



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RENATA MARIA SALES MADUREIRA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE
DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA: ESTUDO POPULACIONAL**

VITÓRIA
2008

RENATA MARIA SALES MADUREIRA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE
DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA: ESTUDO POPULACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política, Administração e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Zandonate.

VITÓRIA

2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

M183p Madureira, Renata Maria Sales.
 Perfil sócio demográfico e acesso ao sistema de saúde de
idosos no município de Vitória: estudo populacional / Cláudia Maria
Marques Moreira. – 2008.
 118 f. : il.

 Orientadora: Eliana Zandonade.
 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

 1. Serviços de saúde para idosos. 2. Sistemas de saúde. 3.
Assistência integral à saúde do idoso. I. Zandonade, Eliana. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da
Saúde. III. Título.

CDU:61

RENATA MARIA SALES MADUREIRA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE DE
IDOSOS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA: ESTUDO POPULACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política, Administração e Avaliação em Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Eliana Zandonade
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Paulete Maria Ambrósio Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo
Co-orientadora

Prof^º. Dr^º. Renato Lyrio Morelato
EMESCAM – Escola de Medicina da Santa Casa de
Misericórdia
1^ª. Examinador

Prof^ª. Dr^ª. Denise Silveira de Castro
Universidade Federal do Espírito Santo
2^ª. Examinadora

Prof^ª Dr^ª Leila Massaroni
Universidade Federal do Espírito Santo
1^ª. Suplente

Prof^º. Dr^º. José Luiz Telles Almeida
ENSP/FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública
2^º Suplente

Aos meus pais e familiares pelo carinho e apoio incondicional.

E também a todos que torceram por essa vitória.

AGRADECIMENTOS

Se o Senhor não estivesse ao meu lado, eu não teria subsistido. Sou grata por não ter me abandonado, por permanecer comigo mesmo nos momentos mais difíceis, quando achei que não iria conseguir.

A minha mãe e ao meu pai, pelo apoio incondicional e pelo exemplo de que através da educação se vai longe. Agradeço pela compreensão, pelas orações e por continuamente acreditarem no meu potencial.

À professora Paulete, grande inspiradora, que sempre falou que eu tinha perfil para o mestrado. Tanto falou que me convenceu e me fez enxergar essa possibilidade profissional.

À amiga Maria Aparecida, que não mediu esforços e me auxiliou desde a realização da inscrição no processo seletivo. Foi responsável pela inscrição por procuração, além de ajudar na reunião da documentação e muito mais. Sem ela eu também não poderia ter chegado aqui.

Aos colegas de sala, pela oportunidade de convivência e crescimento pessoal. Fico grata pelos momentos que pude compartilhar as angústias em nosso grupo quase terapêutico. Várias amizades construídas e a certeza de que nunca mais serei a mesma. Sei que nos encontraremos pela vida. E, particularmente, preciso mencionar a amiga Estela.

Aos mestres, aqueles que foram muito mais que isso e tiveram a capacidade de reconhecer que, antes de alunos, nós éramos pessoas. Meu agradecimento especial às professoras Maria Del Carmen, Denise, Eliana e Ethel, por me auxiliarem a transpor os momentos mais difíceis e tensos dessa jornada.

A minha orientadora Eliana, um verdadeiro anjo que caiu do céu em minha vida, meu melhor presente do Natal de 2007, sem exagero! Fez-me acreditar mais ainda que depois da tempestade sempre vem a bonança. Registro minha admiração por sua simplicidade, competência, ponderação, humildade e seriedade.

Aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, especialmente a Sandra e a Maria Aparecida pela colaboração, pelas inúmeras responsabilidades que assumiram em meu lugar, possibilitando, assim, minha liberação para as aulas.

Aos amigos conquistados na Faculdade Salesiana de Vitória, que sempre me estimularam e ampararam em minha caminhada.

Aos entrevistadores, que bravamente superaram todas as dificuldades e concluíram a árdua tarefa da coleta de dados. Eles foram imprescindíveis.

Aos membros da banca que gentilmente aceitaram o convite de avaliadores.

Aos idosos que possibilitaram a realização deste estudo. Eles são a razão maior do mesmo, o que demonstra meu compromisso e ética em relação as minhas atividades profissionais, porquanto almejo uma velhice mais digna para esses cidadãos deste país.

“Uma boa época para se pensar a velhice é a juventude, porque então é possível melhorar a chance de vir a vivê-la bem quando chegar. Se você planeja passar o restante de sua vida em outro país, terá de aprender o máximo possível sobre ele. Deverá ler sobre o clima, seu povo, a história e a arquitetura desse país. Deverá conversar com pessoas que lá vivem. Precisar, outrossim, aprender um pouco sobre a língua falada nesse país. A velhice é, em parte, como um outro país. Você poderá viver bem lá, se se preparou com antecedência. Entretanto as pessoas raramente querem conhecê-lo. O país da velhice é um lúgubre deserto. Não é descrito em brochuras coloridas de agências de viagens. Ao contrário, por milhares de anos, tem sido mostrado como um quadro de sofrimento, doença e pobreza. Como já o disseram várias pessoas, todo mundo quer viver muito, mas ninguém deseja ser velho – ou pensar sobre o envelhecimento.”

B.F. Skinner e M.E. Vaughan

RESUMO

Madureira, Renata Maria Sales. **Perfil sociodemográfico e acesso ao Sistema de Saúde de Idosos do Município de Vitória: Estudo Populacional.**

Orientadoras: Eliana Zandonade e Paulete Maria Ambrósio Maciel. Vitória/ES:PPGSC/UFES, 2008. 118 f. Dissertação de Mestrado.

O processo de envelhecimento da população brasileira é atualmente um desafio para essa sociedade, e o setor saúde recebe um impacto significativo das mudanças decorrentes desse fenômeno, o que estabelece a relevância de refletir sobre os mecanismos necessários para garantir qualidade de vida aos idosos. É fundamental conhecer as características e as condições de acesso desses indivíduos aos serviços de saúde, bem como a avaliação deles em relação a esses serviços. Este estudo exhibe um inquérito populacional, descritivo, de corte transversal, quantitativo, com ilustrações qualitativas e com coleta de dados primários através de questionários. Considerou uma população de 25.469 idosos cadastrados no programa Estratégia de Saúde da Família e uma proporção de 50% de acesso dos idosos aos serviços das Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória (ES), levando em conta, na amostra, um erro de 5% e um nível de significância de 95%. Foram entrevistados 422 idosos, sendo 65,2% do sexo feminino e 34,8% do masculino, com idades que variaram de 60 a 103 anos, tendo a média de $71,9 \pm 8,5$ anos. Quanto às condições econômicas, 89,3% dos idosos entrevistados possuem uma fonte de renda formal. A pesquisa ponderou que há associação significativa quando relacionada a variável sexo com as variáveis estado conjugal e renda. Nas patologias auto-referidas, constatou a preponderância da hipertensão arterial (73,2%), seguido de diabetes (25,7%) e das doenças osteoarticulares (22,4%). Também notou que entre as mulheres há uma maior incidência de osteoarticulares e osteoporose. Já entre os homens, ocorrem mais casos de câncer e doença de Parkinson. Quanto à utilização dos serviços de saúde, a observação é que, em 12 meses, 17,8% dos idosos não foram à Unidade Básica de Saúde, e outros 15,6% freqüentaram a mesma somente uma vez no período. A consulta médica (77,4%), o serviço de vacinação (69,6%) e a assistência farmacêutica (54,6%) estão entre os serviços oferecidos nas unidades mais utilizados pelos idosos. Quanto ao acesso e uso dos serviços de saúde, não houve nenhuma associação quando comparadas as

variáveis sexo e faixa etária. No que diz respeito ao atendimento prestado nas unidades, 50,2% dos entrevistados qualificam-no como bom e 34,6% consideram-no de ótima qualidade. Os dados revelam que o fator gênero comprovadamente influencia o envelhecimento, fortalecendo a heterogeneidade do mesmo, fato que precisa ser respeitado na elaboração das políticas públicas. O estudo expõe que os serviços de saúde são resolutivos para o estágio atual de saúde dos idosos, mas caso não sejam implementadas novas modalidades de atendimento, num futuro próximo, a atual rede de serviços não conseguirá atender a todas demandas desses cidadãos. Constitui um dos desafios para o sistema municipal de saúde de Vitória avançar nas práticas voltadas para prevenção e promoção de saúde no nível local. É também imprescindível o desenvolvimento de ações de suporte a idosos frágeis e seus familiares.

Palavras-chave: Assistência integral - Idoso - Sistemas de saúde.

ABSTRACT

Madureira, Renata Maria Sales. **Sociodemographic Profile and Access to Health System of Elderly from Vitoria: a Population Inquiry.**

Tutors: Eliana Zandonade and Paulete Maria Ambrósio Maciel. Vitória/ES:PPGSC/UFES, 2008. 118 p. Masters Dissertation.

Aging is a current challenge to Brazilian society as it has significantly impacted the health system and demanded new provisions to ensure quality of life for elderly people. It is thus essential to know their access conditions to health services as well as their opinion about it. This is a population inquiry, developed through a descriptive, quantitative cross sectional study, which also makes considerations based on some qualitative data. The data was collected through questionnaires. The population consisted of 25.469 elderly registered at Family Health Strategy, considering a proportion of 50% of elderly access to Vitoria Health Centers, a sampling error of 5% and a significance level of 95%. The interview included 422 elderly: 65,2 % female and 34,8% male whose ages ranged from 60 to 103 years old, with a mean value of 71,9 and a variation of $\pm 8,5$ years. With regards to economic aspects, 89,3% of the elderly have formal income. A significant correlation was detected between the variables gender and marital status and between gender and income. The main self referred diseases found were high blood pressure (73,2%), followed by diabetes (25,7%) and osteoarticular disorders (22,4%). Incidence rates of osteoarticular diseases and osteoporosis were higher among females compared to males, whereas cancer and parkinson disease were higher in males. As for the use of the health services, it was shown that 17,8% of the elderly has not attended the health centre in the last 12 months while 15,6% attended it annually. With regards to the kind of service offered at the health center, 77,4% of the interviewees use the services for medical checkups, 69,6% use the immunization service and 54,6% use the pharmacy service. There was no direct relation between access to health services and age range. The quality of the service is considered good by 50,2% of the elderly while 34,6% consider it great. The data also revealed that the aging process varies

amongst male and female. This aspect needs to be taken into account in terms of health policy-making. The health service system is adequate to the current elderly health conditions; however, for the near future, the network services need to be expanded in order to meet the needs of the growing elderly population. The current challenge to the Vitoria health system lies on the prevention and the promotion of health at the local level. The development of policies aimed at supporting the fragile elderly and their families is also paramount.

Keywords: Integral Assistance - Elderly - Health Care Systems

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Idosos cadastrados pela ESF distribuídos nas regiões de saúde.....	53
Tabela 2	Demonstrativo da amostra selecionada.....	64
Tabela 3	Perfil dos idosos.....	68
Tabela 4	Freqüência absoluta e relativa da condição demográfica de idosos do Município de Vitória/ES (2008).....	73
Tabela 5	Freqüência absoluta e relativa de condição socioeconômica de idosos do Município de Vitória/ES (2008).....	75
Tabela 6	Características sociodemográficas dos idosos, de acordo com o sexo.....	77
Tabela 7	Características sociodemográficas dos idosos, segundo faixa etária.....	78
Tabela 8	Freqüência absoluta e relativa de condição de saúde auto-referida de idosos do Município de Vitória/ES (2008).....	79
Tabela 9	Características de morbidade auto-referida dos idosos, de acordo como o sexo.....	79
Tabela 10	Características de morbidade auto referida dos idosos, segundo faixa etária.....	81
Tabela 11	Freqüência absoluta e relativa do acesso aos serviços de saúde pelos idosos do Município de Vitória/ES (2008).....	82
Tabela 12	Características de acesso e serviços utilizados pelos idosos, de acordo com o sexo.....	84
Tabela 13	Características de tratamentos contínuos utilizados pelos idosos, de acordo com o sexo.....	85
Tabela 14	Serviços fora da unidade utilizados pelos idosos, de acordo com o sexo.....	85
Tabela 15	Procura dos serviços de saúde pelos idosos, segundo faixa etária.....	86
Tabela 16	Freqüência absoluta e relativa da utilização de serviços municipais.....	87
Tabela 17	Freqüência absoluta e relativa dos serviços de saúde específicos para idosos e a avaliação dos mesmos.....	89
Tabela 18	Conhecimento e avaliação dos serviços de saúde pelos idosos, de acordo com o sexo.....	90
Tabela 19	Conhecimento e avaliação dos serviços de saúde pelos idosos, segundo faixa etária.....	90

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CE – Ceará
CME – Centro Municipal de Especialidades
CRAI – Centro de Referência de Atendimento ao Idoso
ES – Espírito Santo
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ilpis – Instituições de Longa Permanência para Idosos
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
NR – Não respondeu
NS – Não sabe
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
RS – Rio Grande do Sul
Sabe – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SC – Santa Catarina
Semus – Secretaria Municipal de Saúde
Sesc – Serviço Social do Comércio
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SOE – Serviço de Orientação ao Exercício
SP – São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

APRESENTAÇÃO

O interesse em realizar este estudo decorre do meu envolvimento na área de saúde nos últimos doze anos de minha vida profissional como assistente social, realizando atividades de atendimento direto ao usuário e atuando na elaboração, implantação e avaliação de políticas de saúde, voltadas para a inclusão do idoso no sistema de saúde no município de Vitória.

Entendo que a concretização do Mestrado em Saúde Coletiva é uma oportunidade para ampliação do meu conhecimento, proporcionando-me uma melhor qualificação técnica na área de saúde, possibilitando maior reflexão e articulação entre teoria e prática, um aspecto essencial na reorganização do sistema de saúde no Brasil, sistema este que vem sendo construído já há vários anos, após inúmeras remodelações e aperfeiçoamentos, na busca de um sistema de saúde universal, com integralidade e participação social.

O desenvolvimento e a efetivação deste trabalho também são válidos para verificar o acesso do segmento idoso aos serviços de saúde da atenção básica, principalmente porque, segundo Andrade (2001, p.135), esses serviços são capazes de dar resolutividade a até 80% das demandas de saúde da população. Portanto, revela-se indispensável a construção de uma reflexão baseada em critérios teóricos e metodológicos quanto à organização dos serviços da atenção básica no que diz respeito ao atendimento das demandas de saúde apresentadas por esse segmento crescente da população brasileira.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	21
3	MARCO REFERENCIAL	22
3.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UM DESAFIO CONTEMPORÂNEO.....	22
3.2	O DESAFIO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL....	32
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	33
3.3.1	A organização do Sistema de Saúde no Brasil	36
3.4	O ENVELHECIMENTO E AS QUESTÕES PARA O SETOR SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	41
3.4.1	Um pacto de saúde pelo envelhecimento	47
3.4.2	Os serviços de saúde em Vitória e a trajetória da política de saúde do idoso	50
3.4.2.1	A organização dos serviços.....	50
3.4.2.2	A construção das Ações de Saúde do Idoso em Vitória.....	55
4	MATERIAL E MÉTODOS	62
4.1	CENÁRIO DE ESTUDO.....	62
4.2	DESENHO DO ESTUDO.....	62
4.3	PLANO DE AMOSTRAGEM.....	63
4.3.1	Seleção da amostra	63
4.3.2	Seleção dos entrevistados	64
4.3.3	Trabalho de campo	65
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	68
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	70
4.6	QUESTÕES ÉTICAS.....	71
5	RESULTADOS	72
5.1	PERFIL SOCIOECONÔMICO.....	72
5.2	MORBIDADE AUTO-REFERIDA.....	78
5.3	ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS IDOSOS ENTREVISTADOS.....	81
5.4	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS IDOSOS ENTREVISTADOS.....	87
6	DISCUSSÃO	91
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	108
	ANEXOS	116

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo inerente ao ser humano e constitui um dos maiores desafios contemporâneos para a sociedade. Ele proporciona aos indivíduos diversas transformações, dentre elas as biológicas, sociais, psicológicas e econômicas, que irão influenciar profundamente o ritmo de vida e o comportamento da pessoa idosa frente ao mundo e aos indivíduos que a cercam e vice-versa.

Conhecer e lidar com essa realidade complexa implicam mudanças na sociedade, e esta, por sua vez, necessita de períodos de adaptação para as inúmeras demandas e/ou situações emergentes provenientes do envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, esse desafio torna-se mais audacioso, tendo em vista suas dificuldades típicas, em que manter a qualidade de vida de seus habitantes é uma linha tênue entre a realidade e a utopia.

Portanto, a realização deste estudo é de extrema relevância, pois o envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil e constantemente requer da sociedade respostas as suas demandas. Tais respostas se materializam mediante ações direcionadas, na maioria das vezes por políticas públicas, que buscam através de tais medidas atender às necessidades da população.

Nesse contexto, as políticas públicas para o envelhecimento no Brasil ganham destaque na década de 90 e surgem também como fruto de conquistas e avanços da cidadania no Brasil, demarcada pela Constituição de 1988, e do debate internacional sobre as questões do envelhecimento.

Atualmente são poucos os estudos existentes que fazem uma análise das ações de saúde voltadas para o envelhecimento, principalmente no âmbito do município de Vitória (ES). As análises são de grande importância no Brasil, sobretudo se forem levados em conta os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano 2000, que afirmaram que a cada ano cerca de 650 mil pessoas completam 60 anos em nosso país, passando a compor a faixa etária das pessoas consideradas idosas. De acordo com Lima-Costa (2007, p. 2468), no Brasil não

existem sistemas de informações que atendam às particularidades da população idosa.

Vale notar que o envelhecimento provoca impactos em todos os setores da sociedade, o que incita a construção de alternativas inovadoras e inéditas para as demandas oriundas do segmento idoso.

Em meio a essas transformações e mudanças societárias, o setor saúde assume particularidades importantes, uma vez que o envelhecimento populacional torna-se um dos desafios mais eminentes para a área por diversas questões, dentre as quais é preciso destacar duas.

A primeira diz respeito a grande demanda que este setor recebe do segmento idoso, fruto da mudança do perfil epidemiológico da população, com predomínio de doenças crônico-degenerativas, que perduram na vida dos indivíduos, sendo freqüentes as situações de co-morbidades entre os idosos. Pesquisas apontam que 9% da população idosa consome cerca 1/3 dos recursos destinados aos procedimentos de alta complexidade do Sistema de Saúde Pública no Brasil (BRASIL, 2006).

Outra questão fundamental que demanda a análise das ações de saúde para o idoso é a mudança existente no setor nos últimos anos, relativa ao novo conceito de assistência à saúde. As ações de saúde deixaram de ter como foco um modelo de assistência hospitalocêntrico, voltado para a cura das doenças e com ações pontuais centradas apenas nos aspectos fisiológicos do organismo.

Hoje se busca a implementação de uma concepção de assistência à saúde com ênfase na prevenção e promoção da saúde, focada num modelo voltado para o nível local, utilizando a lógica dos territórios de saúde e considerando as especificidades dos indivíduos. Esse modelo procura a centralidade das ações na família, com estabelecimento de vínculos e acompanhamento longitudinal dos usuários, dentre outras características, e tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de organização dos serviços da atenção básica.

Em termos de ações de saúde destinadas especificamente para a população idosa, tradicionalmente a cidade de Vitória tem sido considerada uma referência para o assunto, desenvolvendo ações consideradas de vanguarda. Mesmo assim, não existem análises sistematizadas que definam quem são esses idosos e como eles utilizam esses serviços. Não há conhecimento se as ações de saúde desenvolvidas no município estão de acordo com as diretrizes assinaladas pela política de saúde do idoso pautada pelo Ministério da Saúde e se as mesmas realmente alcançam os idosos munícipes. Esse é o fator que impulsiona a realização deste estudo no mencionado município, transformando o trabalho numa oportunidade de socializar informações capazes de potencializar a implementação de novas ações junto à população.

Convém considerar que os resultados deste estudo serão importantes, visto que poderão ser utilizados como instrumentos pelos diferentes atores envolvidos no processo de construção da política de saúde no município de Vitória.

Os gestores poderão, a partir dos resultados encontrados neste estudo, redefinir suas estratégias e a implementação de ações ou manter as mesmas, baseados em dados concretos da realidade, fato pouco comum no campo das políticas públicas.

Para os profissionais de saúde o estudo proporcionará a possibilidade de reflexão crítica em relação às ações de saúde do idoso implantadas na cidade, o que nem sempre é possível se considerada a rotina de trabalho desses profissionais e as características de seus espaços socioocupacionais.

Existe também a possibilidade dos resultados subsidiarem tais profissionais com elementos importantes para os processos de gestão participativa existentes atualmente nos serviços de saúde municipais, que envolvem a definição das ações executadas no cotidiano das unidades de trabalho.

Também os usuários dos serviços de saúde poderão ser beneficiados com o estudo, já que será uma oportunidade de acesso a informações sistematizadas quanto à efetividade dos direitos à saúde assegurados à população, em especial aos idosos.

É interessante salientar que a apropriação dos resultados por parte dos usuários revela-se um aspecto significativo da pesquisa, uma vez que em nosso país é comum o desconhecimento dos direitos assegurados por meio das legislações, particularmente no caso do idoso, que recentemente vem ocupando a pauta de reivindicações históricas da população brasileira.

Desse modo, o presente estudo pode contribuir na qualificação dos debates e discussões municipais acerca da construção da Política de Saúde do Idoso, permitindo aos cidadãos uma melhoria nos serviços prestados e, conseqüentemente, a concretização das possibilidades de um envelhecimento ativo.

A Política de Saúde do Idoso em Vitória é um processo em construção e pode ser conduzida no sentido de transformar a cidade em uma das capitais brasileiras onde o idoso encontre serviços de saúde pública comprometidos com a garantia de qualidade aos anos de vida e não apenas objetivando prolongamento dos mesmos.

É necessário que o município seja capaz de reconhecer os idosos como cidadãos e cidadãs de direitos, protagonistas de uma história, na qual a velhice é um ciclo de vida constituído por particularidades específicas da existência humana. É importante ainda, para a cidade, compreender o processo de envelhecimento populacional como um ganho incontestável da sociedade brasileira.

No sentido de sistematizar e desenvolver de forma coerente as questões levantadas neste trabalho, o mesmo está estruturado em capítulos. Inicialmente foram realizadas algumas considerações introdutórias pertinentes. Em seguida são divulgados os objetivos da pesquisa. O capítulo posterior contém a revisão de literatura que aborda as questões do envelhecimento e suas implicações na sociedade contemporânea (principalmente no setor saúde), além de também apresentar a trajetória da política pública de saúde para o idoso no Brasil e a organização do sistema de saúde no país. Há, a seguir, o capítulo que expõe o material e os métodos de análise do estudo, incluindo a área e desenho desse estudo, bem como o detalhamento do plano de amostragem. Depois são exibidos os resultados e a discussão acerca dos dados. Por fim notam-se as últimas considerações, sendo apontados alguns desafios.

2 OBJETIVOS

Descrever o perfil socioeconômico e a morbidade auto-referida de idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória.

Analisar a utilização e a avaliação dos serviços de saúde municipais na percepção dos idosos.

Discutir os resultados obtidos e sua relação com as diretrizes da política nacional de saúde da pessoa idosa.

3 MARCO REFERENCIAL

Diante do desafio de realização deste estudo, mostra-se fundamental trazer algumas ponderações a respeito do processo de envelhecimento e também conhecer alguns elementos básicos que constituem o histórico das políticas públicas de saúde no Brasil.

Destarte, é plausível esclarecer que o presente trabalho tem como proposta primordial desenvolver uma reflexão sobre o envelhecimento e as políticas públicas de saúde para o enfrentamento das demandas procedentes dele. Neste contexto, o velho e a velhice irão perpassar o conteúdo dessa pesquisa freqüentemente de forma secundária, sendo importante conceituar tais terminologias.

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UM DESAFIO CONTEMPORÂNEO

As questões do envelhecimento estão presentes no cotidiano da humanidade desde os seus primórdios, entretanto o enfoque dado ao assunto varia de acordo com o momento histórico e os aspectos de constituição das sociedades.

Segundo Netto (2002, p. 10), o processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, são uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização. Ele afirma ainda que o envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho (resultado final) constituem um conjunto, cujos componentes estão intimamente ligados.

Vale dizer que é preciso demarcar as diferenças existentes entre os termos envelhecimento, velhice e velho, já que é muito comum as pessoas em geral empregarem essas terminologias como palavras sinônimas entre si.

Conforme Simone de Beauvoir, a velhice:

[...] na verdade, quando se trata de nossa espécie, não é fácil circunscrevê-la. Ela é um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades. A velhice acarreta, ainda, consequências

psicológicas: certos comportamentos não considerados, com razão, como característicos da idade avançada (BEAUVOIR, 1990, p. 15).

Assim, ela reafirma a condição da velhice como uma fase peculiar da vida, que acontece ao longo da existência humana, produto de um fenômeno chamado envelhecimento.

Já o vocábulo velho é um adjetivo utilizado pela sociedade para definir as pessoas que vivenciam a velhice. Tornou-se uma palavra tanto estigmatizada como pejorativa e é comumente evitada por muitos. De tal modo, observa-se, principalmente nos últimos anos, uma série de novas nomenclaturas construídas pela sociedade como uma tentativa de romper esse estigma. São expressões como terceira idade, melhor idade, maturidade, idoso, dentre outras.

Dos termos mencionados, a conotação terceira idade foi umas das que mais se popularizou, inclusive no Brasil. Surgiu na França, por volta de 1920, como forma de diferenciar os que tinham uma velhice saudável daqueles que tinham uma velhice marcada pela doença e, conseqüentemente, apresentavam algum tipo de dependência (DEBERT, 2004, p. 138).

Mas é relevante considerar que o mais importante na discussão relativa às terminologias sempre foi romper com a idéia de que o velho era um peso ou estorvo para a sociedade.

De acordo com Netto (2002, p. 2) as primeiras reflexões sobre aspectos do fenômeno envelhecimento datam de antes de Cristo, quando os grandes filósofos já questionavam alguns aspectos da existência humana, o que pode ser percebido na citação de Beauvoir (1990, p. 114): “[...] o primeiro texto conhecido, dedicado a velhice traça desta um quadro sombrio; este encontra-se no Egito e foi escrito em 2500 antes de Cristo por Ptah-hotep, filósofo e poeta.”

No entanto, a trajetória das discussões sobre o envelhecimento no ser humano foi se transformando ao longo dos séculos e ganhou representatividade no início do século XX.

Por volta de 1903, com avanços da medicina, de acordo com Netto (2002, p. 2) o médico Metchnikoff, sucessor de Pasteur, renomado cientista, defendeu a criação da geriatria como especialidade médica dedicada ao estudo do processo de envelhecimento, da velhice e dos idosos. Ele acreditava que era possível intervir e alterar os aspectos que envolviam o envelhecimento, embora essas discussões tivessem até então um enfoque centrado no aspecto biológico do envelhecimento, especialmente nas doenças advindas desse processo.

Todavia, foi no início da década de 50 que os trabalhos sobre o envelhecimento ganharam o reconhecimento da comunidade científica através da realização de grandes estudos como os realizados em Kansas City (1964), Pensilvânia (1964) e em West Virgínia (1972), que comprovaram as necessidades de compreender as várias faces do envelhecimento (Netto, 2002, p. 2).

Embora seja um processo comum a todos os indivíduos, ele apresenta particularidades que transcendem os aspectos biológicos e entender os outros aspectos revela-se vital para as devidas intervenções nos idosos.

Um fator importante, que deve ser levado em consideração quando ponderada a trajetória histórica do interesse da sociedade pelo envelhecimento, é a maneira como as sociedades vêm se organizando ao longo das décadas.

É válido frisar que durante os séculos assistiu-se a uma estruturação da civilização humana voltada para consolidação do capitalismo, em que a priorização das ações estavam voltadas para o setor produtivo de geração de riquezas e acumulação do capital. Destarte, investir e intervir na população idosa improdutiva não significava coerência com os princípios do sistema capitalista. Tanto que, durante muitos anos, a tradição da maioria das políticas públicas dos países capitalistas inicialmente eram voltadas para atenção materna infantil e manutenção da força de trabalho (NETTO, 2002, p. 3).

Hoje em dia o segmento idoso é o que mais cresce no contexto da população mundial, e os dados populacionais oficiais (Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS, 2005) confirmam essa tendência de crescimento gradativo. Tais dados

apontam um crescimento desse grupo etário em torno de 223% entre os anos de 1970 e 2025.

Estima-se também que em 2025 aproximadamente 80% da população idosa residirá em países em desenvolvimento. Assim, pensar em formas de intervenção nessa população mostra-se um fator essencial para todas as nações.

Conforme dados da OPAS, o fenômeno do envelhecimento apresentou-se de modo gradual na Europa e América do Norte; teve início há quase 100 anos atrás. Nesse sentido o envelhecimento populacional foi acompanhado ao longo dos anos por uma melhoria nas condições de vida da população e também o poder público estruturou políticas públicas voltadas para atender às demandas dos idosos.

Este fato não ocorreu nos países em desenvolvimento. Dessa maneira, eles ainda não tiveram condições de desenvolver uma estrutura que tenha condições de atender às demandas advindas da população idosa e nem uma melhoria da qualidade de vida da sua população.

É importante esclarecer que envelhecimento populacional de um país não ocorre apenas em função do aumento da expectativa de vida dos indivíduos. O que caracteriza o envelhecimento de uma população é a diminuição das taxas de natalidade, acompanhada de um aumento da expectativa de vida (NETTO, 2002, p. 3).

Portanto, o envelhecimento populacional hoje é uma realidade irreversível e a sociedade, principalmente o poder público, tem buscado construir alternativas positivas para lidar com essa etapa do ciclo de vida, cada vez mais comum entre os indivíduos. E uma das primeiras ações nesse sentido é compreender o que é o envelhecimento.

Diversos autores discutem sobre o processo de envelhecimento, por conseguinte muitas são as conceituações existentes. Para Babb (apud DUARTE e CIANCIARULLO) envelhecer é:

[...] um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e portanto aumente sua possibilidade de morte (BABB, apud DUARTE e CIANCIARULLO, 2002, p. 231).

Vale ressaltar que, sem dúvidas, o envelhecimento é um processo multifacetado, tendo vários elementos e condicionantes que influenciam os seus aspectos. Porém, para efeitos de estudos e implementação de ações voltadas para as pessoas que envelhecem, houve a necessidade de ser criado um marco para definição do envelhecimento. De acordo com Paschoal (2002, p. 27), o critério cronológico é o mais usado sempre que existe a necessidade de se delimitar a população em estudo, sendo utilizada, em inúmeros países, como ponto de referência, a idade a partir de sessenta anos para ser considerado idoso.

Mesmo assim não podemos perder de vista que o envelhecimento é um processo e que sua ocorrência apresenta variações de acordo com o tempo histórico, modelo de sociedade, grupos sociais e indivíduos.

Tal característica, segundo a autora, retrata uma característica social do envelhecimento que não pode ser desprezada. É preciso reconhecer, no entanto, que o envelhecimento é um processo dinâmico, envolvendo perdas no plano biológico, socioafetivo e político, que traz vulnerabilidades diferenciadas por gênero, idade, grupo social, raça, regiões geográficas e outras variáveis.

Portanto, para reflexão e análise da construção de alternativas que atendam às demandas oriundas do envelhecimento populacional, torna-se imperiosa a necessidade de conhecer algumas complexidades desse processo em seus aspectos básicos.

Os aspectos biológicos foram os que despertaram primeiro o interesse da sociedade, em termos de reconhecimento de sua importância. Inicialmente buscava-se a compreensão das doenças que afetavam o organismo e o controle das mesmas.

Começam então a serem identificadas as alterações mais comuns em pessoas idosas, fruto do desgaste do próprio organismo. Tais alterações passam a ser caracterizadas como manifestações biológicas do envelhecimento, como cabelos brancos, rugas, comprometimentos sensoriais (diminuição de visão, audição, tato e paladar), dificuldades de equilíbrio, dentre outros (SKINNER, 1985, p. 31).

Segundo Confort (apud FILHO, 2000, p. 22), o envelhecimento pode ser caracterizado como o comprometimento da capacidade de homeostase do corpo humano, “envelhecimento natural como a progressiva incapacidade de manutenção do equilíbrio homeostático em condições de sobrecarga funcional”.

Ainda sob o aspecto biológico, o envelhecimento é visto também como um processo contínuo durante a vida do indivíduo. De acordo com Paschoal (2002, p. 27), biólogos definem o envelhecimento como “um conjunto de alterações experimentadas por um organismo vivo, do nascimento à morte”.

Tais concepções estão de acordo com a afirmação de Netto (2002, p. 10) de que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Logo, levando em conta todas as modificações que ocorrem, não podemos compreender o envelhecimento tendo como referência apenas os fatores biológicos e há de se considerar a dinamicidade e também a singularidade desse processo. Sem dúvida tais aspectos não devem ser desprezados, uma vez que constituem marcadores importantes do envelhecimento e sinalizam os primeiros indícios das limitações e declínio vital advindos do mesmo, que em muitas situações são as enfermidades:

O aspecto biológico enfatiza a sua suscetibilidade às enfermidades ou funções limitantes de vida relacionadas com a sobrevivência. Porém, deve-se considerar uma ressalva: um organismo pode decair em sua força ou função por moléstia, por uma utilização inadequada ou mesmo por má nutrição. Por isso é necessário considerar se o decréscimo funcional do

organismo humano ocorre devido às condições naturais ou patológicas do processo vital (OLIVEIRA, 1999, p. 46).

Em relação às condições de saúde, o envelhecimento populacional levanta questões que precisam ser analisadas, tais como garantir a saúde e o atendimento da população idosa nos programas de saúde, uma vez que ao envelhecer o ser humano tem uma aceleração das perdas funcionais – num espaço de 10 anos, por exemplo, acontecem maiores perdas funcionais entre 60 e 70 anos do que entre 50 e 60 anos. (HOFFMANN, 2006, p. 4.).

Identificar o acesso da população idosa aos serviços de saúde torna-se também um fator importante, pois segundo Donabidian, citado por Travassos (2007, p. 2490), acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde.

Para Travassos (2007, p. 2490), o acesso reflete as características do sistema de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. A autora afirma também que o envelhecimento associa-se a uma maior prevalência de doenças e mais incapacidades. Por essa razão, caracteriza-se por ser uma fase da vida na qual a utilização de serviços de saúde tende a aumentar.

Essas e muitas outras questões revelam-se hoje necessidades eminentes no campo dos serviços de saúde, considerando-se especialmente a preocupação com a garantia da manutenção da capacidade funcional dos indivíduos, entre outros.

Quanto aos aspectos socioeconômicos, vale atentar que todo indivíduo é um ser sociável e político e como tal deve viver em sociedade, estabelecendo assim relações sociais que influenciarão em todas as etapas de sua vida. Conforme Kaufmann (1982, p. 73), o processo do envelhecimento é percebido também por meio das relações sociais, quando são impostos ao idoso limites, que são compreendidos por ele por meio da perda de funções e papéis na sociedade.

Dentre as questões que afetam os aspectos sociais das pessoas que envelhecem, a questão da convivência familiar é um aspecto marcante. No caso do idoso, a família

assume uma dimensão de resultado de toda uma construção afetiva, harmoniosa ou não, mas fruto de uma história de vida com suas respectivas peculiaridades.

Nesse sentido, a casa constitui um local de referência de vida e enquanto espaço físico materializa para muitos idosos o significado das conquistas e das memórias afetivas construídas por toda uma vida.

De acordo com Dalvim (2004, p. 25), a situação familiar do idoso no Brasil reflete os efeitos socioeconômicos, demográficos e de saúde vivenciados ao longo dos anos.

Contudo, observamos que a família hoje sofre uma série de alterações, fruto de novos arranjos, em que este grupo social tem deixado de ter uma composição de muitos membros, a chamada família extensa, passando a apresentar uma nova característica, esta que se estabelece nas chamadas famílias nucleares, compostas em sua maioria por um número pequeno de pessoas de diferentes gerações, fato que compromete cada vez mais a possibilidade de familiares disponíveis para dispensar cuidados aos idosos. Muitas vezes a família precisa alterar toda a sua dinâmica para atender às necessidades do idoso dependente.

Considerando todas as mudanças contemporâneas da família, sabe-se que agora ela não consegue sozinha dar conta de todos os cuidados que o idoso necessita, tornando-se necessária a criação de novas alternativas. Com o aumento da população idosa, as demandas deixam a esfera privada e assumem a dimensão do público, obrigando o Estado a discutir políticas sociais específicas para esse seguimento. Mas, segundo Ramos (2003, p. 796), a família continua sendo a principal fonte de suporte para os idosos, sobretudo em domicílios multigeracionais. Uma nova tendência que vem surgindo é o aumento do número de idosos que moram sozinhos por opção, e não por casos de abandono familiar. Esse fenômeno pode ser fruto da autonomia cada vez maior dos idosos e também das características das famílias nucleares das áreas urbanas.

O caso do idoso residir sozinho não implica no corte de relacionamento com os familiares, uma vez que a troca e a assistência ocorrem de maneira intensa, porém a distância. Várias vezes, a opção do idoso por morar sozinho ocorre devido aos

conflitos entre gerações, ocasionada pelo convívio com filhos, netos e bisnetos em um mesmo domicílio. Assim, residir em um mesmo domicílio não é garantia de presença, respeito, prestígio e muito menos de ausência de maus-tratos.

Conforme Ramos (2003, p. 795), esses conflitos familiares são motivados pelas dificuldades de adaptação dos idosos ao meio em que vivem, por não aceitarem as atitudes dos jovens e da sociedade moderna, chegando a acreditar que esta seja hostil para com eles.

Os conflitos se agravam muitas vezes também em função da dependência financeira existente entre os idosos e seus familiares. Em alguns casos os membros mais novos da família são obrigados a assumir, mesmo sem condições, todos os ônus provenientes das despesas do idoso do grupo familiar. Não obstante, nos últimos anos, até mesmo em função dos novos arranjos familiares, inúmeros idosos continuam assumindo todos os gastos da família, inclusive de netos, sendo sua aposentadoria a principal ou até mesmo a única fonte de renda da família.

Outra temática que deve ser lembrada é a questão da aposentadoria, que remete ao mundo do trabalho, que por sua vez também recebe as influências do envelhecimento. O trabalho constitui-se em um traço forte de identidade dos indivíduos, sendo talvez uma das atividades em que mais empregamos o nosso tempo durante a vida adulta.

Abandonar certos cargos e ceder lugar aos mais jovens é uma situação difícil, pois implica na perda de um poder que muitos levaram a vida inteira para conseguir e agora têm que abrir mão. Isso diversas vezes gera conflitos entre jovens e idosos, tendo como consequência desgastes emocionais em suas relações profissionais, além do isolamento social, já que é comum a maior parte do círculo de amizades das pessoas encontrar-se em seu ambiente de trabalho.

Sobre essa questão, Ferrari destaca que:

[...] a aposentadoria também pode ser marcada pela ausência de papéis sociais a serem desempenhados, a existência de novos planos e objetivos para a vida nesta fase, a representação negativa que é feita da velhice,

fatores esses que contribuem para a que se inicie neste momento o processo de isolamento social das pessoas que por direito chegaram à aposentadoria. Por outro lado, não podemos esquecer que aposentadoria é uma extensão do direito universal do trabalho (FERRARI, 2002, p. 99).

Não podemos desprezar que outro fantasma na vida daqueles que estão próximos da fase da aposentadoria são as perdas financeiras. Elas estão refletidas nos poucos rendimentos, apesar dos muitos anos de trabalho. O que há, na verdade, é uma irrisória aposentadoria para a grande massa de trabalhadores do Brasil.

Já em relação aos aspectos psicológicos, segundo Lopes (1997, p. 41), as mudanças que ocorrem na vida do indivíduo com o envelhecimento causam impactos significativos em seu psiquismo, alterando inclusive a sua auto-imagem.

A velhice, portanto, institui uma fase de mudanças, que possibilita ao indivíduo um redimensionamento de sua vida, em que passa a assumir inclusive novos papéis sociais. Porém, alguns indivíduos encontram muitas dificuldades para assumir esses novos papéis, considerando que nossa sociedade não está preparada para o envelhecimento.

Tais dificuldades são, por vezes, oriundas das dificuldades dos próprios idosos em lidar com as perdas, seja de capacidade física e mental, de relacionamentos pessoais, de posição social (*status*) etc. Elas são crescentes na vida daqueles que envelhecem, provocando sentimentos ocasionados por situações como a perda da ocupação, a solidão pelo fato dos filhos serem independentes, a viuvez, o esvaziamento da casa, que em alguns casos traz como consequência o isolamento e a depressão.

Existem ainda aqueles indivíduos que enfrentam a velhice como a fase da vida na qual poderão realizar os desejos que não conseguiram na vida adulta em função, principalmente, dos compromissos assumidos no mundo do trabalho. Então percebem essa fase como um momento de liberdade e realização, embora as limitações financeiras de certas aposentadorias possam comprometer tais aspirações.

3.2 O DESAFIO DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL

Como já observado neste trabalho, o envelhecimento populacional deixou de ser uma realidade predominante apenas nos países europeus, passando a constituir também uma realidade do cotidiano brasileiro (Brasil, 2005)

Segundo revelam os dados do Anuário Estatístico do Brasil de 1982 (IBGE, 2004) em 1900, a expectativa de vida ao nascer do brasileiro era 33,7 anos. Pouco tempo depois, nos anos 40, ela passou para 39 anos. Já anos 50, atingiu 43,2 anos e na década de 1960, 55,9 anos. Nota-se que entre 1960 e 1980, a expectativa de vida do brasileiro ampliou-se para 63,4 anos.

Essa ampliação da expectativa de vida não foi acompanhada da melhoria das condições de vida da população. Esta, entretanto, viveu um processo intenso de urbanização: em 1940, 20% da população residia na zona urbana e, de acordo com o censo de 2000, o percentual alcançou o índice de 80% (RAMOS, 2005).

O documento Envelhecimento Ativo: uma política de saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), reproduzido pela Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde – OPAS (2005), faz as seguintes afirmações sobre o envelhecimento brasileiro:

Entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.

Esse aumento expressivo da população idosa provocou uma maior atenção do setor público, a necessidade de maior apoio das famílias aos seus membros idosos e maior conscientização da sociedade em geral frente ao envelhecimento. Segundo a OPAS, em 2025, os idosos no Brasil atingirão uma cifra de 30 milhões de pessoas, o equivalente a 15% da população, transformando-se, assim, no sexto país em maior número de idosos do mundo.

Tais alterações da estrutura etária da população brasileira provocaram uma série de alterações na sociedade. Dentre elas, convém destacar a transição epidemiológica

vivenciada, que ocasionou uma alteração no perfil das causas de morte, com o predomínio das doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias (CARAMANO; KANSOS; MELLO, 2004, p. 37)

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2006), o aumento da população idosa acarreta também um aumento do uso e das demandas de serviços sociais e médicos, pois um número cada vez maior de pessoas tem apresentado doenças e/ou condições crônicas.

Assim, o Brasil, desde a década de 90, focaliza ações de saúde específicas para o idoso com o intuito de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência desse indivíduo. Tudo isso porque o envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas (BRASIL, 2006).

E nesse sentido o Estado tem um papel importante para garantir aos cidadãos serviços resolutivos de atendimento de suas necessidades de saúde através de uma política pública de saúde.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas sociais no mundo surgem diretamente relacionadas com o nascimento da sociedade burguesa. Para Berhin (2006, p. 14), elas historicamente são voltadas para a manutenção da força de trabalho, garantido a acumulação do capital própria da lógica de organização social capitalista. As políticas sociais aparecem como forma de minimizar as diferenças sociais e suprir as necessidades da população através da intervenção do Estado.

De acordo com Arcoverde (1999), questão social tem no seu núcleo orgânico a desigualdade e a injustiça social ligadas à organização do trabalho e à cidadania. A autora destaca ainda que a desigualdade e a injustiça social produzidas apenas se tornam questão social quando de fato são reconhecidas e assumidas por um dos setores da sociedade com o objetivo de enfrentamento e publicização, transformado-

as em demanda política. Quando isso ocorre, o enfrentamento da questão social passa a exigir a intervenção do poder público, na maioria das vezes através das políticas públicas.

As políticas públicas são definidas por Potyara Pereira (1996, p.130) como linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos por lei. Compõe, para autora, uma atividade institucional, que exige providências concretas em direção da satisfação de necessidades sociais, baseada em um direito coletivo.

Segundo Vieira (2004, p. 141), as políticas públicas são estratégias de governo compostas por planos, projetos, programas e documentos variados, com as diretrizes específicas para cada área, como, no caso, a saúde.

Para Elias (2004, p. 42), a política pública torna-se para o Estado um instrumento de mediação para minimizar os conflitos e as contradições sociais. De acordo com o autor, a política social revela-se, assim, um tipo particular de política pública, capaz de regular as relações entre Estado, sociedade e economia (ELIAS, 2004, p. 43; VIEIRA, 2004, p. 141). E o nascimento das políticas públicas de saúde tem por objetivo estabelecer uma regulação social, que favoreça a ordem social e econômica vigente, centrada na garantia da reprodução da força de trabalho.

As políticas públicas de saúde surgem nos países europeus, principalmente na Inglaterra (ELIAS, 2004, p. 43), um dos berços da revolução industrial, assim como as políticas sociais em geral surgem como fruto das reivindicações dos operários europeus.

No campo da saúde as políticas públicas começam a existir especialmente quando as questões da área começam a interferir e ameaçar a economia dos países, sobretudo devido às grandes epidemias que assolaram o mundo nos séculos XVIII e XIX (MEDRONHO, 2002, p. 77).

No Brasil, as políticas de saúde estatais ganham destaque no início do século XX, tendo como grandes expoentes Osvaldo Cruz e Carlos Chagas, que formaram a vanguarda da saúde pública brasileira e são até os dias de hoje considerados ícones

do setor. Nesse período, as ações do governo brasileiro centravam-se no interesse em controlar as grandes epidemias e garantir as exportações, base da economia do país. Não havia uma preocupação com a assistência individual à saúde.

Com o desenvolvimento do Brasil e o processo de industrialização, essas ações passaram a não ser mais suficientes e o governo busca ao longo dos anos se adequar às necessidades de saúde do país e também à discussão que acontece no cenário internacional.

Diversos autores (ANDRADE, 2001; LUZ, 1982; FLEURY, 1995; LIMA, 2005) narram a trajetória histórica da saúde pública no Brasil, retratando todo o movimento ocorrido, para que hoje a saúde possa ser reconhecida no texto constitucional como direito do cidadão e dever do Estado. Destarte, a reflexão teórica que segue objetiva focar o período pós Constituição de 1988, momento no qual também ganham visibilidade as discussões sobre o envelhecimento no Brasil. Trata-se de uma opção metodológica essencial para a discussão central da pesquisa e não significa demérito a um processo histórico fundamental na construção da saúde pública no Brasil.

Sem sombra de dúvidas a saúde pública brasileira possui um divisor de águas que é a Constituição de 1988 e é nessa perspectiva que o presente trabalho terá o seu foco, mais especificamente analisando a atenção à saúde voltada para o segmento idoso, cujas necessidades diferem do restante da população em função das condições biopsicosociais manifestadas nessa etapa do ciclo de vida.

As discussões sobre a saúde do idoso aparecem embrenhadas com a discussão das políticas para o envelhecimento no Brasil, que começam a ganhar relevância após a década de 70, quando os índices populacionais mostraram a transição demográfica prevista para os anos futuros. E nesse sentido, Lima-Costa (2003, p. 2468) declara que o idoso consome mais serviços de saúde, com internações hospitalares mais freqüentes e, ainda, um tempo maior de ocupação do leito quando comparado a outras faixas etárias.

3.3.1 A organização do Sistema de Saúde no Brasil

O fato do setor saúde ser incorporado como um direito do cidadão e um dever do Estado na Constituição Federal de 1988 influenciou radicalmente as diretrizes que norteavam a estruturação e o desenvolvimento das ações de saúde pública, possibilitando o estabelecimento de novas formas de relação entre os diferentes atores do setor no país, legitimando reivindicações históricas do movimento sanitário brasileiro através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se observa nos artigos 196 e 198 dessa constituição:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Art.198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...].

Após o grande avanço na legislação brasileira, ainda era necessário regulamentar o texto constitucional com outros atos legislativos que garantissem a legitimação e implantação do SUS. Foram então promulgadas no ano de 1990 as leis 8.080 e 8.142 – Leis Orgânicas da Saúde. A lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e a adoção de outras providências. Já a lei 8.142 trata da participação de comunidade na gestão do SUS e estabelece também critérios para a movimentação de recursos financeiros. De acordo com Andrade (2001, p. 41), a aprovação dessa legislação foi marcada por um processo de discussão política intenso.

As referidas leis possibilitaram o início da implantação do sistema saúde, considerado ousado e avançado para sociedade brasileira, sobretudo em tempos de fortalecimento do neoliberalismo. Elas estabeleceram claramente os princípios e diretrizes norteadoras das ações de saúde dos quais vale ressaltar: universalidade, igualdade, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Mas, todo esse arcabouço jurídico-institucional ainda não foi suficiente para garantir a efetivação dos direitos conquistados pela população, especialmente se forem levadas em conta as diferenças existentes no Brasil, fruto de suas dimensões

territoriais continentais que permitem as inúmeras diferenças regionais que variam de características culturais até capacidade de resolutividade e tamanho do aporte físico da rede de serviços de saúde.

Diante dessa realidade o governo estabeleceu uma série de dispositivos legais inicialmente denominados de Normas Operacionais Básicas (NOB), objetivando auxiliar os estados e municípios no processo gradativo de transição e implantação do novo modelo, que trazia também no seu bojo a descentralização de execução de ações e de recursos financeiros da esfera federal para as esferas estaduais e municipais.

Assim, a intenção era possibilitar a cada gestor municipal ou estadual a realização de um processo de reestruturação de sua rede de serviços de saúde e, nesse sentido, foram editadas pelo Ministério da Saúde as NOB nos anos de 1991, 1993 e 1996 (ANDRADE, 2001, p. 41).

Como a implantação do SUS é um processo em construção a cada edição das NOBs, observou-se o aprimoramento de mecanismos que buscavam facilitar as transformações das ações, enfatizando principalmente a descentralização das mesmas.

De acordo com Andrade (2001, p. 42), no final do ano 2000 eram evidentes os problemas existentes com a dificuldade de acesso da população oriundos de problemas burocráticos que não foram resolvidos entre os municípios e estados. Como forma de enfrentamento da questão, o Ministério da Saúde então propôs a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, que substituiu a NOB 96 em vigor e estabeleceu como proposta três estratégias de ação articuladas: a regionalização e organização da assistência, o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a revisão dos critérios de habilitação dos estados e municípios para o desenvolvimento de ações e recebimento de recursos.

Em 2002 foi editada mais uma versão da NOAS que estimulava a realização das ações de promoção e prevenção em saúde por parte dos gestores e aprimorava mais uma vez os mecanismos de gestão do SUS.

Todavia, apesar de todas as mudanças, ainda havia uma insatisfação dos gestores, trabalhadores e usuários expressas no amplo processo de discussão da 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003, convocada para discutir o tema “O SUS que temos e o SUS que queremos”.

Como desdobramento das discussões, o Ministério da Saúde convocou os representantes das três instâncias de gestão e das comissões intergestores de pactuação (bipartite e tripartite) para um amplo debate solidário realizado ao longo de 03 anos, que teve como produto um compromisso público denominado Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2007)

O Pacto pela Saúde 2006 substitui, portanto, a NOAS 2002, e baseia-se nos princípios do SUS, estabelecendo metas sanitárias e de gestão, focalizando as necessidades de gestão da população. O pacto visa melhorar a quantidade e qualidade dos serviços ofertados à população e busca oportunizar a garantia de acesso.

Ele igualmente define prioridades de ações a serem desenvolvidas que se articulam nas suas três dimensões, a saber, pacto em defesa do SUS, pacto de gestão do SUS e o pacto pela vida:

- Pacto em defesa do SUS – reforça o compromisso dos gestores com o SUS enquanto política de Estado, defendendo os princípios constitucionais garantidos em 1988 e propõe repolitização do SUS com a retomada do movimento da Reforma Sanitária e fortalecimento da participação da população nas discussões;
- Pacto de gestão do SUS – busca estabelecer formas de gestão compartilhada e solidária entre as secretárias municipais, estaduais, do Distrito Federal e do Ministério da Saúde baseados na descentralização e na regionalização das ações;
- Pacto em defesa da vida – objetiva qualificar a assistência à saúde da população, estabelecendo as prioridades de atenção, favorecendo a equidade em saúde nas seguintes áreas: saúde do idoso, redução de mortes por câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade materna e

infantil, fortalecimento da capacidade de respostas a doenças emergentes, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica através da melhoria da ESF.

Atualmente, o Pacto pela Saúde 2006 é o instrumento normatizador do processo contemporâneo de implantação do SUS, constituindo também um elemento norteador das ações e serviços desenvolvidos pelos diferentes atores que atuam no cotidiano desse sistema.

Enfatizando que o presente trabalho almeja também analisar o acesso da população idosa aos serviços de saúde da atenção básica, é pertinente apresentar considerações sobre a ESF, uma vez que esse foi o modelo eleito pelo Ministério da Saúde para a reorganização dos serviços de saúde da atenção básica no Brasil.

Para Mendes (2001, p. 18), os sistemas de saúde podem se organizar por meio de pontos de atenção (como é o caso do SUS), que se articulam entre si e agrupam os seus serviços em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.

No Brasil as expressões atenção básica e atenção primária são utilizadas como sinônimas até pelo próprio Ministério da Saúde, assim, ao longo do trabalho, é possível perceber uma variação na terminologia.

Diante do exposto, a atenção primária possuiu uma importância significativa na organização do sistema de saúde, pois é a partir dela que os demais níveis de atenção devem se organizar. De acordo com Mendes (2001, p. 19), a atenção primária deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, ou seja, o primeiro contato com a população, buscando dispensar ao usuário uma atenção contínua, que demanda a existência de uma população adstrita, possibilitando a existência de vínculo entre equipe profissional e a população. Essa equipe deve se responsabilizar pelos cuidados de saúde dessa população, tendo como foco a família.

Estudos apontam que o sistema de saúde orientado por uma atenção primária resolutiva está associado aos menores custos, maior satisfação dos usuários, maior

impacto sobre os níveis sanitários e menor uso de medicamentos (MENDES, 2001, p. 21).

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006). Tem como fundamentos: o acesso universal e contínuo, a busca da efetivação da integralidade em todos os aspectos, o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilidade entre as equipes e a população, a valorização dos profissionais de saúde, o planejamento para avaliação e acompanhamento dos resultados e o estímulo à participação social.

Nessa perspectiva, a Saúde da Família, além dos fundamentos norteadores da atenção básica, deve ter também um caráter substitutivo em relação às redes de atenção básica nos chamados territórios de saúde.

Conforme Unglert (1993, apud ANDRADE, 2001, p. 148), o território correspondente à área de abrangência sob responsabilidade de uma UBS, baseia-se em critérios como acessibilidade geográfica e de fluxo de uma população. Envolve também a noção de co-responsabilidade da população e de uma equipe de saúde sobre as ações de promoção da saúde dentro desse território.

Nos territórios as equipes devem realizar o cadastramento domiciliar, o diagnóstico situacional, além de desenvolver ações de saúde voltadas para atender às demandas de saúde da área de maneira pró-ativa e articulada com a comunidade. As ações devem ser planejadas, tendo como foco a família e a comunidade, buscando a integração com instituições e organizações sociais, em especial em seu campo de abrangência, constituindo um espaço para construção da cidadania.

De acordo com a Portaria Nº 648/GM de 28/03/2006, recomenda-se em centros urbanos que cada UBS tenha em sua área de abrangência até 30.000 habitantes, cada equipe multiprofissional deve responsabilizar-se por no máximo 4.000 indivíduos, sendo que cada agente comunitário de saúde pode acompanhar no máximo 750 pessoas. A equipe multiprofissional carece ser composta por médico,

enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar ou técnico de higiene dental, auxiliar ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentre outros.

O processo de trabalho dessas equipes busca desenvolver ações de saúde assistenciais e educativas, focadas em grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais. A assistência básica à saúde deve ser integral e contínua, garantindo o acesso a apoio diagnóstico e laboratorial. O acolhimento precisa ser implantado para efetivação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, devendo inclusive ser realizado na unidade o primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas.

Quanto ao atendimento específico da população idosa na atenção básica por meio da ESF, as primeiras ações concretas surgiram em 2007 com o lançamento de dois instrumentos importantes para a qualificação do atendimento, que foi o Manual da Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde do Idoso e a Caderneta de Saúde do Idoso.

3.4 O ENVELHECIMENTO E AS QUESTÕES PARA O SETOR SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Observa-se que as políticas públicas são formas de intervenção do Estado na sociedade, mais especificamente no modelo de organização capitalista, em que se estabelecem características peculiares dos agrupamentos sociais, de acordo com suas respectivas necessidades.

Nesse contexto, é importante examinar que o processo de envelhecimento no Brasil ocorre de modo rápido e a previsão é que em 2025 seja o sexto país em população idosa do mundo com cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos (IBGE, 2004).

Assim, pensar na lógica e estruturação das políticas públicas de saúde do idoso no Brasil é essencial, uma vez que o segmento idoso tem gerado grandes desafios aos serviços públicos, principalmente no setor saúde. Tais serviços têm se deparado

com demandas inéditas colocadas por esse segmento, fruto das particularidades inerentes ao envelhecimento, comprometendo em determinadas situações o exercício da cidadania dos indivíduos.

Segundo Caramano e Pasinato (2004, p. 263), o envelhecimento como assunto na agenda das políticas públicas brasileira não é recente, e as primeiras ações datam de 1888, com a instituição e regulamentação da aposentadoria para os empregados dos Correios, e de 1923, através da Lei Eloy Chaves, que garantia a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões.

Na década de 60 duas iniciativas, de acordo com as autoras, foram fundamentais para o desenvolvimento das políticas brasileiras para o envelhecimento. A primeira foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961 e a segunda teve início em 1963 com as ações desenvolvidas pelo Sesc (Serviço Social do Comércio) no campo da convivência de idosos, rompendo com o estigma institucional voltado inteiramente para o atendimento asilar.

Ainda que até a década de 70 várias legislações foram criadas com o intuito de contemplar as demandas colocadas pelo envelhecimento, todas tinham como foco central as questões ligadas ao mundo do trabalho. Somente em 1976, de acordo com Caramano e Pasinato (2004, p. 265), o governo federal sinaliza algumas diretrizes de uma política social para o envelhecimento voltada para saúde no Brasil.

Essas diretrizes apontavam para a necessidade de criação de serviços médicos especializados para idosos, incluindo o atendimento domiciliar, além de outras ações que concebiam as necessidades do idoso de forma mais ampla, ultrapassando a concepção de mundo do trabalho e complementação de renda.

Mas é importante ressaltar mais uma vez que foi na Constituição de 1988 que a população idosa, assim como os demais cidadãos brasileiros, alcançaram de forma expressiva o reconhecimento dos direitos de cidadania.

E foi no capítulo da ordem social dessa constituição, nos artigos 201, 203, 229 e 230, que o Estado reconheceu a sua responsabilidade de assegurar o cuidado ao

idoso, bem como estabeleceu também responsabilidades para a família e comunidade. Vale sublinhar o artigo 230:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo a sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

Constata-se que o expressivo contingente da população idosa no Brasil transformou o envelhecimento em uma expressão da questão social, num país historicamente conhecido como um país de jovens.

Para as autoras Caramano e Pasinato (2004, p. 267), a aprovação das diretrizes lançadas pela constituição referentes ao idoso recebeu a influência dos debates internacionais sobre a agenda internacional das políticas públicas para a população idosa. A primeira Assembléia Mundial sobre o envelhecimento é avaliada como o marco inicial das discussões internacionais. Ela aconteceu em Viena, no ano de 1982, e resultou na aprovação de um plano de ação global, que pretendia garantir a segurança econômica e social dos idosos, bem como integrá-los no processo de desenvolvimento dos países.

O Plano Internacional para o Envelhecimento foi estruturado em 66 recomendações de ações para os Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU), agrupadas em áreas temáticas, dentre elas a saúde e nutrição. Embora o foco das discussões naquele momento eram os países desenvolvidos, observou-se que gradativamente as questões do envelhecimento foram incorporadas por países da América Latina, que modificaram suas constituições em graus diferenciados, como foi o caso do Brasil, Equador, Venezuela, Bolívia e Peru (CARAMANO; PASINATO, 2004, p. 257).

As autoras assinalam que em 1992 aconteceu um evento importante, no qual a ONU estabeleceu que 1999 seria o Ano Internacional do Idoso, que trataria o tema “Uma sociedade para todas as idades”, contribuindo para que as diversas reflexões fossem desencadeadas na década de 90 em diversos países do mundo. Nesse ínterim, no Brasil ocorreu uma série de discussões, sendo significativo destacar a

aprovação da Política Nacional do Idoso em 1994 e a Política Nacional de Saúde do Idoso em 1999.

A segunda Assembléia Mundial sobre o envelhecimento ocorreu em Madri, no ano de 2002. Nela foi aprovado um novo plano de ação com intuito deste influenciar as políticas e programas voltados para os idosos no mundo inteiro, especialmente nos países em desenvolvimento. Segundo Caramano e Pasinato (2004, p. 258), o plano tem como um de seus princípios o fomento da saúde e bem-estar na velhice – a promoção do envelhecimento saudável.

Para o alcance desse princípio, são necessárias políticas que promovam melhorias na saúde desde a infância e se prolonguem ao longo da vida, garantindo ações de promoção à saúde, acesso universal aos serviços de saúde pública, considerando os determinantes do processo saúde/doença e o aparecimento de enfermidades e incapacidades, além haver a capacitação de profissionais nas áreas de geriatria, gerontologia e serviços sociais.

Sabe-se que a aprovação do texto constitucional serviu para ampliação do debate brasileiro relacionado com as questões do envelhecimento, culminando na criação da Política Nacional de Atenção ao Idoso – lei 8842 (BRASIL, 1994). Essa lei define como idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos e também fundamenta diretrizes para ações em áreas prioritárias a fim de atender às demandas advindas da população idosa.

A referida política é organizada a partir de sete eixos estruturantes que estabelecem competências para órgãos e entidades públicas por meio de ações na área de promoção da assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer.

No campo da saúde a legislação enfatiza a garantia da assistência à saúde em todos os níveis do SUS, a realização dos serviços de ações de prevenção e promoção de saúde, a adoção de normas e a fiscalização das instituições geriátricas e similares e ainda a criação de normas de funcionamento de hospitais geriátricos por parte dos gestores do SUS. Estabelece também o desenvolvimento de

cooperação entre os níveis de gestão do SUS e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia, além do treinamento de equipes interprofissionais e da observação da necessidade de incluir a geriatria como especialidade clínica para efeito de concurso em todos os serviços de saúde pública. Do mesmo modo recomenda a realização de estudos para identificação do perfil epidemiológico da população idosa, além da criação de serviços alternativos de saúde para o idoso.

Tais objetivos estão em perfeita consonância com o processo de consolidação do SUS, que desde o início de sua implantação tem procurado criar uma nova cultura de produção de saúde junto à população brasileira.

Já em 1999 o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 1.395/99, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso, fundando diretrizes para ações de saúde do idoso no país. Atualmente a citada política foi reeditada por meio da Portaria 2.028, criando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006). Essa ação foi necessária no sentido de adequar as ações de saúde do idoso às modificações sofridas no setor em virtude do Pacto pela Saúde.

A aprovação da lei nº 10.741 (BRASIL, 2003), que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, também foi muito significativa em termos de ampliação de direitos através da legislação. Essa lei vem reafirmar as garantias da lei 8.842/2004 e avança no sentido de estabelecer crimes e punições quando o que foi constituído na lei deixar de ser cumprido.

O Estatuto do Idoso foi organizado em 118 artigos e delibera diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos, objetivando reforçar as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso. Portanto, ele também reafirma ações em todas as áreas de atuação, inclusive no campo da saúde, para o qual determina:

- Atenção integral ao idoso por intermédio do SUS, com garantia de acesso universal e igualitário;
- A efetivação de ações de prevenção e manutenção da saúde dos idosos através de cadastramento da população idosa em base territorial;

atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; unidades geriátricas de referência; atendimento domiciliar, até mesmo a internação para o idoso impossibilitado de se locomover, inclusive para aquele abrigado em instituição pública, filantrópica ou sem fins lucrativos, no meio urbano ou rural, e a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia para redução das seqüelas decorrentes de agravos de saúde;

- A incumbência do poder público de fornecer aos idosos gratuitamente medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação;
- A proibição quanto à discriminação dos idosos nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade;
- A garantia de atendimento especializado para idosos portadores de deficiência ou com limitação;
- A segurança do idoso internado ou em observação quanto ao direito a acompanhante, devendo a instituição de saúde proporcionar condições de permanência deste em tempo integral, de acordo com o critério médico. Caso o profissional responsável pelo tratamento não conceda autorização para permanência de acompanhante, precisa justificar o fato por escrito;
- Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais, a garantia do direito de optar pelo tipo de tratamento de saúde que desejar. Não estando o mesmo em condição de optar, a decisão será do curador (em caso de interdição), familiares ou do médico na ausência dos demais (fato que o profissional deverá comunicar imediatamente ao Ministério Público);
- O atendimento das necessidades da população idosa por parte das instituições de saúde, promovendo o treinamento e a capacitação de seus profissionais e também a orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

Além disso, uma das maiores inovações no campo das legislações foi a obrigatoriedade dos profissionais de saúde de comunicar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos. A comunicação deve ser feita à autoridade policial, ao Ministério Público ou ao Conselho do Idoso em uma de suas instâncias (municipal, estadual ou nacional).

Apesar de todos os marcos legais voltados para saúde dos idosos no Brasil, essa ainda é uma das áreas mais críticas quanto à qualidade e oferta dos serviços prestados à população idosa. No entanto, ao fazer essa reflexão, não se pode deixar de analisar que se trata de uma situação comum a todos os segmentos populacionais do Brasil e está diretamente ligada à ineficiência do funcionamento do sistema de saúde pública no país.

Muitas ações têm sido implantadas ao longo dos anos para resolução da questão emblemática da saúde pública brasileira. Atualmente o Pacto pela Saúde nas dimensões do Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de gestão, propõe através de sua implantação alterar positivamente esse quadro, qualificando e ampliando a oferta de serviços do SUS e procurando a efetivação das diretrizes que norteiam a construção desse sistema.

Cabe destacar que entre as ações definidas como prioritárias no campo assistencial do Brasil, materializadas por meio do Pacto pela Vida, a saúde do idoso é admitida, pela primeira vez na história da saúde pública brasileira, como um campo prioritário de atuação dos gestores do SUS.

Finalmente o governo brasileiro deixou de secundarizar as questões de saúde ligadas ao envelhecimento populacional e estabeleceu uma agenda pública de compromissos estratégicos para atender questões asseguradas na legislação há mais de dez anos.

3.4.1 Um pacto de saúde pelo envelhecimento

O Pacto pela Vida significa um compromisso entre os gestores do SUS para a implementação de ações que buscam possibilitar impacto sobre a situação de saúde da população, instituindo como prioridades a saúde do idoso, a redução de mortes por câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade materna e infantil, o fortalecimento da capacidade de respostas a doenças emergentes, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica através da melhoria da ESF (BRASIL, 2007).

De acordo com a normatização que determina o Pacto pela Vida, as ações desenvolvidas na área de saúde do idoso devem adotar as seguintes diretrizes: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade das ações e a implantação dos serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em UBS, respeitando o critério risco; o provimento de recursos para assegurar a qualidade dos serviços; o fortalecimento da participação social; a formação e educação permanente dos profissionais do SUS na área do envelhecimento; a divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para os atores envolvidos na construção do SUS; a promoção da cooperação nacional e internacional das experiências de atenção à saúde da pessoa idosa e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Como ações estratégicas para a implantação dessas diretrizes, o Ministério da Saúde definiu:

- Caderneta de Saúde do Idoso: um instrumento de cidadania do idoso, no qual serão registrados todos os procedimentos de saúde realizados com o mesmo, possibilitando ao profissional de saúde um melhor acompanhamento desse indivíduo. A caderneta deverá ser constantemente atualizada pelos profissionais de saúde. Inicialmente tem como foco principal alcançar os idosos frágeis e em seguida a distribuição da caderneta precisa estender-se e contemplar todo o segmento, visto que a meta estabelecida para distribuição é de 72% da população idosa coberta pela ESF;
- Manual de Atenção Básica para a Saúde da Pessoa Idosa: conjunto de orientações e procedimentos, indicando possibilidades de atendimento da população idosa nos serviços de atenção básica, de acordo com as diretrizes contidas na política de saúde específica para essas pessoas. Os manuais já começaram a serem distribuídos para as equipes de saúde da família e também foram disponibilizados na Internet. A intenção é que 72% da população idosa cadastrada seja acompanhada por equipes que tenham sua prática norteada pelas orientações do manual;
- Programa de Educação Permanente a Distância: pretende qualificar os profissionais da atenção básica para um atendimento resolutivo a população

- idosa. Contempla conteúdos específicos ligados a área do envelhecimento e priorizará inicialmente os profissionais das regiões Norte e Nordeste do Brasil;
- Acolhimento: reorganização do processo de acolhimento nas UBS como alternativa de enfrentamento para a dificuldade de acesso;
 - Assistência Farmacêutica: para o desenvolvimento de ações que visem qualificar a dispensação ou o acesso da população idosa;
 - Atenção diferenciada na internação: instituir a avaliação geriátrica global, realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que possua programa de internação domiciliar;
 - Atenção Domiciliar: admitir essa modalidade de atendimento, ambicionando valorizar o efeito do ambiente familiar no processo de recuperação do paciente idoso.

Em decorrência de todas as mudanças realizadas no setor saúde por causa da implantação do Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2007), foram necessárias a adequação e revisão da Portaria nº 1.395/99, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso.

Assim, somente em outubro de 2006, o Ministério da Saúde reeditou a normatização com a aprovação da Portaria 2.028 de 19 de outubro de 2006, instituindo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que tem o desígnio de “prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2006).

Em sua nova versão, além da mudança de nome, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa apresenta algumas modificações inovadoras, assim como reafirma a essência das questões assinaladas na edição de 1999. Insere a nomenclatura de envelhecimento ativo, em que ressalta a importância da manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos idosos, com reconhecimento de direitos. Enfatiza a alta capacidade funcional, física e mental, o engajamento social e ativo com a vida e a menor probabilidade de doenças como componentes de um envelhecimento bem-sucedido. Estimula a implantação do acolhimento baseado em critérios de risco, a organização dos serviços nos moldes das chamadas linhas de cuidado, apostando

na melhoria da qualidade dos serviços da atenção básica, sugerindo inclusive a utilização de instrumentos técnicos validados para avaliação funcional e psicossocial. Aponta a necessidade de estruturação de fluxos de referência e contra-referência, dentre outros, e também define com clareza que essa política apresenta ações específicas voltadas para dois tipos de idosos: aqueles que possuem independência e autonomia e para os idosos frágeis ou em processo de fragilização. Essas definições permitirão aos serviços de saúde um melhor direcionamento das ações, de acordo com o perfil epidemiológico de sua clientela adstrita.

Diante dessas diretrizes do Ministério da Saúde, a esfera federal cumpre o seu papel de nortear e coordenar as estratégias de saúde da pessoa idosa no país, demarcando um espaço interessante de visibilidade das ações voltadas para esse segmento, algo sem precedentes na saúde pública brasileira.

Agora cabe aos municípios, que são responsáveis pela execução das ações, conforme o estabelecido no SUS, a implementação das mesmas com o auxílio das Secretarias Estaduais de Saúde.

3.4.2 Os serviços de saúde em Vitória e a trajetória da política de saúde do idoso

Nesta parte do trabalho serão expostos aspectos que envolvem a organização dos serviços de saúde na cidade de Vitória, bem como a construção das ações de saúde concernentes ao idoso nesse município.

3.4.2.1 A organização dos serviços

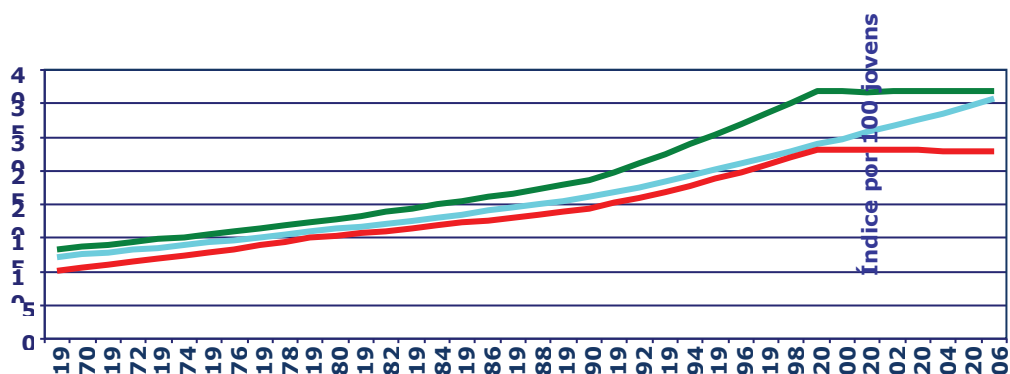
A Ilha de Vitória, com 105km², compunha a Capitania Hereditária do Espírito Santo, destinada ao capitão Vasco Fernandes Coutinho em 1535. Mas seu fundador foi Duarte Lemos, que recebeu a ilha, naquela época chamada de Ilha de Santo

Antônio, como prêmio por sua brilhante atuação na descoberta de novas rotas de navegação portuguesas para o comércio com as Índias (VITÓRIA, 2008).

Desde a sua fundação em 1551, Vitória é circundada por numerosos terrenos de mangue e restinga. Atualmente é composta por 78 bairros, que surgiram a partir de invasões, aterros e loteamentos, e foram batizados com nomes de santos, personalidades e expressões indígenas. Em termos demográficos possui uma população de 317.277 habitantes, que corresponde a 9,2% da população do Estado do Espírito Santo. Apresenta um clima tropical úmido, com áreas verdes de preservação ambiental e com diversidade de animais e vegetais (VITÓRIA, 2008).

A cidade compõe a Região Metropolitana de Vitória com os municípios de Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana, Guarapari e Fundão e representa 6,15% da extensão territorial dessa região metropolitana. De acordo com documentos institucionais, baseados no censo de 2000 (VITÓRIA, 2005, p. 9), o perfil socioeconômico do município aponta 51,5% da população vitoriense como economicamente ativa, sendo que a maior parte desenvolve ações no setor de prestação de serviços. Em relação à renda média familiar, 42% das famílias residentes no município vivem com rendimentos de até dois salários mínimos.

Vitória apresenta um perfil epidemiológico semelhante ao perfil nacional, com queda da mortalidade infantil, diminuição da fecundidade e, conseqüentemente, um envelhecimento populacional. O gráfico a seguir demonstra como foi a trajetória do índice de envelhecimento da cidade nos últimos 30 anos em relação ao Espírito Santo e ao país.



Fonte: IBGE/Estimativas realizadas pela Secretaria Municipal

* Número de pessoas de 60 anos ou mais para cada 100 pessoas menores de 15 anos.

No ano de 2004 as principais causas de óbito na população geral em Vitória foram as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, com incidência no sexo masculino. Assim, dentre as principais causas de falecimento na população estão as doenças crônico-degenerativas, típicas de uma população em processo de envelhecimento (VITÓRIA, 2005, p. 15).

Nessa conjuntura, o quadro de mortalidade da população idosa de Vitória é bem semelhante ao perfil geral do município, sendo constatado em 2005 que as principais causas das mortes de idosos foram, respectivamente, doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho digestivo.

No que diz respeito ao perfil de morbidade dos munícipes de Vitória, as causas mais freqüentes foram doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho digestivo, dentre outras (VITÓRIA, 2005, p. 17). Já quanto à população idosa, a morbidade segue a mesma tendência das causas de mortalidade.

Conhecer as características de saúde de uma população é fundamental para auxiliar o seu gestor na promoção de saúde dos indivíduos. Todavia, o modelo de gestão desses serviços também tem uma influência importante, especialmente na contemporaneidade, quando a saúde é concebida como uma forma de produção social.

Em termos de gestão (VITÓRIA, 2005, p. 4), atualmente Vitória conta com uma administração que declara estar voltada para eixos estratégicos comprometidos com o desenvolvimento sustentável, a inclusão social, a democratização da gestão pública, a defesa da vida e o respeito aos direitos humanos. Desse modo, esses princípios têm norteado as ações das diversas secretarias do município, inclusive da Semus.

Quando se reporta a efetivação dos serviços de saúde em Vitória, é importante enfatizar que, em termos de organização dos serviços, o município tradicionalmente tem se destacado, sendo apontado como um dos mais avançados nesse campo no âmbito estadual.

Segundo Cruz (2007, p. 74), o sistema de saúde de Vitória começou a se configurar de fato a partir de 1989, quando assumiu a municipalização dos serviços, realizando sua implantação de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Assim, em 1990, o município foi dividido em seis regiões de saúde e, mais tarde, em 1995, avançou com a implantação dos territórios de saúde. Tal implantação possibilitou a realização de diagnósticos situacionais nos respectivos territórios de saúde por profissionais de saúde (CRUZ, 2007, p.75).

Um dos marcos históricos do sistema de saúde em Vitória foi, em 1997, quando se iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de construção de um modelo assistencial voltado para a vigilância em saúde (VITÓRIA, 2003). Essa medida ganhou ainda mais força em 2003 quando o município decidiu também pela implantação das equipes de saúde bucal.

Hoje o município conta com 72 equipes de saúde da família, com uma cobertura de 69,9% da população geral, tendo quase 80% da população idosa cadastrada. Em termos demográficos, Vitória possui uma população de 28.682 idosos e, destes, 25.469 estão cadastrados pela ESF, distribuídos nas regiões de saúde, o que pode ser notado na Tabela 1.

Tabela 1 – Idosos cadastrados pela ESF distribuídos nas regiões de saúde

(continua)

Região de Saúde	Unidade de Saúde	Mulheres (61%)	Homens (39%)	Total	%
Continental	Bairro República	1.109	726	1.835	7,2
	Jardim da Penha	2.396	1.471	3.867	15,2
Maruípe	Andorinhas	146	102	248	1,0
	Maruípe	1.646	1.045	2.691	10,6
	Bairro da Penha	471	313	784	3,1
	Thomaz Thomasi	391	220	611	2,4
	Consolação	708	431	1.139	4,5
	Santa Marta	539	384	923	3,6

Tabela 1 – Idosos cadastrados pela ESF distribuídos nas regiões de saúde

(conclusão)

Região de Saúde	Unidade de Saúde	Mulheres (61%)	Homens (39%)	Total	%
Forte São João	Jesus de Nazareth	125	79	204	0,8
	Praia do Suá	428	275	703	2,8
	Forte São João	412	255	667	2,6
	Santa Luiza	1.585	1.090	2.675	10,5
Centro	Ilha do Príncipe	212	212	424	1,7
	Fonte Grande	207	120	327	1,3
	Vitória	1.469	807	2.276	8,9
	Santa Tereza	499	309	808	3,2
	Avelina	408	301	709	2,8
Santo Antônio	Santo Antônio	756	457	1.213	4,8
	Favalessa	496	291	787	3,1
	Grande Vitória	408	301	709	2,8
São Pedro	Ilha das Caieiras	291	196	487	1,9
	Santo André	299	235	534	2,1
	São Pedro V	307	225	532	2,1
	Resistência	195	121	316	1,2
Total		15.503	9.966	25.469	100,0

Nessa conjuntura, a Semus tem expressado em seu plano municipal de saúde compromissos de um sistema de saúde voltado para consolidação de um SUS com ampliação do acesso e qualidade da atenção à saúde, humanização da atenção, resgate da dimensão cuidadora da saúde, reestruturação do modelo assistencial e a valorização dos trabalhadores da saúde (VITÓRIA, 2005, p. 9).

Em meio a mudanças o órgão sofreu uma reestruturação em seu organograma e finalmente em 2007 foi oficialmente instituída a Área Técnica de Saúde do Idoso, que desde 2001 funcionava oficiosamente.

Essa área técnica que está vinculada à Gerência de Assistência à Saúde foi constituída a partir da constatação da necessidade de uma instância que articulasse as diferentes ações e propostas de implantação de uma Política de Saúde voltada para a atenção a população idosa do município de Vitória.

Dentre as principais atribuições dos profissionais que compõem a Área Técnica de Saúde do idoso estão: identificar, em articulação com os territórios de saúde, as necessidades da população, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; propor diretrizes para a organização das ações e serviços da atenção básica e apontar necessidades para a média e alta complexidade; desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, monitoramento e avaliação e formular e auxiliar a implementação de ações voltadas para a população idosa.

Para atender a população idosa, o município conta com uma rede assistencial formada por vários pontos de atenção, conforme descrito no Anexo I.

3.4.2.2 A construção das Ações de Saúde do Idoso em Vitória

Desde 1992 o município de Vitória já vem desenvolvendo ações diferenciadas para a população idosa por meio da Secretaria de Saúde. Devido ao aumento dessa população foi implantado o atendimento diferenciado em algumas UBS, de forma incipiente, sendo muito motivado pela vontade pessoal de alguns profissionais de saúde.

Tal atendimento foi implantado nas unidades de Bairro República, Jardim Camburi e Forte São João e consistia no agendamento de consultas com um médico e atendimento com assistente social, enfermeiro e ainda dentista e psicólogo nas unidades que dispunham desses profissionais.

Em 1995 foi implantado o Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI) através de uma iniciativa da Prefeitura de Vitória, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, com recursos próprios, visando dar respostas às necessidades de saúde da população idosa do município e promover a aplicação das políticas para o idoso em vigor na época, bem como atender às reivindicações dos grupos de idosos da cidade.

O projeto não foi implantado na íntegra e as atividades foram iniciadas em um espaço físico adaptado. A equipe era composta por médicos geriatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras, fisioterapeutas e pessoal de apoio administrativo e técnico, cedidos de outros órgãos e/ou contratados. O atendimento era prestado a qualquer idoso que se dirigisse ao serviço, independente do seu quadro de saúde, o que ocasionou, naquele momento, uma superlotação, comprometendo a resolutividade dos serviços prestados.

Por ser o único serviço especializado de atendimento ao idoso do Estado do Espírito Santo, passou a receber idosos de vários municípios, chegando, em determinado momento, a ter quase 60% de seus atendimentos destinados a não munícipes. Com o passar dos anos, essas questões foram discutidas e encaminhadas pelo serviço, que tem hoje as seguintes características:

- Permanece no mesmo local desde sua inauguração e, apesar de terem sido realizadas algumas adaptações e melhorias, o espaço físico ainda é inapropriado, visto que há a necessidade da construção de um novo prédio, mais amplo e com uma área que comporte o desenvolvimento de todas as atividades que o serviço se propõe realizar;
- A equipe foi ampliada ao longo dos anos, sendo formada atualmente por médicos geriatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudióloga e pessoal de apoio administrativo e técnico. A equipe atual é constituída quase em sua totalidade por profissionais do quadro efetivo do município de Vitória;
- Gradativamente, com o amadurecimento do serviço, foram estabelecidos critérios que definiram o perfil do idoso a ser atendido. Tal decisão foi fruto de um amplo processo de discussão que envolveu a reorganização de toda rede de serviços de saúde do município, obedecendo a lógica de hierarquização dos serviços, priorizando o vínculo do usuário com a atenção básica. Nesse contexto o CRAI, caracterizado como um serviço especializado do nível de atenção secundária, passou a receber somente idosos referenciados, por meio de encaminhamento formal dos serviços de saúde, especialmente das UBS;

- Quanto ao perfil do usuário, o CRAI passou a atender somente idosos que apresentavam agravos de saúde decorrentes do processo de envelhecimento, que não são passíveis de resolução na atenção básica e que necessitem da intervenção de equipe multiprofissional especializada. Dessa forma, passou a receber idosos com quadros de polipatologias, parksonianos, demenciados, seqüelados de Acidente Vascular Cerebral, comprometidos funcionalmente e idosos institucionalizados;
- Embora o CRAI seja um serviço do município de Vitória, continua atendendo a idosos encaminhados por outros municípios, porém em número menor (menos de 25%). Essa redução pode ser atribuída à organização de serviços específicos para a população idosa em outros municípios, ainda que os mesmos não ofereçam a mesma complexidade de atendimento do CRAI. O encaminhamento de não-municípes constitui um desafio para a administração municipal, que necessita organizar e regular tal acesso, pactuando com os demais municípios as respectivas responsabilidades, conforme prevê o Pacto de Gestão do SUS;
- A partir de outubro de 2005, o CRAI passou a disponibilizar para seus usuários diversos exames especializados (alguns classificados de alto custo como tomografias e ressonâncias), medicamentos específicos para as doenças típicas do envelhecimento (alguns também de alto custo) e ampliação do acesso a especialidades;
- Há a implantação de grupos de estudo com a equipe do serviço, possibilitando inclusive a produção de pesquisas científicas que auxiliam na reorganização interna do serviço;
- Existe também a implantação de um modelo de acolhimento ao usuário, propiciando o prosseguimento do mesmo no serviço, instituindo uma rotina semanal de estudo de casos na equipe, embora necessite ainda aprimorar seu processo de referência e contra-referência;
- Ainda há a realização de grupos com familiares e cuidadores, visando maior integração do serviço com o usuário, proporcionando maior envolvimento no tratamento, além de procurar desenvolver suas ações na perspectiva da interdisciplinaridade, promovendo o envelhecimento ativo.

Um outro marco importante para as ações concernentes ao idoso no âmbito da saúde em Vitória foi o processo de discussão da Política Nacional de Saúde do Idoso que envolveu técnicos da Secretaria e diversos segmentos da sociedade civil e governamental no ano de 2000. Esse processo tinha como meta estabelecer as diretrizes da política municipal de saúde do idoso na cidade.

Esse processo acabou culminando na criação de uma referência técnica para a saúde do idoso e na construção da Minuta da Política Municipal de Saúde do Idoso, que define e prevê uma série de ações estratégicas para esse cidadão na rede. Embora o documento não tenha sido oficializado, ele norteia as ações de saúde do idoso até os dias de hoje. Outro fator importante foi a inclusão da atenção integral à saúde do idoso como uma das ações prioritárias da Semus no ano de 2001.

Em meio a esse contexto e impulsionado por todo o movimento nacional de garantia de direitos do idoso, o município aprovou a lei nº 6.043, em 2003, que estabelece a Política Municipal do Idoso em Vitória e define responsabilidades para secretarias afins. Nesse documento são assinaladas como responsabilidades da Semus:

- Garantir ao idoso a assistência integral à saúde nos diversos níveis de serviços do SUS, hierarquizada a partir da rede básica;
- Proporcionar ao idoso assistência à saúde por meio de ações e serviços de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde;
- Fomentar serviços alternativos de saúde para o idoso, criando e estimulando a criação, na rede de serviços do SUS municipal, de ambulatório especializado, atenção domiciliar, centro-dia, hospital-dia geriátrico, internação hospitalar e outros serviços com organização e atendimento por equipes multiprofissionais e abordagem interdisciplinar, objetivando dar suporte e retaguarda ao atendimento das necessidades de saúde do idoso;
- Aplicar, acompanhar e avaliar o cumprimento de normas de funcionamento de serviços geriátricos hospitalares, instituições geriátricas e similares, bem como de serviços geriátricos da rede local, por meio de fiscalização da Vigilância Sanitária Municipal, com o apoio do Conselho Municipal do Idoso;

- Estimular o autocuidado do idoso e oferecer apoio e suporte aos cuidadores informais através de ações e informação, orientação e assessoria;
- Realizar e apoiar estudos e pesquisas, tendo em vista a ampliação do conhecimento sobre saúde do idoso, e subsidiar as ações de prevenção, tratamento e reabilitação;
- Viabilizar o acesso a medicamentos, órteses e próteses, necessários para a recuperação e reabilitação da saúde do idoso;
- Incitar a participação do idoso nas instâncias de controle social do SUS municipal;
- Propiciar a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos de vida saudáveis, junto à população em geral, a fim de que envelheça mantendo um bom estado de saúde;
- Promover a capacitação e educação permanente dos profissionais da rede municipal de saúde, em articulação com as demais instâncias do SUS e instituições afins, visando operacionalizar, de forma produtiva e eficaz, o elenco de atividades específicas na área de saúde do idoso;
- Incluir a Geriatria como especialidade clínica para efeito de concurso público municipal.

Tais atribuições estão em consonância com as diretrizes do SUS e com a direção que está sendo dada à construção de serviços de saúde em Vitória, sendo importante ressaltar que o texto da Política Municipal do Idoso foi um processo de construção coletiva, que contou com a participação de técnicos da Semus.

Desde então os serviços de saúde municipal têm buscado organizar uma rede de atenção ao idoso, no sentido de garantir a qualidade do atendimento a essa população. Efetivamente todos os serviços municipais de saúde realizam atendimento ao idoso e dentro de suas possibilidades efetuam o atendimento preferencial a essa clientela.

Convém destacar que hoje os serviços que compõem a rede básica do município encontram-se em fase de implantação do acolhimento por critério de risco.

Outra ação importante que a Semus desenvolve para a população idosa é o processo de fiscalização e acompanhamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos (Ilpis) em Vitória, iniciado em 2004. Desde então a Semus tem feito um acompanhamento sistemático das Ilpis, realizando ações assistenciais na instituição filantrópica existente no município, segundo preconiza o Estatuto do Idoso. Atualmente existem cerca de 120 idosos institucionalizados no município.

De acordo com os dados do sistema de informação da Semus, no ano de 2007, foram realizados 453.012 procedimentos na população idosa, o que equivale a 18,9% de todos os procedimentos de saúde realizados no município, conforme Anexo II.

Diante dessa realidade, cada vez mais se torna indispensável conhecer aspectos de saúde da população idosa de Vitória, principalmente com o intuito de auxiliar no desenvolvimento de ações em saúde que possam ir ao encontro das reais necessidades desse segmento.

A gestão municipal da saúde iniciou em fevereiro de 2008 um processo de reestruturação das ações assistenciais e uma das discussões prioritárias tem sido a estruturação da rede de atendimento assistencial integral à saúde da pessoa idosa, com o estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção. O alvo é criar condições para efetivação dos objetivos estabelecidos no Pacto pela Vida e também qualificar o atendimento prestado ao idoso, cumprindo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Em relação à efetivação das metas do Pacto pela Vida, já foi realizada uma capacitação dos profissionais de nível superior da atenção básica, com participação de 280 profissionais, para implantação do Manual da Atenção Básica de Envelhecimento. Nessa capacitação realizada nos meses de setembro e dezembro de 2007, garantiu-se a representação de no mínimo um médico, enfermeiro e assistente social de cada Unidade de Saúde da Família. Já no mês de maio de 2008 iniciou-se o processo de implantação da caderneta de saúde do idoso, priorizando, inicialmente, conforme preconiza o Ministério da Saúde, os idosos frágeis.

Outra discussão em andamento é o processo de matriciamento do atendimento ao idoso, que contemplaria inicialmente os idosos atendidos no CRAI, buscando o fortalecimento do vínculo desse idoso com a atenção básica.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo serão apresentados o material e os métodos empregados para a realização desta pesquisa.

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi feito na rede de atenção básica de saúde do município de Vitória, que se encontra organizada em 06 regiões de saúde, possuindo 28 UBS. Destas unidades, 20 adotaram a ESF como forma de organização, 04 possuem o programa de agentes comunitários de saúde e 04 o modelo tradicional.

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Este trabalho é um inquérito populacional, descritivo, de corte transversal, quantitativo e com coleta de dados primários através de questionários. Segundo Tobar (2004, p. 69), a pesquisa descritiva procura traçar o perfil de certas variáveis por meio de métodos quantitativos, sendo o seu uso comum na área de saúde para estudos sobre perfil de usuários de determinados sistemas de saúde, dentre outros.

Segundo Rouquayrol (2003, p. 136), os estudos descritivos possibilitam o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas ao aprimoramento das ações de assistência e prevenção de doenças e promoção de saúde.

Os dados utilizados neste estudo compõem o banco de dados da pesquisa Assistência à saúde do idoso: um desafio para atenção primária em Vitória/ES, que busca mapear as principais patologias associadas a idosos, frequência em que elas ocorrem, áreas de concentração e, ainda, determinar a correlação entre os principais métodos de tratamento para idosos utilizados nas unidades de saúde pesquisadas e as condições de saúde encontradas. Também sou uma das coordenadoras desse estudo e participei de toda a coleta e elaboração do referido banco de dados.

Vale dizer que, embora este trabalho aproveite dados quantitativos, oriundos do banco de dados formado a partir de informações coletadas com questionário composto de perguntas fechadas, pré-codificadas, optou-se pela inclusão de algumas perguntas abertas para garantia do alcance do objetivo proposto.

Foram entrevistados indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes em domicílios particulares da cidade de Vitória, cobertos pelo ESF, selecionados para o estudo.

4.3 PLANO DE AMOSTRAGEM

A amostra para o estudo baseia-se no número de idosos informados como cadastrados na ESF, conforme a fonte de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 2006.

Foi considerada uma população de 25.469 idosos e uma proporção de 50% de acesso dos idosos aos serviços das UBS do município de Vitória, levando em conta um erro de 5% na amostra e um nível de significância de 95%. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando a fórmula de uma proporção e o tamanho final foi de no mínimo 384 indivíduos escolhidos por cotas de proporcionalidade por sexo e UBS.

4.3.1 Seleção da amostra

Para a seleção da amostra desta pesquisa, foram consideradas as seis regiões de saúde (Continental, Maruípe, Centro, Forte São João, Santo Antônio e São Pedro) que dividem o município de Vitória. Foram escolhidas as UBS com a maior concentração de idosos de cada região. Em seguida foram aleatoriamente selecionadas áreas de saúde proporcionalmente ao número de idosos da unidade, totalizando 11 áreas de saúde. Nessas áreas de saúde foram eleitas as microáreas que tinham agente comunitário de saúde (ACS). A fim de assegurar a representatividade do universo, as entrevistas buscaram garantir a

proporcionalidade dos entrevistados por sexo e microárea. No tamanho mínimo da amostra estava incluído 10% a mais de questionário para suprir as possíveis perdas, totalizando 422 questionários (Tabela 2).

Tabela 2 – Demonstrativo da amostra selecionada

Região de saúde	Unidade selecionada	Nº total de áreas	Nº total de idosos	Nº de áreas selecionadas	Nº de idosos selecionados
Continental	Jardim da Penha	05	3.867	02	108
Maruípe	Maruípe	07	2.691	02	75
Forte São João	Santa Luiza	05	2.675	02	74
Centro	Vitória	04	2.339	02	65
Santo Antônio	Santo Antônio	05	1.213	01	34
São Pedro	Santo André	03	534	01	14
	Ilha das Caieiras	03	487	01	15
Total		32	13.806	11	384

4.3.2 Seleção dos entrevistados

A seleção dos entrevistados concerne a uma amostra sistemática por conglomerado, em que a seleção teve como base a lista de idosos de cada microárea sob a responsabilidade dos ACS, previamente elaborada pelos mesmos. Após a digitação de cada lista, foi escolhido o quarto nome da listagem e saltavam-se três nomes, sendo o seguinte selecionado como amostra e assim sucessivamente. O número de entrevistas realizadas em cada microárea foi proporcional ao número de entrevistas designadas para àquela área de saúde, considerando o sexo.

Foi excluído do estudo o idoso que durante o período de coleta dos dados apresentasse as seguintes situações: estivesse ausente da residência por tempo superior ao período de coleta de dados naquele setor ou que residisse em microárea de saúde sem agente comunitário.

Nos casos em que o idoso sorteado não se encontrava no domicílio, foi feita mais uma visita e, se o mesmo não fosse encontrado novamente, era substituído pelo próximo nome da lista geral, na mesma microárea. Caso o idoso selecionado não quisesse ou não pudesse participar do estudo, foi também substituído por outro idoso residente no mesmo domicílio ou pelo nome seguinte da listagem na mesma microárea.

Para as situações em que o idoso não conseguia fornecer informações, foi solicitado auxílio a um informante que sempre era o cuidador e, na ausência deste, o ACS colaborava quando acompanhava a entrevista.

4.3.3 Trabalho de campo

Segue agora o relato a respeito do desenvolvimento do trabalho de campo de acordo com cada período:

- 1ª etapa – outubro de 2006 a abril de 2007

A primeira atitude da coordenação da pesquisa, após os trâmites legais de autorização para a sua realização, foi procurar a gerência da atenção básica e solicitar os dados relativos ao SIAB para acesso à quantidade de idosos cadastrados nos programas ESF e ACS, bem como a listagem dos mesmos.

Depois da análise das informações recebidas, constatou-se que o banco de dados existente não se encontrava atualizado e não fornecia a listagem com o nome dos idosos. Destarte, houve a necessidade de todo um movimento no interior da gerência para encaminhar para todas as UBS que possuíam o referido programa um comunicado interno acompanhado de uma planilha para confecção da listagem.

Para envio dessas planilhas foi solicitada a impressão dos relatórios de todas as UBS que possuíam os programas. Tais relatórios forneciam apenas o dado do quantitativo de idosos por micro-área, de acordo com o sexo. Junto aos entrevistadores foi realizada a análise dos relatórios, e as planilhas enviadas às UBS continham as seguintes informações: nome do enfermeiro responsável, área, microárea, nome do agente comunitário, quantidade de idosos estimados por sexo.

Esse processo foi extremamente demorado, pois enfrentou uma série de trâmites burocráticos da instituição, além de depender, em determinadas situações, da boa

vontade de alguns técnicos. Em certos casos, os entrevistadores foram mais de duas vezes na UBS recolher as planilhas e as mesmas não tinham sido concluídas.

•2ª etapa – abril de 2007 a novembro de 2007

Inicialmente cada agente comunitário elaborou manualmente uma listagem com os nomes dos idosos sob sua responsabilidade. A partir desse momento, os nomes foram digitados pelos entrevistadores em uma planilha de Excel e compuseram um banco de dados.

A elaboração desse banco de dados foi um processo difícil, já que em algumas unidades existiam microáreas sem a cobertura de agentes comunitários, que por algum motivo se desligaram da instituição. Desse modo, em algumas unidades as famílias não cobertas foram redivididas entre os agentes, sendo possível ter acesso à listagem. Em outros locais as famílias ficaram sem ACS responsável, mas mesmo assim houve o empenho dos profissionais em elaborar a listagem. Todavia em um número importante de microáreas não foi possível ter acesso aos nomes dos idosos.

Após cinco meses aguardando a entrega das planilhas, foi resolvido que seria iniciada a coleta de dados para o pré-teste em uma unidade que tivesse entregado a totalidade de suas listagens.

•3ª etapa – agosto de 2007 a setembro de 2007

A unidade escolhida para realização do pré-teste foi a UBS Vitória, que foi uma das primeiras a entregar a sua listagem. Mesmo assim, a coordenação da pesquisa, acompanhada pelos entrevistadores, visitou a unidade escolhida para a realização do estudo, fizeram contato com a coordenação do serviço e em seguida uma reunião com os agentes comunitários para apresentação dos objetivos do estudo.

Foi confeccionado um *folder* informativo sobre o estudo. Esse *folder* foi distribuído inicialmente aos ACS, que receberam uma quantidade proporcional ao número de idosos selecionados em sua micro-área. O objetivo foi do agente informar ao idoso com antecedência sobre sua participação no estudo, facilitando o contato do

entrevistador, uma vez que nem sempre o agente acompanharia a realização das entrevistas. Depois, cada entrevistador procurou o ACS responsável pelos nomes de sua respectiva lista e realizou o agendamento da entrevista.

Convém destacar que participaram da pesquisa como entrevistadores 18 alunos de cursos de nível superior da área de saúde, que passaram por um processo seletivo. Foram formados grupos compostos por um supervisor e dois entrevistadores, que ficaram responsáveis por um determinado número de entrevistas. Os entrevistadores usaram camisa e crachás para facilitar a identificação e o acesso aos domicílios. Antes do início da coleta de dados, cada entrevistador passou por um processo de capacitação teórica e treinamento equivalente a 56 horas no período de maio a agosto de 2007, a fim de garantir a qualidade dos dados coletados e da abordagem realizada aos idosos. Para auxiliar a coleta dos dados, foi elaborado um manual do entrevistador, que foi discutido e confeccionado ao longo da capacitação teórica e que pôde ser consultado para resolução de dúvidas ao longo do trabalho de campo.

●4ª etapa – outubro de 2007 a maio de 2008

Após a análise dos dados e sugestões dos entrevistadores, foram realizadas as alterações necessárias no instrumento e iniciados os contatos com as demais unidades selecionadas. Seguiram-se os mesmos procedimentos do pré-teste, agendando um horário com o coordenador da unidade e posteriormente outro com os ACS.

Nesse processo, várias intercorrências aconteceram, comprometendo o início da coleta de dados, dentre as quais inúmeras demandas dos ACS, que em diversas ocasiões desmarcaram as reuniões devido a outros compromissos. Também a proximidade do fim do ano comprometeu a disponibilidade dos ACS, que tinham que auxiliar as equipes de saúde na feitura dos relatórios institucionais. Igualmente o término do semestre letivo nas faculdades afetou a disponibilidade dos entrevistadores. Outro fator complicador foi a mudança do vínculo empregatício de todos os agentes, o que fez com que vários tirassem férias e folgas acumuladas e

outros até mesmo se desligassem, inclusive em áreas onde seria realizada a coleta de dados.

Destarte, foi preciso contar com a colaboração e boa vontade de alguns ACS que, mesmo sem vínculo empregatício, se dispuseram a visitar algumas residências.

Recorrer aos voluntários foi fundamental, pois nas regiões com idosos de maior poder aquisitivo só foi possível o acesso dos entrevistadores aos domicílios acompanhados daqueles.

No mais, a coleta de dados transcorreu com grande aceitação e colaboração dos idosos e também de alguns profissionais de saúde, fatores que facilitaram o processo.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram selecionadas 37 variáveis para o alcance dos objetivos propostos. Destas, 30 são quantitativas e sete são qualitativas do banco de dados da pesquisa Assistência à saúde do idoso: um desafio para atenção primária em Vitória/ES.

Para a definição do perfil dos idosos, foram utilizadas as variáveis referentes aos aspectos demográficos e socioeconômicos dos idosos, e as demais variáveis foram empregadas a fim de descrever a utilização e avaliação dos serviços de saúde por parte dos idosos, conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3 – Perfil dos idosos

(continua)

Aspecto	Variável	Categoria
Socioeconômico	Sexo	Masculino ou feminino.
	Cor	Branco, negro, pardo ou amarelo.
	Idade	Número inteiro.
	Naturalidade	Questão aberta.

Tabela 3 – Perfil dos idosos

(continuação)

Aspecto	Variável	Categoria
Socioeconômico	Escolaridade	Analfabeto, fundamental completo, fundamental incompleto, médio completo, médio incompleto, superior completo, superior incompleto.
	Estado conjugal	Solteiro(a), viúvo(a), divorciado/separado, mora junto/casado(a).
	Com quem reside	Cônjuge, filho(s), neto(s), outro(s) parente(s), convivente e/ou outros.
	Nº de pessoas no domicílio (incluindo o idoso)	Número inteiro.
	Religião	Católica, evangélica, espírita ou outra.
	Fonte de renda	Benefício, aposentadoria, pensão, salário formal, salário informal e outros.
	Valor da renda	Até 01 salário mínimo; 01 a 03 salários mínimos; 04 salários mínimos ou mais.
	Profissão antes de aposentar	Lista de profissões.
	Recebe ajuda da família	Sim ou não.
	Tipo de ajuda recebida	Dinheiro, moradia, companhia para se locomover, outra.
	Fornece ajuda para a família	Sim ou não.
	Tipo de ajuda oferecida para o idoso	Caminhar, levantar, banhar-se, comer, beber, sentar, sair de casa, outros.
Utilização dos serviços de saúde	Possui problema de saúde	Sim, não, não sabe (NS), não respondeu (NR).
	Em caso positivo, qual?	Questão aberta.
	Nº de vezes que procurou a UBS	Nunca, diária, semanal, mensal, bimestral, semestral, anual, NS, NR,
	Serviços mais utilizados	Consulta médica, vacina, curativo, pegar remédio, reuniões, fazer exames, outros, NS, NR.
	Realiza tratamento contínuo na UBS	Sim, não, NS, NR.
	Em caso positivo, qual?	Controle de hipertensão, controle de diabetes, saúde bucal, outros.
	Recebe atendimento da UBS no domicílio	Sim, não, NS, NR.
	Em caso positivo, de quais profissionais?	ACS, médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, THD e outros.
	Utiliza serviços públicos fora da UBS	Sim, não, NS, NR.
	Motivo da utilização	Lista de serviços oferecidos.
Uso de ambulância	Nenhuma vez, 01 vez, 02 vezes, 03 vezes, 04 vezes ou mais.	

Tabela 3 – Perfil dos idosos

(conclusão)

Aspecto	Variável	Categoria
Utilização dos serviços de saúde	Em caso positivo, tipo de serviço?	Questão aberta.
	Ficou internado nos últimos 12 meses	Nenhuma vez, 01 vez, 02 vezes, 03 vezes, 04 vezes ou mais.
	Em caso positivo, tipo de serviço?	Questão aberta.
	Possui plano privado de saúde	Sim, não, NS, NR.
Avaliação dos serviços oferecidos na UBS	A PMV oferece serviço específico para o idoso?	Sim, não, NS, NR.
	Em caso positivo, qual?	Questão aberta.
	Como avalia o atendimento da UBS?	Ótimo, bom, regular, ruim, péssimo, NS, NR.
	Já enfrentou dificuldades para conseguir atendimento de saúde na Semus?	Sim, não, NS, NR.
	Em caso positivo qual?	Questão aberta.
	O que a Semus precisa fazer para melhorar os serviços oferecidos ao idoso em Vitória?	Questão aberta.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

O processamento dos dados foi realizado mediante a utilização dos softwares SPSS e Excel. Para análise preliminar dos dados foram utilizadas tabelas de frequência absolutas e relativas (%). Vale advertir que em algumas questões o entrevistado podia escolher mais de uma opção. Para análise final dos dados foram empregados testes de hipóteses de associação (qui-quadrado).

Assim, após a sistematização dos dados, foi feita uma análise univariada, objetivando a descrição do perfil dos usuários. De acordo com Medronho (2003, p. 234.), esse tipo de análise deve ser o primeiro passo e possibilita a exploração da informação existente em cada variável separadamente, realizando a síntese da informação de cada constante em cada uma. Tal procedimento permite em pesquisas como esta a descrição do perfil da população estudada.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em 26 de maio de 2006.

Os idosos, antes do início das entrevistas, receberam informações dos entrevistadores a respeito do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. No caso do idoso que não tinha condições de assinar, foi solicitado ao responsável que assinasse em seu lugar.

5 RESULTADOS

A seguir serão exibidos os resultados referentes à pesquisa feita com 422 idosos residentes no município de Vitória. Neste capítulo será apresentada a sistematização dos resultados e algumas análises realizadas a partir dos achados.

5.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO

A Tabela 4 mostra os resultados encontrados para as variáveis demográficas do estudo.

Dos idosos entrevistados, constatou-se que 65,2% pertencem ao sexo feminino e 34,8% ao sexo masculino, sendo que 44,5% encontram-se numa concentração expressiva da faixa etária de 60 a 69 anos, seguidos de 35,1% do total de idosos entrevistados que se estão na faixa etária de 70 a 79 anos. É importante lembrar que as idades variaram de 60 a 103 anos, sendo que a idade média foi de $71,9 \pm 8,5$ anos.

No quesito cor a maioria dos idosos (59,2%) se autodefiniram como sendo da cor branca, seguidos de 20,7% de pardos/morenos.

No que se refere à naturalidade, percebe-se que 86% dos idosos entrevistados não nasceram em Vitória, e a maior parte destes (47%) são oriundos de outros municípios do Espírito Santo, principalmente da região metropolitana (de acordo com a divisão do IBGE/2008). Dentre os idosos que possuem naturalidade de outros estados do Brasil, grande parte deles provêm de estados da região sudeste, principalmente Minas Gerais.

Também convém notar que 25,4% dos entrevistados declararam ter o ensino primário incompleto, sendo esse o nível de escolaridade predominante entre os idosos de Vitória. Outros 8,8% afirmaram nunca ter freqüentado a escola e 10,9% disseram possuir ensino superior completo.

Quanto ao estado conjugal, 51,2% declararam ser casados(as) ou morar com um companheiro(a) e outros 28,4% alegaram ser viúvos(as).

No tocante à religião verificou-se uma preponderância do Catolicismo com 70,9% dos idosos entrevistados.

No que diz respeito aos arranjos familiares, identificou-se que 16,1% dos entrevistados residem sozinhos e 42,9% moram com cônjuge. Já outros 30,3% convivem com filhos, constatando-se que, no geral (83,9%), os idosos residem com pessoas com as quais possuem algum vínculo de parentesco.

Nos domicílios visitados geralmente habitam de três a quatro pessoas, o que equivale a 37,4% dos entrevistados, e 18,2% dos idosos residem com cinco ou mais pessoas na mesma habitação, caracterizando, provavelmente, os domicílios multigeracionais.

Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa da condição demográfica de idosos* do Município de Vitória/ES (2008)

Característica	Número	(continua)
		Percentual
Sexo		
Feminino	275	65,2
Masculino	147	34,8
Cor		
Branco	250	59,2
Pardo/moreno	87	20,7
Negro	49	11,6
Não respondeu	35	8,3
Amarelo	1	0,2
Naturalidade		
Outros municípios do Espírito Santo	199	47,1
Outros estados	135	32,0
Vitória	59	14,0
Ignorado	23	5,4
Outros países	6	1,5
Faixa etária		
60 – 69 anos	188	44,5
70 – 79 anos	148	35,1
80 – 89 anos	70	16,6
90 anos ou mais	16	3,8
Total *	422	100

Tabela 4 – Freqüência absoluta e relativa da condição demográfica de idosos* do Município de Vitória/ES (2008)

Característica	Número	(conclusão)
		Percentual
Escolaridade		
Nunca freqüentou a escola	37	8,8
Ensino primário incompleto	107	25,4
Ensino primário completo	53	12,5
Ensino fundamental incompleto	35	8,3
Ensino fundamental completo	38	9,0
Ensino médio incompleto	11	2,6
Ensino médio completo	77	18,2
Ensino superior incompleto	7	1,7
Ensino superior completo	46	10,9
Não sabe/não respondeu	11	2,6
Estado conjugal		
Solteiro	47	11,1
Viúvo	120	28,4
Divorciado/separado	39	9,2
Casado/mora junto	216	51,2
Religião		
Católica	299	70,9
Evangélica	90	21,3
Espírita	13	3,1
Outras	11	2,6
Nenhuma	9	2,1
Com quem reside		
Cônjuge/convivente	181	42,9
Filhos	128	30,3
Netos	10	2,4
Outros parentes	35	8,3
Sozinho	68	16,1
Número de pessoas no domicílio		
01	68	16,2
02	119	28,2
03 – 04	158	37,4
05 ou mais	77	18,2

*Total de 422 idosos.

A Tabela 5 apresenta os resultados das variáveis socioeconômicas relativas aos idosos pesquisados. Quanto à profissão, observou-se que o ramo doméstico é responsável por 27,7% da ocupação dos entrevistados, destacando-se nesse setor as funções do lar, faxineira, babá, cozinheira, copeira e doméstica, e o ramo de serviços conta com 20,8%, aparecendo as funções de bancário, cabeleireiro, autônomo e porteiro. Em seguida há o setor educacional, com o predomínio de professoras e merendeiras, e o funcionalismo público.

Ainda no que se refere às condições socioeconômicas, 89,3% dos idosos possuem uma fonte de renda formal, sendo a aposentadoria a maior responsável pela origem da renda dos entrevistados (66,8%). A maior parte dos idosos (30,6%) recebem até um salário mínimo, seguido de 28,9% que ganham quatro salários mínimos ou mais.

A maioria dos idosos, o que equivale a 68,7%, não recebe ajuda dos familiares. Apenas 31,3% declararam receber algum tipo de ajuda dos mesmos. Dos que recebem essa ajuda, há a preponderância do suporte financeiro em 72%.

Ainda foi identificado que 47,4% dos idosos fornecem algum tipo de ajuda para as suas respectivas famílias, sendo mais comum a ajuda financeira (58,1%) ou de moradia (41,9%). Cuidar dos netos também é um tipo de ajuda fornecida aos familiares pelos idosos e corresponde a 40,9%.

Tabela 5 – Frequência absoluta e relativa de condição socioeconômica de idosos* do Município de Vitória/ES (2008)

Característica	Número	(continua)
		Percentual
Profissão		
Setor doméstico	117	27,7
Setor de serviços	88	20,8
Funcionário público	33	7,8
Setor educacional	33	7,8
Setor comercial	24	5,7
Setor de construção civil	21	5,0
Profissional liberal	21	5,0
Setor industrial	19	4,5
Ignorado	48	11,4
Outros	18	4,2
Fonte de renda		
Benefício	15	3,6
Aposentadoria	282	66,8
Pensão	67	15,9
Salário formal	13	3,1
Salário informal/outros	45	10,7
Valor		
Até 01 salário mínimo	129	30,6
De 01 a 03 salários mínimos	112	26,5
04 salários mínimos ou mais	122	28,9
NR	59	14,0
Recebe ajuda da família		
Sim	132	31,3
Não	290	68,7

Tabela 5 – Freqüência absoluta e relativa de condição socioeconômica de idosos* do Município de Vitória/ES (2008)

Característica	Número	(conclusão)
		Percentual
Tipo de ajuda recebida		
Dinheiro	95	72,0
Moradia	20	15,2
Companhia para locomoção	11	8,3
Outra	30	22,7
Fornece ajuda para a sua família		
Sim	200	47,4
Não	222	52,6
Tipo de ajuda oferecida à família		
Dinheiro	115	58,1
Moradia	83	41,9
Cuida de netos	81	40,9
Outras	25	12,6

*Total de 422 idosos.

Quanto à análise de associação dos dados sociodemográficos concernentes ao sexo (Tabela 6), constatou-se que, independente do sexo, a população idosa é maior na faixa etária considerada idosos jovens, embora, à medida que envelheçam, diminua o número de homens.

Os testes realizados não apontam entre os entrevistados nenhuma associação significativa relacionando sexo com faixa etária ou cor. Também não foi encontrada associação significativa entre o sexo e o grau de escolaridade, ainda que os homens possuam mais tempo de estudo do que as mulheres. Nesse aspecto, é plausível imaginar que esse também é um dos motivos da renda dos homens ser maior.

Foi percebida associação significativa quando relacionado sexo com as variáveis estado conjugal, renda, com quem mora e número de pessoas no domicílio. Os dados revelam que, no tocante ao estado conjugal dos entrevistados, as mulheres apresentam um envelhecimento mais solitário. Examinou-se a tendência das mulheres a serem viúvas, solteiras ou separadas. Já os homens, em sua maioria, são casados ou possuem uma companheira. Logo, a maior parte dos entrevistados que residem sozinhos ou com filhos são mulheres, e elas tendem a morar em domicílios com poucas pessoas, ou seja, as idosas entrevistadas residem nos domicílios com menor número de pessoas.

Tabela 6 – Características sociodemográficas dos idosos, de acordo com o sexo

Variável	Categoria	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total		p-valor
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária	60 – 69	123	44,7	65	44,2	188	44,5	0,965632
	70 – 79	97	35,3	51	34,7	148	35,1	
	80 – 89	44	16,0	26	17,7	70	16,6	
	90 ou mais	11	4,0	5	3,4	16	3,8	
	Total	275	100,0	147	100,0	422	100,0	
Cor	Branco	157	63,3	93	66,9	250	64,6	0,632467
	Negro	32	12,9	17	12,2	49	12,7	
	Amarelo	0	0,0	1	0,7	1	0,3	
	Pardo	31	12,5	14	10,1	45	11,6	
	Moreno	28	11,3	14	10,1	42	10,9	
	Total	248	100,0	139	100,0	387	100,0	
Escolaridade	Nunca freqüentou	28	10,4	9	6,4	37	9,0	0,111039
	Ensino primário incompleto	73	27,0	34	24,1	107	26,0	
	Ensino primário completo	41	15,2	12	8,5	53	12,9	
	Ensino fundamental incompleto	22	8,1	13	9,2	35	8,5	
	Ensino fundamental completo	25	9,3	13	9,2	38	9,2	
	Ensino médio incompleto	7	2,6	4	2,8	11	2,7	
	Ensino médio completo	43	15,9	34	24,1	77	18,7	
	Ensino superior completo	29	10,7	17	12,1	46	11,2	
	Ensino superior incompleto	2	0,7	5	3,5	7	1,7	
Total	270	100,0	141	100,0	411	100,0		
Estado conjugal	Solteiro	36	13,1	11	7,5	47	11,1	0,00000
	Viúvo	110	40,0	10	6,8	120	28,4	
	Divorciado/separado	29	10,5	10	6,8	39	9,2	
	Vive junto/casado	100	36,4	116	78,9	216	51,2	
	Total	275	100,0	147	100,0	422	100,0	
Renda	Até 01 salário mínimo	90	38,8	39	29,8	129	35,5	0,005378
	De 01 a 03 salários mínimos	78	33,6	34	26,0	112	30,9	
	04 salários mínimos ou mais	64	27,6	58	44,3	122	33,6	
	Total	232	100,0	131	100,0	363	100,0	

A Tabela 7 exhibe os resultados da associação das características sociodemográficas quanto à faixa etária. Apreende-se na análise dos dados uma associação quando relacionada faixa etária com estado conjugal, pois quanto maior a faixa etária, maior a incidência da viuvez. Por outro lado, nas faixas etárias mais jovens predominam os idosos casados/vivem junto, embora essa situação conjugal prevaleça em todas as faixas etárias compreendidas entre 60 a 89 anos.

Não foi descoberta nenhuma associação significativa quando relacionada faixa etária com escolaridade, religião e renda.

Tabela 7 – Características sociodemográficas dos idosos, segundo faixa etária

Variável	Categoria	Faixa etária								p-valor
		60 – 69		70 – 79		80 – 89		90 ou mais		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Escolaridade	Nunca frequentou	13	7,0	16	11,2	5	7,6	3	20,0	0,09813
	Ensino primário incompleto	41	21,9	42	29,4	20	30,3	4	26,7	
	Ensino primário completo	21	11,2	17	11,9	10	15,2	5	33,3	
	Ensino fundamental incompleto	21	11,2	8	5,6	6	9,1	0	0,0	
	Ensino fundamental completo	21	11,2	10	7,0	7	10,6	0	0,0	
	Ensino médio incompleto	6	3,2	2	1,4	2	3,0	1	6,7	
	Ensino médio completo	32	17,1	31	21,7	13	19,7	1	6,7	
	Ensino superior completo	29	15,5	15	10,5	1	1,5	1	6,7	
	Ensino superior incompleto	3	1,6	2	1,4	2	3,0	0	0,0	
Total	187	100,0	143	100,0	66	100,0	15	100,0		
Estado conjugal	Solteiro	25	13,3	15	10,1	7	10,0	0	0,0	0,00000
	Viúvo	33	17,6	46	31,1	27	38,6	14	87,5	
	Divorciado/separado	25	13,3	10	6,8	3	4,3	1	6,3	
	Vive junto/casado	105	55,9	77	52,0	33	47,1	1	6,3	
	Total	188	100,0	148	100,0	70	100,0	16	100,0	
Com quem reside	Cônjuge/convivente	92	48,9	63	42,6	25	35,7	1	6,3	0,05856
	Filhos	57	30,3	41	27,7	22	31,4	8	50,0	
	Netos	2	1,1	5	3,4	3	4,3	0	0,0	
	Outros parentes	13	6,9	14	9,5	7	10,0	1	6,3	
	Sozinho	24	12,8	25	16,9	13	18,6	6	37,5	
	Total	188	100,0	148	100,0	70	100,0	16	100,0	
Religião	Católica	130	69,1	105	70,9	53	75,7	11	68,8	0,43722
	Evangélica	41	21,8	36	24,3	9	12,9	4	25,0	
	Espírita	6	3,2	1	0,7	5	7,1	1	6,3	
	Outra	6	3,2	3	2,0	2	2,9	0	0,0	
	Nenhuma	5	2,7	3	2,0	1	1,4	0	0,0	
	Total	188	100,0	148	100,0	70	100,0	16	100,0	
Renda	Até 01 salário mínimo	52	32,3	44	34,6	25	41,0	8	57,1	0,15394
	De 01 a 03 salários mínimos	57	35,4	41	32,3	11	18,0	3	21,4	
	04 salários mínimos ou mais	52	32,3	42	33,1	25	41,0	3	21,4	
	Total	161	100,0	127	100,0	61	100,0	14	100,0	

5.2 MORBIDADE AUTO-REFERIDA

Em relação aos problemas de saúde, grande parte dos entrevistados (85,8%) afirmou possuir algum problema. Das patologias, verificou-se o predomínio da hipertensão arterial (73,2%), seguido de diabetes (25,7%) e das doenças ostearticulares (22,4%). Também dentre as patologias auto-referidas foram citadas algumas consideradas típicas do envelhecimento patológico, como demências, com 2,8%, e doença de Parkinson, com 1,6% (Tabela 8).

Tabela 8 – Freqüência absoluta e relativa de condição de saúde auto-referida de idosos do Município de Vitória/ES (2008)

Característica	Número	Percentual
Problemas de saúde		
Sim	362	85,8
Não	60	14,2
Problema relatado		
Hipertensão arterial	265	73,2
Diabetes	93	25,7
Seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC)	22	6,1
Doenças osteoarticulares	81	22,4
Câncer	12	3,3
Tremores	7	1,9
Problemas respiratórios	36	9,9
Osteoporose	54	14,9
Doença de Parkinson	6	1,6
Demência	10	2,8
Outros	57	15,7
Problemas cardiovasculares	38	10,5
Problemas de visão	13	3,6
Problemas digestivos	13	3,6

Na análise da Tabela 9, observou-se uma associação entre sexo e problemas de saúde, visto que as mulheres dizem ter esses problemas com mais freqüência que os homens, que por sua vez declaram, na maioria das vezes, não possuir nenhum problema de saúde.

No que diz respeito à morbidade auto-referida, averiguou-se que entre as mulheres há uma maior incidência de doenças osteoarticulares e osteoporose. Já entre os homens, houve uma incidência maior de câncer e doença de Parkinson.

Tabela 9 – Características de morbidade auto-referida dos idosos, de acordo com o sexo

Variável	Categoria	Sexo		Sexo		Total		p-valor
		Feminino		Masculino				
		N°	%	N°	%	N°	%	
Problemas de saúde	Sim	267	97,1	136	92,5	403	95,5	0,03086
	Não	8	2,9	11	7,5	19	4,5	
	Total	275	100,0	147	100,0	422	100,0	
Hipertensão arterial	Sim	173	64,6	91	66,9	264	65,3	0,63767
	Não	95	35,4	45	33,1	140	34,7	
	Total	268	100,0	136	100,0	404	100,0	

(continua)

Tabela 9 – Características de morbidade auto-referida dos idosos, de acordo com o sexo

(conclusão)

Variável	Categoria	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total		p-valor
		N°	%	N°	%	N°	%	
								0,15449
Diabetes	Sim	56	20,9	37	27,2	93	23,0	
	Não	212	79,1	99	72,8	311	77,0	
	Total	268	100,0	136	100,0	404	100,0	
Seqüelas AVC	Sim	14	5,2	7	5,1	21	5,2	0,97378
	Não	254	94,8	129	94,9	383	94,8	
	Total	268	100,0	136	100,0	404	100,0	
Doenças osteoarticulares	Sim	64	23,9	9	6,7	73	18,1	0,00002
	Não	204	76,1	126	93,3	330	81,9	
	Total	268	100,0	135	100,0	403	100,0	
Câncer	Sim	4	1,5	8	5,9	12	3,0	0,01405
	Não	264	98,5	128	94,1	392	97,0	
	Total	268	100,0	136	100,0	404	100,0	
Tremores	Sim	5	1,9	2	1,5	7	1,7	0,77366
	Não	263	98,1	134	98,5	397	98,3	
	Total	268	100,0	136	100,0	404	100,0	
Problemas respiratórios	Sim	25	9,3	10	7,4	35	8,7	0,50476
	Não	243	90,7	126	92,6	369	91,3	
	Total	268	100,0	136	100,0	404	100,0	
Osteoporose	Sim	51	19,0	3	2,2	54	13,4	0,00000
	Não	217	81,0	133	97,8	350	86,6	
	Total	268	100,0	136	100,0	404	100,0	
Doença de Parkinson	Sim	1	0,4	5	3,7	6	1,5	0,00949
	Não	267	99,6	131	96,3	398	98,5	
	Total	268	100,0	136	100,0	404	100,0	
Demência	Sim	2	0,7	4	2,9	6	1,5	0,08479
	Não	266	99,3	132	97,1	398	98,5	
	Total	268	100,0	136	100,0	404	100,0	
Outros	Sim	87	31,6	44	29,9	131	31,0	0,71843
	Não	188	68,4	103	70,1	291	69,0	
	Total	275	100,0	147	100,0	422	100,0	

A Tabela 10 expõe dados em relação a variável faixa etária, cuja associação foi realizada com a morbidade auto-referida, sendo constatada uma relevância quanto ao predomínio de seqüelas de AVC na faixa etária de 80 a 89 anos. Entretanto, não foi encontrada nenhuma relevância na associação entre faixa etária e as demais patologias identificadas pelo estudo.

Tabela 10 – Características de morbidade auto referida dos idosos, segundo faixa etária

Variável	Categoria	Faixa etária								p-valor
		60 – 69		70 - 79		80 – 89		90 ou mais		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
										0,55605
Tem problema de saúde?	Sim	180	95,7	139	93,9	68	97,1	16	100,0	
	Não	8	4,3	9	6,1	2	2,9	0	0,0	
	Total	188	100,0	148	100,0	70	100,0	16	100,0	
Hipertensão arterial	Sim	122	67,4	91	65,5	42	61,8	9	56,3	0,72701
	Não	59	32,6	48	34,5	26	38,2	7	43,8	
	Total	181	100,0	139	100,0	68	100,0	16	100,0	
Diabetes	Sim	42	23,2	32	23,0	17	25,0	2	12,5	0,76426
	Não	139	76,8	107	77,0	51	75,0	14	87,5	
	Total	181	100,0	139	100,0	68	100,0	16	100,0	
Seqüelas AVC	Sim	5	2,8	7	5,0	8	11,8	1	6,3	0,04258
	Não	176	97,2	132	95,0	60	88,2	15	93,8	
	Total	181	100,0	139	100,0	68	100,0	16	100,0	
Doenças osteoarticulares	Sim	37	20,6	25	18,0	9	13,2	2	12,5	0,54065
	Não	143	79,4	114	82,0	59	86,8	14	87,5	
	Total	180	100,0	139	100,0	68	100,0	16	100,0	
Câncer	Sim	5	2,8	4	2,9	2	2,9	1	6,3	0,88985
	Não	176	97,2	135	97,1	66	97,1	15	93,8	
	Total	181	100,0	139	100,0	68	100,0	16	100,0	
Tremores	Sim	3	1,7	3	2,2	1	1,5	0	0,0	0,92685
	Não	178	98,3	136	97,8	67	98,5	16	100,0	
	Total	181	100,0	139	100,0	68	100,0	16	100,0	
Problemas respiratórios	Sim	18	9,9	10	7,2	6	8,8	1	6,3	0,83153
	Não	163	90,1	129	92,8	62	91,2	15	93,8	
	Total	181	100,0	139	100,0	68	100,0	16	100,0	
Osteoporose	Sim	18	9,9	21	15,1	13	19,1	2	12,5	0,24604
	Não	163	90,1	118	84,9	55	80,9	14	87,5	
	Total	181	100,0	139	100,0	68	100,0	16	100,0	
Doença de Parkinson	Sim	0	0,0	4	2,9	2	2,9	0	0,0	0,12189
	Não	181	100,0	135	97,1	66	97,1	16	100,0	
	Total	181	100,0	139	100,0	68	100,0	16	100,0	
Demência	Sim	1	0,6	2	1,4	2	2,9	1	6,3	0,2082
	Não	180	99,4	137	98,6	66	97,1	15	93,8	
	Total	181	100,0	139	100,0	68	100,0	16	100,0	
Outros	Sim	55	29,3	43	29,1	25	35,7	8	50,0	0,26649
	Não	133	70,7	105	70,9	45	64,3	8	50,0	
	Total	188	100,0	148	100,0	70	100,0	16	100,0	

5.3 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS IDOSOS ENTREVISTADOS

A Tabela 11 apresenta os dados referentes ao acesso aos serviços de saúde pelos idosos. Quanto à utilização dos serviços de saúde, verificou-se que entre os idosos

analisados 17,8% não foram a UBS nos últimos 12 meses e outros 15,6% freqüentaram a mesma somente uma vez no período. Já 27% dos idosos se dirigiam à unidade mensalmente.

A consulta médica (77,4%), o serviço de vacinação (69,6%) e a assistência farmacêutica (54,6%) estão entre os serviços oferecidos nas unidades mais utilizados pelos idosos.

A maioria dos entrevistados (67,8%) não faz tratamento contínuo na unidade. No entanto, 32,2% declararam realizar tratamento contínuo, principalmente para controle de hipertensão (86,1%) e diabetes (32,1%).

Em relação ao atendimento recebido em domicílio pelos idosos, 92,2% assumiram receber algum tipo de atendimento da unidade. Dos que recebem o atendimento, 100% afirmam que são visitados pelos ACS, e, desse total, 22,3% dos entrevistados também são atendidos por auxiliares de enfermagem e 15,6% por enfermeiros.

Convém salientar ainda que 69,4% dos idosos alegaram não procurar outros serviços de saúde fora da unidade. Já outros 30,6% têm necessidade de serviços externos, sendo a maior demanda (49,6%) para o Centro Municipal de Especialidades (CME).

Tabela 11 – Freqüência absoluta e relativa do acesso aos serviços de saúde pelos idosos do Município de Vitória/ES (2008)

Característica	Número	(continua)
		Percentual
Freqüência de procura da UBS no último ano		
Nenhuma	75	17,8
Pelo menos de 01 vez no mês	114	27,0
Pelo menos de 01 vez a cada 02 meses	82	19,4
Pelo menos de 01 vez a cada 06 meses	71	16,8
Pelo menos de 01 vez a cada ano	66	15,6
Não sabe/Não respondeu	14	3,3

Tabela 11 – Freqüência absoluta e relativa do acesso aos serviços de saúde pelos idosos do Município de Vitória/ES (2008)

Característica	(conclusão)	
	Número	Percentual
Serviços mais utilizados na UBS		
Consulta médica	258	77,4
Vacinação	232	69,6
Curativo	18	5,4
Farmácia	182	54,6
Reuniões de educação em saúde	50	15,0
Fazer exames	136	40,8
Outros	40	12,00
Realiza tratamento contínuo na UBS		
Sim	136	32,2
Não	286	67,8
Tipo de tratamento contínuo na UBS		
Controle hipertensão arterial	118	86,1
Controle diabetes	44	32,1
Saúde bucal	6	4,4
Outros	15	10,9
Recebe atendimento da UBS no domicílio		
Sim	389	92,2
Não	33	7,8
Profissional que atende no domicílio		
Agente comunitário de saúde	389	100
Médico	32	8,2
Dentista	6	1,5
Enfermeiro	61	15,7
Auxiliar de enfermagem	87	22,4
Técnico de higiene dental	7	1,8
Outros	9	2,3
Procura outros serviços de saúde públicos fora da UBS		
Sim	129	30,6
Não	293	69,4
Serviços públicos procurados		
CME	64	49,6
Centro de Referência	13	10,1
Pronto Atendimento	14	10,9
Outros	17	47,4

No que concerne ao acesso e utilização dos serviços de saúde, não houve extrema significância quando estabelecida a variável sexo. Todavia, notou-se que o serviço de consulta médica foi o mais usado por homens e mulheres, e o serviço de curativos foi o que teve a menor utilização por ambos os sexos. E quanto à freqüência na UBS, os dados apontam que o maior percentual de mulheres concentra-se na freqüência mensal da UBS, enquanto o maior percentual de

homens concentra-se na freqüência anual da UBS. Assim, parece que as mulheres vão mais às unidades e com maior regularidade que os homens (Tabela 12).

Tabela 12 – Características de acesso e serviços utilizados pelos idosos, de acordo com o sexo

Variável	Categoria	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total		p-valor
		N°	%	N°	%	N°	%	
Vezes que procurou UBS	Nenhuma	38	13,8	16	10,9	54	12,8	0,84921
	Diária	4	1,5	2	1,4	6	1,4	
	Semanal	7	2,5	7	4,8	14	3,3	
	Mensal	64	23,3	31	21,1	95	22,5	
	Bimestral	53	19,3	32	21,8	85	20,1	
	Semestral	47	17,1	24	16,3	71	16,8	
	Anual	62	22,5	35	23,8	97	23,0	
	Total	275	100,0	147	100,0	422	100,0	
Consulta médica	Sim	164	68,9	94	71,2	258	69,7	0,64393
	Não	74	31,1	38	28,8	112	30,3	
	Total	238	100,0	132	100,0	370	100,0	
Vacina	Sim	156	65,5	76	57,6	232	62,7	0,12883
	Não	82	34,5	56	42,4	138	37,3	
	Total	238	100,0	132	100,0	370	100,0	
Curativo	Sim	9	3,8	9	6,8	18	4,9	0,19337
	Não	229	96,2	123	93,2	352	95,1	
	Total	238	100,0	132	100,0	370	100,0	
Pegar remédio	Sim	115	48,3	67	50,8	182	49,2	0,35394
	Não	123	51,7	65	48,3	188	50,8	
	Total	238	100,0	132	100,0	370	100,0	
Reuniões	Sim	33	13,9	17	12,9	50	13,5	0,79026
	Não	205	86,1	115	87,1	320	86,5	
	Total	238	100,0	132	100,0	370	100,0	
Fazer exames	Sim	89	37,4	47	35,6	136	36,8	0,73243
	Não	149	62,6	85	64,4	234	63,2	
	Total	238	100,0	132	100,0	370	100,0	
Outros	Sim	21	8,8	11	8,3	32	8,6	0,87233
	Não	217	91,2	121	91,7	338	91,4	
	Total	238	100,0	132	100,0	370	100,0	

Também vale mencionar que a variável sexo não influenciou a realização de tratamento contínuo na UBS (Tabela 13), não sendo, desse modo, observada associação significativa entre essas variáveis.

Tabela 13 – Características de tratamentos contínuos utilizados pelos idosos, de acordo com o sexo

Variável	Categoria	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total		p-valor
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tratamento contínuo	Sim	86	31,3	50	34,0	136	32,2	0,565962
	Não	189	68,7	97	66,0	286	67,8	
	Total	275	100,0	147	100,0	422	100,0	
Controle de Hipertensão Arterial	Sim	75	78,9	43	86,0	118	81,4	0,299758
	Não	20	21,1	7	14,0	27	18,6	
	Total	95	100,0	50	100,0	145	100,0	
Controle de Diabetes	Sim	28	29,5	16	32,0	44	30,3	0,753135
	Não	67	70,5	34	68,0	101	69,7	
	Total	95	100,0	50	100,0	145	100,0	
Saúde bucal	Sim	5	5,3	1	2,0	6	4,1	0,348374
	Não	90	94,7	49	98,0	139	95,9	
	Total	95	100,0	50	100,0	145	100,0	
Outros	Sim	13	13,7	2	4,0	15	10,3	0,068755
	Não	82	86,3	48	96,0	130	89,7	
	Total	95	100,0	50	100,0	145	100,0	

A Tabela 14 mostra a associação entre os serviços utilizados pelos idosos fora da UBS com a variável sexo. Os resultados comprovam que a utilização ou não de serviços de saúde fora da UBS e o tipo de serviço utilizado pelo idoso fora da UBS não sofrem influência do sexo. Mas, é interessante expor que os dados revelam que o atendimento de especialidades é o serviço mais usado tanto por homens quanto por mulheres, e o atendimento domiciliar hospitalar e o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) são os menos usados também por ambos os sexos.

Tabela 14 – Serviços fora da unidade utilizados pelos idosos, de acordo com o sexo

(continua)

Variável	Categoria	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total		p-valor
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Usou serviços públicos fora da UBS	Sim	77	28,0	52	35,4	129	30,6	0,117203
	Não	198	72,0	95	64,6	293	69,4	
	Total	275	100,0	147	100,0	422	100,0	
CME	Sim	36	46,8	28	53,8	64	49,6	0,429323
	Não	41	53,2	24	46,2	65	50,4	
	Total	77	100,0	52	100,0	129	100,0	
Centros de Referência	Sim	9	11,7	4	7,7	13	10,1	0,459574
	Não	68	88,3	48	92,3	116	89,9	
	Total	77	100,0	52	100,0	129	100,0	

Tabela 14 – Serviços fora da unidade utilizados pelos idosos, de acordo com o sexo

Variável	Categoria	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total		p-valor
		N°	%	N°	%	N°	%	
		(conclusão)						
Domiciliar Hospitalar	Sim	1	1,3	1	1,9	2	1,6	0,778281
	Não	76	98,7	51	98,1	127	98,4	
	Total	77	100,0	52	100,0	129	100,0	
SOE	Sim	1	1,3	0	0,0	1	0,8	0,40938
	Não	76	98,7	52	100,0	128	99,2	
	Total	77	100,0	52	100,0	129	100,0	
Pronto Atendimento	Sim	10	13,0	4	7,7	14	10,9	0,342949
	Não	67	87,0	48	92,3	115	89,1	
	Total	77	100,0	52	100,0	129	100,0	
Outros	Sim	34	44,2	24	46,2	58	45,0	0,822939
	Não	43	55,8	28	53,8	71	55,0	
	Total	77	100,0	52	100,0	129	100,0	

Quanto à utilização dos serviços de saúde segundo a faixa etária, não foi percebida associação. Sendo assim, pode-se afirmar que a faixa etária não é um fator limitante à utilização dos serviços de saúde tanto na UBS quanto fora dela (Tabela 15).

Tabela 15 – Procura dos serviços de saúde pelos idosos, segundo faixa etária

Variável	Categoria	Faixa etária								p-valor
		60 - 69		70 - 79		80 - 89		90 ou mais		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Vezes que procurou a UBS	Nenhuma	20	10,6	16	10,8	14	20,0	4	25,0	0,26205
	Diária	3	1,6	0	0,0	2	2,9	1	6,3	
	Semanal	9	4,8	2	1,4	3	4,3	0	0,0	
	Mensal	43	22,9	34	23,0	17	24,3	1	6,3	
	Bimestral	42	22,3	31	20,9	10	14,3	2	12,5	
	Semestral	30	16,0	28	18,9	10	14,3	3	18,8	
	Anual	41	21,8	37	25,0	14	20,0	5	31,3	
	Total	188	100,0	148	100,0	70	100,0	16	100,0	
Procurou serviços fora da UBS	Sim	58	30,9	43	29,1	25	35,7	3	18,8	0,55327
	Não	130	69,1	105	70,9	45	64,3	13	81,3	
	Total	188	100,0	148	100,0	70	100,0	16	100,0	

No tocante à utilização dos serviços de ambulância da Semus, observa-se que a maioria dos idosos entrevistados (91,7%) não utiliza o serviço e apenas 8,3% deles fizeram uso do mesmo. A locomoção para atendimento médico foi o principal motivo citado para utilização do serviço, com 31,4%; já 25,7% dos entrevistados não

souberam informar o motivo. A baixa taxa de utilização dos serviços de ambulância é corroborada pelos índices de internação dos últimos 12 meses: 81,3% dos idosos informaram não ter passado por nenhum tipo de internação. Dos que passaram por ao menos uma internação no período (18,7%), a maior parte foi para a realização de cirurgias. Ainda foi apontado que 55,7% dos entrevistados possuem plano de saúde e outros 44,3% não possuem (Tabela 16).

Tabela 16 – Frequência absoluta e relativa da utilização de serviços municipais

Característica	Número	Percentual
Utilizou o serviço de ambulância municipal nos últimos 12 meses		
Nenhuma vez	387	91,7
Pelo menos 01 vez	35	8,3
Motivo da utilização do serviço de ambulância municipal		
Locomoção para tratamento	11	31,4
Não respondeu	9	25,7
Hipertensão	5	14,3
Queda	4	11,4
Outros	6	17,1
Ficou internado nos últimos 12 meses		
Nenhuma vez	343	81,3
Pelo menos 01 vez	79	18,7
Motivo da internação		
Cirurgia	29	36,7
Não lembra	10	12,6
AVC	7	8,9
Problema cardíaco	7	8,9
Diabetes	5	6,3
Outros	21	26,5
Possui plano de saúde		
Sim	235	55,7
Não	187	44,3

5.4 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS IDOSOS ENTREVISTADOS

A Tabela 17 pondera a frequência absoluta e relativa dos serviços de saúde específicos para idosos e a avaliação que tais cidadãos fazem desses serviços.

No que diz respeito aos serviços oferecidos pela Prefeitura Municipal de Vitória, especificamente para idosos, 32,4%, dos entrevistados afirmaram não saber da existência dos mesmos. Outros 29,4% declararam que os serviços voltados para

idosos não existem. Já 38,2% disseram que o município presta serviços específicos para os idosos, sendo que, destes, 27,9% assinalam a existência das atividades de grupo de convivência, 22,4% da vacinação e 19,9% indicam a atividade física. O que chama atenção é o fato de que 13% dos idosos afirmam existir serviços específicos para eles, porém não sabem citar os serviços existentes.

Quanto ao atendimento proporcionado nas unidades, 50,2% dos entrevistados qualificam-no como bom e 34,6% consideram-no de ótima qualidade. Dentre os idosos, 79,1% revelaram não encontrar dificuldade para o atendimento nas UBS do município. Para os 12,6% que encontraram dificuldade, ela é proveniente, em 41,5%, da demora no atendimento, 24,6% da demora na marcação de consulta e em 13,2% pela falta de médicos e/ou vagas.

Embora a maioria dos entrevistados tenha avaliado os serviços de saúde de forma positiva, todos foram indagados quanto às sugestões para melhoria desses serviços para os idosos na cidade de Vitória. Uma quantidade expressiva desses entrevistados, 24,4%, confessaram não saber o que dizer ou então não deram sugestão. Outros 14,5% afirmaram que nada precisa ser melhorado.

As sugestões de melhoria indicaram, para 19,7% dos entrevistados, a necessidade de ampliação do atendimento e também de contratação de outros profissionais, tanto no sentido de ampliar a oferta de serviços existentes, como para a criação de serviços que ainda não estão disponíveis nas UBS, como é o caso da fisioterapia. Em seguida, 14,7% das sugestões foram relativas à dispensa de medicamentos, no sentido de continuidade e efetividade da distribuição dos medicamentos padronizados, além da ampliação da relação dos medicamentos ofertados. Já 10,4% das sugestões foram referentes à criação de novos serviços como de geriatria, internação, policlínica e abrigo para idosos. A melhoria nos serviços de marcação de consultas especializadas apareceu em 6,4% das sugestões. Outros 5,7% das sugestões demandam maior agilidade no atendimento oferecido pela Semus, como atendimento de ambulância e outros.

Tabela 17 – Freqüência absoluta e relativa dos serviços de saúde específicos para idosos e a avaliação dos mesmos

Característica	Número	Percentual
A PMV oferece serviço para idosos		
Sim	161	38,2
Não	124	29,4
Não sabe	137	32,4
Em caso positivo, os serviços citados foram:		
Atividades de grupos de convivência	45	27,9
Vacina	36	22,4
Atividade física	32	19,9
Não sabe	21	13,0
Outros	27	16,7
Avaliação do atendimento recebido na UBS municipal		
Ótimo	146	34,6
Bom	212	50,2
Regular	20	4,7
Ruim	1	0,2
Péssimo	6	1,4
Não sabe	37	8,8
Já enfrentou dificuldades de atendimento na UBS		
Sim	53	12,6
Não	334	79,1
Não sabe	35	8,3
Motivo da dificuldade		
Demora no atendimento	22	41,5
Demora na marcação de consulta	13	24,6
Falta de médico e/ou vagas	7	13,2
Outros	7	13,2
Não respondeu	4	7,5
Melhorias necessárias nos serviços de saúde em Vitória		
Não soube responder	103	24,4
Maior oferta de atendimento/profissionais	83	19,7
Maior oferta de medicamentos	62	14,7
Nenhuma	61	14,5
Criação de serviços	44	10,4
Marcação de especialidades	27	6,4
Maior agilidade no atendimento (médico, ambulância, geral)	24	5,7
Outros	111	26,35

Conforme as informações divulgadas na Tabela 18, as mulheres conhecem mais os serviços ofertados aos idosos pela prefeitura do que os homens. Entretanto, esse fato não influencia a avaliação do atendimento recebido, nem tão pouco o enfrentamento de dificuldades no atendimento.

Tabela 18 – Conhecimento e avaliação dos serviços de saúde pelos idosos, de acordo com o sexo

Variável	Categori a	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total		p-valor
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Conhece os serviços oferecidos pela prefeitura aos idosos?	Sim	110	60,8	51	49,0	161	56,5	0,054392
	Não	71	39,5	53	51,0	124	43,5	
Avaliação do atendimento oferecido na UBS	Ótimo	100	40,2	46	33,8	146	37,9	0,313905
	Bom	135	54,2	77	56,6	212	55,1	
	Regular	10	4,0	10	7,4	20	5,2	
	Ruim	0	0,0	1	0,7	1	0,3	
	Péssimo	4	1,6	2	1,5	6	1,6	
	Total	249	100,0	136	100,0	385	100,0	
Enfrentou dificuldade no atendimento?	Sim	34	13,5	20	14,7	54	13,9	0,741712
	Não	218	86,5	116	85,3	334	86,1	
	Total	252	100,0	136	100,0	388	100,0	

Já quando as mesmas variáveis são associadas à faixa etária, examina-se que os idosos pertencentes às faixas etárias mais jovens afirmaram com maior frequência conhecer os serviços específicos para idosos oferecidos pela prefeitura. Quanto às demais variáveis, não foram notadas associações (Tabela 19).

Tabela 19 – Conhecimento e avaliação dos serviços de saúde pelos idosos, segundo faixa etária

Variável	Categoria	Faixa etária								p-valor
		60 – 69		70 - 79		80 - 89		90 ou mais		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Conhece os serviços oferecidos pela prefeitura aos idosos?	Sim	89	65,4	54	50,0	16	45,7	2	33,3	0,026184
	Não	47	34,6	54	50,0	19	54,3	4	66,7	
	Total	136	100,0	108	100,0	35	100,0	6	100,0	
Avaliação do atendimento recebido na UBS	Ótimo	62	35,8	47	34,3	32	52,5	5	35,7	0,423403
	Bom	100	57,8	76	55,5	27	44,3	9	64,3	
	Regular	9	5,2	9	6,6	2	3,3	0	0,0	
	Ruim	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	
	Péssimo	2	1,2	4	2,9	0	0,0	0	0,0	
Total	173	100,0	137	100,0	61	100,0	14	100,0		
Enfrentou dificuldade no atendimento?	Sim	30	16,9	16	11,6	6	10,3	2	13,3	0,457173
	Não	147	83,1	122	88,4	52	89,7	13	86,7	
	Total	177	100,0	138	100,0	58	100,0	15	100,0	

6 DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta reflexões desta pesquisa, tendo a finalidade de correlacionar os resultados encontrados em Vitória com os achados observados em outros estudos.

Pode-se afirmar que “[...] um dos maiores desafios que compreende os serviços de saúde é a necessidade de se conhecer uma população para qual se deseja planejar as ações de saúde” (CASTELLANOS, 1997, apud ROQUAYROL, 2003, p. 135). Por isso, os estudos populacionais que traçam o perfil de determinados segmentos populacionais, apesar de suas limitações, são importantes no sentido de contribuírem para uma melhor eficiência e eficácia das políticas de saúde.

Segundo Rouquayrol (2003, p. 136), existem alguns limites das abordagens descritivas, uma vez que resultados de estudos locais não podem ser generalizados para toda população. Entretanto, o autor examina que tais resultados são imprescindíveis para que os poderes municipais e estaduais conheçam os problemas de saúde-doença de sua população, pois somente dessa maneira os gestores poderão efetivar o planejamento e avaliação das ações de saúde, numa lógica racional de utilização dos recursos financeiros, contribuindo para a consolidação da equidade.

Também Lima-Costa (2003, p. 736) considera as informações sobre as condições de saúde dos idosos fundamentais para orientar as políticas de saúde para esse segmento e diz que estudos desse tipo ainda são raros no Brasil.

Para Mastroeni (2007, p. 191), a população idosa é o grupo etário que cresce em maior velocidade no mundo e, assim, as características sociodemográficas são indispensáveis para o estabelecimento de políticas públicas de saúde que promovam de fato a saúde da população.

De acordo com a análise dos dados, essa população é composta em sua maioria por mulheres, fato observado em diversos estudos populacionais feitos com idosos

no Brasil (CARAMANO, 2004; FELICIANO, 2004; MASTROENI, 2007; MENEZES, 2007; LEBRÃO, 2003; PASKULIN, 2004). Segundo Caramano (2004, p. 29), o componente gênero deve ser levado em conta na questão do envelhecimento, já que as mulheres possuem características distintas dos homens e, com as mudanças provocadas pelo envelhecimento populacional, tendem a assumir papéis sociais diferentes dos exercidos durante a maior parte da vida, como o caso de se tornarem viúvas e provedoras das famílias.

Em seu estudo Sawyer (2002, p. 758) analisou a utilização de serviços de saúde, declarando em seus resultados que, quanto mais a população envelhece, aumenta a proporção de pessoas do sexo feminino e a predisposição dessas pessoas para utilizar os serviços de saúde.

Em relação à faixa etária, de acordo com o estudo realizado por Lima-Costa (2007, p. 2469), a média nacional de idade dos idosos brasileiros no ano de 2003 foi de 69,8 anos, sendo inferior a média encontrada no município de Vitória. Nesta pesquisa foi constatado que a média etária dos idosos é de 71,9 anos na cidade capixaba. Ela ainda demonstra que entre os idosos entrevistados em Vitória há o predomínio de uma população idosa jovem, com concentração na faixa de 60 a 69 anos, como encontrado também em Porto Alegre (RS), Joinville (SC), Fortaleza (CE) e São Carlos (SP). Tal aspecto favorece uma população idosa com menor possibilidade de comprometimento de sua capacidade funcional, visto que a idade acima de 75 anos é um marcador importante de fragilidade no idoso.

Neste sentido, o próprio estudo aponta que o maior número de idosos com seqüelas que proporcionam limitação de capacidade funcional está na faixa etária de 80 a 89 anos.

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, a capacidade funcional pode ser compreendida como a capacidade do indivíduo de realizar atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, isto é, tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, manter seu controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar o transporte coletivo, usar o telefone

e caminhar uma certa distância (BRASIL, 2006). Assim, esse fator etário também favorece o fato dos idosos deste estudo atribuírem a resolutividade de suas necessidades de saúde aos serviços da atenção básica.

O índice de pessoas que nunca freqüentou a escola, sendo, portanto, consideradas neste estudo analfabetas, foi menor que os resultados encontrados na cidade de São Carlos por Feliciano (2004) e em São Paulo (SP) por Lebrão (2003). A questão da escolaridade (PASKULIN, 2007) tem uma importância significativa para a análise da população idosa nos serviços de saúde, principalmente pela sua influência na comunicação e entendimento das informações e/ou orientações de saúde destinadas a esse público. Confirmando também uma tendência vista nos demais estudos, as mulheres têm um índice menor de escolaridade, sobretudo pelo motivo de que, em décadas passadas, essas mulheres tinham uma educação voltada para os cuidados domésticos, sendo na maioria das vezes negligenciado o ensino formal.

Quanto ao número de pessoas que residem no mesmo domicílio, observa-se que a maioria dos idosos vive com seus cônjuges, uma vez que a maior parte é casada ou reside com um companheiro ou companheira. Mesmo assim, percebeu-se que a maioria das mulheres é solteira, viúva ou separada. Esses resultados foram semelhantes aos dos estudos desenvolvidos por Lebrão (2003), Paskulin (2007) e Menezes (2007). Inúmeras vezes essa solidão conjugal é uma opção das mulheres, porquanto a viuvez significa uma liberdade sonhada por muitas que tiveram que renunciar aos desejos da vida em função das obrigações familiares e/ou submissão aos maridos.

Conforme Lebrão (2003), essa característica solitária do estado conjugal das mulheres também pode ser atribuída ao fato das mulheres viverem mais e/ou a probabilidade maior dos homens de casarem-se mais de uma vez. A autora também enfatiza que o estado conjugal é a característica demográfica mais expressiva do envelhecimento quando relacionada a questão do gênero.

Ainda em relação às mulheres, observa-se que elas possuem uma renda menor que a dos homens, concentrando-se especialmente em até um salário mínimo. Talvez seja uma herança da tradição doméstica das mulheres e sua pouca inserção no

mercado de trabalho. Convém considerar que durante um bom tempo no país existia a aposentadoria vitalícia, que tinha como critério o fator idade e assim muitas donas de casa foram beneficiadas, mesmo não exercendo atividades vinculadas ao mercado de trabalho.

O aspecto renda não pode ser desconsiderado, sobretudo nos dias de hoje, quando muitos idosos assumem responsabilidades importantes no grupo familiar, chegando em algumas situações a representar a principal fonte de renda da família, assumindo inclusive a responsabilidade pela criação dos netos. Este estudo verificou que o número de idosos que fornecem ajuda para os familiares (47,4%) é superior ao número de idosos que recebem ajuda (31,3%).

No âmbito das questões de saúde auto-referidas, houve uma prevalência maior das doenças crônicas, destacando-se a hipertensão arterial com 73,2%. Esse resultado é semelhante aos resultados encontrados por Feliciano (2004) nos idosos de São Carlos, também ao perfil brasileiro do estudo realizado por Lima-Costa (2007) e ainda por Lebrão (2003) na cidade de São Paulo.

Para Lebrão (2003, p. 78), sem dúvida, a hipertensão arterial é a doença crônica não transmissível mais freqüente no mundo, e nos idosos tal freqüência é maior, provocando conseqüentemente um aumento da demanda de assistência médica, até mesmo em função de complicações como o AVC.

A exemplo de Vitória, o estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe, 2003), desenvolvido na cidade de São Paulo, também identificou uma preponderância maior de doenças osteoarticulares em mulheres.

Segundo a OPAS (2006), as principais doenças crônicas que afetam os idosos no mundo inteiro são doenças cardiovasculares, hipertensão, derrame, diabete, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose), doenças mentais (principalmente depressão e demência), cegueira e diminuição da visão.

Portanto, quando analisado o perfil de morbidade auto-referida dos idosos participantes deste estudo, percebe-se que há uma consonância entre os achados e as diretrizes assinaladas pelos organismos internacionais que discutem as questões do envelhecimento.

A recomendação desses setores, especialmente para países como o Brasil, é que sejam implementadas ações de prevenção para controle das doenças crônicas não transmissíveis, senão os custos humanos e sociais necessários para cuidados serão significativos, comprometendo os recursos que poderiam ser destinados a problemas de saúde de outras faixas etárias. O não investimento nas ações que possam evitar ou pelo menos adiar as doenças crônicas não transmissíveis causará grande ônus para os indivíduos, as famílias e o Estado (OPAS, 2006).

Um outro desafio deste trabalho foi descrever as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde na perspectiva dos idosos do município de Vitória. A existência de serviços efetivos de saúde em quantidade suficiente não significa necessariamente dizer que toda a população esteja utilizando tais serviços. Segundo Medronho (2003, p. 106) vários são os fatores que determinam o uso dos serviços de saúde, e devem ser consideradas as variações entre os grupos sociais, a variação geográfica e as demandas diferenciadas de acordo com o perfil epidemiológico da população.

Conforme Travassos (2007, p. 2491), a utilização dos serviços de saúde é influenciada também por fatores dos indivíduos em particular, pelo perfil de necessidades de saúde e pelos valores e preferências das pessoas. A autora igualmente afirma que a utilização de serviços de saúde, entendida como a entrada nos serviços, é uma expressão positiva do acesso. Nesse aspecto, examina-se neste estudo que a maioria dos entrevistados utiliza o serviço de saúde, o que equivale a 78,9% dos idosos entrevistados.

De acordo com Travassos (2007, p. 2491), o envelhecimento está associado a uma maior prevalência de doenças e, por conseguinte, a uma maior utilização dos serviços de saúde pelos idosos.

Ainda que um percentual expressivo de idosos utilizem os serviços de saúde municipais, apenas 32,2% dos entrevistados confessaram realizar tratamento de forma contínua nas UBS. Tal ocorrência pressupõe que prevalece na população idosa o hábito de recorrer aos serviços de saúde apenas nos momentos de manifestação aguda das patologias, demandando serviços curativos, ou, anualmente, nos momentos de campanha nacional de vacinação contra a gripe.

Nota-se que a população idosa entrevistada apresenta um perfil epidemiológico de doenças crônicas degenerativas. Para poder garantir uma manutenção da capacidade funcional e, conseqüentemente, contribuir para um envelhecimento ativo, a população idosa precisa adotar as medidas preventivas. O fato é que a adesão ao tratamento contínuo nas unidades encontra-se aquém do esperado. Segundo Ramos (2003, p. 794), um idoso com uma ou mais doença crônica sob controle pode ser considerado um idoso saudável e levar uma vida com qualidade, sem limitações de capacidade funcional.

Vale ressaltar que, apesar da utilização dos serviços de saúde não ser contínua por parte da maioria dos idosos, todos os entrevistados possuíam algum tipo de vínculo com a atenção básica e tinham uma equipe de saúde de referência, cumprindo assim uma das recomendações do Estatuto do Idoso, que prevê o cadastramento da população idosa em base territorial.

A vacinação aparece citada por 69,6% dos idosos, sendo o segundo serviço mais utilizado pelos entrevistados. Mas é importante lembrar que se trata de uma ação pontual, sendo essa, em diversos casos, a única vez que alguns idosos comparecem ao serviço de saúde no ano, tanto que 15,6% dos entrevistados afirmaram freqüentar a unidade somente uma vez por ano.

Com relação às atividades desenvolvidas pela equipe de saúde junto aos entrevistados, ficou claro, de acordo com as informações levantadas, o predomínio da realização de visitas domiciliares e atendimento individual ambulatorial como forma de intervenção na população idosa. Os ACS realizam visitas constantes, contemplando uma cobertura de 100% de cadastrados na ESF. Os demais

profissionais realizam menos visitas. Os profissionais de nível médio são os responsáveis pelo maior número de visitas.

Durante o estudo não foi identificada nenhuma atividade desenvolvida pela equipe de saúde da família voltada à integração dos idosos na comunidade ou para os familiares dos idosos, principalmente dos idosos frágeis.

Embora os serviços de saúde apresentem, na contemporaneidade, um discurso das práticas preventivas de saúde, sobretudo por meio de atividades de educação em saúde, tais ações não se consolidam no atendimento da população idosa no município de Vitória. A pesquisa constatou através dos dados que as atividades de educação em saúde são pouco mencionadas pelos idosos, tanto como serviços utilizados (15%) quanto como sugestões de implantação (0,9%).

Os dados expõem que impera uma prática de saúde curativa, centrada na doença, uma vez que os serviços mais utilizados nas unidades são a consulta médica (77,4%) e a dispensa de medicamentos (54,6%).

Segundo Travassos (2007, p. 2490), o padrão de acesso aos serviços de saúde reflete-se na utilização dos mesmos. Os resultados deste estudo apontam que a maioria da população idosa de Vitória (79,1%) não apresenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde ofertados pela rede municipal.

Quanto aos entrevistados que encontram dificuldades de atendimento, eles perfazem um total de 12,6%. Nesse caso, vale sublinhar que as dificuldades encontradas pelos mesmos não são prerrogativas apenas da população idosa, mas de todos os usuários do sistema público de saúde municipal.

Convém enfatizar a importância da ampliação das discussões quanto às necessidades de saúde do idoso, uma vez que não podemos desconsiderar questões polêmicas que envolvem a implementação do SUS, cuja efetivação de princípios constitui um dos grandes desafios brasileiros.

Analisa-se que o sistema de saúde de Vitória, na visão da maioria dos idosos usuários, atende satisfatoriamente às necessidades de saúde do segmento, visto que a maior parte classifica os serviços municipais de saúde como bom e ótimo. Essa avaliação deve-se provavelmente a uma efetiva melhoria dos serviços de saúde nos últimos anos, ocorrência também comprovada no estudo nacional realizado por Veras (2007), que desmente o mito da avaliação negativa dos serviços de saúde pública por parte dos idosos. O estudo feito pelo autor aponta que apenas 3% dos entrevistados avaliaram o funcionamento dos serviços como ruim ou muito ruim.

Contudo, também é significativo destacar que a população idosa que utiliza os serviços de saúde hoje universalizados é a mesma população que nas décadas de 60 e 70 vivenciou um sistema contributivo que excluía principalmente a população mais carente que não possuía vínculo de trabalho. Desse modo, quando agora eles deparam-se com um sistema que atende a todos, quando recebem visitas em domicílio de profissionais de saúde preocupados com a sua condição de saúde, consideram isso realmente um novo modelo de serviços de saúde, que mudou para melhor.

Ainda de acordo com estudo realizado em 2007 por Veras, no Brasil 29,4% da população idosa é coberta pelos planos de saúde privados. Em Vitória esse percentual é superior a média nacional, pois segundo os resultados da presente pesquisa o percentual de cobertura de planos privados é de 55,7%. Esses valores estão diretamente relacionados com o padrão de renda dos idosos entrevistados, já que, conforme Veras (2007), os planos privados cobrem majoritariamente os segmentos populacionais de maior renda.

Outro ponto relevante da questão foi que 19,7% dos entrevistados avaliam que a Semus deve melhorar os serviços disponibilizados aos idosos, contratando mais profissionais de saúde. Os entrevistados indicam a contratação não só de médicos, mas também de psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas. Para Ramos (2003, p. 797), a atividade multiprofissional desenvolvida por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais é essencial para manutenção da capacidade funcional dos idosos. Segundo o autor a

presença desses profissionais deve ser vista como uma prioridade nos serviços de saúde. Entretanto, tais profissionais necessitam de uma formação específica na área de geriatria e gerontologia.

Chamou atenção, neste estudo, a solicitação de outros profissionais de saúde, pois parece que a população idosa aos poucos começa a romper com a lógica da histórica tradição brasileira de um modelo de serviços de saúde centrado no profissional médico. Até porque se compreende que assim como os serviços de saúde não conseguem sozinhos garantir a saúde da população (uma vez que depende de uma série de determinantes), também um médico não consegue sozinho dar conta da saúde de um indivíduo com todas as suas complexidades (como o cotidiano dos serviços de saúde tem comprovado).

Vale enfatizar que os serviços oferecidos na rede municipal de saúde são norteados pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

É preciso também dizer que, embora a unidade de saúde ofereça um atendimento curativo, ele é avaliado como resolutivo na visão dos idosos.

No que diz respeito à diretriz da atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, encontra-se comprometida, observando que, segundo os dados, o atendimento predominantemente oferecido nas unidades restringe-se ao atendimento da equipe mínima da ESF, não contemplando uma abordagem global e multidimensional da população idosa. Tal atendimento não leva em conta a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam o envelhecimento.

Quanto à diretriz de estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção, os dados revelam que há idosos que reconhecem a existência de outros serviços oferecidos pela Prefeitura de Vitória, além dos serviços da Semus. Tanto que, quando indagados sobre os serviços, as atividades de convivência desenvolvidas pela Secretária de Assistência Social aparecem em 27,9% das respostas dos entrevistados, ainda que isso não permita afirmar que exista uma prática intersetorial no município. Todavia, é preciso salientar o fato de 61,8% dos

entrevistados declararem não saber da existência de serviços específicos para idosos no município.

Isso faz pensar em como é realizada a divulgação dos serviços. Além disso, nota-se que a maioria dos entrevistados não percebe que o fato do local dos serviços não ser exclusivo para os idosos não significa dizer que inexistam um atendimento específico para eles. No entanto, 19,9% dos entrevistados afirmaram que existem os serviços de atividade física, referindo-se ao SOE, que atende todas as faixas etárias, com atendimento específico para os idosos.

Essa questão da exclusividade de serviços para idosos tem sido muito questionada nos últimos anos, principalmente porque isso favorece a segregação dos idosos, comprometendo inclusive a construção de uma sociedade para todas as idades, conforme preconizado pela OMS, uma vez que o direito a serviços de saúde de qualidade é assegurado a todos os cidadãos. Além disso, a exclusividade de atendimento em determinados serviços pode contribuir para o surgimento de relações de rivalidade entre os idosos e outras faixas etárias.

Retomando ainda a questão da efetivação das diretrizes da Política de Saúde da Pessoa Idosa em Vitória, o provimento de recursos, o estímulo à participação e fortalecimento do controle social e a divulgação de informações sobre a política não foram mencionadas pelos participantes. Tais temáticas compareceram de forma tímida nas sugestões de melhoria dos serviços municipais de saúde com 0,2% das respostas solicitando garantia de recursos para ações de saúde com idoso.

A trajetória da organização dos serviços de saúde para o idoso em Vitória sempre foi direcionada por uma tentativa dos gestores de implementação de ações voltadas para o cumprimento das normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou para atender demandas explicitadas pela população. Na ocasião da realização da pesquisa documental para este estudo, não foi localizado estudo epidemiológico que tenha subsidiado o planejamento das ações até o momento.

Mesmo assim, é importante destacar que, quando ponderado o gráfico que demonstra a curva do envelhecimento populacional em Vitória, percebe-se a

consonância com a cronologia de criação e implementação das ações estruturantes de atenção aos idosos no município com a evolução demográfica do segmento. A criação de tais serviços também pode ser entendida como consequência da sintonia da gestão municipal com os serviços criados no âmbito nacional, principalmente impulsionados pela criação das legislações para o idoso na década de 1990.

Segundo Sawyer (2002, p. 762) os serviços públicos de saúde deverão preparar-se para o atendimento especializado da população idosa, pois é no grupo de idosos de baixa renda que se concentram as pessoas com alta morbidade e graves limitações de atividades físicas. A autora ainda sublinha a necessidade da população brasileira jovem ser acompanhada por um trabalho preventivo, senão poderá atingir num futuro próximo dimensões surpreendentemente altas de comprometimento funcional.

Nesse sentido, a pertinência da realização deste estudo é comprovada, especialmente se levado em consideração que a população idosa de Vitória é jovem, com pouco comprometimento da capacidade funcional, conforme os dados apresentados. Tais dados possibilitam ao gestor municipal o incremento de ações voltadas para promoção de saúde, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável da população. O planejamento e implementação de ações a partir deste estudo poderão ser efetivados tendo por base as reais características da população idosa de Vitória, aumentando, assim, as chances do sistema de serviços de saúde cumprir seus objetivos.

De acordo com Hsiao (apud MENDES, 2001, p. 18), “[...] os sistemas de serviços de saúde têm três objetivos: proporcionar um ótimo nível de saúde, distribuído equitativamente, prover um grau adequado de proteção em relação aos riscos de adoecer para todos e satisfazer as expectativas de todos os cidadãos”. Destarte, o município de Vitória tem o grande desafio de efetivar e consolidar um sistema de serviços de saúde que alcance esses objetivos, apesar das contradições existentes na sociedade brasileira.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há mais de uma década desenvolvo minhas atividades profissionais no SUS, mais especificamente no campo das ações de saúde para o idoso. De forma recorrente ouvia as queixas no que diz respeito à precariedade e insuficiência de informações que subsidiassem o planejamento e avaliação das ações desenvolvidas.

No campo do envelhecimento, então, tais informações são raras, o que muitas vezes fragiliza e até mesmo compromete as discussões quanto à implantação de novas alternativas de atendimento ao segmento idoso.

Em meio a esse contexto, o fato de atualmente desenvolver atividades na área técnica de saúde do idoso, setor responsável pela efetivação das ações da Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa, acentuou ainda mais minha inquietação em relação à dificuldade de ter acesso às informações sistematizadas sobre os idosos de Vitória.

Era difícil conceber a possibilidade de pensar serviços e ações de saúde para um público cujas particularidades e singularidades locais eram desconhecidas. Como saber se as ações implementadas até o momento iam ao encontro ou não das necessidades dos idosos e como melhorar aquilo que já era ofertado?

Com esse dilema, resolvi enfrentar o desafio e navegar pelos mares da pesquisa científica, buscando respostas para as inquietações. Em meio a tempestades e vendavais, enfim consigo chegar ao porto seguro e concluir essa expedição, embora seja importante deixar claro que toda pesquisa também reflete o ponto de partida para outros processos investigativos.

Para essa viagem tudo foi planejado e detalhado, procurando prever as possíveis tempestades que seriam enfrentadas. Iniciamos com otimismo e a certeza de que seria uma viagem tranquila. O mar começou a se agitar logo ao deixarmos o cais com os trâmites burocráticos para iniciar os trabalhos de campo. Foram várias idas e vindas, autorizações e esperas, até então entendidas como cuidados necessários

para proteger os usuários do serviço. Em seguida, veio o convencimento dos profissionais das UBS quanto à importância das informações colhidas neste estudo.

Foram mais de oito meses entre trâmites burocráticos, convencimento e início da coleta de dados. A essa altura começou a ficar claro como é difícil desenvolver pesquisas no SUS, como existem barreiras que dificultam a execução das mesmas. Não conseguia compreender como eu – servidora efetiva do serviço, conhecedora dos trâmites burocráticos e também reconhecida pelos técnicos das UBS – enfrentava tantas dificuldades para iniciar a pesquisa.

Nesse momento comecei a refletir como seria então para pesquisadores externos da Semus realizar estudos semelhantes. Creio ser fundamental que os serviços de saúde repensem estratégias e mecanismos que realmente possibilitem a realização de pesquisas, pois de nada adianta existir na legislação e no discurso a necessidade de tais ações, se objetivamente, na prática, não são dadas as condições para realização das mesmas.

Finalmente foi iniciada a coleta de dados, sendo conhecidos os vários mundos dos idosos residentes em Vitória, cadastrados no ESF. Diversos temporais foram enfrentados durante a viagem, era comum ter dificuldades com profissionais de saúde que não facilitavam em nada o acesso aos entrevistados. Unidades foram insistentemente visitadas (muitas vezes em vão), tendo o objetivo de propiciar o acesso dos entrevistadores aos idosos, sendo que, em alguns casos, isso só foi possível graças à autoridade institucional de Área Técnica de Saúde do Idoso.

Os ACS foram fundamentais para a realização do estudo, porque sem eles seria impossível o acesso aos domicílios, sobretudo por questões de segurança. Sem dúvida, a maioria dos agentes contribuiu para as entrevistas sem medir esforços, uma vez que foram os que mais consideraram o estudo importante.

Quando se aproximava a fase quase final, enfrentamos uma das maiores dificuldades com uma UBS que devido a trâmites burocráticos demitiu mais de 70% dos agentes, justamente os das equipes com a maior concentração de idosos.

Então, quando parecia tudo estar perdido, conversamos com alguns agentes que se dispuseram, voluntariamente, a nos acompanhar até os domicílios sorteados. E desse modo, foi possível finalizar a coleta de dados.

Agora é hora de considerar os tesouros encontrados e utilizar as informações além da dimensão acadêmica, mas de forma a impactar a realidade dos idosos entrevistados. Alguns frutos dessa aventura foram sistematizados neste estudo e fica a convicção de que novos mares ainda precisam ser conhecidos.

Graças a este estudo, hoje é possível descrever quem é o idoso de Vitória e quais são suas principais características. São predominantemente mulheres, idosas jovens, que não nasceram em Vitória, que têm o ensino primário incompleto, possuem renda e trabalharam no setor de serviços domésticos. São casadas, vivem com seus maridos/companheiros, não recebem ajuda de seus familiares, mas ajudam seus familiares.

Os idosos afirmaram possuir algum problema de saúde, principalmente hipertensão, procuram o serviço de saúde da UBS, embora a maioria não realize acompanhamento contínuo. Os serviços mais utilizados são consultas médicas e vacinação. Resolvem a maioria dos seus problemas de saúde na própria UBS. A maior parte dos entrevistados não conhece os serviços oferecidos especificamente para os idosos no município. Os que utilizam os serviços de saúde avaliam os mesmos positivamente e consideram-se satisfeitos com os serviços prestados, ainda que comentem a necessidade de maior oferta de atendimento, profissionais e medicamentos.

Diante dessa realidade, constata-se que a implementação das ações de saúde do idoso no Brasil é um desafio que deve ser enfrentado por todos os gestores, considerando especialmente o fato de o envelhecimento ativo ser uma meta contemporânea de todas as nações. E para que isso se torne uma realidade, inclusive em Vitória, o setor saúde deverá reformular suas práticas, buscando alternativas efetivas na superação da diversidade de fatores determinantes e influentes no processo do envelhecimento em pessoas de todas as idades.

Como observado na maioria dos estudos populacionais de idosos no Brasil, o estudo aponta que o fator gênero comprovadamente influencia o envelhecimento e, agrupado a outros fatores, demarca a heterogeneidade do envelhecimento, a qual precisa ser respeitada no momento da elaboração das ações voltadas para a pessoa idosa.

Em relação aos serviços de saúde, notou-se que os mesmos são resolutivos para o estágio atual de saúde dos idosos. Entretanto, caso não sejam implementadas novas modalidades de atendimento, num futuro próximo, a atual rede de serviços não conseguirá atender a todas as demandas da população idosa, que exhibe uma tendência de crescimento.

Provavelmente hoje os serviços são avaliados positivamente pelos idosos porque eles, em sua maioria, até mesmo em virtude do quadro de saúde que apresentam, conseguem resolver suas necessidades no nível local.

Porém, caso permaneçam com ações de saúde sem a perspectiva dos cuidados de prevenção dos agravos crônicos de saúde, o futuro dos idosos de Vitória pode ser comprometido por uma alta incidência de limitação da capacidade funcional, acarretando custos elevados para os serviços de saúde.

Representa um dos desafios atuais para o sistema municipal de saúde de Vitória avançar nas práticas voltadas para prevenção e promoção de saúde no nível local, rompendo com ações pontuais centradas apenas nos aspectos fisiológicos do organismo. Torna-se também necessário o desenvolvimento de ações de suporte a idosos frágeis e seus familiares, como, por exemplo, grupo de orientação a cuidadores, grupos terapêuticos para idosos, treinamento para cuidadores, oferta de fraldas geriátricas e medicamentos de alto custo, dentre outras ações.

Desse modo, são urgentes ações centradas na promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional, envolvendo os idosos em ações de educação em saúde, visando prevenir as limitações decorrentes das seqüelas das doenças crônico-degenerativas.

Tais ações podem e devem ser norteadas por instrumentos como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Para tanto, é essencial que ela seja incorporada como parte integrante da rotina do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Sendo essa uma possibilidade de se estabelecer indicadores para atenção básica, capazes de identificar de forma precoce idosos com alto risco de perda funcional. Outro instrumento que pode auxiliar nesse processo é o Manual da Atenção Básica para o Envelhecimento, desde que seja efetivamente utilizado pelas equipes.

A realização deste estudo proporcionou o conhecimento de uma realidade até então pouco explorada no campo das pesquisas sobre os serviços de saúde no município de Vitória. E esse processo trouxe uma possibilidade de romper com os mitos relativos a baixa qualidade do atendimento ao idoso no sistema público de saúde, que na perspectiva dos idosos são bem resolutivos em Vitória.

Ao mesmo tempo, é razoável perceber que o município ainda tem uma longa jornada para efetivação das diretrizes assinaladas pelo Ministério da Saúde para o segmento idoso. Mesmo porque não podemos desconsiderar que recentemente essa temática foi pautada como prioridade das ações de saúde no país, e muito do que hoje existe em Vitória é fruto das iniciativas do município desde 1992, com ações pontuais em algumas UBS.

Avançar na consolidação das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, principalmente nas ações de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas, na prevenção de acidentes domésticos e quedas, na reabilitação para a pessoa idosa na atenção básica e no enfrentamento das fragilidades são atitudes, diante da realidade estudada, imprescindíveis, conforme aponta a legislação vigente.

Divulgar entre os idosos a existência de serviços que atendam às necessidades deles e contribuam para o envelhecimento ativo, possibilitando, de tal modo, a ampliação do acesso e maior utilização dos serviços, também é uma tarefa importante que merece atenção dos atuais gestores.

Sendo assim, é necessário difundir entre os idosos a noção de garantia de atendimento específico para as particularidades do envelhecimento, independente de exclusividade de atendimento em determinados pontos de atenção do sistema municipal de saúde.

Por fim, é indispensável enfrentar o grande desafio de garantir resolutividade nos demais níveis de atenção, fora do âmbito local, diminuindo inclusive o tempo de espera dos usuários pelos serviços.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* de 2003 utilizando o método *Grade of Membership*. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 3, mar. 2008. p.535-546. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.
- ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A; CORDONI,L. (Org.). **As Bases da Saúde Coletiva**. Londrina/Rio de Janeiro: Uel/ABRASCO,2001.
- ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. **A questão social no Brasil e Serviço Social**. Programa de capacitação continuada para assistentes sociais. Capacitação em Serviço Social. Módulo 2. Brasília: CFESS – ABEPSS – CEAD – UNB., 1999.
- BARRETO, Kátia Magdala Lima et al. Perfil socioepidemiológico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 3, p. 339-354, jul/set. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.
- BEAUVOIR. S. **A Velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1683-1690, nov/dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.
- BERHIN, Elaine Rossetti. Fundamentos da Política Social. In: Mota, A.E. (Org.). **Serviço Social e Saúde, formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p 13- 39.
- BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; ESPÍRITO SANTO, Antônio Carlos Gomes do; FILHO, Malaquias Batista. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n, 5, p. 809-815, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.
- BOARETTO, R.C; HEIMANN, I. Conselhos de representação de idosos e participação. In: VON SIMON, O.R.M; NÉRI, A.L.; CACHIONI, M. **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Editora Alínea, 2003, capítulo 4, p. 105-125.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Dialogando sobre o Pacto pela Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Secretaria de Assistência Social. Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília, 1994.

_____. Lei nº 10.741, de 01 outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – Manual de Preenchimento – Série A. **Normas e Manuais Técnicos**, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde** – SUS. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: manual de preenchimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Caderno de Atenção Básica – n. 19 – Série A. **Normas e Manuais Técnicos**, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Brasília, 2005.

_____. Portaria nº 648/GM, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 out. 2006.

_____. Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 out. 2006.

CAMARANO, Ana Maria; PASINATO, Maria Tereza. Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, A.M. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CAMARANO, Ana Maria; KANSOS, Sonia José Lopes. Como vive o idoso brasileiro. In.: CAMARANO, A.M.(Org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro:IPEA, 2004 p. 25-73.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Idoso, família e saúde da família**. Rio de Janeiro: Robe, 2002.

CRUZ, Sheila Cristina de Souza. **Avaliação do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família: o caso de Resistência**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

DEBERT, GUIA. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Fasep, 2004.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. Idoso, Família e Saúde na Família. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow *et al.* **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, jul/set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

FELICIANO, Adriana Barbieri; MORAES, Suzana Alves de; FREITAS, Isabel Cristina Martins de. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, nov/dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

FILHO, João Macedo Coelho; MARCOPITO, Luiz Francisco; CASTELO, Adauto. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 557-564, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

FILHO, Wilson Jacob. Envelhecimento e Atendimento Domiciliário. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

FLEURY, S. T. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. Apresentação e p. 17-28.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMN, Fermin Roland. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, jul/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

FRANCISCO, Priscila Maria S. Bergamo et al. Vacinação contra influenza em idosos por área de residência: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 162-171, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24 (Supl. I), p. 3-6, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

GORDILHO, Adriano. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. 2000, 92 f. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

HOFFMANN, Maria Edwiges. Bases Biológicas do Envelhecimento. **Com Ciência – SBPC/Labjor**, São Paulo, 10 set. 2002. Disponível em: < <http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env10.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2003. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>>. Acesso em: 08 jul. 2004.

KAUFMANN, Tânia. **A idade de cada um, vida plena na velhice**. Petrópolis: Vozes, 1982.

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda A. de Oliveira (Org.). Sabe – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – **O Projeto Sabe no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. 1ª ed. Brasília: Athalaia Bureau, 2003.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, mai/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; LOYOLA FILHO, Antônio I. de; MATOS, Divane L. Tendência nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2467-2478, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde Pública e envelhecimento. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, mai/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

LIMA, T. N.; GERSCHMAN, S. (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/OPAS, 2005.

LINHARES, Cristina Ramos Costa et al. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 319-326, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

LOPES, Alzira Camargo. **Como viver bem seus 100 anos**. São Paulo: Paulinas, 1997.

LUZ, Madel T. **Medicina e ordem política brasileira**: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982. Cap.1, 2, 3 e 4.

MASTROENI, Marco Fábio et al. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 190-201, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

MEDRONHO, Roberto et al (eds). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador: ISC, 2001. Tomo I e II.

MENDES, Márcia R. S. S. Barbosa et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, out/dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

MENEZES, Tarciana Nobre de; LOPES, Francisco José Moreira; MARUCCI, Maria de Fátima Nunes. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 168-177, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

MERCADANTE, Elisabeth. F. Velhice: a identidade estigmatizada. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 75. São Paulo: Cortez, 2003.

NETTO, Matheus Papaléo. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas E.V. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 2-12.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, mai/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

NORONHA, Kenya Valéria Micaela de Souza; ANDRADE, Mônica Viegas. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina. **Revista Pan-Americana de Saúde Pública**, Washington, v. 17, n. 5-6, p. 410-418, mai/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. **Terceira Idade**: do repensar dos limites aos sonhos possíveis. São Paulo: Paulinas, 1999. p. 46.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. World Health Organization. 1 ed. Brasília: OPAS, 2005.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e. **Perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha – PE**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva –

NESC do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM da Fundação Oswaldo Cruz – FioCruz, Recife, 2004.

PARAHYBA, Maria Isabel; VERAS, Renato; MELZER, David. Incapacidade funcional entre mulheres idosas no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-391, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

PASCHOAL, Sérgio M. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PASKULIN, Lisiane M. G.; VIANNA, Lucila A. C. Perfil socioepidemiográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-768, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

PAZ, Adriana Aparecida; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos; EIDT, Olga Rosaria. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 338-342, jul/set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

PEIXOTO, Sérgio Viana et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 239-246, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **A Assistência Social na Perspectiva dos Direitos**: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, jul/set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

PINHEIRO, Rejane Sobrinho; TRAVASSOS, Claudia. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, jul/set. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102>. Acesso em: nov. 2007.

RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS E.V. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 72-78.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

RAMOS, Luiz Roberto et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, abr. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

RIZZINI, Irma; CASTRO, Mônica R.; SARTOR, Carla Daniel. **Pesquisando Guia de Metodologia de pesquisa para programas sociais**. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1999.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003.

SÁ, Mirivaldo Barros; BARROS, José Augusto Cabral de; SÁ, Michel Pompeu Barros de Oliveira. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro/PE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 75-85, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

SAWYER, Diana Oya; LEITE, Lúri da Costa; ALEXANDRINO, Ricardo. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, mai/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: 04 jan. 2007.

SKINNER, B.F; VAUGHAN, M.E. **Viver bem a velhice**: aprendendo a programar a sua vida. Tradução de Anita Liberalesso Néri. São Paulo: Sumus, 1985.

SOUZA JÚNIOR, Dinei Gazoni de; KULLOK, Alcione Távora; TELLES, José Luiz. A agenda 21 global e a agenda 21 brasileira: desafios para a inclusão social dos idosos. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p.291-302, jul/set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

VERAS, Renato. O anacronismo dos modelos assistenciais na área de saúde: mudar e inovar, desafios para o gestor contemporâneo. **O Globo on-line**, Rio de Janeiro, 22 set. 2006. Disponível em: < <http://www.globo.com> >

[//oglobo.globo.com/opinião/mat/2006/09/22/285798584.asp](http://oglobo.globo.com/opinião/mat/2006/09/22/285798584.asp)>. Acesso em: 04 jan. 2008.

VERAS, Renato; PARAHYBA, Maria Isabel. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafio para o setor privado. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: nov. 2007.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde**. Secretaria de Saúde, Vitória, 2005.

_____. Prefeitura Municipal. **Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família**. Secretaria de Saúde, Vitória, 2003.

_____. Prefeitura Municipal. **Secretaria de Turismo**. Vitória, 2008. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/regionaisr/pagprincipal/municipio_hist.html>. Acesso em: 04.jan.2008.

ANEXO I

1. Atenção básica – é composta pelos seguintes serviços:

A – Unidades Básicas de Saúde (UBS) – Total 28:

- UBS com Estratégia Saúde da Família – 20;
- UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – 04;
- UBS Básicas sem Estratégia Saúde da Família – 04.

B – Laboratório Central com posto de coleta – 01

C – Módulos do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) – 02

- Módulos Fixos – 01;
- Módulo Móvel – 01.

D – Academia Popular – 01

2. Atenção Secundária:

A – Centro de Referência de Atendimento ao Idoso;

B – Centro de Atenção Psicossocial;

C – Centro de Atenção Psicossocial Infantil;

D – Centro de Prevenção e Tratamento aos Toxicômanos;

E – Centro de Referência em DST/AIDS;

F – Centro Municipal Especialidades;

G – Centro de Especialidades Odontológicas com laboratório de próteses;

H – Disponibilização de Exames Especializados;

I – Disponibilização de medicamentos Específicos e de Alto-custo.

3. Serviço pré-hospitalar:

A – Pronto Atendimento 24h – 02

- Policlínica São Pedro;
- Praia do Suá.

4. Outros serviços complementares:

A – Central de ambulância 24h, com transporte eletivo;

B – Serviços de Vigilância em Saúde;

C – Acompanhamento integral da situação de saúde dos idosos residentes no Asilo dos Velhos de Vitória.

5. Ações em andamento:

- Implementação de capacitação dos profissionais da rede básica para atendimento ao idoso;
- Integração dos Centros de Convivência regionais com as regiões de saúde;
- Implantação da notificação de violência junto à rede municipal de saúde;
- Implantação da Caderneta e do Manual de Saúde do Idoso (prevista para o 4º trimestre de 2007).

ANEXO II

Demonstrativo do total de procedimentos realizados em idosos no ano de 2007:

SERVIÇOS	Nº ABSOLUTOS	PERCENTUAL
UNIDADES DE SAÚDE	320.985	70,8%
PA	43.977	10%
SOE	54.707	12%
CME	19.800	4,4%
CRAI	11.144	2,5%
CAPS, CPTT, DST/AIDS	2.399	0,5
TOTAL	453.012	100%

ANEXO III

CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

HORÁRIO DE ENTREVISTA: Início: _____ Término: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Possui cartão SUS: 1 () Sim 2 () Não 3 () NS Nº: _____

Bairro: _____

Família: _____

Microárea: _____

Prontuário: _____

Nome: _____

Cor: _____

Sexo: 1 () F 2 () M

Endereço: _____

Tel: _____

Naturalidade: _____

Tempo de residência no município: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____

Idade: _____

2. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS**2.1** Quanto à escolaridade:

1 () Nunca frequentou a escola

6 () Ensino médio incompleto (antigo 2º grau)

2 () Ensino fundamental incompleto
(1ª a 4ª série antiga)

7 () Ensino médio completo (antigo 2º grau)

3 () Ensino fundamental completo
(1ª a 4ª série antiga)

8 () Superior completo

4 () Ensino fundamental incompleto
(5ª a 8ª série antiga)

9 () Superior incompleto

5 () Ensino fundamental completo
(5ª a 8ª série antiga)

10 () NS

11 () NR

2.2 Estado Conjugal: 1 () Solteiro(a) 2 () Viúvo(a) 3 () Divorciado/separado 4 () Mora junto/casada(a)

Idade do cônjuge: _____

2.3 Com quem reside: 1 () Cônjuge 2 () Filhos 3 () Netos 4 () Outros parentes _____ 5 () Convivente

6 () Outros _____

2.4 Nº de pessoas no domicílio (incluindo o idoso): _____**2.5** Religião: 1 () Católica 2 () Evangélico 3 () Espírita 4 () Outras Qual: _____

5 () Nenhuma

2.6 Fonte de renda do idoso:

1 () Benefício

4 () Salário formal

2 () Aposentadoria

5 () Salário informal

3 () Pensão

6 () Outros _____

7 () NS 8 () NR

2.7 Valor da renda: 1 () Até 01 salário mínimo 2 () De 01 a 03 salários mínimos 3 () 04 salários mínimos ou mais

4 () NS 5 () NR

2.8 Profissão: _____ 2.9 Situação ocupacional atual: _____

2.10 Recebe algum tipo de ajuda da família: 1 () Sim 2 () Não **(Se a resposta for “não” ir para 2.12)**

2.11 Em caso positivo especificar: 1 () Dinheiro 2 () Moradia 3 () Companhia para se locomover
4 () Outra _____

2.12 Necessita de ajuda para realizar algum tipo de atividade: 1 () Sim 2 () Não
(Se a resposta for “não” ir para 2.15)

2.13 Em caso positivo especificar (pode marcar mais de um):

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1 () Caminhar | 5 () Beber |
| 2 () Levantar | 6 () Sentar |
| 3 () Banhar-se | 7 () Sair de casa |
| 4 () Comer | 8 () Outros: _____ |

2.14 Qual o grau de vínculo de quem lhe ajuda:

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1 () Filho (a) | 5 () Netos |
| 2 () Cônjuge | 6 () Cuidador formal |
| 3 () Genro | 7 () Outros: _____ |
| 4 () Nora | |

2.15 Fornece algum tipo de ajuda a sua família: 1 () Sim 2 () Não 3 () NR **(Se a resposta for “não” ir para item 3)**

2.16 Em caso positivo especificar (pode marcar mais de um): 1 () Dinheiro 2 () Moradia 3 () Cuidar de netos
4 () Outras _____

3. SITUAÇÃO DE SAÚDE AUTO-REFERIDA

3.1 Problemas de saúde: 1 () Sim 2 () Não 3 () NS 4 () NR

3.2 Em caso positivo especifique:

1 () Hipertensão Arterial	7 () Problema respiratório Qual tipo? _____
2 () Diabetes	8 () Osteoporose
3 () Sequêlas de AVC	9 () Doença de Parkinson
4 () Doenças Osteoarticulares	10 () Demência Qual tipo? _____
5 () C.A. Tipo: _____	11 () Outros: Qual tipo? _____
6 () Tremores	12 () Não possui

4. ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

4.1 Quantas vezes procurou a UBS nos últimos 12 meses:

(Se a resposta for “nenhuma”, “NS” ou “NR” ir para item 4.4)

1 () Nenhuma 2 () Diária 3 () Semanal 4 () Mensal 5 () Bimestral 6 () Semestral 7 () Anual
8 () NS 9 () NR

4.2 4.2 Quais os serviços que mais utiliza na UBS?

- | | | |
|-----------------------|---------------------|--------------------|
| 1 () Consulta médica | 4 () Pegar remédio | 7 () Outros _____ |
| 2 () Vacina | 5 () Reuniões | 8 () NS |
| 3 () Curativo | 6 () Fazer exames | 9 () NR |

4.3 Realiza algum tratamento contínuo na UBS? 1 () Sim 2 () Não 3 () NS 4 () NR

Qual:

- | | |
|-------------------------------|---------------------|
| 1 () Controle de hipertensão | 3 () Saúde Bucal |
| 2 () Controle de diabetes | 4 () Outros: _____ |

4.4 Você recebe atendimento da UBS no domicílio: 1 () Sim 2 () Não 3 () NS 4 () NR

(Se a resposta for “não”, “NS” ou “NR” ir para item 4.5)

Em caso positivo, foi atendido por quais profissionais:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 () Agente comunitário de saúde | 5 () Auxiliar de enfermagem |
| 2 () Médico | 6 () Técnico de higiene dentária |
| 3 () Dentista | 7 () Outros: _____ |
| 4 () Enfermeiro | |

4.5 Utiliza ou procura outros serviços de saúde públicos fora da UBS: 1 () Sim 2 () Não 3 () NS 4 () NR

(Se a resposta for “não”, “NS” ou “NR” ir para item 4.6)

Em caso positivo, que tipo de serviço:

- | | |
|--|---|
| 1 () CME | 4 () SOE – Especificar: _____ |
| Especialidade: _____ | 5 () Pronto Atendimento – Especificar: _____ |
| 2 () Centros de Referência: | 6 () Outros: _____ |
| _____ | |
| 3 () Serviço de Atendimento Domiciliar Hospitalar | |
| Instituição: _____ | |

4.6 Já utilizou o serviço de ambulância municipal nos últimos 12 meses:

- 1 () Nenhuma vez 2 () 1 vez 3 () 2 vezes 4 () 3 vezes 5 () 4 vezes ou mais 6 () NS 7 () NR

Em caso positivo, motivo: _____

4.7 Já ficou internado nos últimos 12 meses:

- 1 () Nenhuma vez 2 () 1 vez 3 () 2 vezes 4 () 3 vezes 5 () 4 vezes ou mais 6 () NS 7 () NR

Em caso positivo, data da última internação: _____

Motivo: _____

4.8 Possui algum plano privado de saúde? 1 () Sim 2 () Não 3 () NS 4 () NR

5. SERVIÇOS OFERECIDOS PELA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

5.1 A PMV oferece algum serviço específico para a população idosa?

- 1 () Sim 2 () Não 3 () NS 4 () NR

Em caso positivo, qual(is)? _____

5.2 Como avalia o atendimento recebido na UBS?

- 1 () Ótimo 2 () Bom 3 () Regular 4 () Ruim 5 () Péssimo 6 () NS 7 () NR

5.3 Já enfrentou dificuldades para conseguir atendimento de saúde nos serviços da SEMUS

- 1 () Sim 2 () Não 3 () NS 4 () NR

Em caso positivo, qual(is)? _____

5.4 O que a SEMUS precisa fazer para melhorar os serviços de saúde oferecidos ao idoso em Vitória?

Vitória, ____ de _____ de 2007.

Nome do Entrevistador