

HELOISA HELENA LEMOS HORTA

SUBSÍDIOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL DO IDOSO: perfil do usuário em uma UBS de Franca (SP)

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Iranilde José Messias Mendes.

**FRANCA
2007**

Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca

H811s	<p>Horta, Heloísa Helena Lemos</p> <p>Subsídios para atenção integral do idoso : perfil do usuário em uma UBS de Franca (SP) / Heloísa Helena Lemos Horta ; orientador: Iranilde José Messias Mendes. – 2007</p> <p>62 f. : 30 cm.</p> <p>Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca</p> <p>Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde</p>
	<p>1. Promoção de saúde – Idoso. 2. Idoso – Envelhecimento – Políticas de saúde. 3. Políticas de saúde – Estatuto do idoso. 4. Unidade Básica de Saúde (UBS) – Franca, SP. I. Universidade de Franca. II. Título.</p>
	<p>CDU – 614-053.89(815.6)</p>

HELOISA HELENA LEMOS HORTA

SUBSIDIOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL DO IDOSO: perfil do usuário em uma
UBS de Franca (SP)

Presidente:

Nome: Profa. Dra. Iranilde José Messias Mendes
Instituição: Universidade de Franca

Titular 1:

Nome: Profa. Dra. Rosimar Alves Querino
Instituição: Universidade de Uberaba

Titular 2:

Nome: Profa. Dra. Mônica de Andrade Morraye
Instituição: Universidade de Franca

Franca, ____/____/____

DEDICO a meu marido Omar e a meus filhos Glauco e Victor com amor, admiração e gratidão pela compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela minha existência e pelas bênçãos sobre mim derramadas;

aos meus pais, Venício e Maria da Glória e aos meus irmãos pelas orações e apoio em todos os momentos da minha vida;

à minha orientadora Profa. Dra. Iranilde José Messias Mendes, pela orientação, compreensão e incentivo dispensados durante o desenvolvimento deste trabalho;

ao Prof. Dr. José Eduardo Zaia pelo imenso auxílio na parte de tratamento dos dados;

à Profa. Ms. Ana Maria Paulino Comparini, pelas valiosas correções no aspecto metodológico;

à Profa. Dra. Mônica de Andrade Morraye pela grandiosa colaboração e orientação para o término do trabalho;

a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

HORTA, Heloísa Helena Lemos. *Subsídios para atenção integral do idoso: perfil do usuário em uma UBS de Franca (SP).* 2007. 62 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

O envelhecimento da população humana é um fenômeno mundial, e segundo projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde, em 2025 o Brasil alcançará 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, ocupando o 6º lugar quanto ao número de idosos. Considerando-se que o Brasil não se encontra preparado para receber essa população idosa e sabendo-se que a nova legislação brasileira garante ações governamentais capazes de assegurar a melhoria das condições de vida dos idosos, o presente estudo tem o objetivo de identificar o perfil dos idosos atendidos em uma UBS de Franca (SP) visando seu atendimento integral, tendo como suporte teórico o envelhecimento populacional. Trata-se de uma pesquisa de campo descritivo-quantitativa, realizada durante o mês de março de 2007 com 30 idosos, sendo 20 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, com idade variando entre 60 e 87 anos. Foi realizada através de entrevista com auxílio de um instrumento que parte de questões de natureza pessoal incluindo questões relativas ao tema. Os dados foram apresentados em valores absolutos e percentuais e os resultados nos permitem considerar que o nível sócio econômico baixo, carência de informações e desconhecimento dos direitos dos idosos dificultam seu acesso à atenção integral conforme assegurado na legislação vigente.

Palavras-chave: idoso; envelhecimento; políticas de saúde; estatuto do idoso.

ABSTRACT

HORTA, Heloísa Helena Lemos. *Allowances for the full attention of the elderly people: the user profile in a UBS, Franca (SP).* 2007. 62 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

The aging of the human being population is a worldwide phenomenon and according to statistics projections of the World Health Organization, in 2025, Brazil could reach 32 million people with 60 years old or more, getting the 6th place related to the number of elderly people. Considering that Brazil is not prepared to receive this elderly population and knowing that the new Brazilian legislation ensures government actions which preserve the living conditions improvement of them, this study aims to identify the profile of elderly people in a UBS, Franca city (SP), addressing their full medical attendance, which the theoretical support is the aging of the population. It is a field descriptive-quantitative research, performed during March 2007 with 30 elders, being 20 women and 10 men, whose aged between 60 and 87 years old. It was conducted through interviews with a personal questions instrument including issues relating to the topic. The data were presented in absolute and percentual values and the results allow us to consider that a low socio-economic level, lack of information and ignorance of the rights of the elderly difficult their access to full attention as provided in the existing legislation.

KEYWORDS: elderly; aging; health policies; status of elderly.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 REVISÃO DE LITERATURA	13
1.1 SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DO IDOSO NO BRASIL	13
1.2 MARCOS LEGAIS DA ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO.....	20
1.2.1 Declaração dos princípios para idosos.....	20
1.2.2 Política Nacional do Idoso.....	22
1.2.3 Aposentadoria e seguridade social.....	26
2 MATERIAIS E MÉTODOS	30
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	55
ANEXOS	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estado civil e grau de escolaridade por sexo	32
Tabela 2 -	Situação familiar dos idosos por moradia, companhia para morar e valor da aposentadoria por sexo	34
Tabela 3 -	Relação gênero com estilo de vida	38
Tabela 4 -	Doenças crônicas, uso de medicação e forma de aquisição por sexo	39
Tabela 5 -	Acessibilidade dos idosos aos serviços de saúde por sexo	40
Tabela 6 -	Procura por profissionais da saúde pelos idosos com encaminhamento da UBS por sexo	41
Tabela 7 -	Conhecimento do Estatuto do Idoso e uso dos direitos por sexo	43
Tabela 8 -	Avaliação pelos idosos do atendimento na UBS por sexo	45

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. No relatório do desenvolvimento humano do Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento a mudança do padrão demográfico na sociedade brasileira, nas últimas décadas do século passado, foi considerada como uma das mais importantes transformações estruturais de nosso país (PNUD/IPEA, 1996).

Conforme dados do PNUD/IPEA (1996), a população brasileira experimentou um declínio rápido e sustentado a partir do início de 1940, acarretando aumento da esperança de vida ao nascer da população, que passou de 41 para 54 anos, entre as décadas de 1930-1960. A conformação da pirâmide populacional de países europeus e da América do Norte, de acordo com o relatório, demonstra que o fenômeno do envelhecimento das populações vem ocorrendo desde o início do século XIX em decorrência de uma diminuição da natalidade. Em relação à população brasileira ocorreu que, até durante meados daquele século, os índices de natalidade mantiveram-se altos e estáveis, de tal modo que entre 1940 e 1970, 52% da população tinha menos de vinte anos. No final de 1960, teve início no país um processo rápido e generalizado de declínio da fecundidade, cuja taxa caiu de 5.8 em 1970 para 4.3 em 1975, e 3.6 em 1984, correspondendo a um declínio superior a 3.7% em um período de apenas 15 anos, o que foi considerado pelo relatório, fato inédito quando comparado a outros países.

De acordo com o referido relatório, a tendência observada foi de diminuição do número de nascimentos, diminuição no crescimento da população e na proporção de jovem. A população de idosos, ao contrário, apresenta uma tendência inversa de crescimento.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), cerca de 30% da população têm menos de 15 anos, 65% entre 15 e 64 anos, e 5% igual ou mais do que 65 anos. Considerando-se a população com 60 anos ou mais a proporção é de 7,3%.

A taxa de crescimento demográfico no período de 1991 a 2000 foi de 1,63% ao ano; 81,22% da população situava-se em áreas urbanas. Para cada 100 mulheres, existiam 96,9 homens; a taxa de mortalidade infantil no período foi de 37

por 1000 nascimentos. A expectativa de vida da população em torno de 64,4 anos; dos homens, 59,3 anos e das mulheres, 69,6 anos (IBGE, 2000).

No ano 2000 o Brasil contava com uma população de 169.799.170 pessoas, sendo 14.536.029 com 60 anos ou mais. Em 2005, a população era estimada em 186.405.000 habitantes. No estado de São Paulo a população em 2000 era de 37.035.455 habitantes, sendo 3.318.204 com mais de 60 anos. A previsão em 2005 era de 40.442.795 habitantes. Na cidade de Franca, a população em 2000 era de 287.734 habitantes, tendo uma projeção para 2006 de 328.121. Em 2000, a população com 60 anos ou mais constituída de 24.135 habitantes (IBGE, 2000).

A legislação brasileira de 1988 garante ações governamentais capazes de assegurar a melhoria das condições de vida dos idosos. Essa garantia está prevista no Estatuto do Idoso aprovado pelo Senado Federal, em 2003 (BRASIL, 2006b).

Do ponto de vista da produção científica e de documentos oficiais observa-se uma tentativa de mudança do conceito de idoso, cujas raízes encontram-se, entre outras, no afastamento do processo produtivo e as inerentes conseqüências sociais. Tem-se, ainda, a influência do conceito de modernidade decorrente de tecnologias avançadas, vindas de países industrializados, que enfatiza a importância dos valores referentes às condições materiais, de poder, de eficiência, de rapidez que reforçam a compreensão da velhice como inutilidade.

Ferrari (1999) reconhece a transformação na concepção de velhice que vem ocorrendo na sociedade. Para este autor, a velhice deixa de ser considerada uma etapa de vida caracterizada exclusivamente por perdas e incapacidades e passa a ser uma fase na qual o idoso pode, e deve, por em prática suas potencialidades únicas e distintas, tais como a serenidade, uso de sua experiência, maturidade e perspectiva de vida pessoal e social.

De acordo com a Cartilha do Idoso (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2001), a tendência atual entre os idosos de assumirem uma nova postura, mostrando-se orgulhosos da experiência adquirida e da maturidade conquistada, mas, também, conscientes de que a alegria, vontade de viver e disposição para uma existência saudável e participativa é uma questão de postura diante da vida e não o privilégio de uma faixa etária.

Romper com velhos paradigmas constitui trabalho moroso que requer paciência, persistência e ousadia. O enfrentamento da situação do idoso no Brasil

demanda ações urgentes e eficazes. Do ponto de vista legal, o avanço está dado. Resta, entretanto, colocá-la em prática. Estudar o tema do idoso pretende contribuir para isso.

Para Pereira et al. (2006) a transição demográfica tem um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas. Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência (envelhecimento normal) e os fatores associados à qualidade de vida de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece. A avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida, influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades.

De acordo com Araújo et al. (2006), através da Promoção da Saúde é possível atuar prevenindo o surgimento de doenças crônicas associadas ou não que possuem os mesmos fatores de risco como: dieta, fumo, uso de álcool, estresse e sedentarismo além suas complicações.

O envolvimento em atividades físicas próprias para a idade, alimentação saudável, abolição de hábitos nocivos e uso responsável de medicamentos, podem prevenir doenças e aumentar a longevidade e a qualidade de vida do idoso (OPAS, 2005).

Sabe-se que a demanda por cuidados de saúde relacionada à população idosa é diferente daquela apresentada pelo resto da sociedade, devido à grande proporção de idosos com problemas crônicos (ou seja, com necessidades permanentes de atenção à saúde) que requerem grandes gastos em equipamentos, medicamentos e recursos humanos capacitados. Dadas às limitações do sistema de saúde pública brasileiro, o rápido processo de envelhecimento aponta para a necessidade de se redefinirem as políticas deste setor, com o intuito de prevenir, ou pelo menos atenuar, o desamparo das gerações mais velhas (WONG e CARVALHO 2006).

Segundo Buss (2000), proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vivida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-

estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos. Continua explicando que a nova concepção de Estado, reestabelece a centralidade de seu caráter público e de sua responsabilidade social, isto é, seu compromisso com o interesse público e com o bem comum.

Isto posto, reconhecemos que é preciso que nossa sociedade passe a enxergar a terceira idade como uma etapa da vida na qual é preciso reconstruir a dignidade, os direitos do idoso e seu reconhecimento como cidadão; que é um momento de reacender novos sentidos e não momento de encerramento. Para tanto, avaliamos a construção dos direitos dos idosos, entendidos como subsídios centrais para a elaboração de políticas sociais voltadas para esse ciclo da vida. Evidenciamos, ao longo do trabalho, a importância da Declaração dos Princípios para os Idosos, estabelecidos pela ONU, em 1982. Em âmbito nacional, o governo federal traçou, em 1998, a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulam as ações governamentais e não-governamentais. O Estatuto do Idoso, aprovado em setembro de 2003, consolida a preocupação com o debate dos direitos dos idosos e expõe as principais diretrizes para a elaboração das políticas públicas.

Neste contexto de consolidação dos direitos dos idosos, esta pesquisa tem como objetivo geral identificar o perfil do idoso atendido em uma UBS de Franca (SP), visando seu atendimento integral.

Como objetivos específicos:

- Conhecer o perfil sócio-demográfico dos idosos atendidos na UBS Aeroporto III;
- Identificar a situação sócio familiar dos idosos entrevistados;
- Conhecer as condições de saúde e o estilo de vida da população estudada;
- Avaliar o serviço prestado pela rede básica de saúde aos idosos bem como sua acessibilidade segundo informações do mesmo;
- Avaliar o nível de conhecimento dos entrevistados sobre o Estatuto de Idoso relacionando-o à qualidade da assistência prestada pela UBS.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DO IDOSO NO BRASIL

O envelhecimento da população brasileira é um fato e suas conseqüências sociais e econômicas têm sido objeto de estudos pela comunidade científica.

As dificuldades multidimensionais produzidas pelo envelhecimento populacional trazem desafios enormes, sobretudo o de garantir ao idoso sua integração na comunidade. Uma questão importante diz respeito à substituição do conceito de velhice como doença cujas soluções se concentram no modelo de assistência para um conceito de cidadania cujas soluções implicam também intervenções sociais, ambientais e econômicas.

Veras; Ramos e Kalache (1987) ressaltam que no Brasil, movimentos migratórios acompanharam o processo de expansão das fronteiras econômicas, determinando o fenômeno da concentração urbana nos últimos 40 anos, particularmente após a década de 50, tornando o país uma sociedade predominantemente urbana, que experimenta nessas áreas um intenso processo de envelhecimento populacional. Tais transformações geográficas e demográficas têm importantes conseqüências sociais e econômicas para a população em geral e para a população idosa em particular.

Segundo os autores supracitados, os principais motivos para a migração são o desemprego rural, a diferença de salário entre o campo e a cidade, a maior infraestrutura de serviços públicos na cidade, assim como a influência exercida pelos meios de comunicação de massa, criando as ilusões da vida dos grandes centros. Reforçam que a concentração de vasta extensão de terra nas mãos de poucos proprietários, o aumento do uso de tecnologia moderna na agricultura e a falta de perspectiva do trabalhador rural, de possuir uma propriedade

para radicar sua família. Essas são as mais importantes causas do crescimento da pobreza no campo, o que resulta no êxodo rural para a cidade.

Por outro lado, os autores explicam que é comum ocorrer migração de apenas parte da família. Neste caso, somente os indivíduos em idade produtiva vão tentar a vida na cidade, e os parentes mais idosos, particularmente as mulheres, permanecem em seus locais de origem. Em tais casos, o impacto na estrutura familiar é profundo, já que o amparo, antes provido pelos mais jovens, deixa de existir e, muitas vezes, o esperado suporte financeiro falha por se frustrarem as oportunidades de um bom rendimento após a migração.

Tal migração favorece o aumento dos idosos na área urbana e, para Veras (2003), implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que freqüentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologias complexas para um cuidado adequado. Afirma que em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Acrescenta que tal fato acarreta crescimento das despesas com tratamentos médico-hospitalares, ao mesmo tempo em que apresenta um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados. O autor coloca que o nosso sistema de atenção é precário e desorganizado, não criando condições adequadas de serviços e recomenda que a aplicação de gastos da área da saúde sejam alocados de maneira mais judiciosa em direção à maior resolubilidade.

Segundo Prata (1992), transição epidemiológica, caracteriza-se pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas.

Constata-se que os efeitos do envelhecimento humano são profundos e complexos, sobretudo em países pobres, pela forma acelerada com que esse fenômeno tem ocorrido, por acarretarem pressões para transferência de recursos na sociedade, colocando desafios para o Estado, os setores produtivos e as famílias.

Esse crescimento não se expressa apenas no maior número de idosos, mas em uma mudança substancial nas áreas da saúde e previdência, na organização dos espaços urbanos, em uma nova estruturação do mercado de

trabalho e mesmo na vida familiar (VERAS, 2004).

O autor continua informando que no Brasil esta situação se agrava devido à rápida explosão demográfica do grupo etário dos idosos e ao fato de o sistema de saúde atual ter sido concebido para atender à demanda da saúde materno-infantil, razão pela qual não responde satisfatoriamente às exigências resultantes do envelhecimento populacional. Essa mudança demográfica leva a um aumento da pressão sobre o sistema de saúde, ampliando os seus custos, em consequência da elevação da utilização de serviços, de medicamentos e de tecnologias caras e complexas.

Ferrari (2004) estudou as consequências sociais do envelhecimento populacional para a sociedade, decorrentes da pressão sobre os gastos previdenciários e da demanda por serviços de saúde. Conclui fazendo um alerta para que políticas públicas deverão ser elaboradas, considerando esta faixa da população.

Bandeira (2005) reconhece que o prolongamento da vida deve estar associado à acessibilidade e adequado serviços de saúde, à alimentação, ao lazer como direito, a um salário/aposentadoria compatível com as necessidades de gastos e a uma estrutura social que não marginalize aqueles que envelhecem. Afirma ainda que a autonomia do idoso é um aspecto fundamental ao seu bem estar; uma vez que, em geral, a dependência acarreta, em pessoas de qualquer idade, o estigma de peso ou incômodo, o que pode gerar problemas como solidão, isolamento e depressão.

A Organização Pan-Americana de Saúde alerta aos governos para a necessidade de decisão política, na determinação de ações capazes de prevenir e/ou controlar as doenças não transmissíveis (DNTs) de maneira a evitar investimentos que impliquem em enormes custos humanos e sociais (OPAS 2005).

Em relação à política de saúde, Veras (2004) propõem que devem ser adotadas medidas que impeçam a cronificação de doenças, assim como a diminuição de hospitalização, e que se deve enfatizar a manutenção da capacidade funcional do idoso e os programas de prevenção de doenças. Recomenda ainda, o investimento em metodologias para a detecção precoce de doenças, no monitoramento das doenças crônicas e num sistema médico personalizado, entre outras medidas, em vez de, por inércia, seguir o modelo da demanda espontânea, que tem no hospital a peça central do sistema. De acordo com essas

recomendações, é necessário que haja re-qualificação dos profissionais de saúde que atualmente não estão plenamente habilitados para o novo desafio, de monitorar, acompanhar, prevenir e reabilitar, ao invés de apenas curar.

As doenças crônicas exigem uma nova postura; talvez o caminho a ser trilhado seja o convencimento das autoridades de saúde, para que o sistema tenha como foco a tecnologia do conhecimento e da informação em lugar da tecnologia das máquinas (VERAS, 2004).

Ramos, Veras e Kalache (1987); Wong e Carvalho (2006), referindo-se ao movimento da pirâmide da população brasileira, colocam que mantidas as tendências atuais de declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, a população brasileira como um todo deverá experimentar até o ano 2025, um processo de envelhecimento comparável, em intensidade, ao experimentado por qualquer país desenvolvido no passado.

Por outro lado, persistem diferenças regionais que garantem que esse processo não se dará de forma uniforme, atingindo regiões como Sul e Sudeste muito mais do que o Norte ou o Nordeste (TELAROLLI JUNIOR; MACHADO e CARVALHO, 1996)

Ramos, Veras e Kalache (1987) acrescentam ainda que a problemática decorrente do envelhecimento, no que diz respeito à saúde, tende a ser a mesma que se verifica nos países desenvolvidos (doenças crônicas requerendo cuidados continuados e custosos), agravada pelo fato de persistirem problemas como desnutrição e doenças infecciosas.

No Brasil, as principais causas de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias e pelas doenças do aparelho respiratório, sendo a prevenção destas ou a letalidade a elas associada, relacionadas ao comportamento e/ou diagnóstico precoce (LIMA-COSTA, 2004).

A autora explica que do ponto de vista da Saúde Pública, os cinco mais importantes fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis são o tabagismo, o consumo de álcool, a obesidade ou sobrepeso, a hipertensão e a dislipidemia.

Para Sobral et al. (1995), o Brasil é um país que possui, em valores absolutos, uma importante população jovem, mas a faixa etária que mais cresce é a de idosos. Atualmente essa população é constituída de 11 milhões de idosos e em 2025, em uma projeção conservadora, poderá atingir 32 milhões. Esses números

irão situar o Brasil como sexto país do mundo em contingente de idosos. Talvez este seja um dos maiores desafios: dois grupos economicamente não produtivos e que demandam muitos recursos, em um país pobre e sem tradição de investimento nas áreas médica e social. Para o autor, uma parcela substancial da utilização dos serviços de saúde deve-se a uma demanda extensiva, gerada por um subgrupo relativamente pequeno de idosos, pois, muitos deste grupo etário gozam de boa saúde. Entre os que utilizam os serviços de saúde, em relação aos demais grupos etários, uma proporção maior retorna para outra ou mais consultas, lembrando que as mulheres usam os serviços de saúde com mais freqüência do que os homens. O autor afirma tratar-se de uma importante característica nos idosos que deve ser levada em consideração, quando da organização dos serviços de saúde. Acresça-se a isto que os problemas de saúde de idosos, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo; ou seja, exigem o máximo do complexo médico-industrial na área da saúde.

Para Kalache (1987), mesmo que as condições de vida, sob o ponto de vista sócio-econômico, não tenham melhorado significativamente para uma parcela apreciável da população dos países em desenvolvimento, as taxas de mortalidade vêm experimentando diminuições substanciais. Elas são resultantes de intervenções, de medidas específicas de saúde pública, do tratamento efetivo de infecções, não sendo, portanto, um processo de "envelhecimento natural" como conseqüência de melhores níveis de vida para a maioria dos habitantes (como na Europa pós-Revolução Industrial), mas um processo "artificial", em que muitos sobrevivem, apesar de suas condições de vida, simplesmente, porque recebem imunização ativa contra determinadas doenças ou tratamento específico para outras. Em termos práticos, este tipo de processo de envelhecimento é defrontado por países como o Brasil, com um duplo encargo na área da saúde: por um lado a importância crescente de doenças crônicas entre as causas de mortalidade (desde o início da década de 60 que as doenças cardiovasculares passaram a ser o primeiro grupo entre as causas de mortes no Brasil, seguido, atualmente, por neoplasias). Por outro lado, as marcas da desigualdade social e econômica permanecem presentes, sobretudo, em termos de morbidade por doenças infecciosas e parasitárias ou pela importância que a subnutrição continua ocupando entre nós (KALACHE, 1987).

O envelhecimento populacional em nossa sociedade constitui assim um grande problema social e econômico que requer soluções rápidas, persistentes e de continuidade.

Para Ramos (2002), as relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental. Pesquisas têm demonstrado que as relações sociais são capazes de moderar o estresse em pessoas que experienciam os mais variados problemas, entre eles problemas de saúde, a morte do cônjuge ou mesmo crises financeiras. O autor coloca que os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família (emocional ou funcional). Especificamente, sob a presença de suportes sociais, é esperado que pessoas idosas sintam-se amadas, sintam-se seguras para lidar com os problemas de saúde inerentes ao envelhecimento e tenham fortalecida sua auto-estima. Argumenta também que a educação é uma variável que pode protelar problemas de saúde, no sentido de que ela permite uma acumulação de vantagens, pois, pessoas melhores educadas sabem mais sobre a prevenção de certas doenças e como ter hábitos saudáveis no curso da vida. Rezende (2006) estudou o acesso e a qualidade do suporte social para idosos acometidos de acidente vascular cerebral e, encontrou na família a principal fonte de apoio emocional e funcional.

O papel da família para os idosos de hoje tem um significado todo especial. Sobre isso, Veras; Ramos e Kalache (1987) consideram que para os idosos que tiveram durante a vida uma família grande, rodeados por crianças, a mudança de padrão social pode ser extremamente difícil de ser absorvida. A mudança na composição e características da família nuclear, constituída de pai, mãe e filhos associados aos problemas de saúde causados por patologias múltiplas, podem muitas vezes ser agravados pela solidão e a falta de recursos financeiros. A falta de companhia do idoso nos dias atuais está diretamente ligada às transformações que se operam no interior das famílias. Outros fatores concorrem para a diminuição do suporte familiar, entre eles a maior mobilidade das famílias (facilitadas pelo seu menor tamanho) e o aumento do número de separações e divórcios entre os casais, nas décadas recentes. Ambas as situações trazem como consequência uma vida mais insular e uma redução do apoio familiar ao idoso.

Os autores acima afirmam que viver só não é necessariamente uma experiência negativa; muitas pessoas, em todas as idades, escolhem viver assim.

No entanto, viver por longo período sem companhia predispõe ao isolamento. A mulher, além de ter uma vida mais longa, normalmente, por fatores culturais, casa-se mais jovem do que o homem. O resultado da conjunção desses dois fatores é um período mais extenso de solidão entre as mulheres viúvas (ou divorciadas) em relação ao homem. Além disso, o número de segundo casamento em todas as idades são maiores entre os viúvos do que entre as viúvas. Casamentos contraídos por pessoas acima de 60 anos (ainda que o número total seja relativamente pequeno em todo o mundo) são significativamente mais comuns entre os homens do que entre as mulheres. Ramos (2002), afirma que pessoas casadas têm melhor saúde que aquelas pessoas com outros estados civis. Mazo et al. (2005) reconhecem que a forma como cada indivíduo se adapta às modificações ao longo de sua trajetória vai determinar o tipo de qualidade de vida do idoso.

Devido às diferenças conseqüentes da história de vida de cada indivíduo, além das transformações que o organismo sofre com o passar da idade, vários autores consideram que não há um consenso sobre o início da terceira idade. Um critério que tem sido adotado é o cronológico no qual estabeleceu-se 60 anos para os adultos de países em desenvolvimento e 65 anos para os dos países mais desenvolvidos.

Para Ferrari (1999) a velhice não pode ser definida pela simples cronologia. Há diferentes idades biológicas, subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica. O que acontece é que, o processo de envelhecimento é muito pessoal; ele constitui uma etapa da vida com realidade própria e diferenciada das anteriores, limitada unicamente por condições objetivas externas e subjetivas.

Segundo Siqueira et al. (2004) a grande preocupação do ser humano com o envelhecimento é chegar à terceira idade sem nenhuma doença que limite seus afazeres e não se tornar dependente de outras pessoas. A capacidade de realizar as tarefas do cotidiano sem o auxílio de outros, é definida como capacidade funcional.

De acordo com Kalache (1987) o conceito de capacidade funcional está intimamente ligado ao entendimento de envelhecimento. Envelhecer tendo todas as funções preservadas, não significa problema quer para o indivíduo ou para a comunidade, apenas quando as funções começam a deteriorar é que os problemas começam a surgir. O autor completa dizendo que na velhice, a

manutenção da autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida. Portanto, uma forma de se procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia a dia que o fazem independente dentro de seu contexto socioeconômico-cultural. Nesse contexto, o sentido do envelhecimento cronológico passa a ser de relevância muito menor do que o conceito de envelhecimento funcional. Para Chaimowicz (1997) as questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida.

Para Ferrari (1999) as preocupações com a saúde referem-se, na maioria das vezes, aos problemas mais relacionados com o manejo cotidiano da doença crônica e o impacto sobre a independência nas atividades da vida diária. Assim, a atenção à saúde do idoso é muito mais no sentido de orientá-lo a aprender e a adaptar-se à doença, do que propriamente curá-la. O autor afirma ainda que para alcançar uma velhice saudável, é preciso promover a saúde durante toda a vida do indivíduo, porque o envelhecimento não começa aos 60, mas é o acúmulo e interação de processos sociais, de saúde e de comportamentos de toda a vida.

A forma como cada indivíduo se adapta às modificações físicas, intelectuais e sociais, determinará um envelhecimento saudável ou repleto de dificuldades (MAZO et al., 2005).

1.2 MARCOS LEGAIS DA ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO

1.2.1 Declaração dos Princípios para idosos

Reconhecendo a relevância e a gravidade do envelhecimento mundial, a ONU organizou em 1982 a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, da qual resultou o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, aprovado pela Assembléia Geral através da resolução 37/51, de 03 de dezembro de 1982. Com base no referido plano, foram estabelecidos os Princípios das Nações Unidas para

os Idosos, que se apóiam em cinco pontos fundamentais: independência, participação, cuidados, auto-satisfação e dignidade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

Passemos à sistematização dessas categorias pelo referido órgão:

A independência traduz-se em garantir às pessoas idosas, acesso à alimentação adequada, água, abrigo, roupas e cuidados médicos, através do fornecimento de renda ou ajuda familiar e comunitária; oportunidades de trabalho ou acesso a alguma forma de garantir proventos; participação nas decisões que envolvam sua saída do mercado de trabalho; acesso a programas de treinamento e educação; vida em ambientes seguros e em conformidade com suas preferências pessoais e sua capacitação; e a possibilidade de residirem em seus lares pelo tempo que for possível.

A participação é entendida como garantir aos idosos uma participação ativa na formulação e na implementação de políticas que se relacionem diretamente ao seu bem-estar, assegurando-lhes a capacidade de compartilhar os seus conhecimentos e capacitações com as gerações mais novas; condições de servir à comunidade como voluntários em atividades adequadas aos seus interesses e potenciais, e o direito de formar movimentos ou associações de pessoas idosas.

Os cuidados com os idosos devem possibilitar que eles se beneficiem da atenção e da proteção de suas famílias e da comunidade, de acordo com os valores culturais próprios de cada grupo social; acesso a sistemas de saúde que lhes possibilitem manter ou readquirir as condições ideais de bem-estar físico, mental e emocional, prevenindo, ou adiando as doenças; acesso a cuidados institucionais que lhes permitam obter proteção, reabilitação e estímulo mental e social, sob condições seguras e humanas; a garantia dos direitos humanos e liberdades fundamentais, mesmo nas circunstâncias em que eles habitem abrigos e instituições de tratamento, locais onde deve prevalecer o respeito à sua dignidade, suas crenças, necessidades e privacidade; e a garantia ao direito de decidir sobre os cuidados a eles prestados e a qualidade das suas vidas.

A auto-satisfação consiste em fazer com que os idosos tenham a possibilidade de buscar as oportunidades que lhes permitam desenvolver o potencial próprio, bem como o acesso às instituições da sociedade que tratem de matérias culturais, educacionais, espirituais e recreativas.

E para que os idosos possam viver com dignidade, é necessário

assegurar-lhes uma vida segura, livre de explorações físicas ou abuso mental; um tratamento justo, não importando a idade, gênero, condições étnicas, raciais ou incapacidades; a sua valorização pessoal, não importando o peso econômico da sua contribuição.

1.2.2 Política Nacional do Idoso

No âmbito das políticas públicas, o governo federal traçou, em 1998 a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 e o Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Trata-se de uma legislação que regula tanto as ações governamentais como não governamentais em todo o Brasil, determinando as principais diretrizes relativas aos direitos sociais a todos brasileiros maiores de 60 anos de idade, assegurando condições para promover autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2006c). Esta lei fundamenta-se na Declaração dos Princípios para os Idosos já citados.

Está embutida nesta política, uma outra concepção de idoso que procura substituir o conceito de “aposentado da vida” e “ente doente” por um enfoque social e médico diferente.

Em 2003 a Lei nº 10.741, instituiu a regulamentação que assegura os direitos dos idosos, Estatuto do Idoso, aprovado em setembro de 2003 e sancionado pelo presidente da República no mês seguinte. Mais abrangente que a lei de 1994, o Estatuto institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos da terceira idade.

O Estatuto do Idoso assegura por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação da saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2006b).

Fica assegurado ao idoso que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

A garantia de prioridade compreende: – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas; – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso; - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações; - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência; – capacitação e atualização dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos; – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento; – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

Pelo Estatuto, nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Os Conselhos Nacional, Estadual, do Distrito Federal e Municipal do Idoso, previstos na Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei.

O capítulo IV, artigo 15 do Estatuto do Idoso trata do Direito à Saúde, onde fica assegurado a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Pelo Estatuto, a prevenção da doença e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde (BRASIL,

2006b).

Reza o Estatuto que é responsabilidade do Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. É assegurado o direito a acompanhante, ao idoso internado ou em observação devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico. No caso de impossibilidade, caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento justificá-la por escrito.

O idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais tem assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso deverão ser obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: Autoridade Policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso.

Do que se pode apreender é que, a partir da Constituição de 1988, a política pública de atenção ao idoso ratifica e legaliza a necessidade de tratar a questão do envelhecimento associado ao desenvolvimento sócio-econômico, cultural e ambiental. Cabe destacar, outrossim, introdução em suas disposições do conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social ultrapasse um enfoque estritamente assistencialista, para uma conotação ampliada de cidadania.

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e tem como princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade e como princípios organizacionais: regionalização e hierarquização, resolubilidade e a descentralização (BRASIL, 1990).

A organização e o funcionamento do SUS foram regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 19 Set. 1990, e pela Lei Complementar n. 8.142, de 28 dez.1990, que dispõe, entre outras questões, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (COSTA, 2002).

A implantação do SUS teve como principal justificativa a necessidade de melhorar a oferta de serviços, os indicadores de saúde e as condições de acesso, contribuindo para elevar a qualidade de vida da população brasileira (Silva, 2003).

A reforma implementada no sistema de saúde brasileiro no final dos anos 80 trouxe não só a garantia do direito à saúde, mas, em essência, a noção de equidade quanto à distribuição mais ampla dos recursos da saúde, sendo equidade tratada como a redução ou a eliminação das diferenças que advém de fatores considerados evitáveis e injustos, criando, desse modo, igual oportunidade em saúde (VIANA; FAUSTO e LIMA, 2003).

Pellegrini (2007) diz que a Política Nacional de Saúde do Idoso, reforçada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90), incrementa as políticas públicas de saúde voltadas ao idoso de forma a garantir um envelhecimento saudável.

Para que esta política seja implementada é necessário que haja uma real articulação entre o SUS em todas as suas instâncias e a sociedade como um todo no intuito de promover ao máximo a autonomia e independência aos idosos, visando a manutenção de sua habilidade física e mental, ou seja, sua capacidade funcional (BRASIL,1999).

Para tanto, as ações deverão ser dirigidas para o alcance de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde. Daí a necessidade da difusão de conhecimentos geriátricos entre os profissionais da saúde para uma adequada abordagem ao idoso. Atualmente a saúde pública adota capacidade funcional como um conceito de saúde no que diz respeito a atenção à saúde do idoso. Esta abordagem gerontológica transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças. Mesmo que tenham uma ou mais doenças crônicas, o caracteriza como um idoso saudável (BRASIL, 1999).

Os profissionais da saúde devem ser protagonistas e fazer valer as prerrogativas asseguradas legalmente aos idosos. Para tanto cabe a estes, buscar conhecimento na área de gerontologia e geriatria e se familiarizar com a legislação em prol do idoso de forma a se capacitar e se instrumentalizar em relação a um melhor e adequado atendimento ao idoso.

Martins et al. (2007) informa que pesquisas na área da Enfermagem Gerontológica mostram que há uma carência de capacitação e suporte para os profissionais. Afirma ser fundamental que o enfermeiro desenvolva estratégias de

educação em saúde, mas é preciso que ele tenha o entendimento integral a respeito de saúde do idoso e de qualidade de vida.

Os autores acima consideram que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. A Educação em Saúde pode contribuir para mudanças no estilo de vida e é um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes, quanto aos programas de saúde existentes (MARTINS et al., 2007).

Veras (2003) afirma existir uma enorme carência de profissionais treinados, com formação específica e cursos reconhecidos pela qualidade acadêmica. Como exemplo, cita a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia que reconhece pouco mais de 500 médicos como especialistas em geriatria enquanto a população de idosos ultrapassa 15 milhões de brasileiros.

Segundo Jarbas Barbosa da Silva Júnior, Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, cabe aos profissionais da saúde liderarem os desafios do envelhecimento saudável para que os idosos sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o país (OPAS, 2005).

Ainda pela OPAS (2005) é salientado que informações e instruções sobre o envelhecimento ativo (processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas) precisam ser incorporados aos currículos e aos programas de treinamento para todos os trabalhadores das áreas sociais, de saúde, de recreação, planejamento urbano e arquitetura. Enfatiza que devem ser obrigatórios no treinamento de todos os estudantes de medicina e enfermagem, bem como de outros profissionais da área de saúde.

1.2.3 Aposentadoria e a seguridade social

No Brasil o seguro social, que protege a maior parte da população inserida no mercado de trabalho do setor privado, é administrado pelo Estado e, originou-se da iniciativa dos trabalhadores civis nas primeiras décadas do século XX

com a criação de uma Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs), onde empregados de uma mesma empresa, sem a participação do poder público, instituíam fundos de auxílio mútuo, nos quais também o empregador colaborava, de forma a garantirem meios de subsistência quando não fosse possível se manterem no trabalho por motivos de doença ou velhice (BATICH, 2004).

O autor acima explica que estas CAPs foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), na década de 60, ampliando os benefícios a todos os trabalhadores que possuísse carteira assinada. Nos anos 70, foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPS) que, entre outras medidas, restringiu as atribuições do INPS à gerência do sistema de benefícios previdenciários e criou o Instituto Nacional de Assistência Médica para cuidar exclusivamente dos assuntos relativos à assistência médica.

Batich (2004) continua informando que foram instituídos novos tipos de benefícios previdenciários, como o salário-família e o salário-maternidade, e incluído no sistema categorias que antes não tinham nenhuma cobertura, como o jogador de futebol profissional, os trabalhadores autônomos e temporários, a empregada doméstica e o trabalhador rural. Quanto a este último, salienta-se que passou a ter direito de receber o benefício do seguro social mesmo sem ter contribuído para o sistema, quebrando-se assim o padrão vigente que garantia a cobertura previdenciária somente para quem fosse contribuinte.

Com a promulgação da última Constituição do país em 1988, um novo tratamento é dado à Previdência Social. De acordo com Batich (2004), os constituintes consideravam a previdência, ao lado da saúde e assistência, um conjunto integrado, e colocaram as três áreas em um mesmo capítulo da Carta Magna, criando assim o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), cujo recurso orçamentário é oriundo de contribuições de empregados e empregadores, do faturamento e do lucro líquido das empresas, da receita de concursos e prognósticos e por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Desta forma, a previdência tornou-se um instrumento oficial de redistribuição de renda entre trabalhadores, uma vez que todos os contribuintes urbanos deviam pagar essa nova despesa.

Em relação à saúde, os investimentos e o custeio do SUS são feitos

com recursos das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Os recursos federais provêm do orçamento da Seguridade Social (que também financia a Previdência Social e a Assistência Social) acrescidos de outros recursos da União, constantes da Lei de Diretrizes Orçamentárias, aprovada anualmente pelo Congresso Nacional. Esses recursos, geridos pelo Ministério da Saúde, são divididos em duas partes, sendo uma retida para o investimento e custeio das ações federais e outra repassada às secretarias de saúde, estaduais e municipais, de acordo com critérios previamente definidos em função da população, necessidades de saúde e rede assistencial.

No âmbito estadual, os recursos repassados pelo Ministério da Saúde são somados aos alocados pelo próprio governo estadual e geridos pela respectiva secretaria de saúde, através de um fundo estadual de saúde. Desse montante, uma parte fica retida para as ações e os serviços estaduais, enquanto a outra parte é repassada aos municípios, de acordo, também, com critérios específicos. Finalmente, cabe aos próprios municípios destinar parte adequada de seu próprio orçamento para as ações e serviços de saúde de sua população. Os municípios administrarão os recursos para a saúde através de fundos municipais de saúde. A criação dos fundos é essencial, pois asseguram que os recursos da saúde sejam geridos pelo setor de saúde.

Hoje, a maior parte dos recursos aplicados em saúde tem origem na Previdência Social. Esta tendência deverá alterar-se até que chegue a um equilíbrio das três esferas de governo em relação ao financiamento da saúde. Para tanto, os estados e municípios deverão aumentar os seus gastos com saúde, atingindo em torno de 10% de seus respectivos orçamentos, e a União deverá elevar a participação do seu orçamento próprio, de acordo com as necessidades do financiamento, a serem indicadas pelo processo do planejamento-orçamentário ascendente (BRASIL, 1990).

Boschetti (2003), analisando a trajetória da seguridade social no Brasil, faz uma crítica contundente à falta de competência do governo. Diz que a imbricação histórica entre elementos próprios à assistência e elemento próprio ao seguro social não alcançou um caráter de equidade universal pública, com direitos amplos e fundados na cidadania. Entretanto, o que ocorreu, assinala o autor, ao incorporar uma tendência de separação entre a lógica do seguro e a lógica da assistência, e não de reforço à clássica justaposição existente, acabou materializando políticas

com características próprias e específicas que mais se excluem do que se complementam, fazendo com que, na prática, o conceito de seguridade fique no meio do caminho, entre o seguro e a assistência.

Para o autor, a sustentação financeira com possibilidade de ampliação e universalização dos direitos, assim, não será resolvida apenas com ajustes fiscais que não contabilizam as causas estruturais do problema, mas depende também da reestruturação do modelo econômico, com investimento no crescimento da economia, geração de empregos com carteira de trabalho, fortalecimento do setor formal, redução de desemprego, transformação das relações de trabalhos flexibilizadas em relação de trabalho estáveis o que, conseqüentemente, produzirá ampliação de contribuições e das receitas da seguridade social, ou seja, a opção pela *estatização* destas políticas sociais, iniciada com a transformação das Caixas de Aposentarias e Pensões.

Como contraponto, o autor citado indica o modelo beveridgiano que segundo Zimmermann (2005) seu caráter universal, não exige contribuição individual anterior para a obtenção de um benefício básico, aferindo o direito ao benefício pela característica definidora da cidadania, ou seja, o simples fato da pessoa ter nascido ou possuir a cidadania de um determinado país. O financiamento dos programas de caráter universal não se dá via contribuições individuais, mas por tributos gerais. Em virtude disso, esse modelo é tido como mais justo por incorporar mecanismos redistributivos.

À medida que as populações envelhecem, haverá mais pressão para que mudanças aconteçam em relação a políticas de incentivo à aposentadoria precoce, especialmente se mais e mais indivíduos atingirem a terceira idade gozando de boa saúde, ou seja, ainda aptos para o trabalho. Isso ajudaria a compensar os crescentes custos com pensões e aposentadorias, assim como custos com assistência médica e social (OPAS, 2005).



2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo descritivo-quantitativa, por se tratar de coleta sistemática de dados sobre amostras de populações, na qual os dados foram observados, registrados, analisados, classificados e interpretados (MARCONI e LAKATOS, 1990; ANDRADE, 2001). Foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Aeroporto III, da rede básica de saúde do município de Franca, após assinatura da autorização de consentimento pelo gestor do serviço.

Na cidade de Franca, a população geral em 2006 era de 328.121 habitantes e, em 2000 a população com 60 anos ou mais constituída de 24.135 habitantes (IBGE, 2000). A cidade de Franca foi fundada em 28 de novembro de 1805 e sua área territorial é de 607 Km².

Franca é sede do Departamento Regional de Saúde (DRS VIII), órgão responsável pela gestão do SUS a nível estadual. A DRS VIII, compreende 22 municípios: Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Ituverava, Itirapuã, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São Joaquim da Barra, São José da Bela Vista e Sales de Oliveira. O município está habilitado em Gestão Plena de Saúde, desde 1998, recebendo os recursos do Ministério da Saúde diretamente do Fundo Nacional para o Fundo Municipal.

A atenção primária conta com 14 UBSs compostas por no mínimo: médicos (pediatra, clínico e ginecologista), enfermeira, assistente social, dentista, fonoaudióloga, pessoal de enfermagem, de recepção e de apoio; 05 Núcleos de Saúde da Família compostos por: 01 médico, 01 enfermeira, 02 auxiliares/técnicos de enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde.

Na região sul da cidade estão as UBSs Aeroporto III, Aeroporto I, Parque Progresso e Jardim Ângela Rosa; na região norte as UBSs Horto, Leporace, Santa Terezinha, PSF City Petrópolis, PSF Bairro Paineiras e PSF Bairro Vera Cruz; na região leste as UBSs Brasilândia, Paulista, Paulistano, Planalto e PSF Jardim Palma e na região oeste as UBSs Estação, Guanabara, São Sebastião e PSF

Jardim das Esmeraldas.

A UBS Aeroporto III desenvolve, de acordo com diretrizes gerais de sua coordenadoria, as seguintes atividades: consultas médicas (clínica geral, ginecologia, pediatria), atendimento em fonoaudiologia, serviço social, odontologia e de enfermagem (imunização, medicação, inalação, aferição da pressão arterial, curativos, pré e pós consulta), orientação e educação em saúde individual e grupal, agendamento para especialidades médicas junto ao Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-16), com encaminhamento prévio. Os programas desenvolvidos pela UBS são: Vigilância Alimentar e Nutricional, Grupo Gestante, Hipertensos e Diabéticos, Programa do Leite Fluido e Leite em Pó Especial, Projeto Oficina de Sexo Seguro.

A UBS Aeroporto III conta com 18.421 usuários cadastrados, sendo uma população constituída principalmente por crianças, adolescentes e adultos jovens. Presta atendimento de nível primário, está localizada na região sul da cidade e abrange os bairros: Aeroporto III, Aeroporto IV, Aviação e Santa Bárbara.

A população foi constituída por trinta idosos de ambos os sexos que procuraram a UBS durante o mês de março de 2007, tendo sido aplicado o questionário enquanto aguardavam por consulta médica.

A coleta dos dados se deu após aprovação do projeto de pesquisa, Processo n. 187/06, pelo Comitê de Ética da Universidade de Franca e foi realizada através de entrevista com auxílio de um instrumento que parte de questões de dados pessoais. Foi realizada em uma sala específica na própria UBS pela pesquisadora após terem sido esclarecidas as informações sobre a pesquisa, ressaltando o caráter sigiloso da identidade, assegurando confidencialidade e apresentando o termo de consentimento livre e esclarecido, solicitando a assinatura do depoente (anexo 1).

O formulário de coleta de dados foi elaborado após experiência no campo, procurando utilizar uma terminologia esclarecedora. Destinou-se a obter respostas sobre dados pessoais, conhecimento e acessibilidade dos idosos sobre seus direitos à saúde assegurados no Estatuto do Idoso (apêndice 1).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 30 idosos, sendo 20 mulheres e 10 homens, com idades variando de 60 a 87 anos. Os dados estão apresentados em valores absolutos e percentuais e seguidos de discussões nas tabelas de 1 a 8.

Tabela 1 – Estado civil e grau de escolaridade por sexo

	Feminino						Masculino					
	Analfabeto		Ens.fun d. incompl.		Ens.fund. compl.		Analfabeto		Ens.fun d. incompl.		Ens.fund. compl.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º casamento	1	5	3	15	-	-	2	20	2	20	1	10
Viúvo/separado	3	15	9	45	2	10	1	10	2	20	-	-
Casado novamente	1	5	1	5	-	-	-	-	2	20	-	-
Total	5	25	13	65	2	10	3	30	6	60	1	10

Ens.fund. incompl. – ensino fundamental incompleto

Ens.fund. compl. – ensino fundamental completo

Conforme dados da Tabela 1, todos os idosos estão ou foram casados e com relação ao sexo, a viuvez é mais freqüente nas mulheres. Outro aspecto a assinalar é que 80% das mulheres ficaram viúvas ou separadas e 20% continuaram com o mesmo companheiro, sendo que 10% reataram suas vidas com um novo companheiro.

Dos homens, 50% estão casados, 50% são viúvos ou separados e destes, 20% estão com outra companheira.

Percebe-se então que os homens ficam menos sem companheira do que as mulheres, 20% dos homens estão com outra companheira e, com relação às mulheres, 10% se encontram com outro companheiro, conforme afirma a literatura pesquisada (CHAIMOWICZ,1997).

Ramos (2002) afirma que em relação ao estado civil é observado que pessoas casadas têm melhor saúde que aquelas pessoas com outros estados civis e que isto possa se dar ao fato de que pessoas não-casadas não terem cônjuges para cuidá-las e/ou controlá-las em casa. Vemos então, o casamento e a paternidade

como variáveis que têm um grande efeito nos comportamentos que comprometem a saúde (consumir álcool, fumar ou ter hábitos de vida pouco saudáveis).

Como vivem mais que os homens, as mulheres têm maiores possibilidades de viverem sozinhas na terceira idade. Em quase todos os países, o número de viúvas é maior que o de viúvos (PEREIRA; CURIONI e VERAS 2003).

Pelo IBGE (2002), a diferença da expectativa de vida entre os sexos é um fenômeno mundial, mas, é bastante intenso no Brasil, haja visto que, em média, as mulheres vivem oito anos mais que os homens. Nesse sentido, as implicações da feminização da velhice em termos sociais é notória, dado que grande parte das mulheres é viúva, vive só, não tem experiência de trabalho no mercado formal e tem menor nível de escolaridade.

Ainda de acordo com IBGE (2002), os viúvos ou separados se recasam com maior frequência que as mulheres nas mesmas condições, a escolaridade dos idosos é baixa, principalmente entre as mulheres. Os homens continuam sendo, proporcionalmente, mais alfabetizados do que as mulheres com 67,7% contra 62,6%, respectivamente.

Em 2001, cerca de 39% dos idosos, declararam-se analfabetos. Havia maior proporção de mulheres idosas analfabetas (40,6%) do que de homens (37,5%). Os idosos das áreas rurais também tinham taxa de analfabetismo maior que os das áreas urbanas — 61,3% contra 34,5% (IBGE, 2002).

No campo específico da saúde, a alfabetização torna o indivíduo mais sensível às ações de educação sanitária, e é possível que níveis crescentes de escolaridade atuem como fatores protetores contra as disfunções cognitivas que afetam com frequência os idosos (TELAROLLI JUNIOR; MACHADO e CARVALHO, 1996).

No presente trabalho, constatou-se que 25% das mulheres e 30% dos homens são analfabetos, 65% das mulheres e 60% dos homens são considerados analfabetos funcionais, média de 3,5 anos de estudo, (IBGE, 2000) e, apenas 10% das mulheres assim como dos homens tem o ensino fundamental completo.

Para Araújo e Alves (2000), o grau de alfabetização dos idosos é baixo e a proporção de mulheres analfabetas é maior do que a os homens.

De acordo com OPAS (2005), os baixos níveis de instrução e o analfabetismo aumentam os riscos de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento. Consideram que a educação pode ajudar as pessoas a

desenvolverem as habilidades e a confiança que precisam para se adaptar e permanecer independentes à medida que envelhecem.

No presente trabalho, a proporção de analfabetos é maior para os homens, contrariando os autores estudados.

É possível que o baixo nível de escolaridade na população estudada possa refletir na qualidade de vida e, conseqüentemente na sua saúde (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987). Pessoas com um nível de instrução adequado possuem um melhor conhecimento e discernimento quanto aos cuidados com a saúde e, geralmente possuem uma melhor condição financeira, favorecendo a adesão a hábitos saudáveis.

Tabela 2 - Situação familiar dos idosos por moradia, companhia para morar e valor da aposentadoria por sexo

	Casa própria		Casa alugada		Total		Mora só		Com companhia		Total		Não aposentado		1 S.M.		2 a 3 S.M.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
F	17	85	3	15	20	100	4	20	16	80	20	100	4	20	14	70	2	10	20	100
M	9	90	1	10	10	100	1	10	9	90	10	100	3	30	5	50	2	20	10	100

F - Feminino

M - Masculino

S.M. - salário mínimo¹

Na tabela acima temos que 85% das mulheres moram em casa própria e 15% em casa alugada e, para os homens temos que, 90% têm casa própria e 10% pagam aluguel. Com relação a companhia para morar, 20% das mulheres moram só e 80% tem companhia para morar enquanto os homens, 90% moram com algum familiar e 10% moram só, considerando que nenhum entrevistado relatou morar com alguém que não fosse da família.

Pelo Estatuto do Idoso, as pessoas com 60 anos ou mais, tem preferência na aquisição de imóveis em programas de habitação financiados com recursos públicos, com reserva de 30% das residências para atendimento às pessoas nesta faixa etária, com urbanismo e arquitetura adequados e critérios de financiamento próprios. (BRASIL, 2006b).

Apesar dos idosos entrevistados pertencerem à classe

¹ Valor do salário mínimo em 2007 é de 380,00.

economicamente menos favorecida, a grande maioria reside em casa própria (85% das mulheres e 90% dos homens), provavelmente tendo conseguido adquirir moradia própria durante sua vida produtiva ou através da prioridade na aquisição previsto no Estatuto do Idoso sendo que, este dado não fica confirmado neste trabalho.

Para Wilmoth (2002) o ato de viver só é amplamente aceito como um fator positivo para o bem-estar do idoso, porque lhe permite manter-se independente. Já Caldas (2003) afirma que o fato de morar só, para o idoso, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento da morbidade e, até mesmo, indicador de risco de mortalidade.

Em geral, idosos com altos níveis de educação são mais passíveis de viverem sós e menos de co-residir com filhos. O autor atribui esta tendência ao melhor estado de saúde e menor número de filhos de idosos com educação mais elevada (WILMOTH, 2002).

O autor acima considera que à medida que a idade aumenta, a proporção de idosos morando com um cônjuge declina, ao passo que a proporção dos que vivem só, em co-residência e em instituições cresce. As mulheres por viverem mais, apresentam menos probabilidade do que os homens de estarem vivendo com um cônjuge e são mais suscetíveis de estarem vivendo sozinhas, a qualquer idade.

A deterioração da saúde pode ser causada não somente por um "processo natural", mas também por uma falta ou qualidade de relações sociais e vice-versa (RAMOS, 2002).

Ramos (2002) comenta que uma grande pesquisa realizada nos EUA, com pessoas entre 58 e 63 anos de idade, constatou que homens casados que viviam com parentes foram menos propensos a declarar que eram *felizes* que aqueles que viviam somente com a esposa, concluindo que isto possa ser devido ao fato de que residências multigeracionais estão associadas normalmente com baixo status socioeconômico. Comenta ainda que o contato com vizinhos demonstrou aumentar o sentimento de utilidade, talvez porque os contatos sociais fora da esfera da família sejam mais voluntários e menos baseados em obrigações familiares.

De acordo com vários autores, grande parte dos idosos mora em companhia de algum familiar não por problemas de saúde, mas, provavelmente por questões financeiras.

Para Coutrim (2006), na maioria absoluta dos casos, os idosos são os proprietários das residências em que vivem e cedem espaço na moradia ou no lote para seus filhos e netos.

Para Araújo et al. (2006), idosos com menor nível socioeconômico apresentam mais necessidades sociais e, também, maior morbidade física e mental.

Na Tabela 2 é mostrado que 80% das mulheres são aposentadas e 10% recebem mais que um salário mínimo. Em relação aos homens, 70% são aposentados e 20% recebem mais que um salário mínimo; 70% das mulheres e 50% dos homens recebem apenas um salário mínimo de aposentadoria. Os 20% das mulheres e 30% dos homens que não são aposentados provavelmente vivem na dependência do cônjuge ou dos filhos.

Pelo IBGE (2002), na desigualdade por gênero, as mulheres ganham menos que os homens em todos os estados brasileiros e em todos os níveis de escolaridade. Elas também se aposentam em menor proporção que os homens e há mais mulheres idosas que não recebem nem aposentadoria nem pensão.

Ainda pelo IBGE (2002), entre as pessoas de 60 anos ou mais, o percentual de pensionistas homens (0,8%) é bem inferior ao de mulheres (20,7%), devido à quantidade de viúvas nessa faixa etária. Destaca-se também o percentual de mulheres que acumulam a condição de aposentadas e pensionistas (8,8%), superior ao dos homens (1,1%).

Em desacordo com a literatura pesquisada, neste trabalho, a proporção de mulheres aposentadas é maior que a de homens.

A desigualdade de renda é uma característica marcante de toda a sociedade brasileira e é encontrada, também, entre os idosos. Segundo a PNAD de 2001, 41,4% dos idosos brasileiros estão em famílias com rendimento familiar per capita inferior a um salário mínimo (IBGE, 2002).

Citado pelo IBGE (2002), habitação e alimentação somadas, respondem por cerca de 70% das despesas de quem recebe até R\$ 400,00. A despesa com assistência a saúde vem em quinto lugar na faixa de menor renda. Os gastos com fumo estão na oitava posição, na classe mais baixa, à frente de recreação e cultura, serviços pessoais e educação. Educação, em último no ranking das famílias de mais baixa renda, vem em quinto lugar nos gastos das famílias de renda mais alta, que gastam mais com cursos e livros, e as de renda mais baixa empregam percentual maior da despesa em artigos escolares. As famílias de renda

mais elevada também dependem mais com recreação e cultura, grupo em que se destacam os itens periódicos, livros e revistas.

Para Pereira et al. (2006), os fatores socioeconômicos são importantes na qualidade de vida dos idosos e afirma que problemas financeiros reduzem o bem-estar deste grupo populacional. Os autores trazem ainda que muitos idosos com uma renda de apenas um salário mínimo vão depender financeiramente de outras pessoas do grupo familiar.

Em outras situações a aposentadoria de um salário mínimo, é tudo que se tem para a subsistência do idoso e de outros familiares que ocupam a mesma moradia. Com isso é possível dizer que a dificuldade financeira interfere na saúde do idoso pelo comprometimento psicológico, falta de acesso ao lazer e de alimentação entre outros. Araújo e Alves (2000) reforçam dizendo que os idosos apesar de muitas vezes contribuírem com uma pequena aposentadoria para o orçamento domiciliar, têm desempenhado um papel importante nas estratégias de sobrevivência do grupo doméstico.

De acordo com Coutrim (2006), a aposentadoria possibilitou ao idoso uma segurança maior de renda e mesmo com gastos imprevistos com remédios e demais tratamentos de saúde, possuindo hoje, melhores condições financeiras do que os mais jovens. Comenta ser possível observar que famílias pobres ou que se aproximam da linha de pobreza e que convivem com seus idosos, dependem diretamente da renda destes para obterem melhores condições econômicas.

Segundo Marques; Batich e Mendes (2003), pela Constituição Brasileira de 1988 procurou-se garantir os direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde, à assistência social, ao seguro-desemprego e à previdência em um capítulo específico – da Seguridade Social.

Já Caldas (2003) diz que a seguridade social, que objetiva garantir a saúde, a previdência e a assistência social não tem conseguido cumprir seu papel, transferindo para os cidadãos e fazendo recair sobre a família a cobertura de suas falhas. Por sua vez, a família do idoso dependente, que recebe seus benefícios previdenciários que são baixos (aposentadoria, pensão ou benefício de auxílio-doença), não consegue arcar com os custos do cuidado de idosos adoentados.

O autor acima continua explicando que a aposentadoria por tempo de contribuição pode ser integral, tendo direito quem contribuiu com a previdência por pelo menos 35 anos, para homens e 30 anos, para mulheres, sendo que o valor da

aposentadoria será de 100% do salário de benefício. Podem pedir aposentadoria proporcional homens com pelo menos 53 anos de idade e 30 anos de contribuição, e mulheres com 48 anos de idade e 25 anos de contribuição e o valor da aposentadoria proporcional é de 70% do salário de benefício, mais 5% a cada ano completo de contribuição posterior ao tempo mínimo exigido. É considerado caso especial, professores de ensino básico, fundamental e médio, podendo pedir sua aposentadoria após 30 anos (homens) e 25 anos (mulheres) de contribuição, desde que comprovem que durante este período trabalharam apenas dando aulas. A aposentadoria por idade é concedida a homens com mais de 65 anos e mulheres com mais de 60 anos de idade desde que tenham cumprido o período de carência (isto é, o período mínimo de contribuições mensais). No caso de trabalhadores rurais (segurados especiais) a idade para requerer a aposentadoria é de 60 anos para o homem e 55 para a mulher.

De acordo com Ramos (2002), as pessoas com baixo nível sócio-econômico estão mais expostas a riscos que afetam a saúde, pois, não têm recursos para manter um estilo de vida saudável.

Tabela 3 - Relação gênero com estilo de vida

	Hábitos nocivos				Lazer													
	Fumo		Álcool		TV		Rádio		Jogos		Dança		Leitura		Ativ. fís.		Outros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
feminino	7	35	4	20	6	30	11	55	-	-	1	5	3	15	1	5	17	85
masculino	7	70	8	80	5	50	6	60	-	-	-	-	-	-	-	-	7	70

Ativ. Fís. – atividade física

Observando a Tabela 3, percebe-se que os homens fazem mais uso de fumo, 70% contra 35% das mulheres e de álcool, 80% contra 20% das mulheres. A literatura consultada afirma que o uso de fumo e álcool contribui para o aparecimento de doenças crônicas e é responsável pelas mais importantes causas de morte no Brasil (OPAS, 2005).

Com relação ao lazer, de todos os entrevistados apenas 5% das mulheres fazem atividade física. De acordo com (OPAS, 2005), constata-se uma grande proporção de idosos, principalmente com baixa renda, que leva uma vida sedentária. Percebe-se que as formas de lazer utilizadas pelos entrevistados não

favorecem o convívio social, pois os idosos referem como atividade de lazer, visita a familiares, conversas com vizinhos e ir à igreja.

Para Araújo e Alves (2000) a sociabilidade, que inclui as relações de convivência familiar e o estabelecimento de vínculos sociais com a comunidade, é importante para a saúde da população idosa, possibilitando uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma maior capacidade de sobrevivência para o idoso.

Segundo Caromano; Ide e Kerbauy (2006), os benefícios à saúde para sedentários, ocorrem mesmo quando a prática de atividade física é iniciada em uma fase tardia da vida. Considera-se ser benéfica, inclusive, para portadores de doenças crônicas, prevenindo principalmente as doenças associadas ao sedentarismo, como coronariopatias, diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, acidente vascular cerebral, osteoporose, osteoartrite e câncer de próstata, mama e cólon intestinal. Além da melhora da saúde, favorece oportunidade de contatos sociais e ganhos na função cerebral. Os autores acreditam que o objetivo de melhorar a saúde seja o mais comum e que estaria relacionado com a perda de peso, diminuição do risco de doença cardiovascular e aumento na capacidade da função motora, além dos benefícios nutricionais e melhora do padrão de sono.

Tabela 4 - Doenças crônicas, uso de medicação e forma de aquisição por sexo

	Doenças crônicas		Uso de medicação		Medicação UBS		Medicação Comprada	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	19	95	19	95	19	95	10	50
Masculino	9	90	9	90	7	70	5	50

Analisando a Tabela 4, é possível observar que 95% das mulheres e 90% dos homens relatam ter alguma doença crônica e todos utilizam medicação.

Telarolli Júnior; Machado e Carvalho (1996) afirmam que existe um predomínio de mulheres acima dos 60 anos de idade e em proporções que aumentam conforme progride a idade. Os inquéritos populacionais têm mostrado que as mulheres na velhice apresentam mais problemas de saúde e sentem-se menos saudáveis que os homens, situação que é agravada pelos maiores índices de viuvez e solidão e pelo prolongamento do tempo médio de vida.

Garrido e Menezes (2002) afirmam que os idosos apresentam mais problemas de saúde que a população geral. Em 1999, dos 86,5 milhões de pessoas que declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% eram maiores de 65 anos. Mais da metade dos idosos apresentava algum problema de saúde (53,3%), sendo 23,1% portadores de doenças crônicas.

Neste estudo, quase o total de idosos entrevistados apresentam doença crônica, valores bem superiores ao apresentado pelo autor citado anteriormente, mas confirma, mesmo que discretamente, que as mulheres apresentam mais problemas de saúde que os homens, talvez, por procurarem mais pelos serviços de saúde e por viverem mais que os homens.

Para Veras; Ramos e Kalache (1987) as mulheres têm um melhor conhecimento sobre as doenças e utilizam mais os serviços de saúde do que os homens.

Fica constatado pelo presente trabalho que metade dos entrevistados compra os medicamentos não fornecidos pela UBS, sendo que no Estatuto do Idoso está previsto que indivíduos com 60 anos ou mais tem o direito de receber gratuitamente medicamentos, principalmente os de uso contínuo (BRASIL, 2006b).

Carvalho; Fonseca e Pedrosa (2004) afirmam que o acesso aos medicamentos para osteoporose pelos usuários é difícil e que há uma demora no atendimento, burocracia excessiva, falta/atraso do medicamento na farmácia, desinformação da existência deste serviço, dificultando a prevenção e a aderência à medicação para o tratamento da doença e, pouca divulgação e orientação aos usuários em relação ao protocolo para a aquisição do remédio.

Com relação à compra de medicamentos, pode-se deduzir que o orçamento doméstico fica ainda mais comprometido, ocorrendo descontinuidade no tratamento diante da impossibilidade da aquisição do medicamento por questões financeiras ou desconhecimento sobre a forma de se adquirir a medicação não padronizada pela rede pública.

Tabela 5 - Acessibilidade dos idosos aos serviços de saúde por sexo

	Atendido UBS últimos 6 m		Motivo																			
			digestivo		coluna		retorno		H.A.		respiratório		renal		alérgico		dor		nervoso			
	Sim	Não	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Feminino	19	95	1	5	2	10	-	-	3	15	2	10	6	30	-	-	2	10	3	15	1	5
Masculino	10	100	-	-	3	30	1	10	3	30	1	10	1	10	1	10	-	-	-	-	-	-

A tabela acima (Tabela 5) mostra que 95% das mulheres entrevistadas e 100% dos homens informam ter sido atendido pela UBS nos últimos 6 meses. Diante dos motivos apresentados, sendo todas as queixas clínicas, fica claro que esta procura foi por atendimento médico. É importante ressaltar que dos idosos entrevistados, nenhum possui plano de saúde privado.

Para Barreto et al. (2003) apesar de se observar uma maior prevalência de doenças crônicas em uma população envelhecida, o conceito de saúde que se defende para os idosos está ligado à sua capacidade funcional e não apenas à presença ou não de uma patologia crônica, mesmo quando essa vem acompanhada de incapacidade associada. Para fins de planejamento, essa abordagem é extremamente útil, pois, nos países em desenvolvimento, devido à grande desigualdade social, o critério cronológico torna-se insuficiente, uma vez que muitas vezes o envelhecimento funcional antecede o envelhecimento cronológico.

A melhoria da saúde do idoso só pode ser conseguida através da ação intersetorial, onde, além dos serviços sociais e de saúde, ações em vários setores como: educação, emprego e trabalho, segurança social e financeira, habitação, transporte, justiça e desenvolvimento rural e urbano, atuando no sentido de colaborar para um envelhecimento com qualidade (OPAS, 2005).

Tabela 6 - Procura por profissionais da saúde pelos idosos com encaminhamento da UBS por sexo

	Enf. / S. Soc.		Dentista			Oftalmologista			Ginecologista		
	Sim	Não	Sim	Não	Enc	Sim	Não	Enc.	Sim	Não	Enc.
Feminino	25%	75%	25%	75%	0%	70%	30%	30%	55%	45%	10%
Masculino	10%	90%	30%	70%	0%	60%	40%	40%	-	-	-

Pela tabela acima, 25% das mulheres e 30% dos homens dizem fazer tratamento odontológico, sendo que nenhum deles foi encaminhado pelo serviço de saúde.

Para Araújo et al. (2006), o acesso facilitado aos serviços odontológicos juntamente com a conscientização da equipe de cuidadores sobre a importância de se manter uma boa condição bucal, são recursos importantes na busca de suporte para a manutenção da autonomia e melhora na saúde geral do idoso.

Bulgarelli e Manço (2007) afirmam que no Brasil, os idosos, em geral, apresentam elevado número de dentes perdidos e necessidade de uso de prótese e ressalta que uma boa saúde bucal, entendida como parte integrante da saúde geral da pessoa idosa, é norteadora de um envelhecimento saudável.

Unfer et al. (2006) ressaltam a necessidade de conscientizar os idosos sobre a importância de revisões periódicas para a avaliação das próteses em relação aos aspectos de estabilidade e retenção e pela possibilidade de as próteses mal-adaptadas gerarem danos em tecidos moles e duros da cavidade bucal. Os portadores de próteses mal-adaptadas ou pessoas que não tenham substituído artificialmente seus dentes perdidos podem estar comprometendo sua saúde geral pela perda da eficiência mastigatória, além de colocar em risco, também, a qualidade nutricional da dieta alimentar. Continuam informando que é preciso levar em consideração os fatores psicológicos que envolvem os indivíduos que perderam seus dentes, dando atenção aos danos psíquicos e sociais que envolvem esta situação e que nem sempre são verbalizados claramente aos profissionais de saúde. Reforçam que iniciativas no campo da educação e prevenção em saúde bucal, devem valorizar comportamentos voltados para auto-exame, controle de lesões cáries e gengivo-periodontais e manutenção das próteses.

Com o envelhecimento, os hábitos de mastigação mudam acentuadamente. Essas alterações na capacidade mastigatória do idoso são devidas ao aparecimento frequente de cáries e doenças periodontais; às próteses totais ou parciais inadaptadas ou em péssimo estado de conservação e à ausência de dentes. A perda de apetite em idosos tem sido, geralmente, relacionada com ausência de elementos dentários e com o uso de próteses. As pessoas que usam dentaduras mastigam 75 a 85% menos eficientemente que aquelas com dentes naturais, o que leva à diminuição do consumo de carnes, frutas e vegetais frescos, razão porque idosos com próteses totais tendem a consumir alimentos macios, facilmente mastigáveis, pobres em fibras, vitaminas e minerais, fato que pode ocasionar consumo inadequado de energia, ferro e vitaminas (CAMPOS;

MONTEIRO e ORNELAS, 2000).

A presente pesquisa mostra que 70% das mulheres e 60% dos homens já procuraram um oftalmologista e que 30% e 40% respectivamente foram encaminhados pelo serviço de saúde.

Araújo et al. (2003) consideram que os problemas relacionados à baixa acuidade visual podem impedir ou dificultar a independência do idoso em sua vida cotidiana.

Observa-se que 55% das mulheres procuraram o ginecologista e destas, apenas 10% são encaminhadas pelo serviço de saúde, apesar de se saber da importância da avaliação ginecológica para a detecção e prevenção do câncer de mama, câncer cervical e prevenção de osteoporose e demais alterações propiciadas pela menopausa.

A procura dos idosos por outro profissional da saúde que não médico ou dentista foi de 25% pelas mulheres e de 10% pelos homens. Foi relatado que os profissionais procurados foram Enfermeira e Assistente Social. Contudo, deduz-se que grande parte dos idosos procura o serviço de saúde quando em retornos médicos, situações de agravamento da morbidade e patologias agudas. Percebe-se assim, que a atenção à saúde do idoso no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção de doenças não acontece de forma satisfatória.

Carvalho; Fonseca e Pedrosa (2004) afirmam que educação é um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sociedade, propiciando-lhes o aprendizado de novos conhecimentos e oportunidades para buscar seu bem-estar físico e emocional, a fim de despertar a consciência crítica para a busca de um envelhecer melhor.

De acordo com Caldas (2003) a dependência deve ser destacada como um processo dinâmico e sua evolução pode modificar-se ou até ser prevenida se houver ambiente e assistência adequados. Portanto, a solução do problema representado pelo envelhecimento com dependência inclui o delineamento de uma política que envolva todos os setores da sociedade, e não apenas o governo, e o estabelecimento de programas que atendam aos idosos independentes a fim de prevenir a dependência. E isso deve ser parte dos programas de promoção da saúde.

Tabela 7 - Conhecimento do Estatuto do Idoso e uso dos direitos por sexo

	Conhece Estatuto Idoso		Participa grupos na UBS		Fica na fila		Não usa prótese dentária		Usa prótese dentária		Prótese fornecida pelo SUS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
feminino	7	35	2	10	8	40	1	5	19	95	1	5
masculino	1	10	-	-	9	90	3	30	7	70	1	10

Para Araújo et al. (2006), diante das questões econômico-sociais e de saúde, o idoso torna-se sujeito à vulnerabilidade social. O aumento da população idosa é simultâneo à ampliação da necessidade de apoio e que o Estado deve ser atuante, garantindo o acesso pleno do idoso ao Sistema Único de Saúde.

Pela Política Nacional do Idoso (Brasil, 2006a), é afirmado que é responsabilidade da família, da sociedade e do Estado assegurar a cidadania ao idoso, sua participação na comunidade, dignidade, bem-estar e direito à vida e, o Estatuto do Idoso (Brasil, 2006b) garante a esta população, prioridade na formulação e na execução de políticas sociais, bem como ratifica o direito do idoso à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito, e à convivência familiar e comunitária.

Pela Tabela 7, 35% das mulheres e 10% dos homens entrevistados referiram conhecer ou já ter ouvido falar do Estatuto do Idoso. Nenhum homem participa de grupos na UBS e, das mulheres, 10% participam. Das mulheres, 40% ficam na fila para serem atendidas e dos homens, 90% dizem ficar na fila. Pela Tabela 7, apenas 5% das 95% das idosas, assim como 10% dos 70% dos homens que usam prótese dentária, esta prótese foi fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Com isso, conclui-se a falta de conhecimento da população estudada em relação ao Estatuto do Idoso, considerando que este garante o fornecimento de próteses gratuitamente ao idoso (BRASIL, 2006b).

Diante destes dados é possível perceber que uma porcentagem maior de mulheres diz conhecer o Estatuto do Idoso e, uma porcentagem discreta, mas também maior de mulheres em relação aos homens participa de grupos na UBS. Portanto um nº menor de mulheres ficam na fila para receberem atendimento na UBS. Isto provavelmente por terem recebido informação do direito preferencial ao atendimento a pessoas com 60 anos ou mais.

Vale destacar que uma das mulheres entrevistadas, quando lhe foi

perguntado se conhece o Estatuto do idoso, ela respondeu; “eu tenho o livrinho e uso”, tirando-o da bolsa para mostrar.

Confrontando o baixo número de idosos que conhecem o Estatuto do Idoso e o percentual dos que fazem uso de medicamentos comprados (Tabela 4), foi possível perceber o desconhecimento destes quanto ao direito de receber gratuitamente medicamentos, principalmente os de uso contínuo.

Para Garrido e Menezes (2002), as políticas adequadas em relação aos idosos devem ser pressionadas por todos os envolvidos na área para que as mesmas sejam colocadas em prática e se atinja o envelhecimento bem-sucedido. A rede de apoio ao idoso não pode mais depender apenas de iniciativas isoladas de profissionais conscientes.

O autor acima diz ainda que o *empowerment* da população organizada, através da difusão ampla das evidências das relações entre saúde e seus pré-requisitos, assim como da construção de mecanismos de atuação eficientes, é central na estratégia da promoção da saúde para a reivindicação por políticas públicas saudáveis. Numa nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade, entre indivíduos e coletivos, entre público e privado, a questão da participação não deve ser entendida como concessão ou normatividade burocrática, mas como pré-requisito institucional e político para a definição da "saúde que queremos". Não é apenas uma circunstância desejável, mas uma condição indispensável para a viabilidade e efetividade das políticas públicas.

Tabela 8 - Avaliação pelos idosos do atendimento na UBS por sexo

	Ótimo		Muito bom		Bom		Regular		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	4	20	5	25	10	50	1	5	20	100
Masculino	-	-	4	40	6	60	-	-	10	100

Na Tabela 8 apenas 5% das mulheres considera o atendimento na UBS Aeroporto III como regular e, todos os outros entrevistados, classificam o atendimento como bom, muito bom e ótimo. Sendo conhecido que grande parte dos entrevistados desconhece o Estatuto do Idoso e seus direitos enquanto cidadãos com 60 anos ou mais, pode-se inferir que esta avaliação diz respeito à questão do acolhimento, da atenção que é dada ao usuário e não se a UBS atende as

necessidades e e direitos desta população, colocando em prática as Políticas de Saúde constantes no Estatuto do Idoso.

Pelo II Seminário sobre a atenção ao idoso no SUS o desafio posto para a política de saúde era ampliar os cuidados prestados pelo Sistema Único de Saúde já que no âmbito legal já estavam inscritas as principais garantias de cidadania da população idosa. Essa ampliação deveria ser entendida não só como extensão da rede física de assistência, mas, primordialmente, o incremento das competências da rede pública para dar respostas às demandas de saúde da população idosa brasileira. Pelo seminário, o desafio para os países em desenvolvimento está em propiciar um envelhecimento ativo em meio a profundas desigualdades sociais e marcado pela pobreza de sua população, pois, a saúde é fundamental para que as pessoas idosas se mantenham independentes e autônomas e continuem contribuindo para a sociedade. (BRASIL, 2006a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, o número de mulheres viúvas ou separadas é maior do que o de homens, confirmando que os homens ficam menos sozinhos do que as mulheres. É confirmado também que as mulheres procuram mais os serviços de saúde que os homens. O grau de alfabetização dos idosos estudados é baixo, sendo grande parte analfabetos funcionais.

Com relação à moradia, a maioria dos idosos possui casa própria e grande parte mora com algum familiar.

A proporção de idosos que possuem hábitos nocivos como álcool e fumo é maior entre os homens do que entre as mulheres.

Quanto ao lazer, as modalidades utilizadas pelos idosos favorecem pouco o convívio social e trazem poucos benefícios físicos.

Em se tratando de doenças crônicas 95% das mulheres e 90% dos homens são portadores e todos eles fazem uso de medicação, sendo que 50% de ambos os sexos compram os medicamentos não conseguidos pela rede pública.

Em relação às mulheres, 20% não possuem aposentadoria e 70% recebem apenas 1 salário mínimo de aposentadoria e dos homens, 30% não são aposentados e, 50% recebem apenas 1 salário mínimo.

A procura pelos idosos por atendimento pelo SUS nos últimos 6 meses foi grande e é entendido que esta procura foi por problemas de saúde que se agravaram ou por casos agudos. Já a procura por oftalmologista, ginecologista e dentista aconteceu, na maioria dos casos, sem encaminhamento do serviço de saúde e a foi pequena procura pelo atendimento da enfermeira e assistente social.

Fica confirmado o desconhecimento do Estatuto do Idoso pela população estudada quando se constata a compra de medicamentos, permanência em fila e uso de prótese dentária não fornecida pelo SUS e também, quando consideram o atendimento fornecido pela UBS como bom, muito bom ou ótimo, não estando levando em conta que a instituição de saúde não está colocando em prática o que está previsto no Estatuto do Idoso.

Diante do número da amostra, este trabalho não tem um caráter conclusivo, mas, colabora no sentido de despertar para a necessidade de se aprofundar os estudos nesta linha de pesquisa.

O presente trabalho estimulou que se iniciasse na UBS Aeroporto III o projeto Vida Viva, projeto não exclusivo para a população idosa, com atividade física, avaliação médica, momentos de lazer, encontros onde se discute temas relacionados à saúde e já com proposta para ser divulgado e discutido o Estatuto do Idoso.

Tem sido salientado também, junto aos funcionários o direito dos idosos em relação à prioridade no atendimento, além da atenção às suas limitações e necessidades considerando-se o processo de envelhecimento, colocando-se em prática o que está previsto no Estatuto do Idoso.

Este trabalho veio reforçar a importância do conhecimento do Estatuto do Idoso por toda a população, em especial a idosa. Para isso vale ressaltar que este conhecimento deva iniciar pelos profissionais da saúde para que divulguem este importante documento e assim, façam valer os direitos dos idosos nele contido. Para um adequado atendimento à saúde do idoso é imprescindível o preparo de todos os profissionais que dão atendimento a esta população no sentido de adquirir conhecimento na área de geriatria e gerontologia.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. *Introdução à metodologia do trabalho científico*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ARAÚJO, M. A. S. et al. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO. *Revista da Universidade Federal de Goiás*, v. 5, n. 2, dez. 2003.

ARAÚJO, S. S. C. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface*, Botucatu, v.10, n.19, jan./jun. 2006.

ARAÚJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. *Textos Envelhecimento - UNATI* (Universidade para a terceira idade), Rio de Janeiro, v.3, n.3, fev. 2000.

BANDEIRA, K. M. Discutindo a qualidade de vida do idoso. *A terceira idade*. São Paulo, SESC, v.16, n. 34, set.2005.

BARRETO, K. M. L. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da universidade aberta à terceira idade no estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 3, n. 3, 2003.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.18, n.3, jul./set. 2004.

BOSCHETTI, I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. *Psicologia e Sociedade*. Porto Alegre. v.15, n.1, jan./jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do Sus: doutrinas e princípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Portaria 1395/GM - Política de Saúde do Idoso. *Anexo - Política Nacional de Saúde do Idoso*. Brasília, 10 dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Idoso. *II Seminário sobre a atenção ao Idoso no SUS – ampliando o cuidado*. Relatório final, abril 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO. Lei n.8.842, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: < <http://www.cfess.org.br/> >. Acesso em: 27 nov. 2006c.

BULGARELLI, A. F.; MANÇO, A. R. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jan./jun. 2003.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista de Nutrição*, v.13, n.3, Campinas, set./dez. 2000.

CAROMANO, F. A.; IDE, M. R.; KERBAUY, R. R. Manutenção na prática de exercícios por idosos. *Revista do Departamento de Psicologia*, UFF, Niterói, v. 18, n. 2, 2006 .

CARVALHO, C. M. R. G.; FONSECA, C. C. C.; PEDROSA, J. I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, n.3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2004

CHAIMOWICZ, F. A Saúde dos Idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p.184-200, abr. 1997.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun. 2002.

COUTRIM, R. M. E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 21, n. 2, maio/ago. 2006.

FERRARI, M. A. C. Envelhecimento e bioética: o respeito à autonomia do idoso. *Revista A terceira idade*, São Paulo, SESC, v. 15, n. 31, set. 2004.

_____. O envelhecer no Brasil. *Revista O mundo da saúde*. São Paulo, v. 23, n. 4, p.197-203. jul./ago.1999.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, supl.1, São Paulo, abr. 2002.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Trabalho, Direitos Humanos e Solidariedade. Subsecretaria para Assuntos do Idoso. *A Cartilha do Idoso: o respeito aos seus direitos não é favor. É lei*. Brasília, DF, SAI, 2001. 22p.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE, 2000. *Aspectos demográficos*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 28 jul. 2006.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Síntese de Indicadores Sociais 2002*. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/>>. Acesso em: 19 ago. 2007.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p.217-220, set. 1987.

LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 13, n. 4, p. 201-208, dez. 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MARQUES, R. M.; BATICH, M.; MENDES, A. Previdência social brasileira: um balanço da reforma. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2003.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 16, n. 2, Florianópolis, abr./jun. 2007.

MAZO, G.Z. et al. Tendências a estados depressivos em idosos praticantes de atividade física. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 45-49, 2005.

OPAS - *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. World Health Organization. Tradução por Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, A/RES/37/51. *Resolution adopted by the General Assembly. 37/51 First World Assembly on Ageing*. Disponível em: <www.onu.org> Acesso em: 7 mar. 2007.

PELLEGRINI, B. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos Envelhecimento - UNATI* (Universidade para a terceira idade), Rio de Janeiro, v.6, n.1, fev. 2003.

PNUD/IPEA. *Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil*. Brasília: PNUD, 1996. 185p.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, abr./jun.1992.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 7, jan./jun. 2002.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-24, 1987.

REZENDE, L. K. *Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca*. 2006. 75 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

SILVA, P. L. B. *Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2003.

SIQUEIRA, A.B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-94, out. 2004.

SOBRAL, B. et al. Novos fatos e alguns pontos de vista sobre a terceira idade. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 2, n. 1, p. 135-148, jun. 1995.

TELAROLLI JUNIOR, R.; MACHADO, J. C. S.; CARVALHO, F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 5, out. 1996.

UNFER, B. et al. Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface*, Botucatu, v. 10, n.19, jan./jun. 2006.

VERAS, R.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987.

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

_____. A frugalidade necessária: modelos mais contemporâneos. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1152-1154, out. 2004.

VIANA, A. L. A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, São Paulo, 2003.

WILMOTH, J. Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 7, jan./jun., 2002.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 23, n. 1, jan./jun. 2006.

ZIMMERMANN, C. A previdência rural brasileira no contexto das políticas públicas. *Espaço Acadêmico*, n. 48, maio 2005.

APÊNDICE 1 - Formulário de Entrevista

I. Identificação

1. Nome: _____
2. Idade: ____ anos
3. Sexo: ? Masculino ? Feminino
4. Estado Civil: ? Solteiro
 ? Divorciado
 ? Viúvo
 ? Casado
 ? Outro: _____
5. Nível de escolaridade: ? Analfabeto
 ? Ensino fundamental incompleto
 ? Ensino fundamental completo
 ? Ensino médio incompleto
 ? Ensino médio completo
 ? Ensino superior incompleto
 ? Ensino superior completo
6. Etnia: ? Branco(a)
 ? Pardo(a)/ Mulato(a)
 ? Negro(a)
 ? Amarelo
 ? Indígena

II. Relação com a família

1. Possui filhos? ? Não ? Sim Quantos? _____
2. Destes, quantos estão vivos? _____
3. Quais as suas respectivas idades? _____
4. Sexo dos filhos: _____ Homens _____ Mulheres
5. Algum filho mora em Franca? ? Sim ? Não
6. Com quem reside? _____
7. Residência: ? própria ? alugada
8. De quem é a residência? _____
9. Possui netos? ? Não ? Sim Quantos? _____
10. Auxilia no cuidado com os netos? ? Sim ? Não
11. Quem colabora com o orçamento da casa? _____

III. Aposentadoria

1. Possui aposentadoria?

? Não
? Sim Há quanto tempo é aposentado? _____

2. O que faz com o dinheiro da aposentadoria e/ou pensão?

? Auxilia a família
? Poupança
? Gasta com remédios Quanto? R\$ _____
? Lazer
? Outro _____

3. Antes de se aposentar, qual era a sua profissão? _____

4. Quanto recebe de aposentadoria?

? 1 salário
? 2 a 3 salários
? Mais que 3 salários

IV. Estilo de Vida

1. Realiza alguma atividade manual?

? Não
? Sim Qual? _____

2. Como se diverte? ? TV
? Jogos
? Atividades físicas
? Leitura
? Dança
? Rádio
? Outro _____

3. Fuma?

? Nunca fumou
? Sim Que quantidade? ? 1 maço ao dia
? 2 maços ao dia
? 3 maços ao dia
? Outra: _____
Durante quanto tempo? _____
? Já fumou Durante quanto tempo? _____
Parou há quanto tempo? _____

4. Ingere bebida alcoólica?

? Nunca bebeu
? Sim Com que freqüência: ? Todo dia
? Três vezes por semana
? Final de Semana
? Outro: _____
? Já bebeu Que quantidade semanal? _____
Durante quanto tempo? _____
Parou há quanto tempo? _____

V. Condições de Saúde e Acesso aos serviços

1. Doença crônica: ? Não
? Sim Qual(is): _____

2. Possui plano de saúde?

? Não ? Sim Qual? _____

3. Quem paga? ? você mesmo
 ? Família
 ? Outro: _____
4. Nos últimos 6 meses foi atendido em alguma instituição de saúde?
? Não
? Sim Qual? ? Hospital
 ? UBS
 ? Privado
 ? Outro _____
5. Qual o motivo? _____
6. Qual o nome do médico que lhe atendeu? _____
7. Há quanto tempo é atendido(a) por esse médico? _____
8. Já foi atendido por outro profissional da saúde?
? Não
? Sim Há quanto tempo? ? 1 mês
 ? 2 meses
 ? Mais que 2 meses
 ? Não sabe/ não se lembra
9. Qual foi o profissional de saúde que lhe atendeu? _____
10. Qual o nome desse profissional? _____
11. Há quanto tempo é atendida por esse profissional? _____
12. Faz tratamento com dentista?
? Sim Há quanto tempo? ? 1 ano ou menos
 ? 2 anos
 ? 3 anos ou mais
? Não
13. Qual o nome do dentista que lhe atendeu? _____
14. Há quanto tempo é atendida por esse dentista? _____
15. Foi encaminhado pelo serviço de saúde?
? Sim
? Não Quem o encaminhou? _____
16. Usa prótese dentária?
? Não
? Sim Fixa ou móvel? _____
17. Se sim, a prótese foi fornecida pelo Sistema Único de Saúde? ? Sim ? Não
18. Faz tratamento com oftalmologista (oculista)?
? Sim Há quanto tempo? ? 1 ano
 ? 2 anos
 ? 3 anos ou mais
? Não
19. Qual o nome do oftalmologista que lhe atendeu? _____
20. Há quanto tempo é atendida por esse oftalmologista? _____
21. Foi encaminhado pelo serviço de saúde?

- ? Sim
? Não Quem o encaminhou? _____
22. Se for mulher, faz tratamento com ginecologista?
? Sim Há quanto tempo? ? 1 ano ou menos
? 2 anos
? 3 anos ou mais
? Não
23. Qual o nome do ginecologista que lhe atendeu? _____
24. Há quanto tempo é atendida por esse ginecologista? _____
25. Foi encaminhado pelo serviço de saúde?
? Sim
? Não Quem o encaminhou? _____
26. Vem acompanhada ao serviço de saúde?
? Não
? Sim Com quem? _____
27. Que meio de transporte utiliza? _____
28. Quanto tempo leva de casa até o serviço de saúde? _____
29. Faz uso de medicamentos?
? Não
? Sim Qual? _____
30. Como adquire
? Comprado
? Fornecido na UBS
? Outros Qual? _____
31. Tem dificuldade em saber qual remédio tomar e qual o horário? ? Sim ? Não
32. Tem ajuda em relação ao uso da medicação? ? Sim ? Não
33. Já esteve hospitalizado alguma vez após ter 60 anos de idade? ? Sim ? Não
34. Ficou com acompanhante?
? Sim
? Não Por quê? _____
35. Que tipo de orientação o(a) senhor(a) recebe no serviço de saúde?
? Qualidade de vida do idoso
? Direito dos idosos
? Oportunidade de trabalho
? Oportunidade para estudar
? Informações sobre doenças
? Medicação
? atividade física
? Filme
? Cinema
? Participação em associações
? Voluntariado
? Espiritualidade
? Exames laboratoriais
? Encaminhamentos para outras instituições. Quais? _____
? Outros _____

36. Conhece o Estatuto do Idoso?

? Não

? Sim Por qual fonte? _____

VI. Avaliação dos Serviços de Saúde

1. Tem dificuldade em entender as orientações que são dadas no serviço de saúde?

? Não

? Sim Quais? _____

2. Nos serviços de saúde, o(a) senhor(a) recebe algum atendimento especial?

? Não

? Sim Quais? _____

3. Participa de grupos na UBS?

? Não

? Sim Quais? ? Educativo
 ? Lazer
 ? Artístico
 ? Alfabetização
 ? Excursões
 ? Trabalhos manuais
 ? Informática
 ? Outros. Quais? _____

4. Como o senhor(a) avalia o seu atendimento aqui na UBS?

5. Quanto tempo o senhor leva para ser atendido? _____

6. É preciso ficar na fila? ? Sim ? Não

Formulário preenchido por: _____ Data: ___/___/2007

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Eu, _____, RG _____, abaixo qualificado(a), DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de objeto da pesquisa, que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado: “Subsídios para atenção integral do idoso: perfil do usuário em uma UBS de Franca (SP)” desenvolvido pela aluna, Heloisa Helena Lemos Horta do Curso Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca, quanto aos seguintes aspectos:

Este trabalho será realizado através de entrevista com usuários de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, na Unidade Básica de Saúde Aeroporto III para se ter conhecimento sobre o acesso destes aos direitos à saúde assegurados no Estatuto do Idoso. A entrevista será individual, realizada pela própria pesquisadora em uma sala da própria UBS, através de formulário.

Os dados serão coletados com absoluta privacidade e será garantido sigilo em relação aos dados confidenciais.

O entrevistado tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Franca, de _____ de 200....

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E SCLARECIDO

Objeto da Pesquisa (NOME).....
RG:..... Data de nascimento:..... / / Sexo: . M () F ()
Endereço: n°Apto:
Bairro:..... Cidade:..... Cep:..... Tel:.....

Assinatura do Declarante

Representante legal:.....
Natureza da Representação:
RG:..... Data de nascimento:...../...../..... Sexo: M () F ()
Endereço:.....n°.....Apto:.....
Bairro:..... Cidade:..... Cep:..... Tel:.....

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas no Capítulo IV da Resolução 196/96 e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Franca, de de 200.....

Assinatura do Pesquisador