



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELIZABETH APARECIDA DE SOUZA

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL À POPULAÇÃO IDOSA: ESTUDO DE DEMANDA E  
OFERTA

MARINGÁ  
2007

ELIZABETH APARECIDA DE SOUZA

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL À POPULAÇÃO IDOSA: ESTUDO DE DEMANDA E  
OFERTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem – DEN – da Universidade Estadual de Maringá, para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria José Scochi.

MARINGÁ

2007

ELIZABETH APARECIDA DE SOUZA

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL À POPULAÇÃO IDOSA: ESTUDO DE DEMANDA E  
OFERTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem – DEN – da Universidade Estadual de Maringá, para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 17 dez. 2007

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria José Scochi  
Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Silvana Mishima Martins  
Universidade de São Paulo

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ligia Carreira  
Universidade Estadual de Maringá

Dedico este trabalho

Ao meu querido e inesquecível pai (*in memoriam*) e a minha mãe que sempre me incentivaram para estudar, pelo carinho, dedicação e amor. Pessoas que sempre foram exemplos de dignidade, honestidade, coragem, determinação e perseverança, aos quais devo, em grande parte, o que sou hoje e, cuja valorização da vida foi fonte de inspiração e estímulo para este estudo.

## AGRADECIMENTOS

Embora uma dissertação seja, pela sua finalidade acadêmica, um trabalho individual, há contributivos de natureza diversa que não podem nem devem deixar de ser realçados. Por esse motivo, é com emoção e gratidão que desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

A **DEUS** pela sua presença constante na minha vida, sem que eu precise pedir, pelo auxílio nas minhas escolhas e me confortar nas horas difíceis e pela força, para caminhar com segurança e determinação.

À Prof<sup>a</sup> Doutora Maria José Scochi, pela abertura de espírito revelada para me orientar, que logo me abriu a porta e rapidamente me encaminhou para o tema tratado nesta dissertação. Pela disponibilidade demonstrada ao longo destes dois anos. Pelas críticas e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

Ao Prof<sup>o</sup> Doutor Oséias Guimarães de Andrade (*in memoriam*) pelo ano que convivemos, pelas reflexões sobre o envelhecimento e a troca de experiências, enfim pela contribuição para o meu crescimento profissional.

A minha família pelo apoio e compreensão nas minhas ausências.

Aos alunos que se disponibilizaram e colaboraram na pesquisa, tornando-a possível.

Aos meus colegas de trabalho da 10<sup>a</sup> Regional de Saúde e da UNIPAR que mesmo sobrecarregados se disponibilizaram em muitos momentos a realizar o meu trabalho e me incentivaram a continuar.

As minhas grandes amigas que sempre me incentivaram e me proporcionaram momentos de lazer, imprescindíveis ao bom andamento deste estudo.

Aos funcionários da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel que não mediram esforços na contribuição desse estudo.

Aos funcionários e docentes da Universidade Estadual de Maringá que foram tão importantes na minha vida acadêmica, contribuindo para o meu crescimento e no desenvolvimento desta dissertação.

As novas amigadas, Betina, Dagmar, Keli e Gisele pelo companheirismo, apoio e por todos os momentos felizes que passamos juntas.

À banca pelas valiosas sugestões e trabalho dedicado à avaliação do presente estudo.

Aos idosos pela confiança que me revelaram as preciosidades de suas vidas e pelo entusiasmo que me acolheram e apoiaram o estudo. Sem eles nada seria possível.

**Muito Obrigada!**

## RESUMO

SOUZA, E. A. **Assistência ambulatorial à população idosa**: estudo de demanda e oferta. 2007. 99 f. Dissertação (Mestrado)–Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

O rápido crescimento da população idosa no Brasil causa importante impacto para toda a sociedade, principalmente para as políticas públicas de saúde. Assim, os serviços desta área precisam estar preparados com infra-estrutura necessária para receber as demandas desse grupo etário quanto às instalações, programas específicos e recursos humanos em quantidade e qualidade. Os municípios passam por uma transição epidemiológica e demográfica que contribuem para alterações dos atuais padrões de atendimento de saúde, e na Atenção Básica, destaca-se o aumento e transformação do tipo da demanda. O presente trabalho foi realizado com o objetivo de identificar a demanda e a oferta de serviços ambulatoriais públicos de saúde prestada à população idosa de Cascavel-Pr no ano de 2007. Por meio de observação direta e entrevista com coordenadores de quatro unidades básicas de saúde foi verificada a estrutura da oferta dos serviços de saúde, com enfoque nos recursos materiais, humanos e organizacionais, para dimensionar em que medida a oferta possibilita o acesso dos idosos em suas especificidades individuais ou coletivas na atenção básica. Foram entrevistados 141 idosos residentes nas áreas de abrangência das UBSs, para identificar a demanda potencial e a capacidade funcional dos idosos. Na primeira etapa foi realizada a caracterização demográfica no município de Cascavel, com destaque para evolução da taxa de crescimento, distribuição da população de idosos e perfil epidemiológico no período de 1990 a 2005. Os resultados demonstraram maior crescimento da população idosa em relação à população geral, com predomínio do sexo feminino, maior concentração de idosos residindo na zona urbana. O padrão de demanda de serviços foi semelhante entre os idosos entrevistados. A maioria (85,2%) dos idosos referiu apresentar mais de uma doença crônica, com destaque para a Hipertensão Arterial e suas complicações e buscar prioritariamente as UBSs para o atendimento. Os serviços de saúde apresentaram deficiências, tais como: inexistência de trabalhadores com formação em geriatria e gerontologia, demora no agendamento de consultas e exames. A relação da oferta dos serviços de saúde e a demanda da população idosa revelaram, por um lado, a necessidade de avaliação, planejamento local, reorganização de fluxo e a resolutividade do serviço produzido, por outro, a utilização e as dificuldades dos idosos para concretizar o atendimento pretendido. Conclui-se que na realidade encontrada os

gestores das três esferas de governo, os planejadores de saúde e as equipes interdisciplinares devem estar atentos, a fim de adequar a oferta de serviços de saúde à demanda apresentada pelos idosos. A luta pela efetiva implementação da assistência à saúde do idoso na perspectiva de um sistema público de saúde articulado, integrado e comprometido, ainda é uma meta a ser conquistada.

Palavras-chave: Assistência ambulatorial. Avaliação em saúde. Serviços de Saúde para idosos. Atenção primária.

## ABSTRACT

SOUZA, E. A. **Outpatient care for elderly people**: a study of demand and offer. 2007. 99 f. Essay (Master Degree)–Nursing Department, Maringa State University, Maringa, 2007.

The quick growing of elderly people in Brazil causes an important impact for the whole society, especially to the Public Health Politics. Therefore, the services from this area need to be prepared with required infrastructure to receive the demand of this age group, related to installation, specific programs and human resources not just in quantity but also in quality. The municipalities go through epidemiological and demographic transition, which contribute to changes of the current standards of Health Service and, in Primary Health Service, it is highlighted the increase and transformation of this kind of demand. The present work was carried out with the purpose of identifying the demand and the offer of public health service rendered to the elderly people from Cascavel-PR in 2007. By direct observation and interview with coordinators from four Basic Health Units (UBS), it was checked the structure of offer from the health services, focusing on material, human and organizational resources, to calculate in which way the offer allows the access of elderly in their individual or collective specificities in Primary Health Service. 141 elderly who live in the surroundings of UBSs were interviewed to identify the potential demand and the functional capacity of elderly. In the first stage, it was carried out the demographic characterization of Cascavel, highlighting the evolution on the growth rate, elderly people distribution and epidemiological profile during 1990 to 2005. The results showed a higher growth of elderly people compared to general population, with predominance of the female gender, and more concentration of elderly in the urban zone. Most elderly (85.2%) claimed to present more than one chronic disease, with prominence of Arterial Hypertension and its complications, as well as going to the UBSs for medical attendance. The health services showed deficiencies such as: inexistence of workers with graduation in geriatric and gerontology and delay in the schedule of medical appointments and exams. The relation between the offer of health service and the demand of elderly people unmasked, on one hand, the necessity of evaluation, local planning, reorganization of flow and the resolution of the produced service and on the other hand, the use and difficulties of elderly to accomplish the requested medical attendance. The conclusion was that, in reality the three spheres of government, the health planners and their interdisciplinary crew should be aware, to adapt the offer of health services to the demand

presented by the elderly people. The struggle for the effective execution of the medical care of elderly's health, in the perspective of an articulated, integrated and compromised public health system, is still an aim to be reached.

Keywords: Ambulatory care. Evaluation. Health services for the aged. Primary Health care.

## RESUMEN

SOUZA, E.A. **Servicio de dispensario a la población anciana**: estudio de demanda y oferta. 2007. 99 f. Disertación (Maestría) – Departamento de Enfermería, Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

El rápido crecimiento de la población anciana en Brasil causa importante impacto para toda la sociedad, principalmente para las políticas públicas de salud. Así, los servicios de esta área necesitan estar preparados, con infraestructura para recibir a las demandas de ese grupo de edad cuanto a las instalaciones, programas específicos y recursos humanos en cantidad y calidad. Los municipios pasan por una transición epidemiológica y de demografía que contribuyen para modificar los actuales patrones de atendimento de salud, y en Atención Básica, se destaca el aumento y transformación del tipo de demanda. El presente trabajo fue realizado con el objetivo de identificar la demanda y la oferta de servicios de dispensarios públicos de salud prestada a la población anciana de Cascavel-Pr en el año de 2007. A través de observaciones directas y entrevistas con coordinadores de cuatro unidades básicas de salud, fue analizada la estructura de oferta de los servicios de salud, con enfoque en los recursos materiales, humanos y organizacionales, para saber en que medida la oferta permite el acceso de los ancianos en sus especificidades individuales o colectivas en la atención básica. Fueron entrevistados 141 ancianos que viven en los alrededores del área de las UBSs, para identificar el potencial y la capacidad funcional de los ancianos. En la primera etapa fue realizada la caracterización de demografía de la ciudad de Cascavel, haciendo destacar la evolución de la tasa de crecimiento, distribución de la población de ancianos y perfil epidemiológico en el período de 1990 hasta 2005. Los resultados demuestran más crecimiento de la población anciana en relación a la población general, con predominio del sexo femenino, y mayor concentración de ancianos viviendo en la zona urbana. El patrón de demanda de servicios fue semejante entre los ancianos entrevistados. La mayoría (85,2%) de los ancianos hizo referencia a más de una patología crónica, destacándose la Hipertensión Arterial y sus complicaciones y a buscar las UBSs para el atendimento. Los servicios de salud presentaron problemas tales como: no hay trabajadores con formación en geriatría y gerontología, hay retraso para marcar las consultas y exámenes. La relación de la oferta de servicios de salud y la demanda de la población anciana revelaron, por una parte, la necesidad de evaluación, planes locales, reorganización de flujo y la resolución del servicio producido, por otra parte, la utilización y las dificultades de los ancianos para realizar el atendimento que se quiere. Se

concluye que en la realidad encontrada, los gestores de las tres esferas del gobierno, los planificadores de salud y los grupos interdisciplinarios deben estar atentos, con el fin de apropiarse la oferta de servicios de salud a la demanda presentada por los ancianos. La lucha por la efectiva implementación de la atención a la salud del anciano en perspectiva de un sistema público de salud enlazado, enterado y encargado, aún es una meta a ser conquistada.

Palabra-clave: Atención ambulatoria. Evaluación. Servicios de Salud para ancianos. Atención primaria de Salud.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Taxa média de crescimento total da população geral e dos idosos em Cascavel – PR, segundo os períodos .....	32
Gráfico 2	Internações hospitalares de idosos, segundo grupos de causa da doença (CID 10), Cascavel, PR de 1998 a 2005 .....	39
Gráfico 3	Distribuição dos idosos, conforme Atividades Instrumentais de Vida Diária no ano de 2007 .....	45
Gráfico 4	Mortalidade por grupo de causa (CID 10) em idosos, segundo sexo de 1996 a 2005, Município de Cascavel – PR .....	48
Gráfico 5	Mortalidade segundo grupo de causa (CID 10) das doenças de 1996 a 2005 em Cascavel, PR .....	50
Quadro 1	Estruturas das UBS segundo a percepção das variáveis: dimensões, iluminação, ventilação, ruído e área física .....	56
Gráfico 6	Tempo de espera para agendamento de consultas Especializadas, por Unidade Básica de Saúde .....	62
Gráfico 7	Tempo informado pelos idosos da última consulta realizada nas Unidades Básicas de Saúde de Cascavel/PR em 2007 .....	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de idosos por Unidade Básica de Saúde e amostra em 2006 .....	26
Tabela 2	Distribuição da população geral, de idosos e taxa de crescimento no município de Cascavel/PR no período de 1990 a 2005 .....	30
Tabela 3	Distribuição de idosos de acordo com a faixa etária, sexo e ocupação nas Unidades Básicas de Saúde no município de Cascavel no ano de 2007 .....	36
Tabela 4	Distribuição de idosos de acordo com faixa etária, sexo, condição domiciliar por Unidade Básica de Saúde no ano de 2007 .....	37
Tabela 5	Distribuição das doenças referidas e que mais incomodam os idosos, por grupo de causa (CID 10) e por Unidade Básica de Saúde do município de Cascavel no ano de 2007.....	42

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	18
2.1	<b>Objetivo geral</b> .....	18
2.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	18
3	<b>REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO</b> .....	19
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	24
4.1	<b>Local do estudo</b> .....	24
4.2	<b>Etapas do estudo</b> .....	25
4.3	<b>População de estudo</b> .....	25
4.4	<b>Constituição da equipe de trabalho</b> .....	27
4.5	<b>Teste piloto</b> .....	27
4.6	<b>Instrumento para coleta de dados</b> .....	28
4.7	<b>Procedimentos éticos</b> .....	29
4.8	<b>Tratamento e análise dos dados</b> .....	29
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	30
5.1	<b>A demanda</b> .....	30
5.1.1	Morbidade .....	38
5.1.2	Mortalidade .....	48
5.2	<b>A oferta</b> .....	53
5.2.1	Estrutura física das Unidades Básicas de Saúde .....	55
5.2.2	Atendimento nas Unidades Básicas de Saúde .....	59
5.2.3	Acesso e utilização dos serviços de saúde .....	65
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	69
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	73
	<b>APÊNDICES</b> .....	80
	<b>ANEXOS</b> .....	96

## 1 INTRODUÇÃO

A constituição brasileira de 1988 ampliou os direitos dos cidadãos provocando mudanças no papel do Estado e na estrutura jurídico-institucional do sistema público de saúde, designando novas relações entre as esferas Federal, Estadual e Municipal, indicando novos papéis entre os atores envolvidos, originando o Sistema Único de Saúde (SUS).

As Leis 8.080/90 e 8.142/90 indicaram princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema de saúde. Carvalho, Martin, Cordoni Junior (2001) relatam que foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) para regulamentar o processo de descentralização do SUS, a saber: NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96, bem como a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS sendo de grande relevância, haja vista que propiciaram maior autonomia para Estados e Municípios na descentralização das ações e do poder decisório, redefinindo claramente os papéis nas três esferas de governo.

A portaria 399/GM de 2006 estabeleceu o Pacto pela Saúde no que tange à consolidação do SUS e a redefinição das responsabilidades governamentais, bem como o compromisso entre os gestores no atendimento às prioridades que causam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Nessa perspectiva houve a definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Evidenciando no documento oficial o Pacto pela Vida com previsão de diretrizes e ações estratégicas para a “saúde do idoso”.

Historicamente, o Brasil sempre foi considerado um país jovem, mas essa realidade sofreu transformação e nos dias atuais depara-se com o rápido envelhecimento populacional, resultante da redução das taxas de fecundidade que vem ocorrendo desde os anos 60. Somando-se à diminuição progressiva das taxas de mortalidade a partir do final da segunda guerra mundial nos anos 40 (COSTA; VERAS, 2003).

Para este estudo utilizou-se a definição da Organización Mundial de La Salud (1984) que considera, nos países em desenvolvimento, idosos os indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos.

A Lei nº. 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) propõe a criação do Conselho Nacional do Idoso (CNI), com princípios e diretrizes norteados pela Constituição Federal, direciona as ações para as áreas de

saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer; foi regulamentada pelo Decreto nº. 1.948, de 3 de julho de 1996.

A referida lei busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade. Outrossim, no setor da saúde, o Art. 10 inciso II, resumidamente, regulamenta o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal. O desenvolvimento da cooperação entre as esferas do governo, os órgãos e entidades públicos e entre os centros de referência (BRASIL, 2004a).

O Estatuto do Idoso, instituído pela lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, assegura aos idosos a atenção integral, por intermédio do SUS, garantindo-lhes o acesso universal e igualitário nas diretrizes para o cuidado, incluindo ações de cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; atendimento domiciliar, incluindo a internação para os que necessitarem, e aos impossibilitados de locomover-se. Inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público, nos meio urbano e rural; fornecimento gratuito pelo poder público de medicamentos, especialmente os de uso contínuo, bem como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (BRASIL, 2004b).

O município de Cascavel busca acompanhar as políticas federal e estadual possuindo doze leis municipais e uma emenda que trata de assuntos pertinentes à pessoa idosa, tais como: transporte coletivo, lazer, proteção especial, moradia, Política Municipal do Idoso, dispensação de medicamentos, incentivo fiscal, vacinação e atendimento preferencial ao idoso em estabelecimentos de saúde. Assim, demonstra-se a preocupação dos gestores municipais com essa parcela significativa da população (SOUZA et al., 2007).

Para Bós e Bós (2004) uma das áreas de maior preocupação é de que forma os serviços de saúde vêm reagindo a este emergente perfil demográfico. Lembrando que as necessidades de atendimento ao idoso podem se contrapor ao desenvolvimento do sistema de atendimento de saúde no Brasil, tipicamente voltado às populações mais jovens, especialmente as crianças.

Por um lado observa-se que as políticas públicas formuladas pelo Ministério da Saúde, desde a década de 1960, de assistência à saúde da mulher e da criança impactaram positivamente na melhoria das condições de assistência a essa parcela da população e contribuíram visivelmente com o aumento da expectativa de vida do brasileiro. Por outro, identifica-se que em relação à assistência ao idoso ainda é necessária a regulamentação e cumprimento das leis, decretos, portarias e estatuto do idoso em vigência.

O rápido crescimento da população idosa no Brasil causa importante impacto para toda a sociedade, principalmente para as políticas públicas de saúde. Assim, os serviços desta área precisam estar preparados com infra-estrutura necessária para receber as demandas desse grupo etário quanto às instalações, programas específicos e recursos humanos em quantidade e qualidade que até o presente momento são precários.

Também é preciso compreender que a expansão de serviços de saúde sem avaliação pode desencadear serviços ociosos ou impróprios, o que demonstra a necessidade de análise sobre o tema. Acrescenta-se ainda que a avaliação hoje é reconhecida como componente da gestão em saúde, contribuindo para a implementação dos processos decisórios do SUS, necessitando subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos e avaliar a inclusão de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005).

Ao realizar a revisão da produção teórica sobre os estudos de avaliação da demanda e oferta de serviços no que tange a assistência ambulatorial para a população idosa, verifica-se que no Brasil esse tipo de estudo é praticamente inexistente.

No que concerne ao município que será objeto de estudo, surgiram as seguintes indagações: em Cascavel a oferta de serviços de saúde está adequada ao perfil e necessidade dos idosos? Como está organizada a oferta de serviços?

Portanto, o presente trabalho foi realizado para verificar a demanda e a oferta nos serviços de saúde à população idosa residente no município de Cascavel esperando contribuir para melhoria das ações de saúde e transformação das práticas ambulatoriais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Identificar a demanda e a oferta de serviços ambulatoriais público de saúde prestada à população idosa em quatro regiões do Município de Cascavel - Pr no ano de 2007.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar o perfil epidemiológico dos idosos residentes em Cascavel no período de 1990 a 2005;
- Descrever a oferta de serviços de saúde prestados pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Identificar a adequação da oferta dos serviços e necessidades de saúde no atendimento ao idoso.

### 3 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Com a municipalização e o processo de descentralização do SUS, a avaliação de programas ganha importância como elemento do planejamento, na redefinição de prioridades e no redirecionamento das ações pela possibilidade de melhor utilização dos resultados e conjectura de estratégias adequadas às intervenções (FRIAS; LIRA; HARTZ, 2005).

Neste contexto, buscou-se na literatura acerca do tema estudiosos que trabalham com avaliação tais como: Adami e Maranhão (1995), Brasil (2005), Donabedian (1985; 1992), Furtado (2006), Scochi (1996) entre outros.

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo, desenvolvido no campo dos serviços de saúde sobre práticas e processos, que deve ser contínuo e sistemático. Não é exclusivamente um procedimento técnico, ainda que esteja presente, devendo ser percebida como processo de negociação entre atores sociais (BRASIL, 2005).

Conforme Furtado (2006) não se deve ignorar que o processo de avaliação é influenciado por jogos políticos e de poder, sendo fundamental assegurar a participação democrática dos envolvidos, uma vez que os serviços de saúde nada mais são do que a tradução das políticas públicas.

Concorda-se com Adami e Maranhão (1995) quando citam que o processo avaliativo deve ser entendido como um instrumento de gestão dos serviços de saúde, indispensável para mensurar o empenho das instituições, voltado para o alcance da qualidade. Também referem que a avaliação constitui-se num processo proposital, técnico e político, auxiliado por diversas áreas do conhecimento e que pode ser aplicada a qualquer prática profissional, a uma rede de serviços, a um programa ou a uma atividade, inclusive no setor saúde.

Donabedian (1992) sustenta que o cuidado de qualidade é determinado pelo grau com que se obtêm os melhores resultados possíveis, utilizando-se meios desejáveis com os menores riscos e custo justificável, e expressa que a revisão constante da efetividade e eficiência durante todo o processo do cuidado é uma forma de se garantir a qualidade. Portanto, a assistência de qualidade tem competência para aumentar as perspectivas de sucesso, reduzindo as que são consideradas indesejáveis.

Donabedian (1992) afirma que quando se pretende avaliar a qualidade dos serviços de saúde, pode-se utilizar o enfoque de estrutura, processo e resultado, de forma individual ou combinada, pois, estão intimamente relacionados. Para a autora a estrutura trata-se dos atributos materiais e organizacionais da instituição, como por exemplo, as instalações da

unidade básica de saúde, o roll de equipamentos, o quadro de recursos humanos, a organização do sistema e as ações ofertadas. Processo se refere ao cuidado dispensado ao paciente pela equipe multiprofissional, bem como a habilidade com que o fazem. Neste enfoque também inclui-se o que o próprio paciente pode fazer por si mesmo (DONABEDIAN, 1985, 1992). O enfoque de resultado diz respeito às conseqüências da atenção à saúde, ou seja, os resultados sobre a saúde do paciente em conseqüência da realização ou não de um cuidado.

Scochi (1996) reitera que estrutura e resultado são medidas indiretas. Assim, a primeira pode contribuir ou não para a melhoria do cuidado, pois, não se pode afirmar que a estrutura por si só represente a melhora do cuidado almejado, enquanto o “resultado pode ser avaliado pelas alterações ocorridas no estado de saúde do indivíduo, que podem ser atribuídas ou não à atenção à saúde recebida anteriormente” (SCOCHI, 1996, p. 11). A autora justifica que o processo é uma medida direta e pode avaliar como a assistência foi prestada pela disponibilidade de conhecimento técnico científico e a relação interpessoal no momento do cuidado.

Neste estudo avaliar-se-á a estrutura da oferta dos serviços de saúde em UBS, com enfoque nos recursos materiais, humanos e organizacionais, para dimensionar em que medida esta possibilita o acesso dos idosos em suas especificidades individuais ou coletivas na atenção básica.

Pela definição do Ministério da Saúde a Atenção Básica “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006a, p. 10).

Para Bertussi; Oliveira; Lima (2001) é de responsabilidade do gestor municipal a organização do Sistema de Saúde a partir da atenção básica à saúde, por meio, principalmente, das Unidades Básicas de Saúde.

As autoras relatam ainda que as UBS devam atender a uma demanda universal, de forma equânime e integral, resolvendo mais de 80% das intercorrências, encaminhando apenas os casos de maior complexidade para serviços especializados e internações, utilizando sempre a referência e contra-referência, conforme pactuado entre as instituições.

Conforme o Dicionário Aurélio demanda é a ação de ir à busca ou procura por algo (FERREIRA, 1986), neste sentido concorda-se com Pinheiro (2001, p. 67) que conceitua demanda como “a atitude do indivíduo de procurar os serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido”. Refere-se a capacidade do indivíduo procurar e

receber serviços de saúde. Sawyer, Leite e Alexandrino (2002) afirmam que as demandas por serviços de saúde são conseqüências da junção de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. Os autores relatam que o padrão de utilização também tem sido focalizado a partir da demanda por serviços de saúde.

No que tange à demanda e oferta de serviços, chama atenção a dicotomia entre ambas e faz com que a relação entre demanda e oferta não seja vista. Estudos realizados sob essa ótica tendem a analisar seus componentes de forma separada, enquanto a demanda é relacionada apenas aos usuários ou consumidores a oferta interage somente com os profissionais e gestores dos serviços (PINHEIRO, 2001).

Nesta direção, o presente trabalho buscou analisar a demanda imbricada com a oferta de serviços de saúde à população idosa procurando contribuir para o aprimoramento e fortalecimento da qualidade na atenção à saúde do idoso.

Um dos aspectos a ser pensado com o acelerado envelhecimento populacional é o atendimento dessa nova demanda que se concretiza nas UBS, que por ser responsável pela saúde da população de determinada área, deve buscar conhecer as características peculiares da mesma, a fim de poder formular uma assistência holística, e dessa forma, atendê-la de acordo com suas especificidades. Outro aspecto relevante para os serviços de saúde é conhecer a demanda potencial de sua área de abrangência, podendo auxiliar no norteamo das decisões e organização dos serviços quanto a sua expansão, possibilitando ao idoso obter o acesso não conquistado.

Os diferenciais entre oferta e demanda refletem-se nos padrões de utilização e acesso aos serviços de saúde. As características da organização da demanda e oferta dos serviços com os arranjos institucionais legais compreendem a obtenção de acesso pelos idosos à rede de serviços de saúde e ou as UBSs.

Travassos et al. (2000) conceituam oferta de serviços relacionados à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos financeiros, humanos e tecnológicos, destinados à atenção à saúde. É influenciada pelo estilo político adotado pelas instituições formais que integram os sistemas de saúde.

Pinheiro (2001) afirma que o estudo sobre a relação entre demanda e oferta em serviços locais ganha destaque e espaço no campo da saúde pública.

Outro fator de relevância no campo da saúde pública é a capacidade funcional, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2002a).

A independência funcional é definida por Paschoal (2002) e Néri (2005) como a capacidade de realizar algo com os próprios meios. Está ligada à mobilidade e a capacidade funcional, em que o indivíduo não requer ajuda para a execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária. A independência necessita de condições motoras e cognitivas satisfatórias para o desempenho dessas tarefas.

Os autores definem a dependência funcional como a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda por motivos de limitações físicas ou cognitivas, que pode ser desencadeada por fatores tais como: doenças incapacitantes, senso de desamparo, desmotivação, estados afetivos e vivências negativas, escassez ou inadequação de ajuda física.

De acordo com Freitas e Miranda (2006), as atividades básicas são aquelas que se referem ao autocuidado, sendo fundamentais para uma vida independente, tais como: capacidade para alimentar-se, ter continência, locomover-se, vestir-se e tomar banho e usar o banheiro. Denominadas atividades básicas de vida diária, ou apenas atividades de vida diária (AVD).

A escala de Katz tem sido utilizada na maioria das avaliações multidimensionais e tem mostrado sua validade. Há três escores possíveis para cada um dos itens de acordo com o nível de dependência do paciente: independente, necessita de assistência e dependente (FREITAS; MIRANDA, 2006).

As Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) complementam esse tipo de investigação e estão relacionadas à realização de tarefas mais complexas como arrumar a casa, telefonar, controlar e tomar os remédios, entre outros. De acordo com a capacidade de realizar essas atividades, é possível determinar se o indivíduo pode viver sozinho. A escala de Lawton é uma das mais frequentemente utilizadas (FREITAS; MIRANDA, 2006).

A autonomia, por sua vez, é a capacidade de decisão e comando que o indivíduo tem sobre suas ações, de estabelecer e seguir suas próprias regras. Portanto, é uma condição mais abrangente do que a independência do idoso (GOMES; DIOGO, 2004).

Entende-se que a avaliação da capacidade funcional do idoso é de suma importância para avaliação das demandas e ofertas de serviços, pois há duas situações distintas: demanda de idosos com independência e a de idosos com algum grau de dependência, o que implica em um serviço ambulatorial com estruturas específicas para cada situação.

Tirado (2004) refere que enquanto alguns idosos podem realizar atividades de vida diária (AVD), seu trabalho e seu lazer independente e serem saudáveis, outros, em decorrência de problemas de saúde, podem apresentar uma dependência para a realização destas atividades, ou ainda para tarefas instrumentais de vida diária que requeiram habilidades

mais complexas. Proporcionalmente à população geral, o idoso costuma apresentar mais doenças, em geral crônicas, e o envelhecimento, quando acompanhado por doenças crônico-degenerativas com comprometimento da capacidade funcional, resulta em problemas de considerável importância.

Portanto, a perda da capacidade de função do idoso decorrente de doenças físicas ou mentais pode resultar na necessidade de intervenção e de adaptações para se manter as atividades rotineiras e o estilo de vida, as quais requerem inferência constante dos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde.

Entretanto, ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, à recuperação da mesma. Assim, tanto os serviços de saúde como os profissionais, deverão estar preparados para identificar esses indivíduos, provendo-lhes uma assistência diferenciada.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Local do estudo

A cidade de Cascavel foi fundada no dia 14 de Dezembro de 1952, localizada na região Oeste do Estado do Paraná, com uma estimativa populacional para o ano de 2007 de 289.928 habitantes dentre os quais 18.080 (6.2%) de população idosa (BRASIL, 2007).

O município constitui pólo universitário do interior do Paraná, contando com duas Universidades e cinco faculdades dispoendo de cursos na área da saúde. É sede da 10ª Regional de Saúde, conseqüentemente sofre afluência de vinte e quatro municípios e ainda de sete regionais de saúde em decorrência da programação pactuada integrada entre o Estado do Paraná e os municípios para a realização dos serviços de média e alta complexidade do sistema ambulatorial e hospitalar.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel (SESAU) atua na Gestão Plena de Atenção Básica e a rede municipal de saúde conta com dois distritos sanitários, nos quais estão distribuídas 31 UBSs. Destas, 15 estão localizadas no distrito I, com 2 Equipes de Saúde da Família (ESF) na zona rural e 16 UBSs no distrito II com 08 ESF, sendo que 6 ESF atuam na zona rural e 2 na urbana, bem como cada um dos distritos sanitário conta também com duas UBSs com atendimento até às 22h00min.

Existe ainda dois Pronto Atendimentos de Cascavel (PAC I e II) que funcionam ininterruptamente, um Programa de Assistência e Internamento Domiciliar (PAID), um Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná - Centro regional de Especialidades (CRE/CISOP), duas farmácias básicas, um hospital universitário, três hospitais gerais credenciados ao SUS e um hospital filantrópico especializado em oncologia (CASCABEL, 2006).

Para a realização da pesquisa foram selecionadas no distrito I as UBSs do Guarujá e Santa Cruz e no II as UBSs do Cascavel Velho e Floresta. A seleção das referidas UBSs foi pelo fato destas prestarem atendimento até às 22h00min às regiões leste e oeste, norte e sul, sendo as mesmas consideradas de referência para o atendimento noturno, por possuir uma maior concentração populacional nos bairros e desempenhar um papel de ensino, disponibilizando campo de estágio para os cursos de graduação em medicina, enfermagem,

fisioterapia, serviço social, entre outros, contribuindo desta forma para formação dos profissionais da área de saúde.

#### **4.2 Etapas do estudo**

Trata-se de um estudo de demanda e oferta de serviços de saúde para a população idosa sendo realizado nas seguintes etapas:

1. Caracterização demográfica no município de Cascavel, com destaque para evolução da taxa de crescimento, distribuição da população de idosos e do perfil epidemiológico no período de 1990 a 2005.

2. Descrição da oferta de serviços de saúde prestados pelas UBSs vinculadas à estrutura, aqui incluídos os recursos físicos, humanos e materiais.

3. Análise da demanda potencial da população idosa em 2007 para os serviços de saúde.

Na primeira etapa as informações foram coletadas a partir dos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes aos recenseamentos gerais de 1991, 2000 e contagem populacional de 1996, no Sistema de Informações Ambulatorial e Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIA/SIH-SUS) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Para caracterização da morbi - mortalidade foi utilizado o período de 1996 a 2005, após implantação da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

No período de maio a junho de 2007 foram realizadas entrevistas com as coordenadoras das quatro UBSs e também observação do fluxo e da estrutura do atendimento para identificar o funcionamento das mesmas. Neste período também se realizaram entrevistas com idosos residentes na área de abrangência das UBSs para verificar o perfil da demanda.

#### **4.3 População de estudo**

A população de estudo foi constituída por idosos de ambos os sexos, pessoas de 60 anos de idade ou mais, com capacidade de comunicação oral, orientadas no tempo e no espaço e residentes em um dos bairros da área de abrangência das UBSs do Cascavel Velho, Floresta, Guarujá e Santa Cruz.

A partir da projeção do censo de 2000 (IBGE, 2006) se identificou, para o ano de 2006, 17.717 idosos no município de Cascavel, destes 2.478 (14%) eram moradores na área de abrangência das UBSs. Utilizando a fórmula  $n = \frac{Z_{\alpha/2}^2(1-p)p}{E^2}$ , na qual  $Z_{\alpha/2}^2$  corresponde ao nível de significância,  $p$  = a proporção de idosos e  $E$  = ao erro admitido, estabeleceu-se o número total de 141 idosos a serem entrevistados nas áreas de abrangência do estudo, que podem ser observados na tabela 1 (TRIOLA, 1999).

Tabela 1 – Distribuição de idosos por Unidade Básica de Saúde e amostra em 2006.

UBS	Total de idosos no ano 2000	Projeção pela taxa média de idosos no ano 2006	Amostra (n)
Cascavel Velho	377	429	24
Floresta	680	773	44
Guarujá	431	490	28
Santa Cruz	691	786	45
<b>Total</b>	<b>2.179</b>	<b>2.478</b>	<b>141</b>

Fonte: IBGE (2006).

A técnica de amostragem foi a estratificada proporcional, que Costa Neto (1997) refere como um conjunto de população ( $N_i$ ) a qual somada gera a população total. Assim, no estudo há quatro (4) grupos ou extratos formados pelas quatro (4) UBSs, em que cada uma é homogênea internamente e heterogênea entre elas, inclusive na questão quantidade de indivíduos em cada grupo.

Com o mapa do município foi possível identificar o limite geográfico de cada área de abrangência das UBSs, e por sorteio aleatório selecionou-se a quantidade de quadras correspondente ao número de idosos a serem entrevistados, as quadras selecionadas foram destacadas na cor verde. Em cada quadra sorteavam-se duas casas também de forma aleatória e a entrevista era realizada com apenas um dos idosos de cada residência.

No caso da casa selecionada não ter nenhum idoso, seguia-se para a subsequente em ordem crescente até fechar a quadra correspondente. Quando na quadra selecionada não era encontrado idoso seguia-se para a seguinte em ordem crescente ao número da casa.

Nos Bairros Cascavel Velho e Floresta foram sorteadas 12 e 22 quadras respectivamente e em quatro delas não foram encontrados idosos, ocasionando a busca em outras quadras.

No Bairro Guarujá nas 14 quadras selecionadas previamente, foram localizados e entrevistados os idosos. No Bairro Santa Cruz das 23 quadras, em oito não foi encontrado idoso e apenas uma senhora recusou-se a dar entrevista. Como já assinalado prosseguiu-se

para a quadra posterior em todos os casos; e desta forma se conseguiu entrevistar todos os idosos da amostra, não ocorrendo perdas.

#### **4.4 Constituição da equipe de trabalho**

As atividades de campo foram realizadas por um grupo formado por cinco acadêmicos do 2º ano do curso de enfermagem da Universidade Paranaense (UNIPAR) Campus Cascavel e pela pesquisadora. A escolha dos alunos foi em função da disponibilidade de tempo, do interesse em participar da pesquisa e dos treinamentos propostos. Foi realizada capacitação do grupo quando se apresentou o projeto, os instrumentos e a forma de preenchimento dos mesmos e se definiu o cronograma para execução das atividades.

#### **4.5 Teste piloto**

Após o retorno do projeto do comitê de ética, foi realizado de 09.04.07 a 16.04.07 o teste piloto do instrumento nas quatro UBSs, quando se entrevistou dois idosos de cada área de abrangência das UBSs Cascavel Velho, Floresta, Guarujá e Santa Cruz. Foram elaborados dois roteiros para entrevista, um foi aplicado a quatro idosos que haviam utilizado os serviços das UBSs nos quinze dias que antecederam a entrevista e outro para aqueles idosos que não utilizaram os serviços, conforme Apêndice B. Os entrevistados foram selecionados pelos prontuários existentes em cada UBS, as entrevistas individuais foram realizadas nas residências após a apresentação do objetivo da pesquisa e da assinatura do termo de consentimento para participar. O estudo piloto revelou ser adequado a estratégia, bem como o instrumento testado, que sofreu algumas modificações, visando torná-lo mais claro.

#### 4.6 Instrumento para a coleta de dados

Após a reformulação do roteiro os dados foram coletados nos meses de maio a junho de 2007. Assim, ficou constituído de questões fechadas e semi-abertas, bem como a utilização da escala de Atividades da Vida Diária de Katz (ANEXO A) e Atividades Instrumentais de vida Diária de Lawton (ANEXO B).

As entrevistas com os coordenadores e observação das UBSs (APÊNDICE A), foram de acordo com o instrumento para coleta de dados desenvolvido com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD de 2003 e na Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – Universidade Federal de Pelotas. Trata-se de um formulário semi-estruturado composto de duas partes: a entrevista com os coordenadores das UBSs, com questões fechadas e abertas e a observação de dez horas em cada UBS, também composta de questões abertas e fechadas, relativas à planta física, equipamentos, acesso a exames, consultas básicas e especializadas, direcionadas aos idosos.

Tendo em vista que o instrumento desenvolvido teve como base roteiros testados previamente e já validados, que o conteúdo dos mesmos não sofreu alteração, considerou-se desnecessária a realização do teste piloto com o APÊNDICE A.

Tanto a base de dados secundários como os inquéritos populacionais são relevantes na obtenção de dados com a população. Nesse aspecto, Viacava (2002, p. 609) afirma que “por meio dos inquéritos de saúde é possível coletar dados para construir indicadores associados à saúde e não apenas às doenças, assim como os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde doença”. Pereira (2005) cita que as informações reunidas de uma mesma base de dados possibilitam a descrição do quadro de morbidade, bem como utilizá-las para quantificar as necessidades de serviços, investigarem fatores de risco e de prognóstico, avaliar a utilidade de técnicas diagnósticas e apontar caminhos para a prevenção.

As entrevistas e as observações foram identificadas como número a fim de preservar a identidade dos indivíduos e dos serviços e serão citados no decorrer da apresentação e análise dos dados respectivamente como (E.1), (E.2), (E3) e (UBS 1), (UBS 2) e assim sucessivamente.

#### **4.7 Procedimentos éticos**

Para autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel foi solicitado verbalmente ao Secretário municipal de saúde em exercício autorização para realizar a pesquisa, posteriormente foi encaminhada uma cópia do Projeto de Pesquisa para apreciação e autorização do Secretário Municipal de Saúde sobre a pesquisa nas UBSs (APÊNDICE E).

Conforme a resolução 196/96 do CONEP/MS, o projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e aprovado pelo parecer N°. 033/2007 (ANEXO C).

As cópias dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, uma para os idosos (APÊNDICE C), outra para as coordenadoras das UBSs (APÊNDICE D), foram entregues aos entrevistados e arquivadas pelo pesquisador .

#### **4.8 Tratamento e análise dos dados**

Utilizou-se a estatística descritiva ou análise exploratória de dados e a análise trabalhada com tabelas, gráficos e medidas estatísticas. Os dados foram agrupados e contabilizados por frequência e porcentagens simples. Todos os cálculos e gráficos foram gerados na planilha de cálculos eletrônica do programa Excel.

A abordagem qualitativa foi fundamentada nas entrevistas com as coordenadoras e observações das UBSs a partir das questões abertas, as quais foram analisadas e transcritas conforme relevância e respostas de consenso, contribuindo para o desenvolvimento do tema proposto.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 A demanda

Em todo o mundo o contingente de pessoas idosas vem aumentando de modo considerável, fato que vem sendo acompanhado pelo País, estados e municípios. Para Ramos (2002) a composição de uma determinada população depende do binômio, fecundidade - mortalidade e as variações entre ambas definem quatro estágios da Transição Demográfica. Assim, o primeiro estágio é caracterizado por alta fecundidade e alta mortalidade, resultando numa população predominantemente de jovens. No segundo, ainda há alta fecundidade e a mortalidade começa a reduzir. No terceiro estágio, ocorre redução da fecundidade com a concomitante e contínua diminuição da mortalidade, resultando no aumento do percentual de adultos, paralelamente, do número de idosos e no quarto estágio ocorre uma contínua redução na fecundidade com queda contínua da mortalidade em toda população, aumentando o número de idosos de modo expressivo.

Sendo que o Brasil encontra-se no terceiro estágio. Portanto, tanto a fecundidade como a mortalidade está diminuindo, resultando, no aumento do número de idosos.

Tabela 2 – Distribuição da população geral, de idosos e taxa de crescimento no município de Cascavel/PR no período de 1990 a 2005.

Ano	População de Idosos		População Geral	
	Nº. Total	Taxa Crescimento	Nº. Total	Taxa Crescimento
1990	8 923		187 067	
1991	9 513	6.61	192 990	3.17
1992	10 042	5.56	197 476	2.32
1993	10 597	5.53	202 125	2.35
1994	11 176	5.46	206 930	2.38
1995	10 095	-9.67	204 808	-1.03
1996	12 210	20.95	219 652	7.25
1997	12 579	3.02	226 300	3.03
1998	12 891	2.48	231 901	2.48
1999	13 202	2.41	237 510	2.42
2000	15 302	15.91	243 139	2.37
2001	15 682	2.48	248 797	2.33
2002	15 990	1.96	256 391	3.05
2003	16 308	1.99	261 504	1.99
2004	16 626	1.95	266 604	1.95
2005	17 348	4.34	278 182	4.34

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde a partir do censo IBGE de 1991 e 2000 e contagem populacional de 1996 (BRASIL, 2007a).

No começo da década de 90 os idosos de Cascavel perfaziam 8.923 pessoas, significando 4.8% em relação à população total, em 2005 já somavam 17.348 e a proporção sobem para 6.2% de idosos na população total, com taxa média de crescimento anual entre 1991 a 2005 de 3,3% superando a taxa média de crescimento anual para a população total. Mas, foi entre os anos de 1990 a 1994 que a diferença entre a taxa média de crescimento foi mais expressiva, de 6,3% para a população idosa e de 2,7% para a população em geral (Tabela 2).

No Brasil, no início da década de 90, os idosos perfaziam 10.384.803 pessoas, significando 7,2% em relação à população total, em 2005 somavam 15.581.260 e a proporção elevou-se para 8,5% de idosos na população total. No Paraná, no mesmo período, os idosos perfaziam 559.028 pessoas, correspondendo a 6,7% da população total. Em 2005 o número de idosos já era de 854.840 pessoas, com proporção de 8,3% idosos na população total (BRASIL, 2007a). Portanto, no município estudado o crescimento da população idosa foi semelhante ao encontrado no Brasil e no Paraná.

No final do período o sexo feminino predominou entre os idosos no município estudado com 8.891 (51,3%) mulheres e 8.457 (48,7%) homens. Semelhanças encontradas tanto no país, 8.578.544 (55,1%) e 7.002.716 (44,9%), como no Paraná 454.026 (53,1%) e 400.814 (46,9%) para o sexo feminino e masculino respectivamente, sendo que o município de Cascavel apresentou maior número de pessoas idosas do sexo masculino quando comparado com o país e o estado (BRASIL, 2007a).

A crescente expectativa de vida não ocorre de modo uniforme em ambos os sexos. Este resultado é semelhante ao estudo realizado no Brasil entre 1920 e 1982 por Veras, Ramos e Kalache (1987), período em que a população apresentou um aumento de quase 30 anos de vida, tendo sido mais significativa a expectativa de vida para a mulher do que para o homem.

Os autores justificam as diferenças encontradas em razão de situações tais como: exposição às causas de risco de trabalho (menor repercussão dos fatores de risco em relação ao homem); maior incidência de morte por causas externas (acidentes em geral, acidentes de trânsito, homicídios, quedas, suicídios e outras), sendo estas quatro vezes superiores no homem; em função das diferenças no consumo do tabaco e álcool, produtos que estão associados às causas de mortes mais importantes como as doenças cardiovasculares.

Veras, Ramos e Kalache (1987) destacam também a diferença de atitude quanto às doenças e incapacidades, as mulheres têm conhecimento melhor das doenças e em geral, estão mais atentas ao aparecimento de sintomas utilizando mais os serviços de saúde do que os

homens. Uma das causas de melhor prognóstico das doenças crônicas é a procura precoce da assistência médica nesse grupo populacional. Na atualidade, a assistência médico-obstétrica mais efetiva contribuiu para a diminuição da mortalidade materna.

No entanto, os autores citam que os fatores de risco predominantes no homem, e que reduzem o seu período de vida, muito em breve podem estar acometendo as mulheres devido a sua mudança de hábitos de vida, decorrentes da ampliação do seu espaço no mundo contemporâneo.

Rouquayrol (1999) relata que o número de mulheres idosas, se comparado ao de homens, já constitui um contingente expressivamente maior. Salienta que nascem mais homens do que mulheres e se mantém essa vantagem até os 14 anos de idade. A autora informa que daí por diante há uma diminuição, embora lenta na proporção de homens, sendo atribuído a certos riscos de exposição, tais como homicídio, acidentes de trânsito e de trabalho, dificuldade de busca por atenção médica preventiva, entre outros riscos a curto e longo prazo.

A predominância das mulheres entre os idosos tem reflexos importantes no levantamento de demandas por serviços e políticas públicas no atendimento aos idosos, homens e mulheres (BASSIT, 2004).

O Gráfico 1 evidencia que ao longo da série em estudo, os idosos apresentaram uma taxa de crescimento superior ao da população geral nos três períodos estudados, apresentando uma queda marcante de 1994 para 1995 e recuperou o crescimento em 1996.

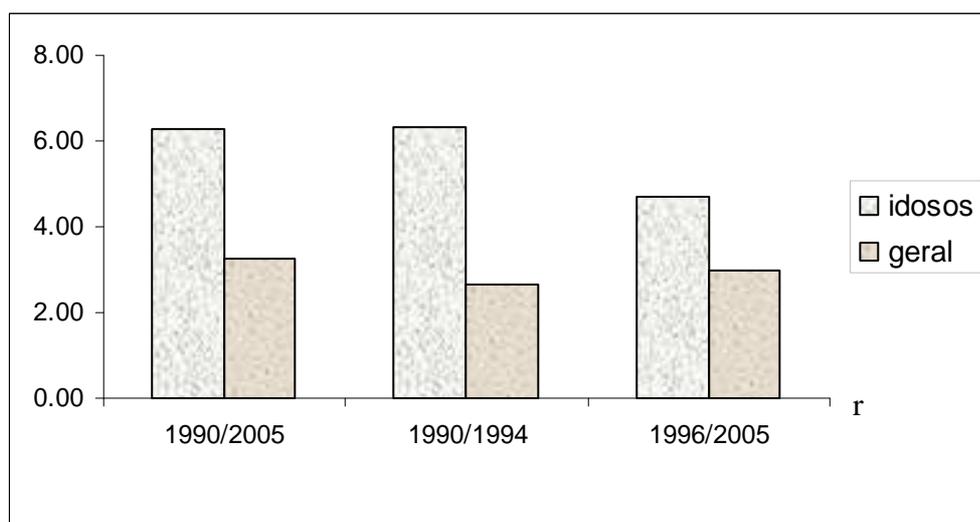


Gráfico 1 – Taxa média de crescimento total da população geral e dos idosos em Cascavel – PR, segundo os períodos.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde a partir do censo IBGE de 1991 e 2000 e contagem populacional de 1996, e cálculos dos autores (2007a).

A distribuição da população de idosos no início do período para o sexo masculino na zona rural era de 476 (5,3%), na urbana 3.834 (43%) e para o sexo feminino de 403 (4,5%) na zona rural e 4.210 (47%) na urbana, perfazendo 4.310 idosos do sexo masculino e 4.613 idosos do sexo feminino, crescendo para ambos os sexos no decorrer do período e mantendo crescimento proporcionalmente maior para o sexo feminino. Em 2005 a distribuição da população idosa na zona rural era de 574 (3,3%) e de 602 (3,5%) e na urbana era de 7.883 (45,4%) e 8.289 (47,8%) para o sexo masculino e feminino respectivamente, o contingente de idosos era de 8.457 habitantes do sexo masculino e 8.891 do sexo feminino. Ocorre, no entanto, a diminuição deste contingente na zona rural para ambos os sexos desde o início do período, e conseqüentemente o aumento dessa população na zona urbana.

O maior crescimento marcado foi para o masculino-urbano no ano de 1999 para 2000 com uma taxa de 20,0% e no rural houve um decréscimo de 7,7%.

Percebe-se que os homens apresentam maior número de taxas negativas em comparação às mulheres e este decréscimo é maior na zona rural. Apenas em 2005, a quantidade dos homens cresce e das mulheres decresce, tanto na rural como na urbana.

No município estudado, a concentração de idosos está localizada na zona urbana, esses resultados estão em concordância com Papaléu Netto e Ponte (2002) que citam que paralelamente ao crescimento da população idosa, tem sucedido um intenso movimento de concentração urbana, tanto no Brasil como em toda América Latina, acarretando um processo de envelhecimento populacional, com conseqüências para toda a população e para os idosos.

Conforme Paschoal (2002), o êxodo rural é uma variável que pode atuar em determinadas regiões acelerando ou retardando o processo de envelhecimento. Geralmente a busca por melhores condições de vida, trabalho e salários aliada com a imagem de sonho dos grandes centros criados pela mídia, faz com que as pessoas mais jovens migrem da área rural para os grandes centros em busca de melhores oportunidades, deixando para trás os familiares mais velhos.

Para Papaléu Netto e Ponte (2002) o processo migratório tem sua origem no desemprego rural, nas diferenças salariais entre os trabalhadores rurais e urbanos e na maior oferta de serviços públicos nas cidades.

Por um lado esse processo está vinculado ao crescimento da pobreza dos habitantes da zona rural, resultado da concentração de grandes propriedades em posse de poucos, e da utilização da moderna tecnologia, substituindo a mão de obra, com conseqüente redução do mercado de trabalho, o que tem levado o homem do campo desistir de obter uma propriedade na qual possa abrigar sua família. Por outro lado, o êxodo rural em larga escala origina uma demanda crescente nos serviços, freqüentemente inadequada, mesmo nos grandes centros (VERAS, 1994).

Os idosos tendem a enfrentar algumas dificuldades com a transição da zona rural para a zona urbana, tais como o afastamento do mercado de trabalho, não sendo mais financeiramente responsáveis pela família, tendem também a serem desqualificados como autoridade moral. Para manter sua dignidade e o próprio sustento, o idoso vê-se relegado a um subemprego de rendimento baixo e irregular, ou simplesmente cai no abandono. Porém, muitas famílias, conseguem, apesar de tudo, criar um ambiente saudável para eles, em outras o idoso acaba sendo tratado com indiferença e às vezes até hostilizado ou visto como inútil (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987).

De acordo com Papaléu Netto e Ponte (2002) este quadro tem reflexos no crescimento populacional dos centros urbanos que se mostram desordenados com tendência ao agravamento da crise habitacional já instituída, fazendo com que as famílias busquem se adaptar a moradias restritas e sem condições mínimas de habitabilidade. Lembrando que os idosos de modo geral, têm dificuldade de serem aceitos dentro de um espaço residencial reduzido, gerando conflito intergeracional, entre os que coabitam no mesmo espaço.

A análise do envelhecimento da população no município estudado demonstrou maior crescimento da população idosa em relação à população geral, com predomínio do sexo feminino residindo na zona urbana. Características semelhantes foram apresentadas no país e no estado. Constata-se que a população vem envelhecendo, o que justifica o estudo nessa área e reforça a tendência de mudança do perfil da demanda tradicionalmente atendida. Assim, obriga-se, além das tradicionais ações de saúde coletiva, a incorporar a assistência à saúde do idoso, dando conta da atenção integral e integrada do mesmo.

Foram entrevistados 141 idosos no município no ano de 2007, na área de abrangência das UBSs, 86 (61%) eram mulheres e 55 (39%) homens, com idade média de 70,3 anos e 72,1 anos, respectivamente.

Estes resultados condizem ao encontrado por Camarano (2002) no estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sobre o envelhecimento da população brasileira em “1996, dos 12,4 milhões de idosos 54,4% eram do sexo feminino. Isso se deve à sua mais elevada taxa de crescimento relativamente à do segmento masculino. Como consequência, quanto “mais velho” for o contingente estudado maior a proporção de mulheres” (CAMARANO, 2002, p. 6).

A média de idade mais elevada foi encontrada na UBS Santa Cruz de 72,4 anos com concentração na faixa de 63,9 a 80,5 anos, superando a média geral. A menor média ocorreu no Guarujá e foi de 67,8 anos concentrando as faixas no intervalo de 62,2 a 73,4 anos. Entre todas as UBSs a idade elevada mais frequente foi 72 anos e a menor de 61 anos.

A idade máxima registrada foi de 109 anos no Cascavel Velho e a menor, de 60 anos a qual está representada em todas as UBSs.

Com relação à idade e sexo, a média mais elevada continua sendo para UBS Santa Cruz com 74 anos para os homens, sendo representada pela média mais elevada entre todas as UBSs. Já as mulheres residentes na área da UBS Cascavel Velho apresentam média mais elevada de 72 anos, percebe-se que esta média é a mais próxima da população geral.

Entre os idosos foi observado que 101 (71,6%) recebem algum benefício da previdência social, destes 77 são aposentados e 24 são pensionistas ou recebem auxílio doença, enquanto 39 (27,7%) continuam sendo economicamente ativos e um (0,7%) desempregado. Portanto, entre os idosos aposentados, as mulheres perfazem uma porcentagem de 46,5% em 86 mulheres e os homens 67,3% em 55 homens. No município em questão apesar de existirem mais mulheres, os homens são os mais beneficiados pelo pagamento da aposentadoria. A situação se inverte ao se verificar outras formas de benefícios, das quais as mulheres somam 19 (22,1%) e os homens cinco (9,1%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de idosos de acordo com a faixa etária, sexo e ocupação nas Unidades Básicas de Saúde no município de Cascavel no ano de 2007.

Faixa Etária	Feminino			F Total	Masculino					M Total	Total Geral
	Aposent.	Benef.	Outras <sup>1</sup>		Aposent.	Autôn. <sup>3</sup>	Benef.	Outros <sup>2</sup>	Desemp.		
60 a 64	7	3	10	20	5	2	1	6	1	15	35
65 a 69	7	6	13	26	5	2	3	2	-	12	38
70 a 74	8	4	2	14	7	-	1	-	-	8	22
75 a 79	9	4	2	15	7	-	-	-	-	7	22
80 e mais	9	2	-	11	13	-	-	-	-	13	24
Total	40	19	27	86	37	4	5	8	1	55	141

Fonte: Entrevista com os idosos.

(1) Outras: baba, diarista e doméstica, zeladora, costureira, vendedora e laboratório.

(2) Outros: pedreiro, ajudante de pedreiro e auxiliar de pedreiro, colador papel parede, guarda, motorista, Serviços gerais, garçom.

(3) Autônomo e proprietário.

Quanto às profissões economicamente ativas, observa-se na tabela 3 que as mulheres se mantêm trabalhando numa idade mais avançada de 60 a 79 anos em relação aos homens que vai de 60 a 69, isto colocado na coluna de “Outras” dos quais se tem 27 mulheres e na coluna de “Autônomo e outros” 12 homens. Sendo que as mulheres perfazem uma porcentagem de 31,4% economicamente ativa contra 21,8% dos homens.

Esses dados estão em consonância ao encontrado por Camarano, Kanso e Mello (2004) ao afirmarem que nas últimas décadas a taxa de atividade masculina diminuiu e a feminina, aumentou. Os autores “identificaram alguns fatores associados à menor participação do idoso no mercado de trabalho: maiores gastos públicos em benefícios sociais, menor proporção de população em atividades agrícolas, maior urbanização entre outras”.

Os autores relatam ainda que a condição de aposentadoria no ano 2000, da população idosa perfazia 58,1%. Incluindo a essa categoria a de aposentados que trabalhavam, concluindo, portanto, que aproximadamente 2/3 da população idosa estava aposentada.

Tabela 4 – Distribuição de idosos de acordo com faixa etária, sexo, condição domiciliar por Unidade Básica de Saúde no ano de 2007.

FAIXA ETÁRIA	Cascavel Velho		Floresta		Guarujá		Santa Cruz									
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino									
	AC	Só	AC	Só	AC	Só	AC	Só								
60 a 64	4	-	3	1	8	-	5	-	2	2	2	-	4	-	4	-
65 a 69	1	1	1	1	9	-	-	-	7	-	4	1	6	2	4	1
70 a 74	2	1	-	1	3	2	2	1	2	1	-	1	3	-	3	-
75 a 79	3	-	1	1	3	2	2	-	-	-	2	-	7	-	1	-
80 e +	2	-	1	-	4	1	1	1	1	-	2	1	2	1	6	1
Total	12	2	6	4	27	5	10	2	12	3	10	3	22	3	18	2

Fonte: Entrevista com os idosos.

Verifica-se na tabela 4 que dos 141 idosos, 117 (83,0%) moram acompanhados e a mulher idosa vive mais acompanhada que o homem. Apresentam pequena diferença entre ambos os sexos quanto à condição domiciliar do idoso que mora sozinho. Salienta-se que 77 (54,6%) viviam em domicílios multigeracionais, coabitavam com esposo (a), filho (a), genro, nora, neto (a), enquanto 40 (28,4%) moram com esposo (a).

Na região da UBS Floresta encontrou-se a maior concentração de idosas morando sozinhas nas faixas etárias mais elevadas. Na faixa de idade de 60 a 64 anos foi identificado um homem morando sozinho na UBS Cascavel Velho, e duas mulheres no Guarujá.

Um estudo do Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil realizado por Ramos et al. (1993), mostrou que somente uma minoria dos idosos morava só

(10%), diferindo dos 17% encontrado no município estudado. Apesar dos maiores percentuais terem sido obtidos para os idosos que moram acompanhados, há de se considerar um percentual significativo de idosos que moram sozinhos. É necessário pontuar que estes podem apresentar redução na qualidade de vida, agravamento da morbidade e risco para a mortalidade (CALDAS, 2003).

A autora destaca ainda que morar acompanhado, por si só, não representa melhorias na qualidade de vida do idoso, pois, às vezes o cuidado oferecido por um dos acompanhantes pode ocorrer de forma inadequada em razão de despreparo, indisponibilidade e ou sobrecarga.

Por este prisma, é importante que os serviços de saúde tenham efetivado o cadastramento da população idosa do seu território, bem como os atendimentos domiciliares rotineiros, assegurando-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo, conforme previsto no Estatuto do Idoso.

Outro aspecto relevante é expresso pelos idosos que vivem sozinhos, os quais necessitam de atenção articulada e contínua dos serviços de saúde, assegurando-lhes a equidade da atenção, dispensando cuidado especial aos idosos que mais necessitam.

### 5.1.1 Morbidade

A velhice é uma etapa do ciclo da vida e, portanto, está despertando interesse para os problemas enfrentados pelos idosos e expondo a necessidade de se garantir condições que favoreçam o envelhecimento com qualidade de vida (ASSIS, 1998).

Assim, o crescimento da população idosa será acompanhado por alteração no quadro de morbidade, conseqüência do aumento das doenças crônico-degenerativas e suas seqüelas, a dependência funcional representará um desafio adicional (CHAIMOWICZ, 2006). Para Kalache, Veras e Ramos (1987) modifica-se o perfil de saúde da população, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que resultam na maior utilização dos serviços de saúde, ao invés de processos agudos que são resolvidos mais rapidamente, seja pela cura ou óbito. Portanto, cabe salientar que a morbidade ocupa lugar de destaque, principalmente para as doenças que não são disponibilizados mecanismos eficazes na Atenção Primária, Secundária e Terciária.

O Gráfico 2 mostra a distribuição dos cinco principais grupos de causas de internações hospitalares na rede SUS para ambos os sexos de 1998 a 2005. Deve-se considerar que o

quadro de morbidade aqui traçado diz respeito somente às internações pagas pelo SUS com Autorização de Internamento Hospitalar (AIH/SUS). Não foram computadas as internações particulares e de convênios devido a Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) não ter regularidade na apresentação dos dados.

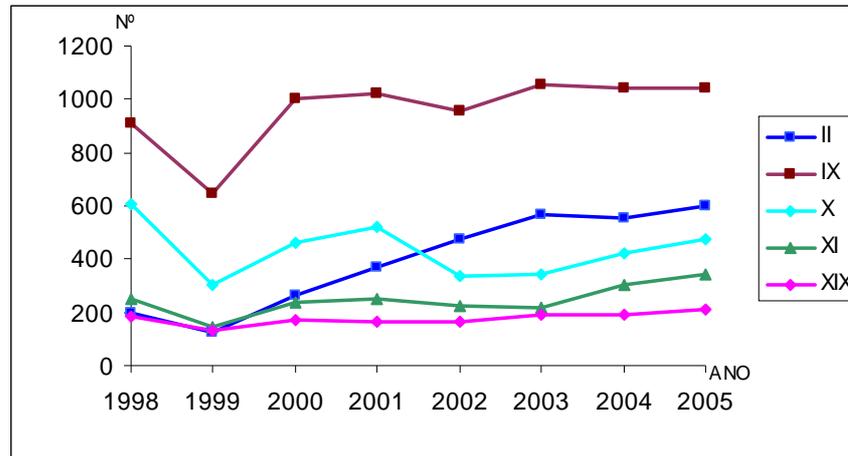


Gráfico 2 – Internações hospitalares de idosos, segundo grupos de causa da doença (CID 10), Cascavel, PR de 1998 a 2005.

Fonte: DATASUS – Movimento de AIH – Arquivos reduzidos – Brasil (BRASIL, 2006).

Quando condensados os registros de internamento no período de 1998 a 2005 verifica-se o mesmo comportamento para ambos os sexos e as doenças de maior ocorrência, ou seja, da 1ª a 5ª causa de internamento foram as Doenças do Aparelho Circulatório (IX), Doenças do Aparelho Respiratório (X), Neoplasias (II), Doenças do Aparelho Digestivo (XI) e as Lesões Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas (XIX) respectivamente.

O Gráfico 2 mostra que as Doenças do Aparelho Circulatório (IX) foram as responsáveis pelo maior número de internamento entre os idosos no período de 1998 a 2005. Ainda com relação a este tipo de internamento, a diminuição mais relevante do número de casos ocorreu de 1998 para 1999 com 262 ocorrências e em 2001 para 2002, com 65 casos. Dentre as cinco causas de morbidade, o maior número foi registrado em 2003 com 1054 casos pelas Doenças do Aparelho Circulatório (IX).

No Paraná as cinco primeiras causas de internamento em 1998 de acordo com os dados do Ministério da Saúde foram, da 1ª a 5ª respectivamente, as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho geniturinário e algumas doenças infecciosas e parasitárias. No ano de 2005 da 1ª a

3ª, bem como a 5ª causa de internações são as mesmas apresentadas no ano de 1998. Sofreu modificação apenas na 4ª causa registrada pelas neoplasias.

No Brasil em 1998 conforme dados do Ministério da Saúde, as cinco primeiras causas de internamentos da 1ª a 5ª foram: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho geniturinário e algumas doenças infecciosas e parasitárias. Cabe salientar que as neoplasias aparecem em 6º lugar das ocorrências de internações hospitalares. Enquanto no ano de 2005 as causas de internamento são as mesmas, com alteração apenas na 4ª, representada pelas neoplasias, a 6ª causa de internação foi as doenças do aparelho geniturinário.

Tanto em 1998 como em 2005 da 1ª a 3ª causa no Brasil não sofre modificações no quadro de internações hospitalares, havendo alteração apenas na 4ª causa de internamento.

Portanto, no ano de 1998 o comparativo dos dados entre o município estudado e o Paraná verificou-se que as causas de internamentos apresentados são as mesmas, com exceção das doenças geniturinárias que aparecem no Paraná como a 4ª causa de internamento; e não foi percebida dentre as cinco primeiras causas no município. Enquanto as Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas apareceram no município de estudo como a 5ª causa de internamento, no Paraná não foi percebida. As demais causas de internamento assemelham-se com inversão na seqüência de apresentação, coincidindo a 3ª causa de internamento pelas doenças do Aparelho Digestivo em ambos os locais.

No comparativo entre Brasil em 1998 e o município estudado, os internamentos registrados são os mesmos da 1ª a 3ª causa, com exceção das doenças geniturinárias que aparecem no país como a 4ª e 5ª causas por algumas doenças infecciosas e parasitárias de internamento. Não foi percebido dentre as cinco primeiras causas no município estudado, mas assemelha-se com a situação encontrada no Paraná. Para o ano de 2005 as ocorrências de internamento assemelham-se da 1ª a 4ª percebendo-se alterações no valor das taxas, ou seja, na ordem de classificação. A 5ª causa de internamento no Brasil foi registrada por algumas doenças infecciosas e parasitárias e não apareceu no município estudado, sendo apresentada como a 5ª as lesões envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas, a qual não apareceu dentre as cinco primeiras causas do país.

No ano de 2005 as doenças do aparelho circulatório aparecem como principal causa de morbidade hospitalar no município, estado e no país. Segue-se, da 2ª a 4ª causa de internamento com as mesmas doenças, isto é, doença do aparelho respiratório, doença do aparelho digestivo e as neoplasias alterando a classificação das mesmas. Porém, a 5ª causa de

morbidade no estado e no país corresponde às doenças infecciosas e parasitárias e no município são apresentadas as Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas.

Algumas suposições podem ser feitas mediante as Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas na tentativa de justificar o resultado encontrado no município. Dentre elas, acidentes em geral e quedas no domicílio ou via pública, agressões, tentativa de suicídio, vítimas de ferimentos por arma de fogo, registro do procedimento na AIH, ineficiência do sistema de controle e avaliação quanto a auditoria operativa. Destaca-se que esse item merece um estudo mais aprofundado posteriormente.

Côrte, Oliveira e Medeiros (2007) em trabalho sobre estudos populacionais realizado com a pessoa idosa no Brasil, referem que a situação é similar e ocorre em todas as regiões, variando, entretanto, o valor das taxas. Quanto às internações pagas pelo SUS às pessoas de 60 anos e mais, as doenças do aparelho circulatório têm destaque no total de hospitalizações. As doenças do aparelho respiratório ocuparam o segundo lugar, sendo seguidas das internações por doenças do aparelho digestivo. O mesmo quadro é observado nas diferentes regiões.

Cianciarullo e Duarte (2002) salientam que a prevalência de doenças crônicas aumenta com a idade, e particularmente entre os idosos, ao invés de processos agudos no perfil da saúde da sua população, é cada vez mais freqüente a presença de patologias crônicas e suas complicações, implicando diretamente na reorganização estrutural da assistência que vêm se prolongando por muito tempo.

Como outras doenças, os idosos citaram a catarata, úlcera gástrica, gastrite, hérnia, alergia, rinite, espondilite crônica, hemorróida, tireóide, labirintite, fraqueza, refluxo gástrico, epilepsia, trombose, doença dermatológica, hipotensão, problema de estômago, insuficiência respiratória, problemas de vesícula e varizes.

Tabela 5 – Distribuição das doenças referidas e que mais incomodam os idosos, por grupo de causa (CID 10) e por Unidade Básica de Saúde do município de Cascavel no ano de 2007.

Grupo de causas	Unidades Básicas de Saúde							
	CV	%	F	%	G	%	SC	%
<b>Doença referida</b>								
Doenças do Aparelho Circulatório (IX)	19	13,5	38	27,0	19	13,5	35	24,8
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII)	8	5,7	25	17,7	15	10,7	24	17,0
Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas (IV)	3	2,0	14	9,9	9	6,4	9	6,4
Doenças do Aparelho Respiratório (X)	2	1,4	3	2,0	3	2,0	6	4,3
Doenças do Aparelho Digestivo (XI)	1	0,7	6	4,3	3	2,0	3	2,0
<b>Doença que mais incomoda</b>								
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (XIII)	3	2,0	16	11,4	11	7,8	10	7,1
Doenças do Aparelho Circulatório (IX)	9	6,4	3	2,0	3	2,0	12	8,5
Doenças do Aparelho Respiratório (X)	1	0,7	2	1,4	3	2,0	3	2,0
Doenças Endócrina Nutricionais e Metabólicas (IV)	-	-	3	2,0	4	2,7	1	0,7
Doenças do Olho e Anexos (VII)	-	-	4	2,7	3	2,0	-	-

Fonte: Entrevista com os idosos.

É necessário pontuar que as Doenças do Aparelho Circulatório foram as responsáveis pelo maior número de doenças relatadas pelos idosos, assim como as principais causas de morbi-mortalidade no município. Conforme Cartana e Heck (1997) as doenças infecto-contagiosas representavam 40% dos óbitos ocorridos no país em 1950. Hoje são responsáveis por menos de 10%, enquanto ocorreu o oposto para as doenças cardiovasculares que em 1950 eram responsáveis por 12% dos óbitos e hoje representam mais de 40% dos óbitos no país (Tabela 5).

Entre as doenças mais comuns registra-se a ocorrência das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo como 2ª causa, seguida pelas Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas, as quais não foram detectadas entre as primeiras ocorrências de internamento.

Ressalta-se que dentre as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram citadas pelos idosos a osteoporose, artrose, espondilite crônica e artrite ou reumatismo, doença de coluna ou costas, que vem aumentando rapidamente entre os idosos e constituem-se em um problema de saúde pública (PEREIRA; MENDONÇA, 2006).

Os idosos constituem um grupo populacional de risco para as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e, portanto, merecem abordagem especial dos programas de controle da doença, que devem levar em consideração as peculiaridades desta faixa etária. As equipes multiprofissionais das unidades básicas de saúde são importantes para a reversão desse quadro. Elas devem estar capacitadas e instrumentalizadas para poder educar a comunidade em que atuam para fazer diagnóstico rápido e preciso, instituir o tratamento e acompanhamento adequado. Enfim, é necessário também disponibilizar em tempo hábil na atenção básica e na especializada os exames complementares adequados.

As doenças mais referidas pelos idosos desconsiderando o “não” e “outras”, na área de abrangência das UBSs seguem o mesmo comportamento para as duas primeiras causas: hipertensão arterial e doença da coluna ou costas. A terceira mais referida varia por UBS, na região do Santa Cruz e Cascavel Velho, nas quais os entrevistados citam as doenças do coração, no Floresta e Guarujá referem a diabetes. Existem ainda 21 (14,9%) dos idosos que afirmam não ter problemas relacionados à saúde.

Dentre as doenças referidas e a que mais incomoda, seguem as mesmas doenças da 1ª a 4ª causa, apresentando alteração na ordem de classificação. Nesse contexto, destaca-se a 5ª causa que mais incomoda os idosos, as Doenças do Olho e Anexos, dentre as quais foram citadas cegueira, baixa acuidade visual, degeneração irreversível da retina, dor nos olhos e catarata.

Kollarits (2002) chama atenção para os distúrbios oftálmicos nas pessoas idosas e acrescenta que a cegueira é a incapacidade mais temida pelos mesmos. Aponta ainda que os médicos que tratam de pacientes geriátricos têm a responsabilidade do diagnóstico precoce.

Assinala-se a demanda crescente das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, bem como Doenças do Olho e Anexos e o impacto que as mesmas desempenham na qualidade de vida dos idosos. As alterações da classificação entre as doenças referidas e que mais incomoda permitiram caracterizar a prevalência de doenças crônicas da população idosa. Esses dados ajudam na compreensão das mudanças que vêm ocorrendo no processo de envelhecimento e alertam para os possíveis impactos negativos que, embora haja uma preocupação com a terceira idade, ainda são incipientes as alternativas e soluções que melhorem essa fase da vida.

Para Roach (2003) os idosos apresentam menos doenças agudas em relação aos adultos jovens, mas quando são acometidos por um quadro agudo, eles comumente requerem extensos períodos de recuperação e desenvolvem mais complicações que as pessoas mais jovens.

A autora afirma que a principal preocupação para o idoso é a doença crônica, representada pela enfermidade de longa duração que mostra pouca alteração. Dessa forma as doenças crônicas, também chamadas de doença crônica não transmissível (DCNT) têm mais probabilidade de desenvolver uma incapacidade e o desafio é combater os efeitos das DCNT nos idosos, para que eles atinjam sua máxima capacidade funcional (ROACH, 2003).

Após a aplicação da Escala de Atividades Básicas de Vida Diária os dados obtidos revelaram que os entrevistados, de maneira geral, se mostraram independentes, pois 136 (96,5%) afirmaram conseguir realizar todas as atividades cotidianas sem o auxílio de outras pessoas, três (2,1%) possuíam dependência parcial, indicando necessidade de ajuda para o desempenho de alguma atividade e dois (1,4%) apresentavam dependência importante para banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência e continência.

Os idosos com dependência parcial estavam com idade acima de 75 anos e referiram padecer por uma ou mais doença crônica. Um dos idosos que apresentava dependência importante contava com 109 anos e o outro 90 anos e possuía seqüela de AVC, ambos referiram falta de visão, fraqueza. Conforme Papaléu Netto e Ponte (2002) o declínio natural do processo de envelhecimento, muitas vezes, é acompanhado pela diminuição da capacidade funcional do organismo. Para os autores, a velocidade desse declínio exibe variabilidade, depende de fatores genéticos, hábitos e estilos de vida, contexto socioeconômico e cultural entre outros.

Tanto as pessoas com dependência parcial como as com dependência importante vão aumentar a necessidade de cuidados, seja este formal ou informal. Concorde-se com Caldas (2003) ao referir a dependência como processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados.

No que diz respeito às Atividades Instrumentais de Vida Diária pode-se observar no Gráfico 3 as atividades que os idosos realizam sem ajuda, com ajuda parcial ou não conseguem realizar.

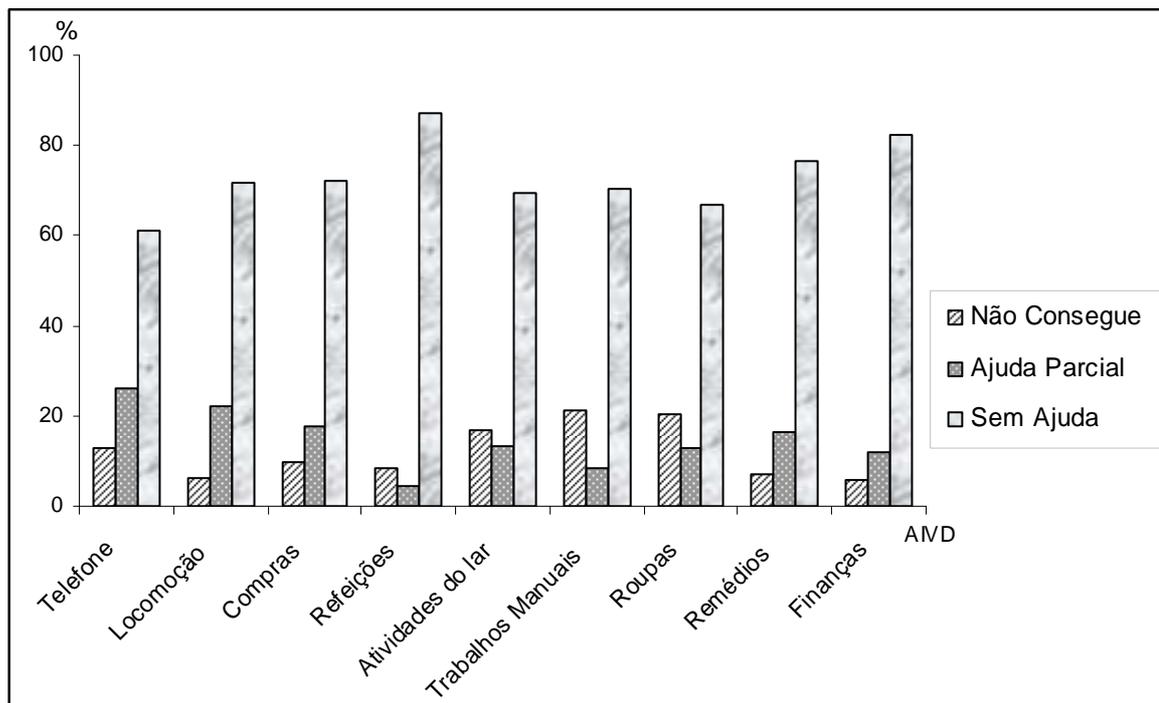


Gráfico 3 – Distribuição dos idosos, conforme Atividades Instrumentais de Vida Diária no ano de 2007.

Fonte<sup>1</sup>: Entrevista com os idosos.

Tanto para AVD como AIVD a maior concentração de idosos ficou na classificação de independência funcional ou que realiza atividades sem ajuda, salienta-se que não podem ser ignorados os idosos com dependência parcial e dependência importante mesmo sendo representados pela minoria, pois a dificuldade para desempenhar tarefas de cuidado pessoal e precisar de outros para completá-las pode ter fundamental importância no bem-estar e na auto-estima do idoso.

Evidência-se ao estabelecido pela Política Nacional de Saúde do Idoso, regulamentada pelo Decreto nº. 1.948, de 3 de julho de 1996 (BRASIL, 2004a). Essa política tem como

<sup>1</sup> Escala Adaptado de: LAWTON, M. P.; MOSS, M.; FULCOMER, M. et al. A research and service-oriented multilevel assessment instrument. *J. Gerontol.*, St. Louis, v. 37, p. 91-99, 1982 apud SANTOS, 2006.

propósito a promoção da saúde, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção e recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que apresentar restrição da sua capacidade funcional, garantindo sua permanência no meio em que vivem exercendo suas funções na sociedade de forma independente.

Todas as escalas que medem a capacidade funcional auxiliam a classificar e adequar os processos terapêuticos e também propor programas governamentais de apoio ao idoso.

Ramos (2005) afirma que o sistema de saúde terá que enfrentar essa crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das DCNT, bem como uma demanda maior por serviços de reabilitação. O autor salienta que será necessário estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idoso de alto risco de perda funcional e orientar ações de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional.

Entre as doenças dos idosos entrevistados, considerando todas as faixas etárias em todas as UBSs, as mais prevalentes foram: hipertensão arterial, doença de coluna ou costas, doença do coração, diabetes e artrite ou reumatismo.

Das 21 pessoas que afirmaram não possuir qualquer doença, 12 (57,1%) estavam na faixa etária entre 70 a 80 ou mais.

Ao se avaliar a hipertensão, que foi a mais referida relacionada ao sexo e faixa etária, no bairro do Cascavel Velho, dos 13 hipertensos, oito eram mulheres com idade entre 60 a 79 anos e cinco homens na faixa etária de 60 a 64 anos. No bairro Floresta é marcante a quantidade de mulheres em relação aos homens, sendo 19 mulheres para cinco homens hipertensos. No bairro Guarujá as 13 pessoas hipertensas se dividiam entre homens e mulheres na faixa etária de 60 a 74 anos e os homens se distribuíam em todas as faixas, com exceção da faixa de 70 a 74 anos. No bairro Santa Cruz o comportamento é muito próximo ao do Floresta, há 16 mulheres e nove homens. A faixa de idade das mulheres com maior concentração foi de 65 a 79, com dez pessoas. A faixa de idade de maior concentração de homens hipertensos foi de 65 a 69 anos.

O principal fator de risco na maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso está na própria idade. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é uma exceção não regra, mas a presença da doença não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e viver o seu cotidiano de forma independente (GORDILHO, 2000).

Uma proporção elevada (73%) dos entrevistados declarou sofrer de uma a três doenças e 12,1% de quatro a sete doenças. A média de doenças referidas pelos idosos foi de 1,5 no Cascavel Velho, 2,4 no Floresta, 2,1 no Guarujá e 2,2 no Santa Cruz e a média geral foi de 2,1 doenças.

Levando em consideração o fato de que foi perguntado “quem informou sobre a doença que tem”, a maioria (82,3%) dos entrevistados o diagnóstico sobre a doença referida foi feito pelo médico, 0,7% pela pastoral da saúde, 2,1% auto-diagnóstico e 21 (15%) não citaram doenças. A princípio esses dados configuram melhoria do acesso aos serviços de saúde, revelado pelo elevado número de idosos que foram diagnosticados pelos médicos. Este fato pode estar associado à ampliação das UBS e conseqüentemente ao acesso dos serviços de saúde. Será que antes da ampliação das unidades básicas de saúde os percentuais dos resultados seriam os mesmos?

Verificou-se haver consistência nos resultados com estudo, em sete cidades da América Latina, de Lebrão e Laurenti (2003), no inquérito domiciliar com os idosos de ambos os sexos, identificando prevalência semelhante entre as doenças referidas, bem como, o fato de haver sido o médico o principal informante.

Mesmo com a média de doenças apresentada entre os entrevistados, os idosos referiram acerca de sua saúde na auto-avaliação, nove (6,4%) era muito boa, 42 (29,8%) boa, 74 (52,5%) regular, para 15 (10,6%) ruim e apenas um (0,7%) referiu ser muito ruim. Independente da doença a maioria das pessoas se consideram com saúde regular ou boa. Dentre os que consideram seu estado de saúde ruim, a maioria apontou a hipertensão arterial e doença da coluna ou costas. O idoso que referiu ser muito ruim seu estado de saúde tinha 84 anos morava em domicílio multigeracional, afirmou ter bronquite, dessa forma, nota-se que cada pessoa tem uma percepção particularizada sobre seu estado de saúde.

Dentre os idosos que citaram seu estado de saúde como regular 49,7% disseram ser acometidos por uma ou mais patologias. Esses dados estão em concordância com Lebrão e Laurenti (2003) que encontraram no município de São Paulo uma proporção elevada dos entrevistados que declararam ter de três ou mais doenças, sendo o fato registrado entre 48% das mulheres e 33% dos homens. A presença de pelo menos uma doença crônica pode significar maior utilização dos serviços de saúde.

Dentre os idosos entrevistados, 10 (7,1%) estiveram acamados nos últimos 15 dias e a faixa etária mais atingida foi a de 75 a 79 anos com quatro idosos, seguido da faixa de 65 a 69 anos com três idosos e o tempo no leito variou de 1 a 14 dias, apenas uma idosa de 109 anos apresentava-se acamada há 5 meses.

Quanto ao plano de saúde encontraram-se 16 (11,4%) idosos com plano de saúde, um idoso referiu procurar atendimento exclusivamente particular e 124 (87,9%) idosos sem acesso aos planos de saúde, ou seja, os atendimentos foram predominantemente realizados pelo Sistema Único de Saúde. Ainda, com relação ao plano de saúde, no que tange ao direito à

assistência odontológica, nove não tem direito, quatro desconhecem e apenas dois planos ofereciam direito à assistência odontológica.

Para Porto; Santos e Ugá (2006) o SUS é o principal financiador dos dois níveis extremos da assistência à saúde, o da atenção básica e o da alta complexidade. As autoras referem que historicamente o atendimento odontológico é pouco coberto pelo SUS.

### 5.1.2 Mortalidade

O desafio que se apresenta no panorama da saúde do idoso no Brasil é para a compreensão das mudanças da morbi-mortalidade e de estudos nessa área que solidifiquem o entendimento e a fixação de uma política de saúde de redução da incidência de certas doenças e suas conseqüências na população (LESSA, 1998).

Coincidente com a morbidade observa-se que a ocorrência das sete principais causas de morte registradas no município para ambos os sexos no período de 1996 a 2005 foram: 1ª Doenças do Aparelho Circulatório (IX), 2ª Neoplasias (II), 3ª Doenças do Aparelho Respiratório (X), 4ª Sintomas Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte (XVIII), 5ª Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas (IV), 6ª Doenças do Aparelho Digestivo (XI) e 7ª Causas externas de Morbidade e Mortalidade (XX), (Gráfico 4).

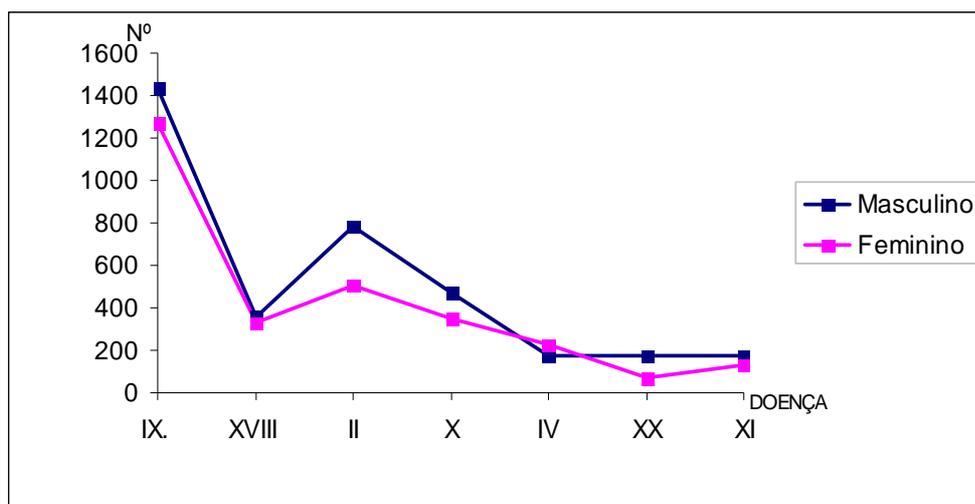


Gráfico 4 – Mortalidade por grupo de causa (CID 10) em idosos, segundo sexo de 1996 a 2005, Município de Cascavel – PR.

Fonte: SIM/SEPI/10ª RS.

Nas sete principais causas de óbitos registrados, o número de mortes entre os homens é maior em quase todas, excetuando-se as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (IV) quando se observa maior registro entre as mulheres. Isto pode significar a necessidade do incremento das ações e serviços de saúde focados no homem. Para operacionalizá-la há que se implantarem na rede básica, novas rotinas em programas educativos, melhoria no diagnóstico e tratamento precoce.

As Doenças do Aparelho Circulatório (IX) e as Neoplasias (II) respondem pela maior ocorrência dos óbitos nestas duas populações. Nota-se ainda, que o comportamento das mortes é semelhante tanto nos homens como nas mulheres, com uma pequena diferença na doença de Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (XX), Doenças do Aparelho Digestivo (XI) e Doenças do Aparelho respiratório (X).

Foi referenciado em 2006, pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) no Brasil, que os óbitos em 2004 foram devido a três grupos de causa: doenças do aparelho circulatório (31,8%), causas externas (14,2%) e neoplasias (13,4%), apresentando as mesmas doenças com pequenas variações em relação aos valores no ano de 1996. Nos anos analisados, as doenças do aparelho circulatório estavam em primeiro lugar em todas as regiões. As neoplasias estavam em segundo lugar nas regiões Sul e Sudeste. As doenças infecciosas e parasitárias, bem como as causas externas diminuíram sua ocorrência em todas as regiões.

No Paraná, para o sexo feminino no ano de 1996 os três grupos de causas eram decorrentes das doenças do aparelho circulatório (51,3%), doenças do aparelho respiratório (14,8%) e neoplasias (14,4%) e para o ano de 2004 apresentou pequena alteração nos três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (45,7%), neoplasias (16,6%) e doenças do aparelho respiratório (15,1%). Para o sexo masculino tanto no ano de 1996 como 2004 as doenças do aparelho circulatório (47,6%), (43,0%) estavam em primeiro lugar, seguidas pelas neoplasias (18,0%), (20,0%) e pelas doenças do aparelho respiratório (15,3%), (15,1%) respectivamente.

Ao estabelecer comparativo dentre os três primeiros grupos de causas no município estudado com os dados disponibilizados pela Ripsa para a região sul e Paraná, nota-se que o comportamento dos óbitos foi idêntico e no ano de 1996 a principal causa de morte era decorrente de doenças do aparelho circulatório, seguida pelas neoplasias e doenças do aparelho respiratório para ambos os sexos, o que permaneceu em 2004. Dentre os três grupos de causas de mortalidade no Brasil para ambos os sexos, percebem-se algumas mudanças significativas com relação ao município estudado entre a 2<sup>a</sup>, causas externas e a 3<sup>a</sup>, neoplasias.

A análise dos principais grupos de causas mostrou que as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes no município estudado, região sul, Paraná e Brasil. Porém, para o sexo masculino a 2ª causa de mortalidade no município e no estado no período estudado foram as neoplasias, havendo alteração quando comparado ao país que apresentou as causas externas. Para o sexo feminino percebe-se uma inversão dos dados do estado e do município estudado entre a 2ª e a 3ª causa de óbito.

As causas externas têm um peso significativo dentre os óbitos no Brasil. Os homens foram as principais vítimas, mas um contingente cada vez maior de mulheres também aumentou no período (BRASIL, 2004c).

Camarano (1999) diz que nas últimas décadas no Brasil ocorreram modificações na estrutura etária da mortalidade. As principais causas de morte para ambos os sexos no período de 1980 a 1995 foram doenças do aparelho circulatório seguidas pelas neoplasias e doenças do aparelho respiratório. A mortalidade dos grupos das doenças endócrinas, entre as quais se destacam o diabetes e doenças do aparelho respiratório, como a pneumonia, apresentou tendência crescente. O grupo das doenças endócrinas pode estar sendo afetado pela melhoria no diagnóstico.

A evolução da mortalidade da população idosa por grupo de causa é apresentada no gráfico 5, indicando a participação dos diferentes grupos e a variação no período de 1996 a 2005.

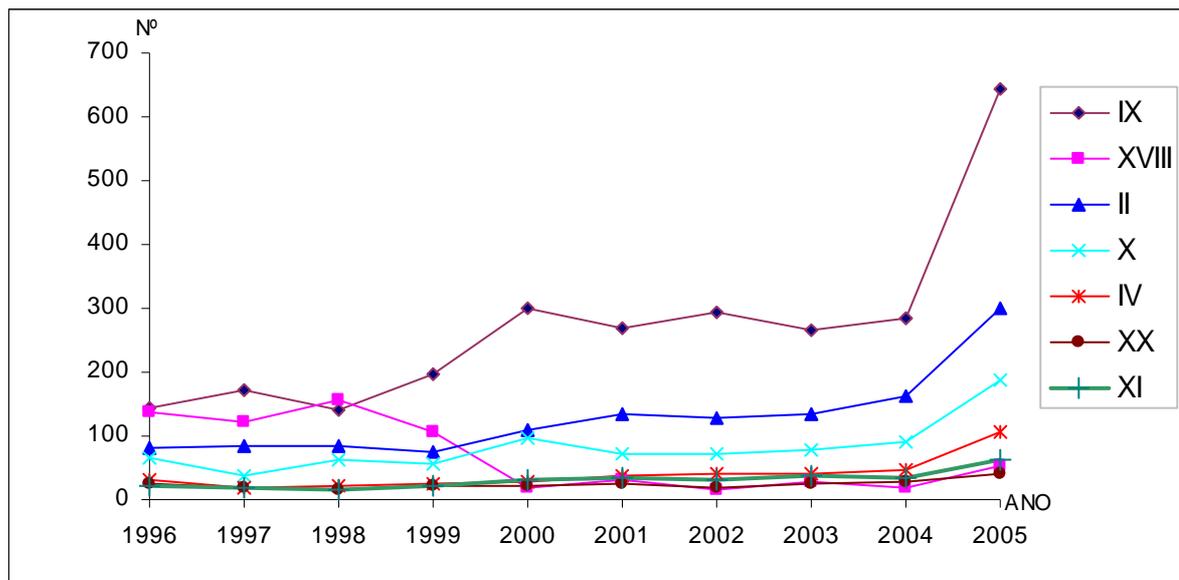


Gráfico 5 – Mortalidade segundo grupo de causa (CID 10) das doenças de 1996 a 2005 em Cascavel, PR. Fonte: SIM/SEPI/10ª RS.

As cinco primeiras causas de mortalidade, que marcaram o início do período, foram as Doenças do Aparelho Circulatório (IX), os Sintomas Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte (XVIII), Neoplasias (II), Doenças do Aparelho Respiratório (X) e Doenças do Aparelho Digestivo (XI) (Gráfico 5).

As patologias acima citadas também aparecem como as principais causas de morte registradas no final do período, exceto para os Sintomas Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte (XVIII) e diferem da ordem observada anteriormente, portanto, o risco de mortalidade na população idosa ficou marcado da 1ª a 5ª causa pelas Doenças do Aparelho Circulatório (IX), Neoplasias (II), Doenças do Aparelho Respiratório (X) e Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (IV), Doença do Aparelho Digestivo, respectivamente.

Camarano, Kanso e Mello (2004) afirmam que estão incluídas na categoria causas externas, as mortes decorrentes de acidentes de transporte público: trânsito, quedas, afogamento e envenenamento. Muitas dessas causas estão relacionadas com os espaços públicos que, apesar das leis existentes são bastante impróprios para circulação dos idosos. Lembrando que tanto no espaço público como no doméstico os idosos podem sofrer acidentes e traumas.

Um fato que chama atenção quando comparado às três primeiras causas de mortalidade com a morbidade para o final do período, ou seja, no ano de 2005 vê-se a 1ª causa é caracterizada pelas Doenças do Aparelho Circulatório (IX), a 2ª são as Neoplasias (II) e a 3ª as Doenças do Aparelho Respiratório (X) tanto na morbidade como na mortalidade.

Para Paes (2007) a mortalidade brasileira no período de 1980 a 1995 tem uma importância especial, pois foi uniformizada no país a declaração dos óbitos, que se constituiu no primeiro período de contabilização oficial sistemática, coincidindo com momento importante em que ocorrem profundas modificações na mortalidade, marcado pela consolidação de uma etapa de transição demográfica e epidemiológica ainda em curso.

O autor ainda comenta que na avaliação do processo saúde-doença a mortalidade por causa básica de óbito têm um papel essencial, contribuindo de forma incontestável no conhecimento dos perfis de saúde da população e nas questões ligadas às políticas e programas de saúde.

Ressalta-se que os resultados encontrados no que se referem à mortalidade dos idosos do município de Cascavel, Pr no período de 1996 a 2005, correspondem aos encontrados por Mathias e Mello Jorge (2006) no estudo realizado no município de Maringá, Pr, agrupando-se os óbitos e população em quatro triênios: 1979/1981, 1984/1986, 1990/1992 e 1996/1998, ou

seja, os resultados obtidos para 1ª causa são as Doenças do Aparelho Circulatório, 2ª causa as Neoplasias e 3ª às doenças do aparelho respiratório nos quatro triênios estudados.

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório vêm correspondendo a 40% das mortes na faixa etária de 60 a 69 anos de idade, apresentando significância nos óbitos do grupo de 80 anos e mais de idade, situação que se repete em todas as suas regiões. A participação proporcional das mortes para a faixa de 60 anos e mais de idade que, entre 1980 e 1994, passou de 52% para quase 55% do total de óbitos o incremento foi de 5,8% (MELLO JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2001).

O estudo realizado pelos autores, citados acima, demonstra que em 1999 o grupo de causa mais freqüente em todas as regiões foi o das doenças do aparelho circulatório que representava 35% do total de mortes definidas da Região Sul. As causas externas apresentaram-se em segundo lugar em todas as regiões, com exceção da Região Sul, em que as neoplasias representavam a segunda causa de morte. Os óbitos por doenças do aparelho respiratório, cerca de 10% do total, em todas as regiões, posicionaram-se no quarto lugar, na Região Sul, na terceira posição.

Cabe destacar que a pesquisa realizada por Camarano (1999) no projeto da rede IPEA, sobre as inter-relações entre a dinâmica demográfica e a agenda social no Brasil e Paes (2007) que investigou a mortalidade dos idosos dos estados brasileiros no período de 1980 a 1995, analisaram que as doenças cardiovasculares no Brasil para os idosos despontaram como a principal causa de óbitos para ambos os sexos. Mas, a despeito de sua importância, foi verificado um decréscimo na mortalidade durante o período analisado para ambos os sexos. Essa diminuição ocorreu em todas as regiões brasileiras independente do seu grau de desenvolvimento e qualidade dos dados. Deve-se a uma redução efetiva dos níveis de mortalidade possivelmente a programas educativos voltados para mudanças de hábitos alimentares e do diagnóstico e tratamento precoce.

Esta situação não foi verificada no município de Cascavel no período estudado, inclusive as doenças cardiovasculares apresentaram um crescimento desde o início do período, acentuando no ano de 2004 para 2005.

## 5.2 A oferta

Segundo Cohn (2003) e Piccini et al. (2006) o SUS apresenta como porta de entrada para a população brasileira no sistema a rede básica de serviços de saúde, ou seja, unidades básicas de saúde, centros de saúde (CS) e ambulatórios, em que 80% dos problemas de saúde de uma comunidade adscrita seriam passíveis de resolução. “A porta de entrada para o sistema, o espaço onde são organizadas as respostas às necessidades de saúde das populações, seja “resolvendo” (cerca de 85% das Situações) ou seja referindo aos demais “níveis” de atenção” (BRASIL, 2007b, p. 13).

Nas unidades pesquisadas puderam ser observadas características comuns tais como: atendimento realizado em três turnos das 7:00h às 22:00h ininterruptamente, com campo de estágio para os cursos de enfermagem, medicina, nutrição e odontologia e existência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Os serviços ofertados pelas UBS eram atendimentos individuais: diagnóstico e tratamento de hanseníase, hipertensão, diabetes, controle de pacientes psiquiátricos, consultas básicas em Clínica Médica (CM), Clínica Pediátrica (CP), Ginecologia e Obstetrícia (GO), dispensa de medicamentos, vacinação, curativos, inalação, glicemia capilar “HGT”, verificação de PA, notificação compulsória de doenças; encaminhamentos, atendimento de serviço social e do enfermeiro; cuidado ou visita domiciliar e atividades em grupos, entre outros.

As UBSs sem Saúde da Família, devem disponibilizar equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

Alguns critérios internacionais recomendam como mínimo 10 médicos para cada 10 mil habitantes e demais profissionais (BRASIL, 2004c). É pouco válido estabelecer um índice ideal de profissionais por habitante, a ser aplicado de forma generalizada, na medida em que a distribuição dos profissionais depende de fatores regionais, socioeconômicos e epidemiológicos, entre outros, que diferem de região para região num mesmo país (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Vale mencionar que o idoso requer uma atenção especial, diferente da dispensada aos pacientes de outras faixas etárias, exige cuidado distinto com maior sensibilidade e perspicácia pelo profissional que presta atendimento, assim, requer maior número de profissionais para atendimento do mesmo.

Um estudo de indicadores de recursos humanos conduzido pelo Ministério da Saúde – Indicadores e dados básicos para a saúde – IDB 2006, mostrou que no estado do Paraná no ano de 1990 o número de médicos era de 0.92, de enfermeiros 0.31, técnico de enfermagem 0.1 e auxiliar de enfermagem de 0.76 por mil habitantes. Enquanto para o ano de 2005 houve uma evolução no número de profissionais, os médicos para 1.53, enfermeiros 0.53, odontólogos 1.27, técnico de enfermagem 0.46 e auxiliar de enfermagem 0.99 por mil habitantes (BRASIL, 2007c). Constata-se em 2005 o surgimento dos odontólogos com 1.27 e dos farmacêuticos com 0.94 por mil habitantes.

A intenção inicial do estudo era identificar se o número de profissionais estava adequado ou não à população residente na área de abrangência de cada UBS, mas ante a divergência entre os sistemas de informação não foi possível realizar o cálculo do número de profissionais por UBS. Rebouças, Pereira (2006, p. 133) reforçam que “a qualidade de um indicador está relacionada à qualidade da base de dados que lhe dá origem. Os dois critérios usualmente são empregados para avaliar uma base de dados são a cobertura populacional que alcança e a confiabilidade dos seus dados”.

Diante da situação exposta, há a preocupação de como identificar a demanda e fazer o planejamento de ações com a ausência ou discrepância nos registros de dados, se tais informações servem de parâmetro para que se possa formar uma opinião da realidade local. Andrade e Soares (2001) afirmam que por diversos problemas, nem todos os dados se transformam em informações úteis. A autora salienta o excesso de dados coletados com pouca análise, a baixa qualidade, o atraso na análise e comunicação da informação, ocorrendo a perda de oportunidades de intervenção apropriada e no momento certo, além de baixa cobertura.

Neste contexto, Fekete (1997) cita que é preciso reconhecer que na realidade brasileira a estruturação das informações no setor da saúde é incipiente, ainda precisam de confiabilidade. Para a autora, a disparidade das informações disponíveis nos sistemas de saúde e nas instituições, bem como a carência de informações quantitativas e qualitativas para a construção de indicadores, são problemas fundamentais para o desenvolvimento do processo de avaliação.

### 5.2.1 Estrutura física das Unidades Básicas de Saúde

No Quadro 1 pode-se observar a dimensão em metros<sup>2</sup> e a percepção do pesquisador no que tange a cada uma das variáveis expostas nas demais colunas de acordo com as categorias. Na UBS nº. 1 são utilizados os mesmos consultórios para Ginecologia e Obstetrícia (GO) e Clínica Geral (CG), apresentavam pia com dispensador de sabão líquido, suporte de porta papel toalha, um biombo e um sonar sem condições de uso, mas têm um consultório de CG à disposição com pia, saboneteira, sem suporte de papel toalha, otoscópio, mesa clínica, sem biombo. No Consultório de Clínica Pediátrica (CP), com pia, dispensador de sabão líquido, suporte de porta papel toalha, mesa pediátrica, otoscópio, fita métrica na parede, sem biombo.

Todos os consultórios possuíam cortinas de tecido, ausência de negatoscópio, dos três otoscópios dois apresentavam defeitos, a sala de reuniões foi adaptada com divisórias para fazer dois consultórios e mais três salas, sendo uma de cuidados de enfermagem, uma o dispensário de medicamentos e a sala de vacinas. Tanto a copa quanto a sala de vacinas com lâmpada queimada.

Na UBS nº. 2 o consultório GO com mesa ginecológica, sonar, otoscópio, dividida em dois ambientes com divisórias um ambiente para consulta e o outro para coleta de exames com banheiro de 1.65m<sup>2</sup> anexo, sem dispensador de sabão líquido, o consultório de CG com otoscópio, mesa clínica e um negatoscópio, sem biombo e o consultório de CP com mesa clínica, otoscópio, sem biombo.

A clínica odontológica possuía sala de espera, escovódromo, consultório odontológico com três cadeiras odontológicas completas, apresentavam leve degrau sem corrimão no acesso de entrada da clínica dificultando locomoção para idosos e cadeirantes. O banheiro público estava interditado no dia da observação.

Estrutura	Dimensão (m <sup>2</sup> )				Iluminação				Ventilação				Ruído				Área física			
	Unidades Básicas de Saúde																			
	01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04	01	02	03	04
Sala de Espera	18	35.7	18	10,8	A	A	A	A	R	A	I	A	I	R	R	A	R	A	R	I
Recepção/Arquivo	7	9	7	9	A	I	R	I	R	I	I	A	I	I	R	R	R	R	A	I
Consultórios (WC) CO/CG	10.5	6.7	NE	NE	A	A	NE	NE	R	R	NE	NE	R	A	NE	NE	R	R	NE	NE
Consultório (CO)	NE	NE	15	17.5	NE	NE	R	A	NE	NE	I	I	NE	NE	R	I	NE	NE	A	I
Consultórios (CG)	8.25	9	10.5	13.2	A	A	R	A	R	A	R	I	R	R	R	I	R	R	A	I
Consultórios (CP)	8.25	8	EO	13.2	A	A	R	A	R	A	R	I	R	R	R	I	R	R	A	I
Consultorio Odontológico	NE	30.25	15.75	NE	NE	A	R	NE	NE	A	A	NE	NE	R	I	NE	NE	A	A	NE
Sala cuidados Enfermagem	8.25	8	10.5	18	A	A	A	I	A	A	A	A	I	R	R	I	R	R	A	I
Sala vacinação	6	6.2	EO	7.5	I	A	A	A	A	A	A	I	I	R	R	I	R	R	A	R
Sala reuniões	27	22.5	55	58.5	R	A	A	A	R	A	A	I	R	A	I	I	R	R	R	I
Farmácia	4.8	6	6.9	7	R	A	A	A	I	I	I	I	I	A	R	I	R	R	A	R
Expurgo	3.3	2.25	2.5	3	I	A	A	R	I	R	I	R	R	A	R	I	R	R	R	I
Copa	5.25	3.75	15	15	R	I	I	A	I	I	A	A	R	A	I	I	R	A	R	R

Quadro 1 – Estruturas das UBS segundo a percepção das variáveis: dimensões, iluminação, ventilação, ruído e área física.

Fonte<sup>2</sup>: Questionário e observação das unidades.

A = adequado (1) I = inadequado (2) R = Razoável (3) (9) IGN NE = Não encontrado EO = Encontrado junto com outra estrutura.

<sup>2</sup> Instrumento adaptado do Projeto de Pesquisa de “Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil” – Universidade Federal de Pelotas e do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – Universidade Federal de Pelotas.

Na UBS nº. 3 eram utilizados os mesmos consultórios para CG e CP com otoscópio, negatoscópio, mesa clínica sem biombo, no consultório GO com mesa ginecológica e um biombo, todos os consultórios possuíam pia, dispensador de sabão líquido, suporte de porta papel toalha. Ainda pode ser observado no quadro nº. 01 a existência de salas ou consultórios contemplados junto com outra estrutura, como é o caso da sala de cuidados de enfermagem juntamente com sala de vacina e os consultórios de CG e CP. O consultório odontológico com escovódromo, equipo odontológico completo e apresentava ruído intenso do compressor que ficava próximo a janela do consultório odontológico no lado externo.

Sala de reuniões e dos ACS em área improvisada no mesmo ambiente utilizando divisória para organizar a sala de curativo, farmácia, sala da coordenação, de coleta de exames e agendamento de especialidades, as quais absorvem ruídos internos e externos e algumas sem presença de janelas ou ventilação.

Na UBS nº. 4 o consultório de CG com otoscópio, mesa clínica, o consultório de CP com otoscópio, negatoscópio e mesa clínica, o consultório de GO com mesa ginecológica e biombo. Todos os consultórios com piso de madeira (taco) em péssimas condições, encardido, sem banheiros nos consultórios e cortinas de tecido.

Sala de reuniões e dos ACS organizada no mesmo ambiente, apresentando vidros quebrados, paredes descascadas em má conservação, absorvendo ruídos internos e externos. Foi utilizada divisória para acrescentar as salas de serviço social, enfermagem, curativos, cartão ponto, agendamento de exames e especialidades e sala de vacinação absorvendo ruídos internos e externos.

A sala da recepção e arquivos apresentavam paredes descascadas, com sujidades de material não lavável.

Na área de expurgo de todas as UBS era realizada apenas a desinfecção do material de inalação e armazenamento dos demais materiais antes de encaminhar para a esterilização que era centralizada no PAC I. Recolhidos e entregues diariamente, sendo que material de curativo e ablação de pontos às vezes faltava, pois a solicitação dos itens era realizada pela média de atendimento.

A estrutura física, das quatro UBS, não era condizente com a Resolução das Diretorias Colegiadas nº 50 (RCD50) do regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nos acabamentos de paredes, pisos e tetos devem ser priorizados materiais que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas e resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, mesmo após o uso e limpeza freqüente.

Na UBS nº4 o piso de madeira nos consultórios estava totalmente inadequado às normas vigentes que indicam a necessidade de pisos lisos laváveis, impermeáveis e resistentes ao uso de desinfetantes, também a abrasão e impactos a que serão submetidas.

Ainda de acordo com a RDC50 as dimensões da estrutura física não estavam de acordo com as especificações da legislação. Cabe salientar que a sala de vacina deve ser exclusiva, não sendo permitida a junção com qualquer outra sala de procedimentos, como na UBS nº3.

Nas UBSs os tensiômetros e balanças não são aferidos de acordo com parâmetros técnicos, ou seja, a aferição e manutenção preventiva destes equipamentos não são realizadas, no mínimo, semestralmente, mas apenas quando estragam, exceto na UBS nº. 3 que realizava aferição regularmente no mínimo a cada quatro meses. Não dispunha de equipamentos como eletrocardiógrafo, oftalmoscópio para o atendimento. No entanto, contava com caixa de emergência, dentro do prazo de validade e equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgência e emergências como: ressuscitador manual, máscara, cânula de guedel, dispositivo flexível para punção venosa periférica em adultos, solução para hidratação parenteral, medicamentos e torpedo de oxigênio. As UBSs ainda possuíam glicosímetros e suprimento regular de fitas para acompanhamento da população de diabéticos, salienta-se que os exames eram realizados apenas com pedido médico ou pelo enfermeiro.

Cada UBS possuía uma área física para dispensário de medicamentos básicos, como por exemplo, anti-hipertensivos, para diabetes e doenças cardíacas. A insulina era dispensada nas farmácias básicas devido a conservação da mesma, apenas com receita médica, as seringas e agulhas são retiradas nas UBSs. A dispensação da insulina era centralizada nas duas farmácias básicas, dificultando o acesso do usuário, pela distância das mesmas com as UBSs, o que poderia ser solucionado com a descentralização das insulinas para as UBSs.

Entende-se que a avaliação das barreiras arquitetônicas nas UBSs é necessária para a adequação da atenção à saúde do idoso. Foi observado em todas as UBSs a presença de escadas e rampas alternativas com corrimão, em duas delas a rampa alternativa era íngreme sem corrimão, em uma localizava-se na porta de entrada com pedaços soltos de piso antiderrapante, papelão e tapete e em outra unidade a rampa era para o acesso à clínica odontológica, com 1 metro de largura, íngreme, com corrimão.

A sala de acolhimento da UBS nº. 1 possuía piso irregular, banheiro público de 1.50<sup>2</sup>, com pequeno degrau impossibilitando acesso para idosos e pacientes que utilizam cadeira de rodas ou dispositivos de ajuda. Apresentava pequenos degraus no acesso para o balcão da recepção e para os consultórios de CM e GO.

A calçada pública de acesso às escadas e a rampa, estava quebrada, com pedra brita em péssimas condições para locomoção dos idosos, cadeirantes ou de qualquer pessoa que utilizasse dispositivo de ajuda.

Os corredores das UBSs eram desprovidos de corrimão, os banheiros públicos eram pequenos e não permitiam acesso de cadeirantes e ou idosos que utilizassem qualquer dispositivo de ajuda para locomover-se e as portas dos banheiros com abertura invertida, ou seja, para dentro. Apenas a UBS nº2 apresentava um banheiro público para cadeirante, sem corrimão.

A sala de espera de todas as UBSs possuíam cadeiras inadequadas para o idoso, sem braço de apoio e o encosto não proporcionando bom suporte ao dorso e aos ombros; havia cadeira de rodas a disposição.

Certamente, há necessidade de reflexão pelos administradores, gestores e trabalhadores de saúde sobre as práticas instituídas, com perspectivas de mudanças. Dessa forma, corroborando com Madureira, Capitani e Campos (1989) ao assinalarem que a implantação de novas rotinas para a rede básica, bem como normas diagnósticas e terapêuticas e a redefinição da padronização de equipamentos médicos e de medicamentos que atendam essa parcela da população.

### 5.2.2 Atendimento nas Unidades Básicas de Saúde

O acolhimento vem ganhando espaço e importância nos serviços de saúde e, sobretudo, vem aprofundando a discussão a respeito do problema de acesso e da recepção dos cidadãos nos serviços de saúde.

De acordo com Franco, Bueno e Merhy (1999) as soluções práticas conhecidas ultimamente para a questão do acolhimento na atenção básica, tendem a concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde como a recepção, triagem e acesso.

O Ministério da Saúde propõe o “Acolhimento” de modo a operar o processo de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos cidadãos (BRASIL, 2006a).

As quatro UBSs não possuíam área de abrigo externo, em três delas os usuários ficavam expostos às condições climáticas até o início das atividades, em uma os usuários ficavam abrigados em uma sala recebidos pelo vigia que orientava a organização dos serviços e reforçava aos idosos que o agendamento para eles podia ser a qualquer momento. É importante frisar que a sala de acolhimento nessa UBS foi uma conquista da população, após várias reivindicações e movimentos da comunidade.

Segundo Paim (1999), as UBSs têm adotado o modelo assistencial voltado para a demanda espontânea e para as campanhas sanitárias. As UBSs se organizam e se estruturam para a demanda espontânea que está focada para seus usuários, sendo às vezes insuficientes e, reforçam para as pessoas da comunidade de que só devem procurar as UBSs quando já estiverem doentes, sendo esta forma de organização incapaz de alterar, significativamente, o processo saúde-doença. Portanto, adota-se de forma complementar e dependente, as campanhas sanitárias que se dá por operações de combate a epidemias ou endemias, campanhas de vacinação, e programas de atenção à saúde.

Em todas as UBS o acesso dos usuários acontecia pela demanda espontânea. A recepção redirecionava os pacientes para os diversos serviços, como por exemplo, serviço social, consulta de enfermagem e consulta médica. Após o atendimento médico o paciente podia ser encaminhado para agendamento de especialidades ou para Farmácia. Para determinados procedimentos como: curativos, vacinas, exames, farmácia, dentre outros, não era necessário passar pela recepção das unidades.

As coordenadoras relataram que o profissional enfermeiro realizava atividades individuais de Puericultura, controle de peso para pessoas inscritas na bolsa família, coleta de preventivo de câncer, entrega de medicamento para pacientes com diagnóstico de Hanseníase (MH), visitas domiciliares e as atividades em grupo realizadas eram as reuniões com grupos de hipertensos e diabéticos.

A assistente social realizava solicitação para o conselho tutelar e grupo sentinela de apoio crianças e adolescentes, encaminhamento de aposentadorias e visita domiciliar para os nascidos vivos com risco social.

O aumento da população idosa exige que os profissionais da área da saúde, inclusive os enfermeiros, conheçam o processo de envelhecimento natural, bem como o processo saúde-doença, de forma a estarem aptos para prestar uma assistência individual e coletiva voltada às peculiaridades dessa população.

Portanto, nas UBSs estudadas não foi encontrado serviço específico para os idosos, os atendimentos eram mistos, com prioridade no agendamento das consultas básicas, que não se

diferencia e disponibilizavam diariamente duas consultas, apenas a UBS 3 disponibilizava de quatro a cinco fichas para os idosos.

A maioria (68,1%) dos idosos informou que há três anos ou mais não realizava consulta odontológica, 13,5% havia realizada há menos de um ano e 16,3% de um a dois anos e 2,1% disseram nunca ir ao dentista. Esta informação associada àquela assinalada anteriormente, de que apenas dois idosos referiram ter plano de saúde com assistência odontológica, indica um ponto de estrangulamento dos serviços de saúde. Uma possível explicação para estes achados seria a baixa oferta dos serviços odontológicos para a população idosa, reforçando a discussão de que os gestores não priorizam o acesso do idoso aos serviços odontológicos, bem como não ampliaram o acesso a todas as faixas etárias, conforme preconiza o Ministério da Saúde e, ainda não conseguiram a inversão do modelo assistencial, prevalecendo o padrão curativo.

Pinheiro et al. (2002) citam que é preconizada pelo menos uma consulta anual ao dentista para uma boa saúde bucal. No Brasil, esta prática é maior nas idades escolares, provavelmente imputada por políticas públicas, resultando na maior oferta do serviço na rede escolar.

Assinala-se ainda que as barreiras de acesso são acentuadas e podem estar relacionadas tanto à disponibilidade de recursos humanos e financeiros, como à percepção dos idosos sobre a necessidade de saúde bucal.

É importante salientar que o Ministério da Saúde, com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal vem, nos últimos anos, buscando melhorar a condição de saúde e superar as desigualdades entre os grupos vulneráveis, a partir da reorganização do sistema de saúde bucal e da prática assistencial, do aumento do atendimento, ampliando o acesso a todas as faixas etárias aos serviços odontológicos, garantindo-lhes a integralidade da atenção. Tal possibilidade deve ser visualizada e implementada pelos municípios (BRASIL, 2006c).

No município estudado, a porta de entrada para os serviços de saúde são as UBSs, onde os cidadãos iniciam seu atendimento pelo clínico geral que referencia para um especialista se necessário. De posse da referência o paciente retorna na recepção ou na sala de agendamento onde é registrado por especialidade no caderno de controle das UBSs, e após agendamento o paciente é comunicado por telefone ou pessoalmente pela ACS. Ressalta-se que na indicação de retorno do paciente pelo médico especialista o agendamento é realizado sempre pela UBS de origem do paciente, o que causa dificuldade de acesso das pessoas para atenção especializada pela limitação da quantidade de consultas disponibilizadas para as UBSs em determinadas especialidades.

As especialidades são agendadas por ordem de chegada na recepção das UBSs, registradas individualmente e são destinadas conforme cota mensal ou quinzenal. A prioridade não é dada aos idosos, e sim é determinada pelo médico, mediante o registro do termo “urgente” no impresso de encaminhamento, independente da idade da pessoa.

Foi verificado nos cadernos de controle das UBSs nº 1 e 2, a psicologia como uma das especialidades que os pacientes eram referenciados. O tempo entre o agendamento e a realização da consulta demora em torno de 45 dias; e três coordenadores citaram a nutricionista, que entre o agendamento até a realização da consulta demora em média 2,5 meses, 6,5 meses e 3,5 meses respectivamente, exceto a UBS nº. 1.

Em relação à referência para a atenção especializada constato-se, no Gráfico 6, que as UBSs dispõem de diversas especialidades médicas, mas em quantidade insatisfatória ocorrendo variações entre as UBSs. Ainda, é possível observar o tempo de espera em cada UBS, para o agendamento das consultas especializadas.

Em todas as especialidades depois da consulta agendada, o tempo de espera do paciente para a realização da mesma é de um a 15 dias no máximo.

No Gráfico 6 não se contemplou as especialidades de ortopedia e a nefrologia que se apresentam com o mesmo comportamento entre todas as UBSs e as pessoas conseguem o agendamento e a consulta dentro do mês.

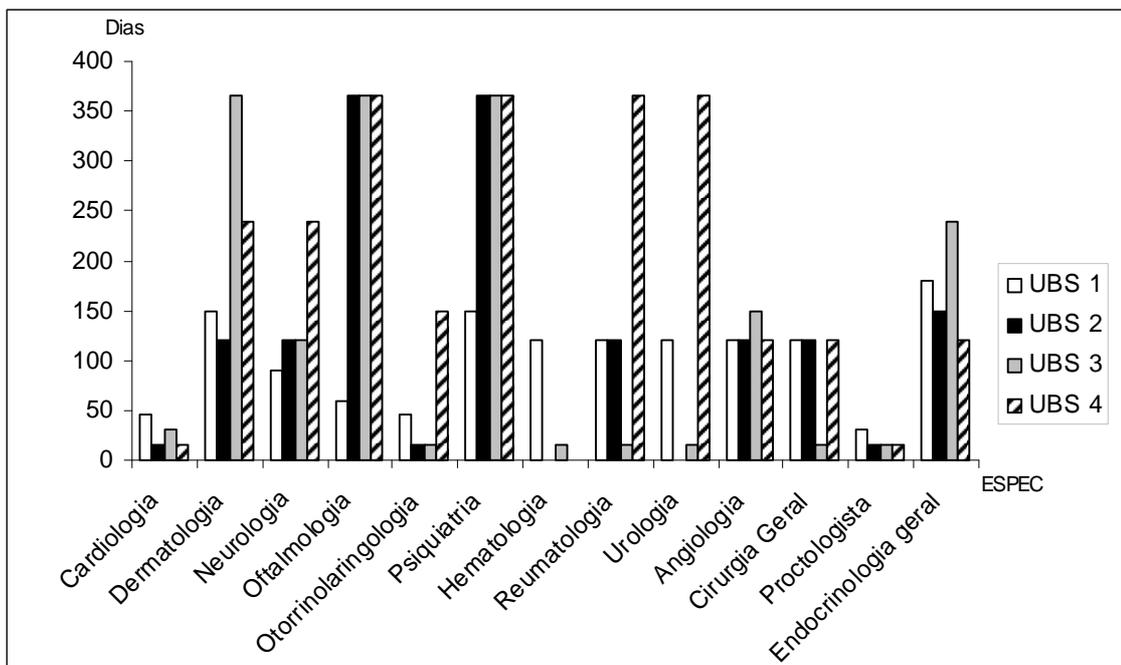


Gráfico 6 – Tempo de espera para agendamento de consultas Especializadas, por Unidade Básica de Saúde.

Fonte: Entrevista com as coordenadoras e observação das UBSs.

Os idosos entram na fila como os demais usuários, exceto nas UBSs nº. 1 e 4 para a oftalmologia, a qual possui agendamento em separado, sendo a preferência para o idoso. Na UBS nº 3, agenda-se no primeiro momento a “urgência e emergência” indicada pelo médico.

Cabe lembrar que a 5ª causa que mais incomoda os idosos foi a doença dos olhos e anexos e o agendamento para a oftalmologia em três UBSs demora em torno de um ano.

Cabe ressaltar que todas as UBSs não contavam com atendimento de médico geriatra e pneumologista e não tinham unidades para onde referenciar. O controle da liberação da fisioterapia não era realizado pelos profissionais das UBSs, pois o procedimento era solicitado pelos médicos especialistas e a autorização da mesma era realizada pelo CRE/CISOP ou central de autorizações do município e as coordenadoras não souberam precisar se a quantidade era suficiente.

De acordo com os idosos a marcação da consulta tanto para a clínica básica como para especializada em todas as UBSs demorava em torno de 15 minutos a uma hora e a consulta na clínica básica era realizada dentro de um a sete dias. No caso de urgência-emergência a consulta era realizada no dia ou o paciente era encaminhado para atendimento em outro local, enquanto o tempo de espera para a realização da consulta especializada podia levar de seis meses a um ano, dependendo da consulta solicitada.

Verificou-se desconhecimento desses idosos em relação ao tempo transcorrido desde o agendamento até a realização das consultas especializadas, pois estes informaram que para marcar consulta com especialista demorava no máximo uma hora.

O Ministério da Saúde preconiza “organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada, a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção” (BRASIL, 2006d, p. 41).

Quanto aos exames complementares existia a oferta para a população, mas para alguns exames o número era reduzido. Foi informado pelas coordenadoras a quantidade insatisfatória nos exames de eletrocardiograma, VDRL, ácido úrico, creatinina/Uréia, glicemia plasmática, hemograma completo, citologia de colo uterino, teste de elisa, exame comum de urina e tipagem sanguínea.

As UBSs realizavam a coleta de material para os exames básicos na própria unidade, exceto a UBS nº. 4 que encaminhava todos os usuários para a coleta dos exames básicos ao laboratório central, a UBS nº. 3 só encaminhava para o laboratório central quando o número de usuários superava a cota. Os exames eram agendados no dia da solicitação, coletados cinco a sete dias depois, sendo o resultado entregue ao usuário em 15 ou 20 dias. Com as

informações das coordenadoras não foi possível verificar se os exames de colposcopia e urocultura eram disponibilizados em quantidade satisfatória, pois eram realizados em outros locais e as UBSs não tinham o controle.

Os exames complementares de média complexidade como a citologia de colo uterino, demoravam em torno de 20 dias do agendamento até a realização e mais 40 dias até o resultado; o eletrocardiograma era agendado diariamente no PAC I e demorava de cinco a 60 dias para ser realizado; o exame e o resultado sem laudo era fornecido na hora, com laudo demorava em média mais 30 dias. A ultra-sonografia pélvica, vaginal e obstétrica eram agendados via Central de Autorização de Exames Municipal, entre o agendamento pelas UBSs e a realização do exame levava em torno de quinze dias.

Para exames solicitados por especialistas como densitometria óssea, ressonância, eletroneuromiografia, o serviço social das UBSs realizava a confirmação de endereço e renda, após o paciente retornava à central de autorização de exames, não sendo controlado o tempo de espera entre o agendamento e a realização do exame pelas UBSs.

Retomando o quadro de morbi-mortalidade e os problemas de saúde apresentados pelos idosos, é importante lembrar que as doenças causam impacto importante nessa parcela da população e os exames básicos, de média e alta complexidade são fundamentais no apoio diagnóstico e controle das doenças. No entanto, reorganizar fluxo, disponibilizar cota maior de exames, agilizar os resultados e priorizar essa parcela da população são ações que podem ser repensadas e discutidas entre a equipe de saúde e gestores municipal e estadual.

Na avaliação das intervenções em saúde coletiva as entrevistas com os coordenadores e observação das unidades básicas de saúde foram relevantes, notando que a oferta dos serviços de saúde proporciona algumas deficiências na clínica especializada, apresentando-se insatisfatória nas especialidades essenciais para a demanda dos idosos, bem como nos exames básicos e de média complexidade de maior utilização, como exemplo o eletrocardiograma. Lembrando que a oferta dos serviços de saúde em quantidade e qualidade adequada, tanto nas clínicas especializadas como nos exames básicos, podem contribuir na melhoria do perfil epidemiológico encontrado.

É necessário reconhecer que os direitos dos idosos são ignorados pelos profissionais das UBSs quando do agendamento das consultas especializadas e dos exames, não priorizando os mesmos, conforme preconizado pelas leis Federal, Estadual e Municipal.

O estabelecimento de fluxos e mecanismos de referência e contra-referência para o encaminhamento dos pacientes da Atenção Básica para a rede especializada e vice-versa é fundamental para a organização dos serviços de saúde e o acesso dos pacientes. Dessa forma,

as solicitações para estes serviços obedecem a um fluxo hierarquizado e tanto os médicos da atenção básica como os especialistas devem respeitá-lo.

As coordenadoras afirmaram que o clínico geral realizava a referência para a consulta especializada e que apenas o PAID encaminhava a contra-referência, diferente dos médicos especialistas que não informavam ao clínico sobre os procedimentos realizados com o usuário. É importante para os profissionais da atenção básica que a contra-referência seja efetivada pelos especialistas, assegurando apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes.

Os protocolos referidos pelas coordenadoras foram os indicados pela Secretaria de Saúde e os oriundos dos programas tais como: SISPRENATAL; HIPERDIA; SISVAN, MH; SAMU, PAID; dispensação de medicamentos e planejamento familiar, e protocolos do estado como vacinas especiais e medicamentos excepcionais.

Alguns medicamentos são retirados conforme protocolo pré-estabelecido pela secretaria municipal e secretaria estadual de saúde, junto ao Centro Especializado de Doenças Infecto-Parasitária (CEDIP), 10ª RS e farmácias básicas I e II. Na UBS nº. 2 foi observado um cartaz junto a dispensação de medicamentos, de fácil visualização com a relação de remédios fornecidos pela Secretaria de Saúde Municipal, bem como o local e os documentos necessários para a liberação de determinadas medicações. Na UBS nº. 3 foi observado que o Aldalat Retard (nifedipina) e Ranitidina estavam em falta há aproximadamente um mês, mesmo após solicitação.

A farmácia básica tem Protocolo Padronizado denominado Solicitação de Medicamentos Especiais (não padronizados), que é preenchido pelo médico e serviço social e encaminhado para a farmácia básica que avalia a disponibilidade da medicação, de acordo com a cota mensal de gastos, podendo dispensar o medicamento integralmente ou parcialmente. Não foi observado retorno de paciente sem medicação no dia.

### 5.2.3 Acesso e utilização dos serviços de saúde

Segundo determina a Constituição Federal no artigo 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, bem como previsto pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90. Nesse sentido todo e qualquer cidadão tem o direito de ser atendido pelo SUS. Dentre as diretrizes do SUS assinala-se o atendimento integral, que se fundamenta na oferta das ações e serviços de saúde preventivos, assistenciais e curativos.

Entre os idosos que informaram a procura pelo atendimento 78% referiram as UBSs como primeira escolha, demonstrando que a inversão entre a assistência hospitalar e a ambulatorial, pretendida pelo SUS, está sendo realizada. Os outros locais referidos foram as clínicas de convênio, consultório particular, hospitais credenciados ao SUS e HUOP, PAC I ou II, somente 7,1% idosos afirmaram buscar atendimento em diferentes locais.

Os 41 idosos que utilizaram as UBS, nos últimos 15 dias que antecederam as entrevistas, o fizeram por diversos motivos tais como: realização de exames de rotina, pegar medicação, encaminhamentos, trocarem receitas, doença, exames preventivos, vacinação, acidentes ou lesão, atestado de saúde, tanto os problemas odontológicos como a reabilitação não foram citados.

Quatro idosos referiram buscar por atendimento por mais de uma vez e ainda assim informaram que seu problema não havia sido resolvido. Este fato contribui para o descrédito dos serviços da atenção básica e conforme identificado anteriormente os idosos apresentaram doenças crônicas, que demandam cuidados constantes e os serviços devem estar atentos para suprir as necessidades dessa população.

O padrão de demanda de serviços é semelhante entre os idosos entrevistados, chamou atenção o fato de se identificar nos depoimentos baixa procura pelos atendimentos preventivos, tratamento e reabilitação executada por outros profissionais de saúde que não o médico. Os tipos e motivos de atendimentos foram semelhantes em todas as UBSs. O que pode ser presumido pelo padrão de atendimento estar centrado no médico (modelo curativo), além das decisões das ações serem centralizadas, desconhecimento da equipe multiprofissional da realidade local e falta de planejamento local conforme perfil epidemiológico apresentado pela população.

Os serviços onde os entrevistados foram atendidos realizaram encaminhamentos em 5,0% dos casos para consultas especializadas, fisioterapia, farmácia básica e posto de saúde central.

Foi receitado medicamentos para 31 (22,0%) dos idosos atendidos, sendo que a maioria foi adquirida pelo SUS, dois (6,5%) em farmácias particulares, sete (22,5%) foi adquirida em farmácias particulares e SUS, e dois (6,5%) não adquiriram o medicamento. Destaca-se que os idosos não foram integralmente atendidos, enquanto alguns não adquiriram a medicação, uma parte comprou na rede privada para suprir suas necessidades de saúde, isto pode significar que os medicamentos não estão sendo disponibilizados em quantidade e ou de acordo com o quadro de morbidade apresentado pelas pessoas.

Embora tenha sido mencionada apenas por um idoso a ausência de acompanhante como motivo mais importante da não procura pelos serviços, indica ser necessário mais atenção da equipe de saúde na implementação de serviços domiciliares regulares com busca ativa dos idosos que requerem cuidados de saúde e não buscam o atendimento. Os serviços ambulatoriais devem garantir a vinculação dos pacientes com a UBS para o diagnóstico, tratamento resolutivo e de qualidade.

Cento e vinte e seis idosos (89,4%) informaram buscar por consultas médicas, nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista, 15 (10,6%) disseram que não consultaram neste período. Pode ser observado que o período de três meses foi o mais referido. Isto pode ser reflexo da utilização do protocolo de HIPERDIA municipal que preconiza a solicitação de exames trimestrais e consulta médica semestral (Gráfico 7). O número de consultas realizadas pelos idosos, no período, foi diversificado, variando de uma a quarenta consultas em um ano.

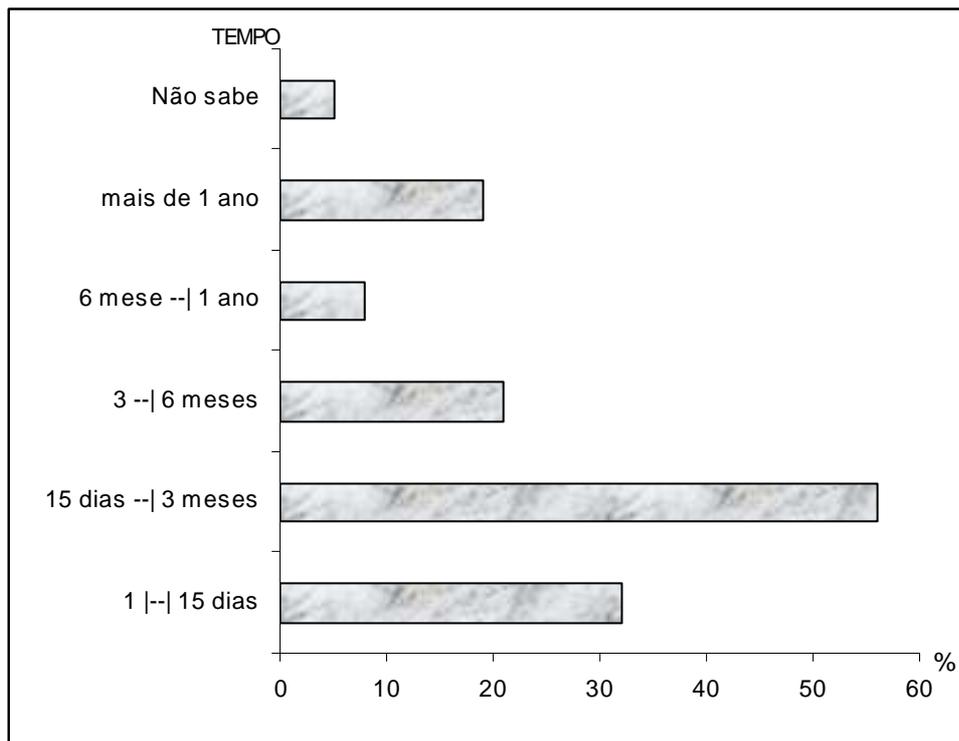


Gráfico 7 – Tempo informado pelos idosos da última consulta realizada nas Unidades Básicas de Saúde de Cascavel/PR em 2007.

Fonte: Entrevista com os idosos.

Nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista, 29 (20,6%) dos idosos disseram que foram internados, destes um já estava em internação domiciliar a 180 dias. Os demais 28 (19,9%) realizaram internação hospitalar, destes 13 (9,2%) permaneceram internados de um a três dias, seis (4,3%) ficaram internados de quatro a seis dias, cinco (3,6%) de sete a nove dias

e quatro (2,8%) de dez a vinte dias de internação. Dezenove pessoas (13,5%) ficaram internadas de uma a cinco vezes; sete (5,0%) de seis a dez; duas (1,4%) onze a quinze e uma (0,7%) pessoa foi internada vinte vezes. Destaca-se que o principal atendimento quando esteve internado pela última vez foi para tratamento clínico, bem como o internamento foi realizado pelo SUS, apenas cinco (3,6%) foi realizado por plano de saúde.

Esta é uma forma simplificada de se conceber a amplitude do consumo hospitalar pela população idosa. Gordilho et al. (2000) referem que os idosos consomem mais serviços de saúde e quando comparado a qualquer outro grupo etário suas taxas de internação são bem mais elevadas e o tempo médio de ocupação do leito é superior. Lourenço et. al. (2005) relatam que a falta de serviços domiciliares e ou ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento no hospital ocorra em estágio avançado, elevando os custos e diminuindo as chances de prognóstico favorável. Lembrando que a garantia da assistência hospitalar ao idoso demanda mais recursos materiais, humanos, financeiros e tempo de atendimento.

Costa et. al. (2000), em trabalho publicado no informe epidemiológico do SUS, verificaram que os gastos proporcionais do SUS com internações hospitalares de idosos na região Sul foram superiores a 25%. Para esses autores, o envelhecimento tem sido acompanhado por aumento da prevalência de doenças crônicas, incapacidade e morte. No entanto, pesquisas recentes indicam que as doenças e limitações são conseqüências evitáveis do envelhecimento e o uso dos serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos saudáveis, contribui consideravelmente para os determinantes do envelhecimento saudável.

Tendo em consideração que a satisfação, por portar subjetividades, se torna difícil de aferir, e por isso a avaliação dos entrevistados deve ser relativizada, pois a questão dizia apenas sobre a opinião deles com o atendimento recebido. Para os idosos 41 (29,1%) que utilizaram os serviços de saúde, o atendimento recebido foi avaliado por sete (17,1%) como muito bom; 29 (70,8%) bom; três (7,3%) regular; um (2,4%) ruim e um idoso (2,4%) não opinou.

Os resultados evidenciados no trabalho apontam que a oferta de serviços para a população idosa é ruim, demonstrado pela demora na obtenção da consulta especializada e desconhecimento do volume de exames tanto da atenção básica como da atenção especializada, provavelmente, por não haver regulação municipal.

Esses resultados remetem à constatação que o município possuía, quando muito, apenas os serviços e equipamentos para o atendimento básico de saúde. Apresentando baixa incidência em procedimentos e equipamentos que exijam maior complexidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe dizer que o tema proposto desde o início foi estimulante, pois o estudo do envelhecimento humano e da avaliação são temas pertinentes na atualidade, a realização se mostrou relevante e espera-se que seja oportuna para o município, tendo em vista o momento favorável na atenção à saúde do idoso, conforme recomendação do Ministério da Saúde, aos gestores no que se refere ao atendimento e às prioridades que causem impacto sobre a situação de saúde dessa população.

A revisão dos estudos de avaliação da demanda e oferta de serviços de saúde no Brasil indicou a necessidade de ampliação desses com enfoque na assistência ambulatorial a população idosa.

Para responder aos questionamentos propostos em Cascavel a oferta de serviços ambulatoriais de saúde está adequada ao perfil e necessidade dos idosos? Como estão organizados esses serviços? Qual é a demanda potencial dos idosos para esses serviços? Optou-se pela avaliação da estrutura dos mesmos, tendo por base o depoimento das coordenadoras, a observação das unidades básicas de saúde e a necessidade dos idosos, tentando estabelecer elos entre a demanda e a oferta de serviços, e contribuir para modificar o panorama atual da assistência aos idosos.

Considera-se que os objetivos desse estudo foram alcançados, visto que possibilitou caracterizar a evolução do perfil epidemiológico dos idosos residentes em Cascavel, identificou a demanda e a oferta de serviços ambulatoriais público de saúde prestado à população idosa no ano de 2007, descreveu a oferta de serviços de saúde prestados pelas Unidades Básicas de Saúde e verificou-se parcialmente a adequação da oferta dos serviços de saúde no atendimento ao idoso.

As entrevistas com os idosos transcorreram de forma simples e fácil, pois os sujeitos mostraram-se disponíveis e dispostos em colaborar. Já a coleta dos dados secundários nas bases de dados disponíveis no município foi mais complicada, a dificuldade encontrada está relacionada a divergência de informações sobre a população adscrita em cada UBS, pois cada programa e seu sistema apresentava dados populacionais diferentes, o que dificultou algumas análises.

Conforme os achados neste trabalho, devido ao aumento da expectativa de vida da população, o envelhecimento se destaca tanto no município de Cascavel como no estado e país e é um desafio na atualidade para as três esferas de governo. Por isso, é necessário

implantar serviços voltados para as doenças crônicas, com foco na manutenção da máxima capacidade funcional pelo maior tempo possível, valorizando a autonomia e a auto-determinação dos idosos.

O desafio para as políticas públicas está em ajustar a assistência à saúde para atender o emergente contingente de idosos, na morbi-mortalidade que se apresenta ascendente, principalmente para as Doenças do Aparelho Circulatório, as Neoplasias, as do Aparelho Respiratório e as Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas. Outro aspecto, relevante da morbidade foram as Doenças do Sistema Osteomuscular, do Tecido Conjuntivo e as dos Olhos e Anexos, referidas pelos entrevistados.

O fato da maioria dos entrevistados informar que busca prioritariamente as UBSs para o atendimento e que lá, atualmente, tem grande parte dos problemas resolvidos e referir o diagnóstico realizado pelo médico, indica que para esses a expansão das unidades ampliou o acesso. Algumas conquistas talvez possam ser atribuídas as exigências e persistência da população. Ainda, a oferta também é determinada pelo uso, um maior acolhimento dos serviços e a fixação de vínculo dos idosos com a equipe de saúde, podem melhorar a resolutividade dos serviços e aumentar a capacidade de utilização pelos mesmos.

No município, as ações de saúde em relação a pessoa idosa, ainda são fragmentadas e desarticuladas. Para que se integrem, o primeiro passo consiste na tomada de consciência do problema pelos gestores municipal, estadual, federal e pelos profissionais de saúde, assim como pela própria população. Paralelamente, é necessário promover ação educativa permanente, reforçar o sistema de vigilância epidemiológica e monitorar as intervenções públicas nas áreas da prevenção e promoção da saúde.

A oferta de atendimento especializado é desproporcional à demanda atual, e esta situação se agrava na medida em que são incorporados novos usuários ao Sistema, pois foi observada a ausência de especialidades de geriatria e pneumologia, bem como a demora para o agendamento das especialidades de dermatologia, neurologia, oftalmologia, psiquiatria, reumatologia e endocrinologia essenciais na oferta do cuidado.

Os serviços de saúde nas unidades investigadas mostraram que o atual modelo de assistência é insuficiente no que tange a disponibilidade de exames complementares, cobertura de consultas especializadas, limitado na tomada de decisões, implementação de novas medidas como a referência e contra referência, reformas, construções, padronização de medicamentos de acordo com o quadro epidemiológico que afeta a população idosa.

A relação da oferta dos serviços de saúde e a demanda da população idosa revelaram, por um lado, a necessidade de avaliação, planejamento local, reorganização de fluxo,

regulação e resolutividade do serviço produzido. Por outro, a utilização e as dificuldades dos idosos para concretizar o atendimento integral pretendido.

Uma reversão desse quadro implica em redirecionar o sistema para as reais necessidades de saúde do idoso e para isso, torna-se necessário:

- Repensar a oferta de serviços de saúde disponibilizada para o homem, quanto à prevenção do seu quadro de mortalidade apresentada;
- Rever na assistência farmacêutica a oferta de insumos e medicamentos para a demanda das doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com definição de protocolos.
- Os exames básicos, de média e alta complexidade merecem atenção pelos gestores das três esferas do governo, no que tange a oferta, agilidade e disponibilidade tanto na prevenção como no acompanhamento do tratamento instituído;
- A contra referência pode ser trabalhada e instituída junto aos profissionais da atenção especializada para melhor acompanhamento no diagnóstico e tratamento do paciente pela equipe da atenção básica;
- Efetivar o atendimento domiciliar com equipe multiprofissional para todas as Unidades Básicas de Saúde, proporcionando acesso dos idosos;
- Os investimentos em infra-estrutura são urgentes e precisam financiar a aquisição de equipamentos, reforma e ou construção de UBSs em conformidade com as legislações vigentes.

O estudo realizado não abrange todos os aspectos relevantes e não se esgota neste momento, merecem atenção a morbi-mortalidade e suas conseqüências, acesso e utilização dos serviços para a demanda potencial de idosos, os fluxos de atendimento de acordo com o desempenho e necessidade dos mesmos, oferta de consultas especializadas, medicamentos de uso contínuo, entre outros de intervenção para melhoria da qualidade das práticas, no município estudado.

Certamente, há necessidade de reflexão pelos administradores, gestores e trabalhadores de saúde sobre as práticas instituídas, com perspectivas de mudanças do atual modelo assistencial. As ações de saúde que podem centrar-se na “oferta organizada” com planejamento local focado no quadro epidemiológico e grupos vulneráveis.

Demonstra-se no estudo a relevância da avaliação para o campo da saúde coletiva e sobre o planejamento da assistência, com o compromisso da construção e consolidação das políticas públicas.

Conclui-se que na realidade encontrada os gestores das três esferas de governo, os planejadores de saúde e as equipes interdisciplinares devem estar atentos, a fim de adequar a oferta de serviços de saúde à demanda apresentada pelos idosos.

A luta pela efetiva implementação da assistência a saúde do idoso na perspectiva de um sistema público de saúde articulado, integrado e comprometido, ainda é uma meta a ser conquistada.

## REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P.; MARANHÃO, M. A. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 47-55, maio/dez. 1995.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. Dados e Informação em Saúde: para que servem?. In: \_\_\_\_\_; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. da UEL, 2001. p. 161-181.

ASSIS, M. de. O envelhecimento e suas conseqüências. In: CALDAS, C. P. (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p. 39-48.

BASSIT, A. Z. Na condição de mulher: a maturidade feminina. In: PY, L. et al. **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004. p. 137-157.

BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. do S. M. de. A Unidade Básica no contexto do sistema de saúde. In: \_\_\_\_\_; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. da UEL, 2001. p. 133-143.

BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113-120, fev. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996**: aprova diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.conselho.gov.br/docs/resolucoes/reso196.doc>>. Acesso em: 5 jul. 2006.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 3. ed. São Paulo: Ática, 1989.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 1.948/GM de julho de 1996. **Regulamenta a lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõem sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências**. 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação da atenção básica**: experiências e possibilidades. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, ano 8, n. 13, p. 13, jan./mar. 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. **Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Internações hospitalares**. 2006. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/rxpr.def>> Acesso em: 7 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. **População residente: censos IBGE (1980, 1991 e 2000), contagem populacional (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2007), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio.** Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poppr.def>>. Acesso em: 16 maio 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede interagencial de informações para a saúde indicadores e dados básicos.** 2006b - IDB-2006. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>>. Acesso em: 16 set. 2007c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso:** guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na atenção básica em saúde.** Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, DF, 2006c. v. 4.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília, DF, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Uma análise da situação de saúde.** Brasília, DF, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, DF, 2006d. v. 1.

\_\_\_\_\_. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.** Brasília, DF, 2002b.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Estatuto do Idoso.** Brasília, DF, 2004b.

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

CAMARANO, A. A. (Coord.). **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Economica Aplicada, 1999. Texto para discussão, nº 681.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. Texto para discussão, nº 858.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. p. 25- 73.

CARTANA, M. H. F.; HECK, R. M. Contribuições da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 233-240, set./dez. 1997.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. da UEL, 2001. p. 27-59.

CASCAVEL. Secretaria Municipal de Saúde. Estrutura organizacional, Unidades de Saúde, **Unidades especiais e rede hospitalar do município**. Cascavel, 2006. Disponível em: < <http://www.cascavel.pr.gov.br/saude/index.html>>. Acesso em: 10 abr. 2006.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 106-130.

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

COHN, A. A. Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. 5. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003. p. 13-57.

CÔRTE, B.; OLIVEIRA, B.; MEDEIROS, S. **Brasil**: o que dizem os números sobre a pessoa idosa? Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/ocspdf/ABEP2006\\_190.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/ocspdf/ABEP2006_190.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2007.

COSTA, M. F. F. L. et. al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 23 – 41. jan./mar. 2000.

COSTA, M. F., L.; VERAS, R. Editorial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, maio/jun. 2003.

COSTA NETO, P. L. de O. **Estatística**. São Paulo: Ed. Blücher, 1997.

DONABEDIAN, A. **The methods and findings of quality assessment and monitoring: na illustrated analysis**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1985.

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica**. Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. de (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. p. 114 – 128.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREITAS, E. V. de; MIRANDA, R. D. Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 900-909.

FRIAS, P. G. de; LIRA, P. I. C. de; HARTZ, Z. M. de A. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: HARTZ, L. V. S.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: Ed. da UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 151- 206.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 715-739.

GOMES, G. C.; DIOGO, M. J. D'E. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: DIOGO, M. J. D'E.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org.). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas, SP: Alínea, 2004. p. 107-132.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: Unati, 2000.

IBGE. **Censo populacional 1991, 2000 e contagem populacional de 1996**. Brasília, DF, 2000. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/Estatisticas/pop/index.html>>. Acesso em: 7 fev. 2006.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KOLLARITS, C. R. Distúrbios oftálmicos. In: DUTBIE JÚNIOR, E. H.; KATZ, P. R. **Geriatría prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p. 449-458

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Condições de Saúde. In: SABE: Saúde, bem-estar e envelhecimento. **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 75-91.

LESSA, I. Outras doenças crônicas não transmissíveis de importância social. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

LOURENÇO, R. A. et. al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.39, n. 2, p. 311-318, 2005.

MADUREIRA, P. R. de; CAPITANI, E. M. de; CAMPOS, G. W. de S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5 n. 1, p. 45-59, jan./mar. 1989.

MATHIAS, T. A. de F.; MELLO JORGE, M. H. P. de. Evolução da mortalidade por neoplasias em idosos em Município do Estado do Paraná, 1979-1998. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 57-64, 2006. Suplemento.

MELLO JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, M. S. L. D.; LAURENTI, R. **A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Alínea, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Leitos por habitante**. 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/leitos.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Grupo Científico sobre la Epidemiología del Envejecimiento. **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos**. Ginebra, 1984. Serie de Informes Técnicos, no. 706.

PAES, N. A. **A geografia da mortalidade por causas dos idosos no Brasil**. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/saut18\\_3.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/saut18_3.pdf)>. Acesso em: 19.07.07>. Acesso em: 27 out. 2007.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-487.

PAPALÉU NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉU NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 3-12.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉU NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 26-43.

PEREIRA, M. G. Morbidade. In: \_\_\_\_\_. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 76-104.

PEREIRA, S. R. M.; MENDONÇA, L. M. C. de. Osteoporose e osteomalacia. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 798-818.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de Saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: IMS: ABRASCO, 2001. p. 65 –112.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistemas de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 895-910, 2006.

RAMOS, L. R. **A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional**. In: Guia de geriatria e gerontologia. Barueri: Manole, 2005. p.1-7.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 72 - 78.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudoeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n. 2, p. 87- 94, 1993.

REBOUÇAS, M.; PEREIRA, M. G. Indicadores de saúde para idosos. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 900-909.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia descritiva. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 77-117.

SANTOS, G. A. dos. Instrumentos de Avaliação: Apêndices. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1495-1536.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. da C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n. 4, p. 757-776, 2002.

SCOCHI, M. J. **Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde**: uma análise localizada. Rio de Janeiro, 1996.

SOUZA, E. A. de; ZANARDI, M. C.; SCOCHI, M. J.; MARASCHIN, M. S.; TONINI, N. S. Um olhar para o idoso e as políticas públicas de um município da região oeste do Paraná. CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE, 2., 2007, Maringá. SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO CCS, 4., 2007, Maringá. **Atenção à saúde**: realidade e perspectivas, Maringá, 2007. 1CDROM.

TIRADO, M. G. A. Reabilitação e manutenção da capacidade funcional. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Org.). **Saúde do idoso**: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 7. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

VERAS, R. P. **País jovem de cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, 1987.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A<sup>3</sup> – Entrevista com a coordenadora da UBS

### 1. Características da UBS:

1.1. Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_

1.2. Qual a vinculação desta Unidade de Saúde com o Sistema Único de Saúde?

- UBS própria da prefeitura;
- UBS Universidade/ Instituição de Ensino Superior Federal;
- UBS Instituição Filantrópica;
- Não sabe;
- outra situação \_\_\_\_\_

1.3. UBS por tipo:

- exclusiva com Estratégia Saúde da Família, com saúde bucal;
- exclusiva com Estratégia Saúde da Família (ESF), sem saúde bucal;
- UBS tradicional com Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS);
- UBS tradicional (sem ESF e PACS);
- UBS tradicional + ESF;
- Outros tipos de UBS, descrever: \_\_\_\_\_

1.4 Que áreas de ensino utilizam a UBS como campo de estágio?

- Medicina  Sim  Não
- Enfermagem  Sim  Não
- Nutrição  Sim  Não
- Odontologia  Sim  Não
- Psicologia  Sim  Não
- Serviço Social  Sim  Não
- Outros \_\_\_\_\_

1.5. Qual a população coberta pela UBS? \_\_\_\_\_/hab.  IGN e Idosos? \_\_\_\_\_

1.6. Qual o número atual de profissionais na UBS

\_\_\_\_\_ médicos; \_\_\_\_\_ clínico geral; \_\_\_\_\_ geriatra; \_\_\_\_\_ psiquiatra; \_\_\_\_\_ enfermeiros;  
 \_\_\_\_\_ auxiliares/técnicos de enfermagem; \_\_\_\_\_ assistente social; \_\_\_\_\_ cirurgiões dentistas;  
 \_\_\_\_\_ técnicos de higiene dental; \_\_\_\_\_ nutricionista; \_\_\_\_\_ agentes comunitários de  
 saúde(ACS); Outros: \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Instrumento adaptado do Projeto de Pesquisa de “Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil” – Universidade Federal de Pelotas e do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – Universidade Federal de Pelotas.

2. Organização do Processo de trabalho na Unidade Básica de saúde:

2.1. Como funciona o serviço para idoso (características, horários) \_\_\_\_\_

2.2. Horário de atendimento e N° de turnos de atendimento: \_\_\_\_\_

2.3. Como funciona a recepção da Unidade Básica de Saúde? \_\_\_\_\_

2.4. Como é realizado o agendamento de consultas e/ou outros serviços: \_\_\_\_\_

2.5. Como se dá o acesso, o acolhimento dos usuários aos serviços de saúde: \_\_\_\_\_

2.6. Descrever quais os serviços são ofertados pela Unidade Básica de Saúde (tipo de atividades, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros): \_\_\_\_\_

2.7. Ocorre referência e contra referência (Clínica Básica, Especialidade, Pronto socorro, Hospital) e de que forma acontece e como é realizado o acompanhamento: \_\_\_\_\_

2.8. Com relação as ações desenvolvidas pela UBS são utilizados protocolos? Citar

### **Observação da UBS**

3. Planta física das UBS:

3.1. Número de salas e distribuição;

Preencha o quadro abaixo com a dimensão em metros<sup>2</sup> e a sua percepção com relação a cada uma das variáveis expostas nas demais colunas de acordo com as seguintes categorias:  
 A= adequado (1)    I = inadequado (2)    R= Razoável (3)    (9) IGN    NE= Não encontrado    EO= Encontrado junto com outra estrutura

Estrutura	Dimensão (m <sup>2</sup> )	Iluminação	Ventilação	Ruído	Condição área física: piso, parede e teto
Sala de Espera					
Recepção/Arquivo					
Consultórios					
Consultórios com Banheiros					
Consultório odontológico					
Sala para cuidados de enfermagem					
Sala vacinação					
Sala reuniões					
Farmácia					
Expurgo					
Esterilização					
Cozinha					
Observação com relação à área física:					

3.2. Os tensiômetros e balança da UBS são aferidos de acordo com parâmetros técnicos (resposta afirmativa quando a aferição e manutenção preventiva destes equipamentos forem realizadas, no mínimo, semestralmente). \_\_\_\_\_

3.3. A UBS dispõe de outros equipamentos para o atendimento (eletrocardiógrafo, oftalmoscópio...). \_\_\_\_\_

3.4. A UBS dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgência e emergências (ambu, máscara, cânula de guedel, gelco para punção de vasos

calibrosos em adultos, solução para hidratação parenteral e medicamentos básicos de uso em paradas cardio-respiratória). \_\_\_\_\_

3.5. Os medicamentos são dispensados na farmácia da UBS (anotar se falta medicação no momento que o paciente procura ou os medicamentos para hipertensão, diabetes, insulina) ?

---



---



---

3.6. A UBS dispõe de glicosímetros e suprimento de fitas em quantidade suficiente (considerados indispensáveis no acompanhamento da população de diabéticos).

---



---

3.7. A UBS tem acesso direto a quais dos exames complementares abaixo relacionados:

Ácido úrico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Citologia de colo uterino	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Colposcopia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Creatinina/ Uréia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Elisa (HIV)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Glicemia plasmática	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Hemograma completo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Pesquisa de BAAR	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
RX sem contraste	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Exame comum de urina	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Tipagem sanguínea	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Ultrassonografia obstétrica	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
Urocultura	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório
VDRL	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, não satisfatório

Obs: agendamento, coleta e resultados: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

3.8. Com relação à referência para atenção especializada, a UBS dispõe de consulta médica para:

Cardiologia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe
Dermatologia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe
Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe
Ginecologia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe
Nefrologia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe
Neurologia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe
Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe
Ortopedia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe
Otorrinolarin- gologia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe
Geriatra	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe
Pneumologia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe
Psiquiatria	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, satisfatório	<input type="checkbox"/> Sim, insatisfatório	<input type="checkbox"/> Não sabe

Outros, Citar: \_\_\_\_\_

---



---

Como é realizado o agendamento das consultas especializadas? e quanto tempo demora para realizar a consulta?

---



---

4. Barreiras arquitetônicas: Breve descrição das características físicas, acesso (existência corrimãos nas escadas, rampas ou corredores, piso, portas de banheiros (abertura para fora,



## APÊNDICE B<sup>4</sup> – Roteiro para entrevista com os idosos

### 1. Identificação e controle:

- UBS: \_\_\_\_\_
- Nº da visita: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Início:\_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Tempo:\_\_\_\_\_

### 2. Caracterização da Família

Morador	Data Nasc.	Idade	Sexo	Ocupação	Atividade física (sim ou não)	Arrimo da família (apenas marque x)

Obs: O 1º morador indicado é sempre o informante

2.1. Atualmente frequenta a escola? ( ) não ( ) sim (siga)

2.2. qual o curso que frequenta? \_\_\_\_\_

### 3. Características de saúde:

#### 3.1 Morbidade

3.1.1. Refere alguma doença? ( ) não ( ) sim – Qual?

( ) doença de coluna ou costas; ( ) hipertensão arterial (pressão alta);

( ) artrite ou reumatismo; ( ) doença do coração;

( ) câncer; ( ) insuficiência renal crônica;

( ) diabetes; ( ) depressão;

( ) bronquite ou asma; ( ) tuberculose

( ) cirrose ( ) outros, citar \_\_\_\_\_

3.1.2. Qual é a doença que lhe incomoda mais? \_\_\_\_\_

3.1.3. Quem informou sobre a doença que tem? \_\_\_\_\_

3.1.4. Paciente acamado? ( ) não ( ) Sim – Quanto tempo? \_\_\_\_\_

3.1.5. Nas duas últimas semanas (15 dias), esteve acamado (a)?

( ) não ( ) sim - Quantos dias? \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Instrumento adaptado da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD de 2003 e da Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – Universidade Federal de Pelotas.

3.1.6. De modo geral, considera o seu próprio estado de saúde como:

( ) muito bom      ( ) bom      ( ) regular      ( ) ruim      ( ) muito ruim

**4. Cobertura de plano de saúde:**

4.1. Tem convênio médico: ( ) não – encerre a parte      ( ) sim

Qual: \_\_\_\_\_ ( ) particular      ( ) de empresa      ( ) órgão público

4.2. Qual é o valor da mensalidade deste plano de saúde:

- |                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| ( ) até 30 reais;              | ( ) mais de 200 até 300 reais;       |
| ( ) mais de 30 até 50 reais;   | ( ) mais de 300 reais até 500 reais; |
| ( ) mais de 50 até 100 reais;  | ( ) mais de 500 reais;               |
| ( ) mais de 100 até 200 reais; | ( ) não sabe.                        |

4.3. Este plano de saúde dá direito à assistência odontológica: ( ) não      ( ) sim

**5. Acesso aos serviços de saúde:**

5.1. Nas últimas duas semanas (15 dias) precisou de atendimento?

( ) não      ( ) sim – Onde procurou? \_\_\_\_\_ Foi atendido ( ) Não      ( ) sim

5.2. Por que motivo não foi atendido (a)? \_\_\_\_\_

5.3. Quanto tempo em média demora (ou) para ser atendido?

- Para marcar a consulta: Clínica Básica: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_
- Após consulta agendada: Clínica Básica: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_
- Outros atendimentos: Qual? \_\_\_\_\_

5.4. Nos últimos doze meses, consultou médico?

( ) não      ( ) sim – Quantas vezes? \_\_\_\_\_

5.5. Quando foi ao dentista pela última vez?

- |                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| ( ) Menos de 1 ano    | ( ) 3 anos ou mais        |
| ( ) De 1 ano a 2 anos | ( ) Nunca foi ao dentista |

**6. Utilização dos serviços de saúde:**

6.1. Quando precisa de atendimento de saúde costuma procurar o mesmo lugar?

( ) não      ( ) sim – onde? \_\_\_\_\_

6.2. Nas últimas duas semanas (15 dias) procurou por atendimento em algum serviço de saúde?

( ) Não – segue 6.9      ( ) Sim – onde? \_\_\_\_\_

6.3. Qual foi o motivo principal pelo qual ... procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?

- ( ) Acidente ou lesão ( ) Problema odontológico  
 ( ) Reabilitação ( ) Vacinação  
 ( ) Outros atendimentos preventivos ( ) Doença  
 ( ) Somente atestado de saúde ( ) Outro, citar: \_\_\_\_\_

6.4. Quantas vezes... procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas? \_\_\_\_\_

6.5. O serviço onde foi atendido realizou encaminhamentos?

- ( ) Não ( ) Sim – Citar: \_\_\_\_\_

6.6. No atendimento de saúde realizado foi receitado algum medicamento?

- ( ) não ( ) Sim

6.7. O medicamento receitado foi adquirido:

- ( ) particular (compra); ( ) SUS; ( ) Não sabe; ( ) Não adquiriu;  
 ( ) Farmácia básica; ( ) 10ª Regional de Saúde; ( ) Farmácia popular.

6.8. Considera que o atendimento de saúde recebido foi:

- ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim.

6.9. Nas últimas duas semanas, por que motivo não procurou os serviços de saúde?

- ( ) Não houve necessidade ( ) Não tinha quem o acompanhasse  
 ( ) Não tinha dinheiro ( ) Greve nos serviços de saúde  
 ( ) Dificuldade de transporte ( ) Achou que não tinha direito  
 ( ) Horário incompatível ( ) Não gosta dos profissionais do estabelecimento  
 ( ) O local de atendimento era distante ou de difícil acesso ( ) O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades  
 ( ) O atendimento é muito demorado ( ) Outro motivo \_\_\_\_\_

## 7. Internação:

7.1. Nos doze últimos meses esteve internado?

- ( ) não – encerre a parte ( ) sim – Local: ( ) Hospitalar ( ) Domiciliar

7.2. Nos doze últimos meses, quantas vezes esteve internado? \_\_\_\_\_

7.3. Quanto tempo permaneceu internado (a) (pela última vez) nos últimos doze meses? meses \_\_\_\_\_ e dias \_\_\_\_\_.

7.4. Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu quando esteve internado (a) pela última vez nos últimos doze meses?

- ( ) Tratamento clínico ( ) Tratamento psiquiátrico  
 ( ) Cirurgia ( ) Exames

7.5. Esta última internação foi feita pelo:

( ) Plano de saúde      ( ) Particular      ( ) SUS      ( ) Não sabe

## 8. Capacidade funcional

8.1. Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Katz:

Atividade	Independente	Sim	Não
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes.		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão).		

O escore total é o somatório de respostas "sim". Total de seis pontos significa independência para AVD; quatro pontos, dependência parcial e dois pontos, dependência importante.

Adaptado de: KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R. et al. (1970 apud SANTOS, 2006, p. 1534).

8.2. Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton

Atividades	Sem Ajuda (3)	Com Ajuda Parcial (2)	Não consegue (1)
1. O sr. (a) consegue usar o telefone			
2. O sr. (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especiais?			
3. O sr. (a) consegue fazer compras?			
4. O sr. (a) consegue preparar suas próprias refeições?			
5. O sr. (a) consegue arrumar a casa?			
6. O sr. (a) consegue fazer os trabalhos manuais doméstico, como pequenos reparos?			
7. O sr. (a) consegue lavar e passar roupas?			
8. O sr. (a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário certo?			
9. O sr. (a) consegue cuidar de suas finanças?			

Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda; e a terceira dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos, e a pontuação tem um significado apenas para o paciente individual, servindo como base para comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Adaptado de: LAWTON, M. P.; MOSS, M.; FULCOMER, M. et al. (1982 apud SANTOS, 2006, p. 1535).

10. Data da última consulta realizada na UBS: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido**

### **Título do Projeto: Assistência Ambulatorial à População Idosa em Município de Médio Porte no Paraná: Estudo de Demanda e Oferta**

Este estudo tem como objetivo Avaliar a demanda e oferta de serviços ambulatoriais públicos de saúde prestados à população idosa de Cascavel - PR no ano de 2007. Necessito que o Srº (a) esteja de acordo em responder uma entrevista com 20 questões fechadas e 15 semi-abertas, nas quais será esclarecida sobre características de educação, saúde, cobertura de plano de saúde, acesso aos serviços de saúde, utilização dos serviços de saúde, internação, atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. A sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco nem trará desconfortos. Além disso, sua participação é importante para desencadear uma reflexão sobre demanda e oferta dos serviços de saúde, bem como contribuir para uma mudança da assistência prestada à população idosa, podendo beneficiar outras pessoas. Informo que o Srº (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas, com liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras pessoas, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes.

A Srº (a) tem o direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais das pesquisas e, caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, e os resultados serão veiculados através de artigos científicos, em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo pesquisador, em relação a minha participação no projeto de pesquisa “Assistência Ambulatorial à População Idosa em Município de Médio Porte no Paraná: estudo de demanda e oferta”.

Eu, \_\_\_\_\_, (*responsável pelo Idoso(a)*) após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Professora Mestranda Elizabeth Aparecida de Souza, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** participar do mesmo.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura

Eu, Prof<sup>ª</sup> mestranda Elizabeth Aparecida de Souza, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Elizabeth Aparecida de Souza

1- Nome: Elizabeth Aparecida de Souza

Telefone: (45) 3321.55.24

2- Nome: Maria José Scochi

Telefone: (44) 3261.45.13

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Sala 01 – Bloco 010 – Campus Central – Telefone: (44) 261-4444.

## APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

### **Título do Projeto: Assistência Ambulatorial à População Idosa em Município de Médio Porte no Paraná: Estudo de Demanda e Oferta.**

Este estudo tem como objetivo Avaliar a demanda e oferta de serviços ambulatoriais públicos de saúde prestados à população idosa de Cascavel - PR no ano de 2007. Necessito que o Srº (a) esteja de acordo em responder uma entrevista com 03 questões fechadas, 09 abertas, nas quais será esclarecido sobre características da Unidade Básica de Saúde (UBS), organização e processo de trabalho, bem como autorizar a observação da UBS com relação a planta física, equipamentos, insumos, referência e contra-referência e barreiras arquitetônicas. A sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco nem trará desconfortos.

Informo que o Srº (a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas, com liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras pessoas, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes.

A Srº (a) tem o direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais das pesquisas e, caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, e os resultados serão veiculados através de artigos científicos, em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo pesquisador, em relação a minha participação no projeto de pesquisa “Assistência Ambulatorial à População Idosa em Município de Médio Porte no Paraná: estudo de demanda e oferta”.

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Professora Mestranda Elizabeth Aparecida de Souza, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** participar do mesmo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura

Eu, Prof<sup>ª</sup> mestranda Elizabeth Aparecida de Souza, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Elizabeth Aparecida de Souza

1- Nome: Elizabeth Aparecida de Souza

Telefone: (45) 3321.55.24

2- Nome: Maria José Scochi

Telefone: (44) 3261.45.13

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Sala 01 – Bloco 010 – Campus Central – Telefone: (44) 261-4444.

## APÊNDICE E



Universidade Estadual de Maringá  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Mestrado em Enfermagem

Cascavel, 12 de janeiro de 2007.

Prezado Senhor,

Eu Elizabeth Aparecida de Souza, RG: 1.478.798-4 aluna do Mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá/UEM e sob a orientação da prof. Dra Maria José Scochi, solicito autorização para realizar uma pesquisa junto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Guarujá, Floresta, Santa Cruz e Cascavel Velho, intitulado: Assistência Ambulatorial à População Idosa em Município de Médio Porte no Paraná: Estudo de Demanda e Oferta, com o objetivo de Avaliar a demanda e a oferta de serviços ambulatoriais público de saúde prestados à população idosa de Cascavel no ano de 2007. O período para coleta de dados nas UBS está previsto para os meses de março a maio de 2007, no qual será realizada uma entrevista com os coordenadores das UBS e observação da estrutura física. Deixo claro que esta pesquisa não trará ônus algum para o serviço. O projeto de pesquisa (em anexo) será encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá, após a obtenção da autorização deste serviço, garanto que será atendidas as exigências do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo assim a Resolução 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Acredito que a realização do estudo e a divulgação de seus resultados poderão desencadear uma reflexão acerca desta problemática, contribuindo para uma mudança na assistência prestada a essa população.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Ao Senhor  
**Nadir Willi**  
Secretario Municipal de Saúde  
Cascavel – PR.

**ANEXOS**

**ANEXO A – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Katz**

<b>Atividade</b>	<b>Independente</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. Banho	Não receber ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes.		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão).		

O escore total é o somatório de respostas “sim”. Total de seis pontos significa independência para AVD; quatro pontos, dependência parcial e dois pontos, dependência importante.

Adaptado de: KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R. et al. 1970 apud SANTOS, 2006).

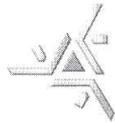
**ANEXO B – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton**

Atividades	Sem Ajuda (3)	Com Ajuda Parcial (2)	Não consegue (1)
1. O sr. (a) consegue usar o telefone			
2. O sr. (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especiais?			
3. O sr. (a) consegue fazer compras?			
4. O sr. (a) consegue preparar suas próprias refeições?			
5. O sr. (a) consegue arrumar a casa?			
6. O sr. (a) consegue fazer os trabalhos manuais doméstico, como pequenos reparos?			
7. O sr. (a) consegue lavar e passar roupas?			
8. O sr. (a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário certo?			
9. O sr. (a) consegue cuidar de suas finanças?			

Para cada questão, a primeira resposta significa independência; a segunda, capacidade com ajuda; e a terceira dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos, e a pontuação tem um significado apenas para o paciente individual, servindo como base para comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Adaptado de: LAWTON, M. P.; MOSS, M.; FULCOMER, M. et al. A research and service-oriented multilevel assessment instrument. **J. Gerontol.**, St. Louis, v. 37, p. 91-99, 1982.

**ANEXO C – Parecer do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá**



**Universidade Estadual de Maringá**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE Nº. 0002.0.093.000-07

PARECER Nº. 033/2007

<b>Pesquisador(a) Responsável:</b> Maria José Scochi	
<b>Centro/Departamento:</b> Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem	
<b>Título do projeto:</b> Assistência ambulatorial a população idosa em município de médio porte no Paraná: estudo de demanda e oferta	
<p><b>Considerações:</b></p> <p>Trata-se de um estudo que pretende avaliar a demanda e a oferta de serviços ambulatoriais público de saúde prestada à população idosa de Cascavel, PR no ano de 2007. A coleta dos dados será realizada a partir de Banco de dados do Ministério da Saúde (censo IBGE 1991, 1996, 2000), Sistema de informações ambulatorial e hospitalar do Sistema Único de Saúde (SAI/SIH-SUS), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e entrevistas com os coordenadores da Unidade Básica da Saúde (UBS) e idosos atendidos na UBS.</p> <p>O projeto em questão é uma dissertação de mestrado com término previsto para dezembro de 2007.</p> <p>No projeto consta: Folha de Rosto devidamente preenchida, termo de consentimento livre e esclarecido, cronograma de atividades, quadro orçamentário, no qual os custos serão de inteira responsabilidade do pesquisador e anuência do responsável pelo local onde o projeto será desenvolvido.</p> <p><b>Parecer:</b></p> <p>Considerando o exposto, somos de parecer favorável à aprovação do presente projeto de pesquisa.</p>	
Situação: <b>APROVADO</b>	
CONEP: ( X ) para registro ( ) para análise e parecer      Data: 16/02/2007	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 31/01/08	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 128ª reunião do COPEP em 16/02/2007.</p>	 PROFª.DRª. Ieda Harumi Higashii Presidente do COPEP