvem-se por meio de um trabalho de equipe; utiliza-se de conhecimento e poucos equipamentos; devem ser desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família ou por outros profissionais que estejam desenvolvendo suas atividades na atenção básica (BRASIL, 2003).

A visita domiciliária representa uma das melhores estratégias que equipe de saúde pode utilizar para identificação das necessidades do idoso, de seus familiares e do seu ambiente, visando à prevenção de agravos através de intervenções precoces sobre situações de risco que possam comprometer a saúde e a capacidade funcional do mesmo, de modo a manter sua independência, o convívio familiar e a qualidade de vida pelo maior tempo possível. Deverão ser priorizados para esta ação idosos que vivenciem as seguintes condições: portadores de múltiplas afecções crônicas; que apresentam internações frequentes; têm 85 anos ou mais, residem sozinhos; que apresentam distúrbios cognitivos; que sofreram acidentes/quedas nos últimos seis meses; que usam vários fármacos e não apresentam uma adesão terapêutica satisfatória e os que não possuem uma rede de apoio social ou ela não é efetiva (DIOGO e DUARTE, 2002).

Considerando a Portaria nº 73 de 10 de maio de 2001, que regulamenta sobre o funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, a Assistência Domiciliária ou Atendimento Domiciliário é aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas a aumentar a autonomia para que a mesma possa permanecer vivendo em sua residência pelo maior tempo possível; prevenir situações que aprofundam o risco da perda de independência; criar ou aprimorar hábitos saudáveis, como exemplo, os relacionados à higiene, à alimentação, à prevenção de quedas ou acidentes; acompanhar o idoso com afecções crônicas e suas sequelas, não tendo, portanto, caráter emergencial.

Na presente pesquisa, observou-se que as equipes definem os idosos que serão visitados utilizando basicamente duas informações, que são as relacionadas à faixa-etária e ao estado de saúde, contudo se as mesmas levassem em conta todos os fatores que foram

indicados por Diogo e Duarte (2002) e pela Portaria nº 73/2001, provavelmente outros idosos passariam a compor o grupo que recebe a assistência domiciliária com frequência e conseqüentemente teriam aumentadas suas chances de recuperação e/ou manutenção da suas capacidades funcionais.

Segundo os profissionais estudados, a referência de idosos fragilizados para serviços de maior complexidade, não demonstrou ser uma prática desenvolvida na sua plenitude, à medida que se destacou como principal ação das equipes de São Luís, o contato com a SAMU, que assume a responsabilidade de transportar o idoso, encaminhando-o de maneira segura para um serviço de urgência. Contudo, percebe-se que as necessidades inerentes às internações por complicações das doenças crônico-degenerativas, sem características de urgência ou emergência, não são contempladas por aquele serviço, o que conseqüentemente interfere no prognóstico do idoso e na qualidade da atenção prestada.

A Portaria GM/MS nº 702/2002, que trata sobre as redes estaduais de atenção à saúde do idoso determina no art. 4º que:

[...] uma vez definida a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, as Secretarias de Saúde estabeleçam os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes idosos e, ainda, adote as providências necessárias para que haja uma articulação assistencial entre Rede constituída e a rede de atenção básica e o Programa Saúde da Família.

Por conseguinte, observou-se que os profissionais das equipes de São Luís não demonstraram conhecer nenhuma rede de apoio para encaminhar os idosos, bem como não referiram possuir um protocolo específico para definição adequada do fluxo assistencial. Sendo assim, estes dados coincidem com os encontrados pelo Ministério da Saúde na pesquisa sobre a avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, que observou que o apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada, ainda foram insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo referido Programa, sendo na concepção do MS, que essa falta de equidade no acesso entre estados e regiões reitera a situação já conhecida da oferta desordenada dos serviços de maior complexidade e aponta para a necessidade de estruturação da rede do SUS, implementando o controle e a regulação do sistema (BRASIL, 2004).

Corroborar igualmente com pesquisa realizada por Estorilio (2003), que buscava analisar o consumo efetivo dos serviços de saúde utilizados por uma população de uma área coberta pela equipe de saúde da família e concluiu que os encaminhamentos para as especialidades, os exames complementares e as internações são as grandes dificuldades encontradas pela equipe de saúde da família selecionada para o seu estudo.

Vale lembrar que uma das atribuições da Estratégia Saúde da Família é garantir o acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para aqueles com problemas mais complexos ou que necessitem de internações hospitalares (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

Em contrapartida, o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) orienta que para que o PSF consiga alcançar seus propósitos é necessário que os municípios se organizem e estejam preparados para atuar de forma regionalizada e hierarquizada, dando soluções aos problemas mais comuns e mais frequentes na saúde da sua população e definindo para onde encaminhar os casos que exigem atendimento especializado.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) afirma ainda que para os profissionais desempenharem bem seu papel é imprescindível que os mesmos disponham da oferta de medicamentos, exames complementares, locais apropriados para os atendimentos e para encaminhamento de partos, internações hospitalares e os casos de urgência e emergência.

Como citado anteriormente, a referência citada na PNSI está relacionada a uma rede de suporte que engloba os chamados Centros de Referência em Assistência à saúde do idoso que diz respeito a um hospital que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada. Devendo dispor além do serviço de internação, de ambulatório especializado em saúde do idoso, Hospital-Dia Geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade, e principalmente a capacidade de se constituir em referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso. Segundo o Ministério da Saúde, no Maranhão existe a necessidade de dois Centros de Referência (BRASIL, 2002).

A principal conduta tomada pelas equipes, quando um idoso retoma de um serviço de referência é a visita do ACS (a equipe só faz a visita, caso o mesmo julgue necessário ou observe algum problema); essa rotina poderá em algum momento trazer consequências indesejáveis à medida que o agente de saúde pode não estar preparado para proceder a avaliação, acompanhamento e orientações pós-alta, sendo pertinente à visita dos profissionais médico e/ou enfermeiros para adequada assistência e orientação quanto aos cuidados no domicílio.

Convencionaram-se, nos países onde o conhecimento gerontológico está bastante avançado, que há sistemas de apoio formais e informais para desenvolver cuidados com as pessoas que envelheceram e que, de alguma forma, perderam a sua capacidade funcional. Os sistemas formais são geralmente, institucionais e profissionais e os sistemas informais são

realizados pelas famílias, pelos parentes e amigos e por pessoas próximas que desenvolvem o papel de cuidadores (BRASIL, 2002).

Segundo Caldas (2003), o Programa Saúde da Família pode ser uma estratégia eficiente para a solução do problema representado pelo envelhecimento com dependência, mas seria necessário que a questão do cuidado ao idoso dependente fosse incorporada pelo programa de forma específica, incluindo previsão de financiamento das ações e estabelecimento de uma rede de suporte institucional. A autora considera ainda que o cuidador informal deveria ser visto como um agente de saúde, no que diz respeito a ser alvo de orientações direcionadas para prestar um cuidado adequado ao idoso, incluindo medidas preventivas para evitar a dependência precoce.

Mesmo com a existência do cuidador informal, cabe aos profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família acompanhar a evolução das pessoas idosas que foram encaminhadas a outros serviços até sua total recuperação e/ou reabilitação, bem como a toda equipe garantir que os cuidadores informais desempenhem a sua função de forma adequada e segura (SILVESTRE e COSTA NETO, 2003).

Como se verificou anteriormente uma das vantagens encontradas nas visitas domiciliares é a possibilidade de serem identificadas às situações de risco a que os idosos estejam expostos, muitas vezes sequer percebida pelos mesmos ou seus familiares. Nas áreas das equipes sorteadas para o presente estudo, destacaram-se as seguintes situações de riscos: a violência domiciliar, apontada por enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem e os acidentes geográficos na comunidade referidos pelos agentes comunitários de saúde.

Em relação à existência de um plano de enfrentamento destas situações, observou-se que a maioria das equipes que participou da pesquisa do PSF de São Luís não possui uma iniciativa neste sentido. Esse dado não atende ao que determina a Estratégia Saúde da Família, que afirma que cabe à equipe elaborar, com a participação da comunidade, um plano de enfrentamento dos fatores e problemas identificados que coloca em risco a saúde da população (BRASIL, 2001).

“Violência” é um conceito referente aos processos e as relações sociais de grupos, classes, gênero ou determinadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais (MINAYO, 2003).

Ainda segundo Minayo (2003), a violência contra idosos é também denominada de maus-tratos ou abusos e refere-se aos abusos físicos, psicológicos e sexuais; assim com ao abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligência. A negligência por sua vez se

configura em recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em oferecer os cuidados de que necessita, sendo esta uma das formas mais comuns de violência tanto no ambiente domiciliar quanto em institucional.

Para Minayo e Coimbra Jr. (2002), nada se iguala aos abusos e negligências no interior dos próprios lares, normalmente causados por choque de gerações, problemas de espaço físico, dificuldades financeiras que costumam se somar a um imaginário social da velhice como estado de “decadência”.

Pesquisa realizada por Melo et al. (2006), buscando descrever a situação de maus tratos contra idosos no município de Camaragibe - Pernambuco, detectou que sessenta e seis idosos de 315 idosos referiram sofrer maus-tratos. Desses, 65,2% eram do sexo feminino. O tipo de violência mais comum foi a psicológica (62,1 %), seguida da física (31,8%), cometidas pelos familiares dentro do próprio domicílio.

O Estatuto do Idoso em seu art. 10º, § 2º define que: “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.” E determina no § 3º do mesmo artigo que: “É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.”

Segundo o Ministério da Saúde, os processos de violência no meio familiar devem ser identificados e abordados de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores e de acordo com os preceitos legais e éticos existentes (BRASIL, 2001).

Na pesquisa ora apresentada, constatou-se que as equipes de saúde de São Luís, trabalham com parcerias, entretanto, somente 36,4% destas são relacionadas a idosos.

Segundo o Ministério da Saúde, a equipe de saúde da família deverá desenvolver suas ações, envolvendo a participação da comunidade, estabelecendo laços de parceria na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de suas ações. Para tanto, é necessária a participação de conselhos, igrejas e templos dos mais diferentes credos, associações, os vários tipos de organizações não-governamentais (ONGs), clubes e entidades de todos os gêneros (BRASIL, 2001).

Floriano (2004) fez uma pesquisa que tinha como objetivo conhecer o perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do Centro de Saúde de Sousas, município de Campinas em São Paulo, concluiu, entre outras coisas, que para que a equipe possa oferecer uma assistência aos idosos diferenciada é necessário que esta promova ações

intersetoriais e estabeleça parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados na população idosa, além da fomentação da participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais.

No presente trabalho buscou-se inclusive identificar fatores que interferem nas atividades cotidianas dos profissionais entrevistados, sendo referidos como fatores que facilitam a atenção à saúde do idoso às próprias ações e serviços já realizados pelas Equipes, ACS ou pelas Unidades de Saúde, sendo que as principais dessas foram: as visitas domiciliares, as coletas de materiais para exames de rotina, as referências para Unidades mais complexas, a realização de exames de eletrocardiograma, bem como a gratuidade desses serviços.

Contudo, para 33,3% dos agentes comunitários de saúde esta facilidade ficou como segunda opção, que atribuíram fatores relacionados à receptividade dos idosos e/ou familiares como o principal, que diz respeito à aceitação dos idosos e/ou familiares das ações e serviços oferecidos pelo Programa, à assiduidade nas atividades realizadas pela equipe e acessibilidade a família.

Estes últimos dados coincidem com os encontrados em pesquisa realizada por Pedrosa e Telles (2001) em Teresina - Piauí que identificaram como facilidade para o desenvolvimento das ações das equipes, a valorização do trabalho dos ACS pela comunidade assistida, através do reconhecimento da sua participação na melhoria de indicadores de saúde da comunidade, sendo exemplos: a diminuição da mortalidade infantil e de adultos, queda na incidência de diarreia após utilização do hipoclorito de sódio na água; a visita do médico em casa; as campanhas de prevenção de câncer, entre outros. Essas eram expressas através de manifestações como comemorações, homenagens pelas organizações locais, cooperação das pessoas e a possibilidade da participação na dinâmica das famílias assistidas.

Para Garcia et al. (2006) o trabalho dos agentes comunitários de saúde possibilita o acolhimento dos idosos, traduzindo suas necessidades e criando “laços” entre as equipes e as famílias acompanhadas, num território comum, sendo estes fundamentais na construção dos projetos terapêuticos multiprofissionais e na articulação de apoios sociais.

A facilidade no acesso às famílias identificada na presente pesquisa é contrária aos dados detectados em pesquisa realizada por Protti (2002) que revelou que a dificuldade com as famílias dos idosos era uma constante nos fatores que dificultavam o trabalho das equipes do PSF do Distrito Oeste de Ribeirão-SP, isto devido à falta de comprometimento e

responsabilização no acompanhamento do idoso pelos seus familiares, sobrecarregando as equipes.

Em relação às dificuldades referidas pelas categorias de enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, foi consenso que a principal delas está voltada para a deficiência no fornecimento de medicamentos, materiais e/ou equipamentos.

A falta de medicamento referida no presente estudo chamou especial atenção em virtude de ter sido negada esta dificuldade no momento em que esta pergunta foi diretamente formulada, mas este fator surgiu posteriormente como uma das dificuldades referidas. Sendo assim, neste último aspecto, há coincidência com os dados encontrados no relatório de pesquisa coordenado por Acurcio et al. (2004), que tinha o propósito de determinar o perfil de utilização de medicamentos por aposentados brasileiros onde 71,80 % referiram ter algum gasto com medicamentos nos últimos 30 dias, sendo que 47,61 referiram ter gasto < ½ salário mínimo. Foi observado ainda, que quanto ao local de obtenção dos medicamentos, 74,3 % dos idosos adquiriam os mesmos em farmácia comercial, enquanto que apenas 18,2 % referiram ter recebido em farmácias do SUS. A falta do medicamento fornecida pelo SUS foi, portanto citada como principal problema na referida pesquisa.

A deficiência na distribuição dos medicamentos básicos para a população coberta por Equipes de Saúde da Família foi também citada em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (2004), que apesar de ter adotado a premissa de apenas existir a medicação na Unidade de Saúde sem aprofundar o aspecto relacionado à suficiência, concluiu que não existe nas Unidades pesquisadas, disponibilidade completa dos itens da farmácia básica e assistência terapêutica sendo, portanto observados percentuais baixos dos itens do elenco mínimo.

Dados semelhantes foram encontrados por Bezerra (2005) que detectou em sua pesquisa que o fornecimento de medicamentos pelo Programa Saúde da Família não atendia a necessidades da população assistida.

No que se relaciona ao déficit no fornecimento de materiais, estes dados diferem dos encontrados por pesquisa realizada em 2002 pelo Ministério da Saúde que identificou um baixo percentual de materiais considerados inexistentes (5%) ou insuficientes (15%), exceto para fios de sutura (50,5%) e baixo percentual de equipes não dispunham de equipamentos para suas ações, sendo os mesmos: balanças de adultos (6,8%), termômetro (7,4%), estetoscópio (4,7%); esfigmomanômetro (5,1%), estando apenas o glicosímetro indisponível em 37,4% das equipes, estes dados diferem dos encontrados na presente pesquisa, onde esta deficiência foi referida por grande parte dos entrevistados das diferentes categorias profissionais.

De acordo com os médicos entrevistados, as ações e serviços representam as principais dificuldades das equipes, neste contexto se encontram: as burocracias para marcação de consultas, exames e demora no recebimento dos resultados dos mesmos, demora no recebimento de alguns medicamentos, excesso de fichas para preenchimento, baixo número de visitas realizadas, deficiência no fluxo das referências e contra referências.

Pedrosa e Teles (2001) referiram em sua pesquisa que dos temas que geraram maiores conflitos entre os médicos, enfermeiros e agentes comunitários, a organização do agendamento e referência a serviços mais complexos tiveram especial destaque, apesar dos idosos fazerem parte dos atendimentos preferenciais. Em se tratando dos agendamentos, isto talvez tenha representado ponto de discussão em virtude de existir no local da pesquisa formas de agendamentos das consultas diversificadas, como por exemplo: a notificação carimbada, com cotas de encaminhamento para cada agente; marcação de consultas feita pelo agente; marcação de consulta feita pela família, em que o agente apenas avisa sobre a necessidade de procurar a USF.

A visita domiciliar, como já foi discutida anteriormente, representa o ponto alto no acompanhamento do idoso e sua família, cabendo a equipe de saúde conduzir de forma adequada a relação com o idoso/cuidador/família, de tal modo que torne possível uma relação onde haja exposição clara sobre as metas de curto, médio e longo prazo para que o idoso atinja os objetivos propostos no plano terapêutico. Para Duarte e Diogo (2000) estas metas serão atingidas a partir do momento em que exista entre os diversos atores um conhecimento e uma construção compartilhada, do contrário não será possível atingir os objetivos propostos. Neste sentido, pode-se considerar que a preocupação dos médicos entrevistados com o número de visitas realizadas, associado às condições oferecidas para realização do plano terapêutico é extremamente pertinente.

No que diz respeito à localização e estrutura da Unidade de Saúde que foi citada por 42,4% dos enfermeiros este dado não é coincidente com a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) que concluiu que embora as plantas arquitetônicas das unidades básicas não tenham sido planejadas para o desenvolvimento das ações do PSF, 99% dessas tinham áreas que as comportassem, incluindo a educação em saúde.

Pesquisa realizada por Facchini et al. (2006), ao contrário, corrobora com os dados encontrados em São Luís e refere que entre os trabalhadores de saúde que participaram daquela pesquisa, houve referência de baixa satisfação com a estrutura física das UBS, tanto na região Sul quanto na região Nordeste, e nos dois modelos de atenção avaliados.

Apesar das dificuldades citadas e de grande parte dos profissionais das diferentes categorias terem informado que as ações desenvolvidas são mais específicas para os idosos portadores de hipertensão e diabetes, estes atribuíram às suas respectivas equipes o conceito Bom, segundo 66,7% dos enfermeiros, 57,6% dos técnicos e ACS e 51,5% dos médicos. Em relação a esta informação não foram encontrados nas literaturas pesquisadas dados que sirvam de padrão para comparações com os identificados em São Luís.

A metodologia que foi escolhida para a realização da pesquisa ora apresentada mostrou-se eficiente, à medida que possibilitou a identificação de quatro variáveis com significância estatística, tendo variações dentro das diversas categorias profissionais estudadas, sendo as mesmas: tipos de ações planejadas, conhecimento da PNSI, forma de agendamento das consultas e critérios de definição de visitas domiciliares. Muito embora a Política Nacional de Saúde do Idoso faça parte das prioridades constantes na agenda do Ministério da Saúde, observou-se através da presente pesquisa certo distanciamento entre as suas diretrizes e práticas diárias dos profissionais das Equipes de Saúde de Família de São Luís, sendo inclusive presente o seu desconhecimento por grande parte desses, predominantemente nas categorias dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Em relação à atenção a saúde do idoso as equipes do PSF - São Luís, no contexto das suas práticas, fundamenta as suas ações no acompanhamento dos portadores de doenças crônicas como a Hipertensão e o Diabetes Mellitus, tendo sido apontadas como principais alvos das ações planejadas e executadas pelas mesmas, o que a luz da PNSI, representa uma abordagem limitada, tendo em vista a especificidade e as necessidades dos indivíduos nessa faixa etária.

Talvez a dificuldade em desenvolver uma abordagem mais ampla relacione-se a baixa capacitação destes profissionais de saúde na área gerontogeriatrica, o que ficou demonstrado pelos dados relativos à caracterização da educação permanente dos mesmos, onde foi informada pela maioria dos entrevistados haver uma carência de treinamentos desenvolvidos pela SEMUS que aborde o envelhecimento.

Dos poucos profissionais, das diferentes categorias, que referiram ter participado de algum treinamento sobre idoso, observou-se novamente predominância de temas relacionados à Hipertensão e Diabetes como principais assuntos abordados, atendendo aos preceitos do Programa e a determinação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (2001), mas não as diretrizes da PNSI.

As características relacionadas às ações de planejamento desenvolvidas pelas equipes correspondem ao que determina as recomendações de orientação do Programa Saúde da Família, tendo sido referido por grande parte dos entrevistados que estas são feitas em reuniões que ocorrem regularmente com uma frequência pelo menos mensal, onde participam todos os componentes da equipe e em algumas ocasiões participam também representantes da Direção da Unidade Básica de Saúde.

Evidenciou-se ainda, que é prática cursiva a inclusão dos idosos nas ações planejadas e nas atividades efetivamente postas em práticas, entretanto sendo sempre mais privilegiado de atenção, o idoso portador de uma das duas doenças crônicas já referidas anteriormente. Inexpressiva foi a referência de ações voltadas para outros idosos, como exemplo grupos de convivências, atividades recreativas e/ou sociais, entre outros. Isto fica muito mais evidenciado à medida que predomina o estado de saúde (bem longe dos conceitos gerontológicos) como principal informação para embasamento das ações que serão desenvolvidas pelas equipes para definição dos idosos que receberiam a visita da equipe e dos que dever o seu atendimento na UBS priorizado, este último associado à faixa etária.

As outras ações referidas pelos profissionais estão relacionadas às atividades educativas, desenvolvidas principalmente através das palestras que são ministradas, tanto com foco em doenças quanto em cuidados de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Quanto às atividades de vigilância relacionadas à saúde do idoso, apesar de não haver um protocolo de registros e acompanhamento, foi citado como principal situação de risco a violência domiciliar, que neste estudo foi considerada qualquer ato relacionado ao abandono, negligência, agressão física e/ou psicológica e exploração financeira sofrido pelo idoso no ambiente intradomiciliar, esta opinião só não foi compartilhada pelo agente comunitário de saúde, que considera os acidentes geográficos presentes nas suas respectivas áreas de atuação, as principais.

Foi constatado ainda, que o agente comunitário de saúde apresenta-se como principal mediador, cuidador e elo do idoso com a sua equipe, constituindo a verdadeira porta de entrada no sistema de saúde local, de modo que sua capacitação poderá representar um impacto extremamente importante na qualidade da atenção prestada a este grupo etário. Isto porque, cabe ao agente a identificação e cadastramento do idoso na comunidade através das visitas domiciliares, a marcação de consultas, retornos e definição das demandas de idosos que serão visitados pela equipe.

As equipes frequentemente trabalham com cronograma de visitas domiciliares, sendo estas na maioria das vezes agendadas com os idosos ou seus familiares, não há dificuldades de transportes ou equipamentos (termômetro, esfignomanômetro e glicosímetro), segundo um elevado percentual dos profissionais entrevistados das diferentes categorias. Contudo, estas últimas informações foram modificadas quando perguntados sobre as dificuldades para execução da atenção a saúde do idoso.

Neste estudo concluiu-se também que quando há necessidade de referenciar o idoso fragilizado para outro serviço de maior complexidade, a primeira ação das equipes diz

respeito a acionar o Serviço Médico de Atendimento de Urgência (SAMU), que a partir de então assume a responsabilidade pela assistência e encaminhamento para uma Unidade de Referência que possa dar seguimento ao cuidado, o que a priori não representa uma maturidade nesse sistema. A segunda opção utilizada pela equipe é de entregar ao idoso ou seus familiares um encaminhamento para que esses providenciem o contato com as Unidades de Referências da rede de saúde local, esta rotina se dar principalmente com os idosos que necessitam de internações.

A contra referência, por sua vez não está com protocolo definido, cabendo apenas ao agente comunitário de saúde as visitas e caso julgue necessário, solicitar a visita da equipe.

Com relação aos fatores que interferem nas práticas diárias dos trabalhadores do Programa de Saúde da Família de São Luís, observou-se como fatores que facilitam a atenção ao idoso “as ações e serviços” já desenvolvidos pelas equipes ou pelos próprios agentes comunitários de saúde, destacou-se: as visitas domiciliares, coleta de material para exames de rotina na UBS, referências para outras unidades e realização de eletrocardiograma. Contudo a única categoria profissional que teve opinião divergente foi a dos agentes comunitários que atribuiu a “receptividade dos idosos e/ou familiares” como principal facilidade para o desenvolvimento das suas ações junto a este grupo populacional.

Em se tratando das dificuldades enfrentadas, foi consenso da maioria dos profissionais, com exceção dos médicos, que a deficiência no fornecimento de medicamentos, materiais e/ou equipamento configura-se com a principal dificuldade, interferindo diretamente nas ações que são planejadas e/ou executadas pelas equipes de São Luís.

Segundo os médicos a principal dificuldade está relacionada às ações que são desenvolvidas de forma insatisfatória, por exemplo, cita-se: burocracia para marcação de consultas e exames; demora no recebimento dos exames realizados, excesso de fichas para preenchimento, baixo número de visitas realizadas, deficiência nos fluxos de referência e contra referência.

A dificuldade relacionada à localização e estrutura da UBS apresentou-se também como um fator de entrave, segundo 42,4% dos enfermeiros.

Mesmo com certo distanciamento entre o Programa em Saúde da Família de São Luís e a Política Nacional de Saúde do Idoso e considerando que as ações planejadas e executadas pelas equipes contemplam principalmente os idosos portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes e levando-se em conta ainda, as dificuldades citadas para desenvolvimento das ações, os entrevistados das diferentes categorias profissionais consideraram que o conceito das suas respectivas equipes em relação à saúde do idoso é Bom.

Desta forma, considera-se que é provável que o primeiro passo a ser tomado é a socialização da PNSI a todos os integrantes das diversas equipes de São Luís, bem como dos outros profissionais que desempenham suas funções nas Unidades Básicas de Saúde e o desenvolvimento de programas de capacitação permanente que venha de encontro as reais necessidades de saúde deste grupo etário. É importante também desenvolver mais pesquisas que possam estar levantando o perfil real dos idosos de São Luís, suas famílias e suas demandas, devendo estas informações subsidiar o município no planejamento estratégico de atenção ao idoso e sua família.

Conclui-se, portanto que é de suma importância uma ação integral e integrada que contemple este idoso além do parâmetro biomédico, pontual e limitado, envolvendo além dos diversos profissionais de saúde, a família e a sociedade, visando oferecer para este indivíduo um atendimento de qualidade, resolutivo e acima de tudo humanizado.

ACURCIO, F.A.; ROZENFELD, S.; KLEIN, C. H. **Relatório de pesquisa: perfil de utilização de medicamentos por aposentados brasileiros**. Brasília, DF: FIOCRUZ; Ministério da Saúde; UFMG, 2004. 208 p.

ATRIBUIÇÕES específicas da auxiliar de enfermagem. Marília, SP: **PSF: Polo de Capacitação**. Disponível em: <http://www.famema.br/saudedafamilia/atribu_aux_enfer.htm> . Acesso em: 16 jul. 2006.

AYRES, J. R. C. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, Supl. 1, p. 28-42, 2002.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BERQUÓ, E. **Algumas considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil**. In: Seminário Internacional "Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século", 1, Brasília, 1996, **Anais ...** Brasília: MPAS, 1996, p.16-34.

BEZERRA, A. F. B; ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; BATISTA FILHO, M. **Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso**. Recife: UFPE, 2005.

BÓS, A. M.G.; BÓS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 38, v. 1, p. 113-20, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 73** - Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 14 maio 2001. Seção 1, p.174-184.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. **Portaria n.1395/GM** de 10 de dezembro de 1999. Brasília, 1999. In: Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. **Portaria n.702/GM**. Brasília, 2002. In: Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 1, n. 1, 1996.

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 4, 2005.

_____. **Diretrizes para assistência domiciliar na atenção básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Estatuto do idoso.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 128 p.

_____. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 237-E, seção 1, p. 20-24, 13 dez., 1999.

_____. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo, a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, nº 20-E, 29 jan., Seção 1, 2001b.

_____. **Princípios e diretrizes para NOBIRH - SUS.** 2. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Proposta de avaliação para melhoria da qualidade: qualificação da estratégia saúde da família** (Proposta Técnica Preliminar). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Departamento de Atenção Básica **Diretrizes para assistência domiciliar na atenção básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e**

funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. A atenção ao idoso. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 3, 2000.

BRETAS, A. C. P. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 3, p. 298-301, 2003.

CABRERA, M. et al. Ensino de geriatria através do aprendizado baseado em problemas: experiência da Universidade Estadual de Londrina, Paraná. **Gerontologia**, v. 8, n. 2, p. 56-62, abr./jun.2000.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio/jun. 2003.

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 229-33, mar./abr. 2002.

CAMPOS, C. E. A O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CANESQUI, A.M.; OLIVEIRA, AM. F. Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, B.; D'ÁVILA, AL.V. **O sistema de saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime, Cealg, 2002. cap 11, p. 241-269.

CARVALHO FILHO, E. T; PAPAALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica** – 2ª reimpressão da 1ª edição. São Paulo: Atheneu, 2000.

COIMBRA, Liberata Campos. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em (Des) construção?** 2005. 223 f. Tese [Doutorado em Políticas Públicas] - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2005.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo do SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Construindo um novo modelo: os municípios já têm histórias para contar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

COSTA, M.F.F.L.; GUERRA, H.L. 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.

CREVELIM, M.A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p.323-331, abr., 2005.

DERNTL, A.M. (Org). **A saúde dos idosos: políticas públicas de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. (Informes em Saúde Pública, 1).

DIOGO, M.J.D. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 280-2, mar./abr., 2004.

_____. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan. 2000.

DIOGO, M.J.D.; DUARTE, Y. A. de O. **Cuidados em domicílio: conceitos e práticas**. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.762-767. Cap. 92.

_____. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual à uma proposta de conteúdo programático. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 370-6, jul.-ago, 1999.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health administration press, 1980.

_____. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

DUARTE, M.J.R.S. Atenção ao idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 100-111, 1994.

DUARTE, Y.A.O.; CIANCIARULLO, T. I. Idoso, família e saúde da família. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, p. 231-267, 2002.

DUARTE, Y.A.O; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ELIAS, P.E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

ESTORILIO, E. A. **Consumo de serviço de saúde numa população adscrita ao Programa Saúde da Família na região noroeste do município de São Paulo**. [Dissertação de Mestrado em Ciências]. Universidade de São Paulo, 2004.

FACCHINI, L. A; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica de atenção básica à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3): 669-681, 2006.

FARINASSO, AL.C.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R.AP.; HASS, V. J. Capacidade funcional referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. 27(10):45-54, mar., 2006.

FELICIANO, A 8.; MORAES, S. A; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1575-1585, nov./dez, 2004.

FERRARI, M. A. C. Idosos muito idosos: reflexões e tendências. **Mundo Saúde**, v. 26, n. 4, p. 467-471, 2002.

_____. O envelhecer no Brasil. **Mundo Saúde**, v. 23, n 4, p. 197-203, jul./ago. 1999.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 512-521, mar./abr. 2004.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.986-994, jul./ago. 2004.

FLORIANO, P.J.F. **O perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do centro de saúde de Sousa, no município de Campinas, SP**, 2004. 663f. Dissertação [Mestrado em Gerontologia] - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

GALINSKY, D. Atención progresiva. In: **La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa** (E. Anzola-Péres, D. Galinsky, F. Morales, Martinez, A. Saals & M. SánchezAyéndez, org.). Publicación Científica 546, p. 219-329, Washington, DC: Organización Mundial de la Salud, 1993.

GARCIA, M.A.A. et al. A Atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. **Revista Atenção Primária em Saúde**, v. 9, n.1, p. 4-14, jan./jun., 2006.

_____. Senior citizens in the limelight: the discourses of illness. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p.537-52, set./dez 2005.

GARRIDO, A. R.; MENEZESC, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 24, Supl.1, p. 3-6, 2002.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, 2003.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar.lago. 2005.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade; Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

GUSMÃO, N.M.M. **Infância e velhice: pesquisa de idéias**. Campinas, SP: Alínea, 2003.

HOLANDA, V.P.S.B.C. Meus dados, minha realidade? Incentivando a visão crítico-construtiva nos A.C.S. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2004, Gramado, Rio Grande do Sul. **Anais...** Gramado, Rio Grande do Sul, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário estatístico do Brasil**. Brasília, DF: IBGE, 1982. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 15 jun. 2006.

JOA, F. **Projeto Bambuí**: fatores associados ao conhecimento e tratamento da hipertensão arterial entre idosos. 2003. Tese [Doutorado em Epidemiologia] - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, S. Paulo, n. 21, p. 200-24, 1987.

LEONAR, E. **A formação gerontológica do técnico em enfermagem: uma abordagem cultural**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade de São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Construindo um novo modelo**: os municípios já têm histórias para contar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

LIMA-COSTA, M.F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, maio/jun. 2003.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES-GONÇALVES R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação de Trabalhadores em Saúde; Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

MELO, V.L.; CUNHA, J.O.C.; FALBO NETO, G.H. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, 2006.

MINA YO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (3):783-791, maio-jun, 2003.

MINA YO, M. C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 212 p.

MONTEIRO, P.P. **Envelhecer**: histórias, encontros, transformações. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

MORAES, J.F.D.; SOUZA, V.B.A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of. **Rev. Bras. Psiquiatria**, Porto Alegre, v.27, n.4, p.302-8, 2005.

MORAGAS, R.M. **Gerontologia social**: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997.

MOREIRA, M.M. O envelhecimento da população brasileira em nível regional, 1940-2050. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11, 1998, Caxambu. **Anais ...**, Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1998, p. 3030-3124.

MOSEGUI, G.B.G. et al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 437-44, 1999.

PAIM, J.S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p.161-174.

_____. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 8, n. 2, p. 557-567.

PAIXÃO JR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. A review of functional status evaluation instruments in the elderly. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./fev., 2005.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002. cap. 1.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J.R. **Envelhecimento**: desafio na transição do século. In:

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: P AP ALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

PEDROSA, J.L.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, 35 (3): 303-11,2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ; ABRASCO, 2003, 178 p.

PINHEIRO, R.S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 15, n.3, p. 487-496, jul./set. 1999.

POLARO, S.H.L. **A qualidade do cuidado à saúde do idoso**: segundo a satisfação do usuário. Dissertação [Mestrado Interinstitucional em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública, Belém, 2001.

PROTTI, S.T. **A saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado em Materno-Infantil e Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. São Paulo, **Gerontologia**, p. 3-8, 1993.

RAMOS, L.R.; VERAS, R. P; KALACHE A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, 2002, vol11, n.3, p.211-24, 1987.

_____. **Growing old in São Paulo, Brazil**: assessment of health status and social support of elderly people from different socioeconomic strata living in the community. London, 1987.

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Brasília, DF: Aben, V. 53, 173p. 2000. Edição especial.

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília, DF: Ministério da Saúde, V. 5, 2004. Edição especial.

RUIZ, T.; CHALITA, L.V.A.S; BARROS, M.RA. Estudo de sobrevivência de uma coorte de pessoas de 60 anos e mais no município de Botucatu, **Rev. Bras. Epidemiologia**, V. 6, n. 3, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LUÍS. **Guia de Saúde de São Luís**, 2003.

SILVA, LZ.; QUEIROZ, J.; BOMFIM, L.A. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n.16, p.25-38, fev., 2005.

SILVA, M.C.Q. **Programa de assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial**: uma análise crítica. 2004, 91 f. Dissertação [Mestrado em Ciências na área de

Saúde Pública]. - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Manaus: FIOCRUZ, 2004.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Pública**, n. 19, V. 3, p. 839-47, maio/jun., 2003.

SISTEMA de Vigilância à Saúde. Brasil. Disponível em: <<http://www.portalsaude.gov.br>> . Acesso em: 15 out. 2006.

SOUZA, H.M. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B. D' Á VILA, A.L.V. **O sistema de saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime, Cealg, 2002, cap. 10, p. 221-240.

_____. O programa agentes comunitários de saúde. In: O Brasil e os desafios da exclusão social. **Revista Textos do Brasil**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002, 726 p.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, V. 5, n. 7, jan. 2003/abr. 2004. Edição especial.

TRUELSEN, T.; BONITA, R.; JAMROZIK, K. Surveillance of stroke: a global perspective. **International Journal of Epidemiology**, 30, 2001.

UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA- COSTA, M.F.F. Envelhecimento e saúde: experiências e construção cultural. In: MINA YO, M.C.; COIMBRA, C.E.A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 25-35.

VERAS, R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. São Paulo, **Revista da USP**, n. 51, p. 72-85, set./nov.2001.

_____. Atenção preventiva ao idoso - uma abordagem de saúde coletiva. In: P AP ALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, cap. 34, 2001.

_____. **Velhice numa perspectiva de futuro saudável** (Org). Rio de Janeiro: UERJ; UnATI, 2001. 144p.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio/jun. 2003.

VERAS, R. P. et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: VERAS, R.P. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro, **Relume-Dumará**, 2002. p. 11-79.

VERAS, R. P.; CALDAS, C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

_____. **10 anos um modelo de cuidado integral para a população que envelhece**. Rio de Janeiro: UERJ; UnATI, 2004. 80p.

_____. RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, v. 21, p. 225-33, 1987.

VIANA, A.L. D.; DAL POZ, M.R. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, SupL. p. 225- 264, 2005.

VIEIRA, Edmar Teixeira et al. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **RBPS**, v.17, n. 3, p.119-126, 2004.

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa cujo o título é "Atenção Integral à Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA". Esta pesquisa tem como orientadora a médica Dr^a Mônica Elinor Alves Gama e está sendo desenvolvida pela enfermeira do Hospital Universitário e do Programa de Apoio Integral aos Aposentados do Estado do Maranhão, Vânia do Perpetuo Socorro Bastos Cantanhêde Holanda.

O objetivo desta pesquisa é estudar como as equipes de Saúde da Família do Município de São Luís estão trabalhando na atenção a saúde dos idosos em relação ao que determina a Política Nacional de Saúde do Idoso. Caso o senhor concorde em participar, estará contribuindo para que se possa saber quais as dificuldades que estas equipes têm enfrentado para prestar um atendimento de qualidade ao idoso.

Para participar o(a) senhor(a) deverá responder a um questionário, fornecendo informações sobre o seu perfil, atividades que realiza dentro do Programa de Saúde da Família no que se refere à atenção ao idoso, não havendo nenhum risco pela sua participação.

Garantimos sigilo das informações, pois sua identidade será preservada. Somente os pesquisadores terão acesso aos seus dados. Caso não deseje participar, o(a) senhor(a) tem toda liberdade, sem prejuízo nenhum ao seu trabalho, podendo inclusive retirar o seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa se assim achar conveniente. Também lhe é assegurado deixar de responder qualquer pergunta do questionário que possa lhe causar constrangimento.

Finalmente, ressaltamos que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto com a pesquisa e que, em caso de dúvida, poderá procurar as pesquisadoras, nos contatos abaixo, assim como o Comitê de Ética envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário.

Desde já agradecemos a sua participação.

Prof^a Dr^a Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Enf^a Vânia do Perpetuo Socorro Bastos Cantanhêde Holanda

Endereço e telefone das pesquisadoras:

Prof. Dr^a Mônica Elinor Gama - Rua das Acácias, Q 39, C 7, Renascença - Tel: 3235 1557
Enf^a Vânia Holanda - R. do Aririzal Residencial Bouganville, C 5 Turu -. Tel: 32523766

Endereço e telefone do Comitê de Ética:

Prof. Wildoberto Gurgel - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. Tel: 2109 1223

Concordo em participar da pesquisa acima

Assinatura do Pesquisado

Apêndice B - Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM SÃO LUÍS-MA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Ficha nº _____ UBS _____ ESF _____ NÚMERO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2. Profissão PROF
[1] Enfermeiro [2] Médico [3] Téc. ou Auxiliar de Enfermagem
[4] Agente Comunitário de Saúde
3. Quando realizou a última atualização profissional? ATUAPROF
[1] < 1 ano [2] 1 a 4 anos [3] 5 a 9 anos [4] ≥ 10 anos
4. Das últimas, alguma foi na área de Geriatria e/ou Gerontologia? ATUAGER
[1] Sim [2] Não [3] não se aplica
5. A SEMUS já ofereceu para os componentes desta ESF treinamento que tenha abordado o Envelhecimento ou assuntos correlatos? TREINAENV
[1] Sim [2] Não Caso sim, qual a temática? _____
6. Caso sim. Há quanto tempo? TREINTEM
[1] < 1 ano [2] 1 a 2 anos [3] + 2 anos [4] não sei

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

7. O(a) senhor(a) conhece a Política Nacional de Saúde do Idoso?
[1] Sim [2] Não PNSI
8. Caso conheça. Quais das diretrizes desta Política fazem parte das ações desenvolvidas com os idosos de sua área? DIRPNSI
[1] promoção do envelhecimento saudável
[2] manutenção da capacidade funcional
[3] assistência às necessidades de saúde do idoso
[4] reabilitação da capacidade funcional comprometida
[5] apoio ao desenvolvimento de cuidados informais
[6] não sei

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

9. A ESF costuma planejar as suas ações?
[1] Sim [2] Não PLACOES
10. Com que frequência estas ações são planejadas? FREQPLA
[1] semanal [2] mensal [3] trimestral [4] anual
[5] Outro _____
11. Quem participa da elaboração deste planejamento? QUEMPLAN
[1] somente a ESF [2] ESF + direção da UBS [3] Enfermeiro + ACS
[4] ESF + comunidade [5] ESF + comunidade + Direção da UBS
[6] Outro _____
12. Neste planejamento são contemplados os idosos? PLANIDOS
[1] Sim [2] Não
13. Caso sim. Em que ações, estes estão efetivamente incluídos?
14. Quais informações são utilizadas sobre os idosos para elaborar o planejamento das ações?
[1] número de idosos na área [2] perfil sócio-econômico
[3] faixa-etária dos idosos [4] estado de saúde
[5] todas [6] não sabe
[7] outro _____ INFPLAN
15. Quais são as atividades desenvolvidas por esta ESF de atenção a saúde do idoso?
[1] palestras com foco em patologias
[2] palestras com foco em promoção da saúde
[3] viagens/passeios
[4] treinamento para cuidadores domiciliares
[5] caminhada
[6] grupo de DIA/HAS
[7] imunização de rotina
[8] grupo de convivência
[9] outro _____ ATIVDES

ATENDIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

16. Como são agendadas as consultas dos idosos? AGENDCONS
[1] Livre demanda [2] ACS [3] Telefone [4] Outro _____
17. Existe algum critério de prioridade de atendimento na UBS para este grupo etário?
[1] Sim [2] Não PRIOR
18. Caso Exista. Qual(is) o(s) critério(s)?
19. Na sua opinião, é difícil para o[a] idoso[a] ter acesso a sua UBS?
[1] Sim [2] Não ACESUBS
20. Caso sim, a que você atribui esta dificuldade? _____

21. Quem autoriza os exames dos idosos? AUTEXA
 [1] Idoso [2] ACS [3] Equipe [4] Não sabe [5] Outro _____
22. Quem apraza os retornos dos idosos? APRRET
 [1] Idoso [2] ACS [3] Equipe [4] Não sabe [5] Outro _____
23. Há dificuldade para o fornecimento de medicamentos para os idosos?
 [1] sim [2] não MEDIC
24. Caso sim, qual[is] o[s] motivo[s]? _____
25. Quando o idoso precisa de um atendimento de urgência ou internação como a ESF procede?
26. Quando este atendimento (referência) é realizado? REFREA
 [1] Sempre [2] Às vezes [3] Nunca
27. Quando o idoso retorna de um serviço de referência como a ESF faz o seguimento do mesmo?
 CONTRAREF
 [1] Aguarda o idoso comparecer a UBS
 [2] Somente o ACS faz a visita domiciliar
 [3] A ESF faz a visita conjuntamente
 [4] Não há protocolo definido
 [5] outro _____

ATENDIMENTO DOMICILIAR

28. Existe um cronograma de visitas domiciliares? CRONOGVIS
 [1] Sim [2] Não
29. Se sim. Quais são os critérios de definição de visitas domiciliares para os mesmos?
 [1] geográfico [2] sócio- econômico [3] estado de saúde
 [4] outro _____ CRITVIS
30. Ela é previamente agendada com o [a] idoso [a]? VISAGEND
 [1] Sim [2] Não [3] às vezes
31. É disponibilizado meio de transporte para a equipe realizar visitas em domicílios distantes da UBS?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes TRANSPVIS
32. Existem equipamentos de monitoramento exclusivamente disponíveis para as visitas (glicosímetro e seus insumos, esfigmomanômetro, termômetro)?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes MONITVIS
33. Quais as principais orientações feitas à população idosa por ocasião da consulta ou da visita domiciliar? ORIENVIS
 [1] Alimentação [2] Medicamentos [3] Higiene [4] Exercícios Físicos
 [5] Prevenção de quedas [6] Abandono de hábitos nocivos [7] outro _____

PREVENÇÃO DE DOENÇAS, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

34. Quais as situações de risco mais comuns a que os idosos estão expostos identificados por esta ESF?
RISCO

[1] Acidentes geográficos na comunidade

[2] Ausência de melhorias que facilitem a circulação dos idosos na comunidade(corrimão, rampas, acostamentos, entre outros)

[3] Violência domiciliar(exploração financeira, agressão física e/ou psicológica,abandono ou negligência)

[4] Violência na comunidade(assaltos, espancamentos, comportamentos preconceituosos)

[5] Outro _____

35. A equipe tem um plano local de enfrentamento destas situações de riscos?

[1] Sim

[2] Não

PLANSR

36. Caso sim, o que já foi feito pela ESF para resolver ou amenizar estas situações?

37. A ESF estabeleceu atividades em parceria com alguma empresa, associação, igreja ou outras entidades? [1] sim [2] não

PARCERIAS

38. Destas parcerias tem alguma específica para atenção à saúde do idoso?

[1] sim [2] não

PARCESPEC

39. Quais são os fatores facilitadores do processo de trabalho da sua equipe na atenção à saúde do idoso?

40. Quais são os fatores que dificultam o processo de trabalho da sua equipe na atenção à saúde do idoso?

41. Que conceito o(a) senhor(a) atribuiria a sua Equipe em relação a atenção à Saúde do Idoso?

[1] Excelente

[2] Bom

[3] Regular

[4] Ruim

Apêndice C – Manual dos Colaboradores

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

PNI - Programa Nacional de Imunização
SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde

Atendimento na unidade básica de saúde refere-se à organização e acessibilidade aos serviços e ações (critério de organização dos prontuários, forma de agendamento das consultas e retornos, prioridade de atendimento, causas de dificuldades de acesso, forma de autorização dos exames, dificuldades para fornecimento dos medicamentos, referência e contra-referência);

4º BLOCO →

Atendimento domiciliar refere-se às atividades voltadas às visitas domiciliares (existência de cronogramas, critérios de definição de quem será visitado, agendamento prévio, garantia de transporte para visitas distantes da UBS, garantia de equipamentos, encaminhamentos nas visitas, atividades desenvolvidas no domicílio)

5º BLOCO →

Prevenção de doenças, vigilância promoção da saúde relativo ao de integralidade, detecção de situações de risco e forma de enfrentamento, relação de vínculo, parcerias, fatores facilitadores e de entrave para atendimento do processo.

SIGLAS:

ACS - Agente Comunitário de Saúde
ESF - Equipe Saúde da Família
PSF - Programa Saúde da Família
PNSI - Política Nacional da Saúde do Idoso

Manual para os colaboradores do Mestrado em Saúde e Ambiente na Pesquisa:

"ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO LUIS-MA"

Pesquisadoras Responsáveis: VÂNIA DO PERPETUO SOCORRO BASTOS
CANTANHÊDE HOLANDA (Orientanda) e
MÔNICA ELINOR GAMA(Orientadora)

São Luis
2006

Anexo A – População total e de 65 anos e mais por sexo
 Brasil – 1940-1991 e Projeções 2000-2020

POPULAÇÃO TOTAL E DE 65 ANOS E MAIS POR SEXO

	População Total			População 65 anos e mais			Prop. de pessoas de 65 e		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
1940	20.568.449	20.564.435	41.132.884	445.289	534.550	979.839	2.16	2.60	2.38
1950	25.831.124	25.996.641	51.827.765	624.036	723.999	1.348.035	2.42	2.78	2.60
1960	35.000.610	34.957.255	69.957.865	926.474	988.531	1.915.005	2.65	2.83	2.74
1970	45.670.854	46.506.256	92.177.110	1.385.869	1.543.607	2.929.476	3.03	3.32	3.18
1980	59.058.186	59.816.479	118.874.665	2.225.606	2.544.826	4.770.432	3.77	4.25	4.01
1991	72.485.122	74.340.353	146.825.475	3.215.824	3.870.023	7.085.847	4.44	5.21	4.83
2000	83.399.700	85.689.100	169.088.800	3.634.800	5.023.200	8.658.000	4.36	5.86	5.12
2010	94.651.100	97.376.100	192.027.200	4.612.700	6.579.300	11.192.000	4.87	6.76	5.83
2020	104.682.400	107.800.000	242.482.400	6.672.800	9.555.200	16.224.000	6.37	8.86	7.64

Fonte: Fundação IBGE. Censos Demográficos de 1940 e 1991 e MACHADO, C.C. (1993)

Anexo B – Distribuição das Equipes de Saúde da Família por Distrito e por Unidade/2006

 PREFEITURA DE SÃO LUÍS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Superintendência de Ações de Saúde Coordenação Geral do PACS/PSF				
DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA POR DISTRITO E POR UNIDADE/2006				
DISTRITO	Código SIAB N° Equipe	UNIDADE DE SAÚDE	LOCALIDADE	N° DE EQUIPES
BEQUIMÃO	61,02 e 03	C.S. AMAR	Vila Vicente Fialho	03
	62 e 91	USF de Vila Lobão	Vila Lobão	02
CENTRO	55 e 57	C. S. Bezerra de Menezes	São Francisco	02
	10 e 11	USF São Francisco	São Francisco	02
COHAB	71,72 e 79	C.S. Cohab Anil	Cohab-Anil	03
	74,92 e 93	C.S. Turu	Turu	03
	73 e 95	C.S. Djalma Marques	Turu	02
	96,97,98 e 99	C.S. Genésio Ramos Filho	Cohab	04
COROADINHO	17 e 06	C.S. Dr. Antônio Guanaré	Coroadinho	02
	76 e 07	C. S. do João Paulo	João Paulo	02
ITAQUI BACANGA	83 e 94	C.S. Yves Parga	Vila Maranhão	02
	77, 100, 101 e 102	C.S. Vila Embratel	Vila Embratel	04
	81,103 e 104	C.S. São Raimundo	Vila Mauro Fecury II	03
	106 e 107	C.S. Gapara	Gapara	02
TIRIRICAL	29,30 e 31	C.S. S. Cristóvão	São Cristóvão	03
	35 e 36	C.S. João de Deus	João de Deus	02
	37 e 38	USF Pirapora	Pirapora	02
	08 e 32	C.S. Vila Itamar	Vila Itamar	02
	39,40,41 e 56	C.S. Nazaré Neiva	Conj. São Raimundo	04
	42,44 e 45	CS Antônio Carlos S. Reis	Cidade Olímpica	03
	46,47 e 85	CS M. Ayrecilla Novocladlo	Cidade Olímpica	03
	43,53 e 58	CS Jailson Alves Lima	Cidade Olímpica	03
	15 e 48	C.S. Santa Bárbara	Santa Bárbara	02
	51 e 52	USF Santa Clara	Santa Clara	02
	49 e 50	USF Jardim S. Cristóvão	Jard. S. Cristóvão	02
	54 e 88	USF Santa Efigênia	Santa Efigênia	02
	33,34 e 67	USF São Bernardo	São Bernardo	03
	68,69 e 90	C.S. Fabiciana Moraes	APACO-Cidade Operária	03
VILA ESPERANÇA	22	USF Coqueiro	Coqueiro	01
	23	C.S. Laura Vasconcelos	Estiva	01
	14	C.S. Itapera	Itapera	01
	89	C.S. Maracanã	Maracanã	01
	24 e 84	USF Vila Sarney	Vila Sarney	02
	18 e 19	C.S. José de R. F. Corrêa	Nova República	02
	13 e 25	C.S. Quebra Pote	Quebra Pote	02
	20 e 26	C.S. Thales R. Gonçalves	Vila Esperança	02
	21 e 27	C.S. Tibiri	Tibiri	02
	28	C.S. Pedrinhas I	Pedrinhas	01
	16	C.S. Pedrinhas II	Pedrinhas	01
105	C.S Mª Lourdes Rodrigues	Rio Grande	01	
TOTAL DE ACS				
TOTAIS				
DISTRITOS	UNIDADES DE SAÚDE	EQUIPES PSF		
Bequimão	02	05		
Centro	02	04		
Cohab	04	12		
Coroadinho	02	04		
Itaqui Bacanga	04	11		
Tirirical	14	36		
Vila Esperança	12	17		
TOTAL	40	89		

C:\Meus Documentos\PSF- DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES de Saúde da Família por Distrito e por Unidade atualizado em 14/03/2006

Anexo C – Parecer Consubstanciado do Comitê de ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 243/06

Pesquisador (a) Responsável: **Mônica Elinor Alves Gama**

Equipe executora: **Vânia do Perpetuo Socorro Bastos Cantanhêde Holanda**

Tipo de Pesquisa: **Mestrado**

Registro do CEP: **124/06** Processo Nº. **33104-443/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **Prefeitura Municipal de São Luís- SEMUS- PSF**

Grupo: **III**

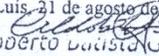
Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 21.08.2006 o processo Nº. 33104-443/2006, referente ao projeto de pesquisa: "Atenção integral à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA", tendo como pesquisadora responsável **Mônica Elinor Alves Gama**, cujo objetivo geral é "Avaliar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de São Luís, a partir das ações e atividades desenvolvidas junto aos idosos, à luz dos princípios do Programa e do Plano Nacional de Saúde do Idoso". Na metodologia: Trata-se de um estudo descritivo e transversal. Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu trabalho, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à ANVISA, quando for o caso, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve envia-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 21/08/2007 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luís, 21 de agosto de 2006.


Wildoberto Batista Gurgel
Coordenador do CEP
Ethica homini habitat est

Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Universitário da UFMA
aprovado em reunião de:

21108106

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1223

E-mail huufma@huufma.br

ADM-14

Anexo D – Carta de Apresentação



PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES DE SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DO PACS/PSF

MEMO CIRCULAR Nº 34/2006

São Luis, 28 de agosto de 2006.

Prezado(a) Diretor(a),

Apresentamos o graduando de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão **Lucianne Thays Cantanhêde Garcez**, que está na condição de colaborador do Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para coleta de dados da pesquisa intitulada "Atenção integral a saúde do idoso pela Estratégia Saúde da Família de São Luis-Ma", de autoria da aluna desse Mestrado, Vânia do Perpetuo Socorro Bastos Cantanhêde Holanda, sendo que a referida pesquisa se configura em um importante instrumento para Política de Saúde local em virtude de permitir conhecermos quais são as dificuldades enfrentadas pelas Equipes de Saúde da Família no desenvolvimento de atividades voltadas à saúde do idoso e se estas atendem a Política Nacional de Saúde do Idoso, subsidiando se necessário, o planejamento desta Coordenação em medidas de implementação destas ações.

Atenciosamente,

Drª Évila Brito Ribeiro

Coordenadora do Programa Saúde da Família de São Luis-Ma

U. Saúde de Conquista

Raquelina M. Penha da Silva
Diretora Geral - Mal. 87837-4

C. Saúde Thales Ribeiro Gonçalves
Rolando N. B. Rego
Diretor - Administrativa
CPF: 645-909 293-78

Belizandra R. S. Costa Pereira
Diretora
CPF: 459 411 063-00

Sílvio Roque Duarte
Diretor
Centro de Saúde Maranhão

Helena A. dos Santos
UNIDADE DE SAÚDE ITAPER
Helena Alves dos Santos
Administradora

Holanda, Vânia do Perpetuo Socorro Bastos Cantanhêde

Atenção à saúde do idoso na prática diária da Equipe do Programa Saúde da Família. São Luís, 2006 / Vânia do Perpetuo Socorro Bastos Cantanhêde Holanda. – São Luís, 2007.

118 f.: Il.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Federal do Maranhão, 2006.

1. Saúde do Idoso - São Luís 2. Programa Saúde da Família 3. Política Nacional de Saúde do Idoso. I. Título.

CDU 614-053.89(812.1)