



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CLEICY JANAINA PORTO DE MATOS

ASSISTÊNCIA A 3º IDADE NA UNIDADE BÁSICA DE SAUDE DA
LIBERDADE MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PA: Dificuldades vivenciadas
pelos idosos

Itaituba - PA

2017

CLEICY JANAINA PORTO DE MATOS

ASSISTÊNCIA A 3º IDADE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
LIBERDADE MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PA: Dificuldades vivenciadas
pelos idosos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade
de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientação: Prof. Mestre. Lincoln José Michalski.

Itaituba - PA

2017

MATOS. Cleicy Janaina Porto de

Assistência a 3º Idade na unidade de saúde da Liberdade Município de Itaituba, PA: Dificuldades vivenciadas pelos idosos. /Cleicy Janaina Porto de Matos. Itaituba: FAI, 2017.

64 f.: il.

Orientador: Mestre Lincoln José Michalski.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, Curso de Bacharelado em Enfermagem, 2017.

1. Envelhecimento 2. Idoso 3. Unidade de saúde. Orientador: Michalski, Lincoln José. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2017.

CLEICY JANAINA PORTO DE MATOS

ASSISTÊNCIA A 3º IDADE NA UNIDADE BÁSICA DE SAUDE DA
LIBERDADE MUNICÍPIO DE ITAITUBA, PA: Dificuldades vivenciadas
pelos idosos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade
de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof. Mestre. Lincoln José Michalski.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Aline Soares dos Santos Nota: 95
Professor

Avaliador: Jossehan Gláucio da Frota Nota: 95
Professor

Avaliador: Lincoln José Michalski Nota: 95
Orientador

Resultado: Aprovada Média: 95

Data: 23 de Janeiro de 2017

“Dedico este trabalho especialmente a DEUS, por ter me dado condições de chegar até aqui, sem ELE nada seria possível. Aos meus pais que não mediram esforços para chegar aonde cheguei, a toda minha família e amigos, pelo apoio e compreensão que por eles foram dispensados durante essa fase da minha vida.”

AGRADECIMENTOS

Nenhuma batalha é vencida sozinha. No decorrer desta luta algumas pessoas estiveram ao meu lado e percorreram este caminho como verdadeiros soldados, estimulando que eu buscasse a minha vitória e conquistasse meu sonho. Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai Osmair Estevos de Matos, minha mãe Jacqueline Moura Porto, que não só nesse momento, mas em toda a minha vida estiveram comigo, ao meu lado, fornecendo o apoio, compreensão e estímulo em todos os momentos e aos meus irmãos.

Agradeço a minha mãe, que me ensinou a ser uma mulher de força e um ser humano íntegro, com caráter, coragem e dignidade para enfrentar a vida. Uma mãe que me deixou livre para seguir minhas escolhas, porém sempre indicando o caminho correto e que sempre esteve comigo nos momentos difíceis, agradeço muito a ela, pois durante esses 5 anos de curso, não mediu esforços para me ajudar, cuidar do meu filho enquanto estava na faculdade ou em estágio ou até mesmo quando estava trabalhando. Ao meu pai por ser o meu maior exemplo de vitória nessa vida e por ter me ensinado todos os valores éticos e morais que conheço. Gostaria de dizer que estar contigo nessa vida é um grande privilégio e tu me enches de orgulho a cada dia que passa como um grande homem, grande pai e grande avô.

Agradeço também a todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia. A meu professor orientador que teve paciência e que me ajudou bastante a concluir este trabalho. Aos amigos de classe, dos quais durante estes cinco anos, guardarei muitas lembranças, agradeço a cada um que contribuiu de alguma forma nesta etapa em especial aos meus amigos incríveis do grupo tudão, por todos os nossos trabalhos, todos os projetos, enfim vocês serão amigos que sei que posso contar amo todos sem exceção.

Em geral, a todos vocês que de uma forma ou outra estiveram ao meu lado durante estes 5 anos de caminhada, muito obrigada.

“...plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores. E você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!”

William Shakespeare

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural e irreversível, envolvendo alterações fisiológicas, físicas, e psicológicas no organismo. Desta forma o idoso acaba sofrendo com as alterações funcionais, morfológicas, e bioquímicas podendo desencadear dependência, sentimento de inutilidade e rejeição. Neste contexto a família tem um papel muito importante, na busca por atendimento em saúde pelo idoso. O objetivo nesse estudo foi identificar as principais dificuldades encontradas pelos idosos na busca por assistência na atenção primária, buscou-se também identificar os fatores associados a sua ausência. Esta pesquisa foi desenvolvida através de uma análise descritiva exploratório de abordagem quantitativa, realizada na Unidade Básica de Saúde da Liberdade, contou com a participação de 39 idosos, a coleta de dados foi realizada através de um questionário com 16 perguntas fechadas no período de agosto a dezembro de 2016. Os resultados demonstram que as principais dificuldades encontradas pelos idosos na busca por atendimento de saúde são as dificuldades para se deslocarem até a unidade básica de saúde a sua fragilidade devido a alguma doença e o fato de não terem uma pessoa para lhe acompanhar até a unidade de saúde. A principal causa que leva o idoso a procurar por atendimento de saúde é o tratamento de doenças crônicas, pois muitos deles sofrem com hipertensão ou diabetes. Através desse estudo torna-se possível traçar metas para solucionar esse problema de saúde pública, para que a partir desse momento possam ser adotadas medidas que venham a sensibilizar os familiares quanto ao acompanhamento do idoso na unidade, sendo que a falta de acompanhamento se caracterizou como a principal barreira encontrada por eles.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Idoso. Unidade de saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Aging is a natural and irreversible process, involving physiological, physical, and psychological changes in the body. In this way the elderly end up suffering with the functional, morphological, and biochemical alterations that can trigger dependence, feeling of uselessness and rejection. In this context, the family has a very important role in the search for health care by the elderly. The aim of this study was to identify the main difficulties encountered by the elderly in the search for care in primary care, we also sought to identify the factors associated with their absence. This research was developed through a descriptive exploratory analysis of quantitative approach, carried out in Basic Health Unit of Liberdade, counted on the participation of 39 elderly people, the data collection was carried out through questionnaire with 16 closed questions in the period of August to December 2016. The results show that the main difficulties encountered by the elderly in the search for health care are the difficulties to move to the basic health unit, their fragility due to illness and the fact that they do not have a person to accompany them to the unit of health. The main cause that leads the elderly to seek health care is the treatment of chronic diseases, since many of them suffer from hypertension or diabetes. The results show that the main difficulties encountered by the elderly in the search for health care are difficulties to move to a basic health unit, their fragility due to illness and the fact that they do not have a person to accompany them to a health unit. The main cause that leads the elderly to seek health care and treatment are the chronic diseases. Through this study it becomes possible to set goals to solve this public health problem, so that a moment of being to be adopted measures that will raise the family's in regard to the follow up of the elderly in the unit, which is lack of follow up was characterized as a major barrier encountered by them.

Keywords: Aging. Old man. Health unit. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABS - Atenção básica a saúde;
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária;
APS - Atenção primária à saúde;
AVD - Atividades da Vida Diária;
AVD - Atividades da Vida Diária;
DCNT- Doenças crônicas não transmissíveis;
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica;
HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos;
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano;
MP - Ministério Público;
MS - Ministério de Saúde;
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde;
OMS - Organização Mundial da Saúde;
ONU - Organização das Nações Unidas;
OPAS - A Organização Pan-Americana de Saúde;
PA - Pressão Arterial;
PAD - Pressão Arterial Diastólica;
PAS - Pressão Arterial Sistólica;
PIB - Produto interno Bruto;
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica;
PNI - Política Nacional do idoso;
PNSI - Política Nacional da Saúde do Idoso;
PNSPI - Política Nacional da Saúde da pessoa Idoso;
PS - Posto de Saúde;
SUS - Sistema Único de Saúde;
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso;
UBS - Unidades Básicas de Saúde;
USF - Unidades de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 ENVELHECIMENTO	14
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	16
2.3 HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	19
2.4 SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL	21
2.5 DIFICULDADES NA ATENÇÃO BÁSICA AO IDOSO NA VISITA DOMICILIAR.	24
2.6 HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO	27
2.7 ASPECTOS GERAIS DA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE DO IDOSO.	30
3 METODOLOGIA	34
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	34
3.2 ÁREA DE ESTUDO.....	34
3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	34
3.4 AMOSTRAGEM DOS DADOS	35
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE A.....	60
APÊNDICE B.....	61

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, sendo que no Brasil, este fenômeno ocorre de forma radical e bastante acelerada (LIMA *et al.*, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil aumentará cerca de 16 vezes, enquanto a população total aumentará cinco vezes. Pesquisas mostram que em 2025 o Brasil terá a sétima maior população de idosos do mundo (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007). São vários os fatores que influenciaram este crescimento, como a redução da mortalidade infantil e o aumento da qualidade de vida da população. Entre os fatores que contribuirão para o crescimento da população idosa no mundo estão: a industrialização, a urbanização, os avanços da tecnologia, da medicina e do saneamento básico, bem como a mudança de hábitos pela população (SILVA, 2009).

O envelhecimento é o processo dinâmico e progressivo no qual há várias alterações fisiológicas, físicas, psicológicas no organismo. Desta forma o idoso acaba sofrendo com as alterações funcionais, morfológicas, e bioquímicas podendo desencadear dependência, sentimento de inutilidade e rejeição (SMELTZER; BARE, 2006; PAPALÉO NETTO, 2002; CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2000). As políticas de saúde em relação ao idoso no Brasil tiveram início nos anos 80, durante o processo de reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Devido ao grande aumento da demanda da população idosa, foi criada a Política Nacional do idoso PNI (COSTA; CIOSEK, 2009), em janeiro de 1994, através da Lei nº 8.842, e da Portaria 702 de 2002 que cria estratégia de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tendo como exemplos as condições de administração e a divisão de cargos definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS); Os principais objetivos da PNI estão concentrados em estabelecer direitos sociais, integração, garantindo autonomia e participação ativa na sociedade com direito à cidadania, à saúde e à assistência humanizada (CANÇADO, 2002; PAPALÉO NETTO, 2002).

O sistema de saúde não tem avaliado o envelhecimento como uma de suas prioridades, mesmo com uma grande demanda, isso ocorre devido à carência de profissionais qualificados, poucas modalidades assistenciais mais humanizadas e a insuficiência de recursos sócio educativos e de saúde direcionados ao atendimento

às pessoas idosas (CANÇADO, 2002; PAPALÉO NETTO, 2002). A falta de exercício física é o problema que mais afeta essa faixa etária, e ele é fundamental para as doenças crônicas, impedindo diretamente na realização de suas atividades cotidianas. Nos últimos anos, observou-se um aumento nas internações e consultas entre idosos, considerando que esta faixa etária representa cerca de 9% da população e consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (BRASIL, 2006a; SMELTZER; BARE, 2006; BRASIL, 2002). É importante buscar as causas que definem as atuais condições de saúde e de vida dos idosos, e assim planejar as intervenções de forma adequada de acordo com as necessidades, investindo na área hospitalar e na rede básica de saúde para atender suas demandas (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2002; SMELTER; BARE, 2002; SIMÕES, 1998). De acordo com Silva e Borges (2008), em 1º de outubro de 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso, que contempla desde os direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes cometidos contra a pessoa idosa. Garante ao idoso o direito à vida, à liberdade, à cultura, à alimentação, à saúde, à educação, ao lazer, ao trabalho, ao esporte, à cidadania, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

De acordo com Silva; Soares e Silva (2012), o envelhecimento associa-se a um período da vida mais frágil e conseqüentemente com maiores chances de adquirir doenças. Por este motivo caracteriza-se por ser uma fase da vida onde a procure por serviços de saúde aumenta. A atenção básica caracteriza-se como a melhor forma de entrada no sistema público de saúde, possivelmente esse seja o primeiro lugar onde o idoso receberá atendimento. Deste modo, a atenção primária em saúde tem como objetivo primordial permitir o acesso comum e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS, mediante o cadastramento e a conexão dos idosos (BRASIL, 2006a). A opção por investigar aspectos relacionados à saúde do idoso, e a sua acessibilidade na atenção básica, parte do princípio de que deveria ser a maneira, mas fácil de acesso ao sistema de saúde, assim como resolver em torno de 80% das necessidades da população (STARFIELD, 2002).

O idoso necessita além do auxílio de enfermagem de forma prioritária envolvimento e cuidados de familiares. Para que um processo de saúde seja eficaz e tenha bons resultados, entende-se que a valorização do sujeito como um ser

humano é essencial para as ações de promoção, proteção à saúde e prevenção das doenças, contribuindo para uma atenção integral às pessoas e suas famílias (SILVA, 2006). A equipe de enfermagem deve orientar os familiares sobre a importância do acompanhamento ao idoso na Unidade de Atenção Básica, devido à série de comprometimentos físicos e psicológicos que acompanham este grupo, com dificuldade de se locomover sozinho, dificuldade de fala e entendimento. A falta de acompanhante desencadeia uma série de agravos à saúde do paciente, fato que preocupa os profissionais de enfermagem. Uma das alternativas para amenizar este problema são visitas domiciliares da equipe de enfermagem, para realizar estas visitas a equipe encontra alguns problemas como a falta de transporte para a locomoção e a grande demanda de atendimento nos centros de saúde (SILVA; SANTOS, 2014). É cada vez mais frequente a presença de idosos nos serviços de saúde, isso se dá devido o grande aumento da população idosa provocando um impacto marcante nos serviços de saúde, que necessita de um novo planejamento dos serviços voltados para assistência ao idoso, pois muitas vezes não possuem estrutura adequada para atender a esta demanda (FONTE, 2002).

Ainda de acordo com Fonte (2002) com o aumento da população idosa, torna-se cada vez mais frequente a presença de idosos nos serviços de saúde. O aumento da população idosa gerou um impacto marcante nos serviços de saúde, que não possuíam estrutura suficiente para atender a esta demanda, necessitando de novo planejamento dos serviços voltados para assistência ao idoso. Sendo o envelhecimento um processo natural, se faz necessário o fortalecimento das políticas voltadas ao idoso, ações de prevenção e promoção de saúde assim como a inclusão social deste idoso na sociedade de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida (OLIVEIRA, 2005).

Levando em consideração a importância deste tema, temos como objetivo nesse estudo conhecer as principais dificuldades encontradas pelos idosos na busca por assistência de saúde na atenção primária, buscou-se também identificar os fatores associados a sua ausência, para isto pretendemos responder as seguintes perguntas: Quais dificuldades os idosos encontram para conseguir atendimento na unidade de atenção básica? Qual a dificuldade para ir à UBS para buscar atendimento? Este estudo está dividido em três etapas: a Fundamentação Teórica; os Procedimentos Metodológicos e os Resultados e Análises. Na

Fundamentação Teórica estão contidas as obras de autores relevantes sobre a saúde do idoso. Nos Procedimentos Metodológicos está a descrição dos métodos utilizados para conduzir esta pesquisa de maneira clara e objetiva. E por fim, nos Resultados deseja-se analisar os principais fatores que levam dificuldade ao atendimento do idoso nas unidades básicas de atendimento do SUS em Itaituba.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ENVELHECIMENTO

De acordo com Paixão-Junior e Reichenheim (2005), a ação de envelhecimento da população mundial é um fato atual, universal e inexorável. O envelhecimento é causado por diversos fatores e diferenciado em países desenvolvidos e países subdesenvolvidos, mas possuíam a mesma importância do aspecto social, médico e de políticas públicas. O processo de envelhecimento e o principal fator de modificação do organismo, como alterações biológicas, psicológicas e sociais. As modificações biológicas são os aparecimentos de cabelos brancos e rugas de expressão. As psicológicas são quando o indivíduo precisa adaptar-se a cada novidade do seu dia-a-dia, logo as modificações sociais são avaliadas quando as relações tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista (SANTOS; ANRADE; BUENO, 2009).

O envelhecimento da população é um processo único e irreversível, e um acontecimento que engloba o mundo todo, mas no Brasil esse processo está em um ritmo bem acelerado.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2003) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

De acordo com Veras (2007), a população idosa vem crescendo rapidamente, sendo que as mudanças são radicais e bastante aceleradas. Os estudos advertem que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com números superiores a 30 milhões. Todo ano, 650 mil novos idosos são agrupados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Para Veras (2007) de 1960 a 1975, o número de idosos passou de três milhões para sete milhões, e em 2006 ele atingiu 17 milhões com aumento de 600% em menos de cinquenta anos. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) o conceito de idoso é diferenciado para países em desenvolvimento e para países desenvolvidos. Nos países desenvolvidos, são consideradas idosas aquelas

peessoas com 60 anos ou mais; nos países desenvolvidos são idosas as pessoas com 65 anos ou mais. No Brasil cerca de 55% da população idosa é feminina, isso se dá devido a vários fatores que contribuem para a longevidade do sexo feminina, entre eles, podemos citar a postura diferente em relação a saúde/doença e proteção hormonal do estrógeno relação diferente com os serviços de saúde (BERZINS, 2003).

Para Groisman (2002), a definição de envelhecimento é errada, pois ele afirma que o envelhecimento é vivenciado de forma distinta pela população. Portanto pessoas com a mesma faixa etária de idade podem estar em estágios diferentes de envelhecimento. O próprio organismo de um indivíduo encara o envelhecimento de um jeito diferente entre os seus tecidos, ossos, órgãos, nervos e células. Desse modo, pode-se dizer que o envelhecimento não é definido pela idade do indivíduo, mas pelos resultados que essa idade causou a seu organismo.

Contudo para Camacho e Coelho (2010), o envelhecimento é um processo de redução orgânica e das atividades funcionais onde a pessoa tem maiores chances de adoecer levando sucessivamente a construção de políticas públicas para o idoso, tanto em âmbito internacional como a nível Brasil, essas políticas não são voltadas apenas para a terceira idade, mas também para os profissionais da saúde tendo em vista a sua divulgação e implementação, desta forma, verifica-se um aumento na quantidade de idosos devido o aumento da expectativa de vida, desenvolvimento de novas tecnologias e surgimento de novos tratamentos que até alguns anos atrás eram inacessíveis, gerando uma perspectiva e um prognóstico de vida favorável para algumas enfermidades.

São vários os fatores que colaboram para o aumento da população idosa, dentre eles destacam-se o avanço da qualidade de vida, opções de estilo de vida mais saudável, o aumento da escolaridade, também por causa da maior cobertura da assistência médica e das ações de saúde pública (FINCH; SCHNEIDER, 1997). Passa a existir assim as mudanças epidemiológicas, caracterizadas pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis e diminuição das doenças infecto parasitárias (VERAS, 2003; BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2006).

Com o aumento do número de idosos, vieram as consequências que implicam em aumento das demandas sociais que passaram a caracterizar um amplo desafio, social, econômico e político. O envelhecimento populacional, agrupado à ausência de políticas públicas voltadas a essa nova realidade mundial preocupa toda

sociedade que vivencia este processo atualmente (FREIRE, 2000; PAPALEO NETO; PONTE, 2002; LIMA; VERAS, 2003; VERAS *et al.*, 2008).

A população com faixa etária de 85 anos utilizará frequentemente os serviços de saúde, pois esse grupo possui mais doenças crônicas e limitações funcionais. Com a idade avançada somada a muitas condições causadoras de dependência muito frequentes entre idosos, como acidentes vasculares cerebrais, deficiências visuais, fraturas de quadril e demência, que reduzem a superação dos obstáculos diários (HAZZARD *et al.*, 1994; KELLEY, 2003, BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2006).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

De acordo com o Ministério Público (MP) a política de atendimento ao idoso ocorre por meio do conjunto de ações governamentais e não governamentais articuladas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2009a). Segundo Brasil (2001a), é direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde, isso define humanização no cuidado. Para garantir esse direito, é preciso um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, é preciso que haja atenção por parte dos profissionais da saúde. Em janeiro de 1994 foi aprovada a Lei nº 8.842, que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), estabelecendo direitos sociais, integração e participação ativa na sociedade com direito à cidadania, garantindo autonomia à saúde e à assistência humanizada (CANÇADO, 2002; PAPALÉO-NETTO, 2002).

A Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI), aprovada em dezembro de 1999, revela possíveis problemas que podem afetar o idoso, como resultado da evolução de sua patologia, de seu estilo de vida, e a perda ou diminuição de sua capacidade funcional, ou seja, a perda das capacidades mentais e físicas que são necessárias para a realização de suas atividades básicas cotidianas (BRASIL, 1999). A Política Nacional da Saúde da pessoa Idoso (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, tem como objetivo definir as orientações para reconquistar, solicitar e conservar a autonomia e a independência da pessoa idosa, proporcionando medidas individuais e coletivas de saúde, em acordo com as regras e diretrizes do SUS. Esta política envolve todo cidadão, brasileiro, com 60 anos ou mais, procurando estabelecer que o cuidado à saúde dessa população tenha como

livre acesso a entrada na Atenção Básica da Família, tendo como referência a rede de serviços qualificado de alta e média complexidade (BRASIL, 2007a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, destaca-se por aumentar um conjunto de ações de saúde, no setor individual e coletivo, que envolvem a promoção e a proteção à saúde, a reabilitação e a manutenção da saúde, o tratamento, a prevenção de agravos, o diagnóstico (BRASIL, 2007b). A PNSPI define que a saúde do idoso terá prioridade na atenção básica. A saúde da família vai ter como inspiração a rede de serviço especializada de média e alta complexidade. Sendo assim o modelo de referencia do usuário com o sistema de saúde (BRASIL, 2006b).

As diretrizes essenciais definidas na PNSPI são (BRASIL, 1999; BRASIL, 2006a):

- Promoção do envelhecimento saudável;
- Conservação da capacidade funcional referente às ações que visa à prevenção de perdas funcionais;
- Auxílio nas necessidades de saúde do idoso, extensiva aos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar;
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida com foco especial na reabilitação precoce;
- Estimulo ao desempenho e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação constante dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Exposição e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Solicitação de auxílio nacional e internacional dos conhecimentos na atenção saúde à pessoa idosa.

De acordo com o Una SUS (2014), os programas voltados para atender os idosos vêm ao encontro da expectativa de vida e da busca por envelhecimento saudável. O envelhecimento sendo de forma natural, requer o fortalecimento das políticas voltadas ao idoso, ações de prevenção e promoção de saúde assim como a inclusão deste na sociedade proporcionando uma melhor qualidade de vida, através de um melhor acolhimento no serviço público como nas unidades básicas de atenção ao idoso (OLIVEIRA, 2005). Como o envelhecimento vem crescendo de forma acelerada, precisamos de políticas voltadas para garantir as necessidades

básicas deste grupo, fragilizados pelo próprio ciclo de vida, pela pobreza e pela exclusão social, fazendo com que o idoso garanta os direitos de uma vida melhor, com alimentação adequada, moradia digna, lazer, transportes, prevenção e tratamento da saúde (BRASIL, 2003a).

O SUS estabelece uma política pública de saúde que visa uma questão de cidadania, a universalidade, a equidade e a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Mesmo assim ainda são encontrados problemas como: despreparo para lidar com a tamanha subjetiva nas práticas de atenção; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; desrespeito aos direitos dos usuários; diminuição do processo de trabalho e das relações entre profissionais. Perante esses problemas, observam-se no Brasil várias iniciativas para se construir de um jeito produtivo um sistema público que permite acesso universal, igualdade e integral a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2006c; BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O SUS promove algumas diretrizes voltadas à poluição idosa como: o acesso do envelhecimento ativo e saudável, atenção total ao idoso; incentivo às ações intersetoriais, tendo em vista à integralidade da atenção; incentiva a presença e fortalecimento do controle social; fornece meios para melhora da qualidade da atenção à saúde do idoso, formação e capacitação dos profissionais de saúde; promoção de colaboração nacional e internacional dos conhecimentos na atenção à saúde do idoso e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; sempre mantém bem informado os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (BRASIL, 2010). Mesmo assim, com toda esta política voltada para a saúde do idoso, para que os bons resultados apareçam, o enfermeiro tem que valorizar o idoso como um ser humano, dedicando-se em ações para promover a proteção à saúde, bem como a prevenção das doenças, contribuindo para uma atenção integral às pessoas e suas famílias (SILVA, 2006).

Os direitos do idoso são garantidos pelo Estatuto do Idoso, que lhe garante o direito à vida, à cultura à saúde, à educação, à alimentação, ao lazer, à participação social, ao esporte, ao trabalho, à dignidade, ao respeito, e à autonomia. Priorizam ações que ofereçam a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos idosos de 60 anos ou mais, oferecendo um atendimento diferenciado e um envelhecimento saudável (BRASIL, 2003a).

O Pacto pela Vida, entre suas diretrizes tem como preferência a saúde do idoso, na finalidade de auxiliar suas reais dificuldades. Por meio do Governo Federal, Estadual e Municipal, sua finalidade é assegurar o cuidado ao idoso e assegurar um envelhecimento com habilidade de preservação de sua saúde e condições de autonomia, bem-estar e autocuidado para que tenha um envelhecimento saudável e ativo (BRASIL, 2006a; BRUM; TOCANTINS; SILVA, 2005).

Conforme os indivíduos adquirem independência, começam a tomar suas próprias decisões, têm livre-arbítrio de escolha, incluindo ações de autocontrole sobre sua própria vida. Desta forma, a realização do autocuidado pelo idoso reflete diretamente em manter-se incluído na sociedade, evitando a perda da condição de vida, conservando sua independência nas realizações das atividades da vida diária (DIOGO; DUARTE, 2002).

2.3 HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

A humanização permanece conectada aos direitos humanos, é um princípio que precisa ser aplicado a qualquer aparência do cuidado. Na assistência humanizada o paciente tem total liberdade de escolha e decisões quanto ao tratamento e relação profissional - paciente, o profissional precisa dar valor a efetividade e a empatia como elementos necessários ao cuidado, é preciso que haja um encontro entre pessoas, experiências vividas e trocando conhecimentos, mantendo relações éticas e solidárias (CAMPOS, 2005; BENEVIDES; PASSOS, 2005;).

O cuidar torna-se humanizado quando há um encontro entre enfermeiro e paciente. Zderad e Paterson ao expandir a Teoria da Enfermagem Humanística tinham como questões centrais a forma como a equipe de enfermagem e usuário interagem e como pode ser desenvolvido um conceito para o cuidar em enfermagem (FENILI, 2001; LEOPARDI, 1999). Para o MS, a humanização na saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da realização dos princípios do SUS na rotina do dia a dia dos serviços, incentivando a valorização de todos os participantes na promoção da saúde (BRASIL, 2007b).

De acordo com o MS, o objetivo do atendimento aos idosos na APS é:

- Promover o envelhecimento ativo e saudável;

- Estruturar a atenção à pessoa idosa, garantindo a integralidade do atendimento;
- Monitorar o processo de envelhecimento;
- Identificar fatores de risco para doenças e agravos;
- Envolver a família e a comunidade no cuidado aos idosos;
- Identificar e promover os fatores de proteção e recuperação da saúde;
- Melhorar a qualidade de vida do idoso;
- Promover a avaliação multidimensional do idoso (SOUZA, 2011).

O acolhimento deve estar presente em todos os momentos da atenção de enfermagem, sendo que esse acolhimento muda a relação profissional usuário e sua rede social, com compartilhamento de conhecimentos, necessidades e possibilidades. Na abordagem ao idoso a equipe de enfermagem precisa constituir uma relação respeitosa, sempre manter o idoso bem informado, orientar, sempre que for falar com o idoso chamá-lo pelo nome e utilizar uma linguagem clara durante as orientações (BRASIL, 2006d).

Toda a equipe de enfermagem precisa dar ao idoso e sua família uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e visita domiciliar. Para a realização de uma assistência humanizada, a equipe de enfermagem deve planejar e programar as ações, estar dispostos para entender, e buscar sempre o máximo de autonomia dos usuários. É importante acompanhar os idosos frágeis, conhecer seus costumes, religião, sua cultura, de suas famílias e da comunidade, dar atenção continuada às necessidades de saúde do idoso, desenvolver e realizar atividades de educação referentes à saúde do idoso (BRASIL, 2006e).

Para cuidar de um idoso deve se estabelecer com ele uma conexão e mostrar sua total dedicação e atenção tratando-o com dignidade, paciência e respeito, tendo capacidade para atendendo suas necessidades. Os enfermeiros precisam conhecer às doenças mais comuns nos idosos, às modificações físicas, psicológicas e sociais que acompanham o envelhecimento (GANDOLPHO; FERRARI, 2006). Para fornecer um cuidado humanizado o enfermeiro precisa ter bastante habilidade técnica, indispensável para o cuidado, mas deve colocar a pessoa que é cuidada como centro do processo do cuidado. A equipe de enfermagem precisa estar consciente, ser capaz, ter responsabilidade, ter abertura para conhecer o outro, respeitar e

ajudar o outro como ser humano (PAULA *et al.*, 2004; PAINI, 2000). A função cuidador é apenas para uma única pessoa, nomeada como "cuidador principal". Essa pessoa se responsabiliza pelo trabalho de cuidado, sem falar, que muitas das vezes ele vai precisar da ajuda de outro membro da família ou da equipe de enfermagem. Representa, ainda, o elo entre idoso/família e a equipe de saúde (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica da Pessoa Idosa para um excelente acolhimento são necessários procedimentos relevantes para garantia de uma atenção humanizada, buscando continuamente o máximo da autonomia dos usuários frente às limitações dos idosos (BRASIL, 2007a):

- O estabelecimento de uma relação respeitosa;
- Entender que o idoso é capaz de entender todas as perguntas que são feitas a ele, ou orientações que lhe são fornecidas, e nunca fazer as perguntas direcionadas ao seu acompanhante;
- Sempre que for falar com o idoso, o chama-lo pelo o seu nome e manter um contato visual, preferencialmente, de frente e com boa claridade, considerando um possível declínio visual ou auditivo;
- Procurar se comunicar de forma simples e clara, evitando usar termos técnicos que podem não ser compreendidos (BRASIL, 2007a).

Percebemos que o maior desafio do Brasil para o século XXI é apresentar apoio de qualidade de vida para uma grande população de idosos, com a maior parte de nível socioeconômico e educacional baixo e com prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (RAMOS, 2003).

2.4 SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL

Umas das preocupações com o envelhecimento é a necessidade de se definir qual a estratégia mais adequada de atendimento aos pacientes idosos. É questionado se o ato de atender, o estudo das doenças e as políticas de saúde deveriam ser realizados tendo como parâmetro a idade ou as necessidades essenciais aos problemas apresentados (LAKS, 1995; ALMEIDA; CRUZ; CABALLERO, 2003). O aumento das ações de promoções, prevenção e assistência

à população idosa é um desafio ao SUS (FRANCISCO; DONALISIO; LATTORRE, 2003; BRASIL, 2006b).

A família e a comunidade precisam ser orientadas quanto ao processo de envelhecimento, falar dos fatores de risco que os idosos estão sujeitos e explicar as intervenções que possam diminuir ou eliminar estes riscos, aumentando as ações educativas no nível primário, secundário e terciário, incentivar a participação ativa do idoso e seus familiares no processo de autocuidado. A equipe de enfermagem precisará estar sempre em alerta com bem estar do idoso, sua inclusão familiar e social, sua habilidade funcional, para mantê-lo o mais independente possível, contribuindo para a manutenção da sua dignidade e autonomia (PAPALÉO-NETTO, 2002; SMELTER; BARE, 2002).

O idoso sente-se mais protegido e amparado no cenário familiar; pois é um ambiente mais aconchegante e humanizado. Porém para o idoso a família pode ser o local da violência e da opressão (PORTELLA, 2002). A Organização de cuidado apropriado ao idoso requer que o profissional da saúde se envolva nas ações que abrangem a formação e a dinâmica de funcionamento da sua família, pois isto pode desencadear uns efeitos positivos ou negativos sobre sua vida (PINTOS, 1997).

Com a rápida mudança de faixa etária da população brasileira, em que o número de idosos passa a representar uma parcela considerável da população, desperta o interesse de saber como a sociedade e os familiares estão se preparando para receber esse contingente populacional que aumenta rapidamente (VERAS, 2009).

O ser humano, por natureza, deseja fazer parte da sociedade, escolher ambientes mais favoráveis à sua inserção e convívio. Com o idoso não é diferente e eles querem estar ligados à sociedade por meio da família, de grupos da terceira idade, dos vizinhos, colegas de profissão e ou lazer, amigos da infância, ou até mesmo colegas de aposentadoria. E esta relação do ciclo social e familiar faz-se ao longo da vida, mas também pode iniciar em qualquer faixa etária (LEITE *et al.*, 2008).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, todos os membros familiares acabam se envolvendo em tarefas e adotando funções para que o sistema familiar funcione. Em meio a tantas funções e atribuição possíveis de serem desenvolvidos por vários membros familiares, duas estão sempre presentes: o prover e o cuidar. O prover está ligado ao sustento, liberdade para compra, às oportunidades e

possibilidades dessa família na nossa sociedade capitalista. O cuidar está ligado ao desenvolvimento da afetividade, da alimentação, da atenção e um controle constate. Estes são papéis em intensa transformação na nossa sociedade, e atualmente, não são diferentes entre homem e mulher. Estes e tantos outros papéis devem ser constantemente trabalhados para que a família funcione (BRASIL, 2006e).

Portanto, as políticas atuais de atenção ao idoso descrevem a importância de deixar o idoso no meio em que vive de modo mais independente possível. As equipes de saúde devem apoiar a autonomia das famílias para que tenham uma maior autoridade sobre a saúde de seus familiares idosos, habilitando o idoso e sua família para que possam atender suas necessidades básicas e serem protagonistas no seu processo saúde - doença (BRASIL, 2007b).

De acordo com o MS na Atenção Básica da Saúde da Família quer por demanda espontânea, quer por busca ativa, ou seja, por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo de análise multidimensional. Essa análise é influenciado por diversos fatores, tais como o lugar onde o idoso vive a relação com a equipe de enfermagem com o idoso e equipe de enfermagem com os familiares, o histórico clínico – aspectos psíquicos biológicos, funcionais e sociais - e o exame físico (BRASIL, 2007a).

A atenção à saúde do idoso deve ser eficiente na atenção básica, através das UBS e USF, originando ações de prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde, direito à vida defesa, de sua dignidade, certificando todos os direitos de cidadania e bem-estar (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2002).

A Equipe da Saúde da Família tem que ser responsável pela atenção à saúde do idoso que pertence a sua área de alcance. Toda a equipe de enfermagem deve dar ao idoso e sua família uma atenção humanizada com, acompanhamento orientação e visita domiciliar. Para a realização de uma assistência humanizada, a equipe de enfermagem deve programar e planejar as ações, estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento e buscar sempre o máximo de autonomia dos usuários. Acompanhar pessoas idosas frágeis, conhecer os seus hábitos, sua cultura, religião do idoso, de seus familiares e da comunidade, dar atenção continuada às necessidades de saúde, desenvolver e realizar atividades de educação relativas à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006d).

Para o MS as equipes da Unidade de Saúde Família (USF) precisam “procurar conhecer detalhadamente a realidade das famílias que residem em sua

área de alcance, incluindo seus aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais” (BRASIL, 2002). O enfermeiro deve estar sempre prevenido sobre o bem-estar do idoso, sua competência funcional, sua inclusão familiar e social, para torna-lo mais independente possível e colaborar para a manutenção da sua dignidade e autonomia (PAPALÉO NETTO, 2002; TELLES, 2006).

2.5 DIFICULDADES NA ATENÇÃO BÁSICA AO IDOSO NA VISITA DOMICILIA

A visita domiciliar abrange vários atores sociais em uma rede complexa de relações, originando condições de conflitos de interesses e de valores entre esses atores (FLORIANI; SCHRAMM, 2004).

O envelhecimento da população é um acontecimento relevante para saúde pública e comunitária, especialmente porque a população idosa exhibe maior caso de doenças crônicas (tais como, osteoporose, hipertensão, cancro e demências) e de dependência (CARVALHO; SOUSA, 2013). A visita domiciliar tem sido uma das ferramentas historicamente utilizadas na área da enfermagem comunitária, posicionando a família como o centro do cuidado (LIMA *et al.*, 2010; EGRY; FONSECA, 2000). Ela envolve um conjunto de atividades de caráter ambulatorial no domicílio com a finalidade de definidos, programadas e execução contínua (MARTINS, 2003; GIACOMOZZI; LACERDA, 2006; SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004). A visita domiciliar autoriza o enfermeiro um acesso unificado do convívio do idoso doente e seus familiares, incluindo: condições ambientais e físicas; fatores socioeconômicos, espirituais e culturais; soluções disponíveis, condições de higiene e segurança; dinâmica familiar (SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004; MARTINS, 2003; RICE, 2004).

Os cuidados de enfermagem em domicílio englobam ações voltadas para a melhora, manutenção ou recuperação da saúde, aprimorar ao máximo possível o bem-estar físico e psíquico, bem como a independência nas atividades cotidianas. A intenção dos cuidados domiciliares é manter o doente em casa, de preferência na sua casa e em segurança, promovendo o autocuidado e diminuindo as hospitalizações (ERDMANN; SILVA, 2002). Entretanto, o cuidado em enfermagem domiciliar é bastante amplo, destacando-se outras competências (SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004; GIACOMOZZI; LACERDA, 2006) orientações sobre maneiras de como cuidar do idoso e de como lidar com a saúde ao cliente e sua família; supervisão dos cuidados oferecidos pela rede informal (por exemplo, os idosos em

fase terminal que ganham cuidados em casa precisam de administração de medicamento para alívio e controle da dor). O enfermeiro como parte da equipe de saúde precisa ter conhecimento da realidade das famílias, tanto nos aspectos físicos, mentais, sociais e demográficos, precisa realizar assistência integral e contínua a todos os membros incluindo a assistência domiciliar como local de atenção. Precisa ainda, avaliar as informações coletadas na consulta de enfermagem e organizar um plano assistencial colocando metas. O enfermeiro deve participar ativamente do cuidado prestado ao idoso, falando de mudanças físicas consideradas normais e identificando precocemente as alterações patológicas (BRASIL, 2006e; PAPALÉO NETTO, 2002).

Devido ao envelhecimento ocorrer de forma natural, o idoso devera ter um atendimento diferenciado e de alta qualidade, pois o mesmo pertence a um grupo de risco que exige esse atendimento diferenciado, fazendo com que os profissionais busquem mais conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e das patologias a ele relacionadas (SANTOS; ANDRADE ;BUENO, 2009; MENDES *et al.*, 2012). Os idosos possuem grande probabilidade de desenvolver uma ou mais doenças crônico-degenerativas, podendo desencadear complicações na qualidade de vida da pessoa, afetando a funcionalidade e aumentando a dependência que geralmente, sobrecarrega algum familiar que na maioria das vezes não está preparado para as responsabilidades e a nova realidade (CAMARANO, 2010; SANTOS; SANTOS, 2012).

O atendimento domiciliar envolve um elemento contínuo de atenção à saúde por meio do qual os serviços de saúde são dados ao indivíduo e seus familiares em seus locais de moradia, com a finalidade de promover, manter ou restaurar a saúde ou elevar ao máximo o nível de independência, tornar mínimo os efeitos das incapacidades ou doenças (MARRELI, 1997).

Segundo a Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, que prepara as normas do trabalho de serviços de atenção ao idoso no Brasil, Assistência Domiciliária ou Atendimento Domiciliário é aquela oferecida à pessoa idosa com dependência, com vistas a: aumentar a independência do idoso para que assim ele possa viver na sua casa por maior tempo; prevenir situações com que possa fazer esses idosos perderem sua autonomia; criar ou melhorar hábitos saudáveis; verificar de perto o caso do idoso com doenças crônicas e suas sequelas, não tendo, portanto, caráter emergencial (BRASIL, 2001a).

Durante a visita domiciliar, a equipe de saúde pode analisar as prioridades do idoso, e dos seus familiares e do seu ambiente, bem como promover um gerenciamento ativo da saúde do idoso ter em vista à prevenção de agravos através de medidas interventivas sobre condições de risco que possam prejudicar a saúde e a habilidade funcional do idoso, de maneira que possa manter sua independência, a convência dos familiares e a melhoria de vida pelo maior tempo possível. São elegíveis, para esse tipo de cuidado, idosos que convivem com algumas condições: idosos com varias afecções crônicas; que ficam internados frequentemente; que possuem 85 anos ou mais; que moram sozinhos; que apresentam transtornos mentais e não apresentam um apoio ao tratamento adequado e, ainda, os que não possuem um acompanhamento pela equipe de enfermagem, ou apoio social ou ela não são efetiva (DIOGO; DUARTE, 2002).

Para o idoso ser incluído na assistência domiciliar ele precisa estar incluso em alguns critérios do MS: ter uma pessoa da família para cuidar dele ou uma pessoa que mora com a família ou com o idoso que seja de confiança; morar em área coberta pela unidade de saúde; idosos que realmente precisam de cuidados com frequências e precisam de constantes visitas e complexidade compatível com atenção básica; idosos que não conseguem se locomover ate a unidade básica por condições; quanto a estrutura física da moradia permitir a efetividade da assistência (BRASIL, 2003b).

De acordo com o MS, as intervenções de saúde realizadas nas visitas domiciliares de atenção básica agrupam as seguintes características: abrangem ações sistematizadas, articuladas e regulares; orientam a integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde; orienta notar as dificuldades voltadas a saúde de uma determinada população com diminuições funcionais e dependência para a prática das atividades da vida diária; realiza-se através do trabalho em equipe; utiliza-se conhecimento e equipamento para a visita domiciliar ou ate mesmo atendimento na unidade; precisa ser desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família ou pela equipe de saúde que atuam na Atenção Básica no Modelo Tradicional (BRASIL, 2003b).

A participação da equipe multidisciplinar permite a assimilação dos problemas essenciais à população da sua região, permitindo a troca de conhecimentos compreendidos aos usuários e o planejamento em conjunto das intervenções indispensáveis, o que torna o trabalho da equipe de enfermagem reconhecido e

valorizado (OLIVEIRA; SPIRI, 2006). Os profissionais que atuam na estratégia saúde da família (ESF) devem estar informados de suas responsabilidades, além de estarem preparados para encarar a realidade que envolve o processo de envelhecimento. No entanto, observa-se que pouco tem sido feito no sentido de melhorar as condições de vida e saúde desta parcela da população que depende da atenção no atendimento de suas especificidades (MARIN *et al.*, 2008b). A equipe de enfermagem deve procurar entender o idoso como pessoa única, implantada num conjunto familiar e social com o qual interage sucessivamente. Também, precisar-se analisar a demanda de cuidados solicitada pelo idoso notado a partir da sua avaliação completa, com atenção nos aspectos psicológicos, sociais, funcionais, ambientais e espirituais, aceitando sua dependência, sua história de vida e seus conhecimentos (DIOGO; DUARTE, 2002).

2.6 HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO

Atualmente a hipertensão arterial (HAS) atinge cerca de 30% das pessoas adultos em nosso país. Estabelecida no meio do grupo de doenças cardiovasculares como um dos principais motivos que mais causam mortes. Pesquisas têm mostrado indícios de que a HAS no adulto é uma patologia que pode se iniciar durante a infância (COSTANZI, 2009). Oliveira e Nogueira (2010) definiram a HAS como o aumento crônico da pressão arterial sistólica (PAS), ou pressão arterial diastólica (PAD). A HAS é um estado clínico por múltiplos fatores caracterizada por níveis aumentados e sustentada de Pressão Arterial (PA). Relacionam-se constantemente as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as mudanças metabólicas, com máximo de sensibilidade aos acontecimentos cardiovasculares inevitáveis e não inevitáveis (SOCIEDADE, 2006).

A HAS é um dos maiores problemas de saúde no Brasil e no mundo. Aproximadamente cerca de 17 milhões são portadores de hipertensão arterial, isto significa que 35% da população acima de 40 anos são hipertensos (BRASIL, 2006). Hipertensão arterial é uma patologia crônica não transmissível, assintomática com reflexão clínicas importantes para os sistemas cardiovasculares e renovasculares, seguidos frequentemente de comorbidades de amplo choque para os indicadores de saúde da população (BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2006). A PA é considerada normal quando esta em 120/80 mmHg. Porém, esses valores podem variar muito de pessoas pra pessoa, ou também em uma única pessoa de acordo com as ocasiões.

Uma PA sistólica que é sempre maior que 140 mmhg em descanso ou uma PA diastólica que é cronicamente maior que 90 mmhg são consideradas como um sinal de hipertensão (SILVERTHORN, 2003).

Segundo Lessa (2002), a HAS é uma enfermidade que pode identificada por meio da aferição da pressão arterial. Essa doença virou um caso grave na saúde publica no Brasil por causa do tamanho que assumiu. Segundo Mendes (2008), as constantes mudanças do valor da pressão arterial sanguínea são observadas durante o ciclo da vida, em idosos de 60 ou mais a prevalência de desenvolvimento da hipertensão é de 60%.

Com o envelhecimento, ocorrem mudanças na fisiologia, cardiovascular, anatomia, até na falta de doença, que fazem aumentar a predominância de pressão arterial elevada. Esse aumento também é consequência dos hábitos de vida dos indivíduos. A hipertensão arterial é uma doença identificada por meio da aferição da pressão arterial, e segundo Jardim (2005), ela tornou-se um grave problema de saúde publica no Brasil devido à proporção que tomou, ou seja, o número de hipertensos tem aumentado muito. Os sintomas mais frequentes na hipertensão são os altos níveis de homeostasia do organismo, trazendo desconforto físico ao paciente, tais como cansaço, tremores, palpitações, formigamentos nos membros superiores e inferiores, dor de cabeça e visão turva, que podem gerar um acidente vascular cerebral, causando sequelas que podem ser irreversíveis (RIBEIRO; LOTUFO, 2005).

Conforme Wenzel; Souza e Souza (2009), a extrapolação de peso, consome de álcool, o fumo, a alimentação imprópria, a inatividade física e a história familiar, têm tomado ênfase entre os principais fatores para determinar a hipertensão arterial sistêmica. Estes autores afirmam que o consumo de álcool, idade avançada e tabagismo colaboram para desenvolver a hipertensão arterial ao estimular o sistema simpático, ocasionando estresse oxidativo e efeito vasoconstritor associado ao aumento de inflamações ligadas a hipertensão.

A HAS é mais frequente em homens do que nas mulheres, e em pessoas com mais idade. Pessoas que já tem caso na família de hipertensão e tem mais chance de adquirir hipertensão. A pressão alta é causada por diversos fatores. Na maior parte dos eventos, a causa é desconhecida ou não esta bem definida (PORTO, 2004). A HAS necessita de tratamento contínuo e controle durante toda a vida e

uma baixa aceitação ao seu tratamento, causa um grande problema de saúde pública. (KOHLMANN JR; PLAVNIK, 2002).

Devido ao envelhecimento, ocorre a diminuição da elasticidade nos grandes vasos com maior probabilidade de elevação da PA sistólica, causando maior caso de PA sistólica entre os idosos, formando um fator de grande importância para o aparecimento dos episódios cardiovasculares. Por outro lado, a pressão diastólica, representa-se como um fator negativo, enquanto a pressão de pulso, a diferença da leitura da pressão arterial sistólica e diastólica, adota um grande papel (BATLOUNI; FREITAS, 2002).

O idoso com hipertensão e obesidade sempre tem que estar atento ao seu peso, e procurar uma maneira de controlar a obesidade. O ideal é que o homem tenha a circunferência abdominal menor que 94 cm e as mulheres com 80 cm, sendo que o índice de massa corporal deve ser menor a 25 kg/m². (SOUZA, 2011). Para ter controle e diminuição do peso de um hipertenso o médico usa algumas estratégias como: buscar conhecer o índice de massa corporal do idoso e qual dieta que ele está seguindo, para conhecer o que o paciente come e o que ele deve retirar e acrescentar na sua dieta, fazer o paciente ter um objetivo, que é emagrecer em curto tempo; orientá-lo a adotar as medidas associadas, e providenciar apoio psicológico (FERREIRA, 2010).

A alimentação do hipertenso deverá ser pobre em sal e rica em potássio, magnésio e cálcio. A alimentação pobre em sal condiciona 6 gramas diárias, correspondendo a 4 colheres de chá de sal para a preparação dos alimentos, mais 2 gramas de sal próprio dos alimentos. Hipertensos têm que evitar: conservas, frios, embutidos, enlatados, sopas de pacote, molhos prontos, queijos amarelos, salgadinhos, entre outros. Devem ser ingeridos alimentos naturais, com o mínimo de sal possível e evitar bebida alcoólica, e se for consumir não exceder 30g de etanol para homens e 15g para mulheres (SOUZA, 2011; SILVEIRA; NAGEM; MENDES, 2008). Os alimentares analisados como apropriados para hipertensos são: frutas, fibras, verduras, vegetais, grãos, alimentos com baixa energia metabólica, ou seja, densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas. Consumir também alimentos bem cozidos, assados, grelhados ou refogados, com temperos naturais. Diminuir a ingestão de sal, álcool, gema de ovo, crustáceos e margarinas. Evitar doces, frituras e derivados do leite integral (RONDON; BRUM, 2003).

Hipertenso não pode fumar, pois o tabagismo aumenta muito o risco de complicações cardiovasculares, logo, deverá ser abandonado (FORJAZ, 2003). Abandono ao tabagismo, que pode ser imediato ou gradual, podendo ser estabelecido um tratamento-psicológico ou reposição de nicotina (BALDISSERA; CARVALHO; PELLOSO, 2009).

2.7 ASPECTOS GERAIS DA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE DO IDOSO

A população de idosos vem aumentando de forma acelerada a nível mundial, o que aparenta ser um problema dos países desenvolvidos vem se repetindo nos países mais pobres. O exercício físico é uns dois principais fatores para manter a saúde do idoso, assim permitindo que ele seja mais independente (KOPILER, 1997). O envelhecimento é um dos principais fatores que provoca mudanças e desgastes em vários sistemas funcionais, que ocorre de forma progressiva e irreversível. O período em que essas modificações aparecem, quando passam a ser percebidas e como evoluem, diferencia-se de uma pessoa para o outro. Durante esse processo, ocorrerão várias modificações no organismo, como por exemplo, alterações fisiológicas, como a incapacidade de realizar movimentos básicos do corpo humano, como o mau funcionamento de algumas estruturas corporais; e mecânicas, (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Segundo Wolff (2009), o envelhecimento tem início desde quando somos concebidos em vida. O ser humano nasce, cresce e atinge a puberdade, em seguida a maturidade e então envelhece. Esse processo caracteriza-se pela fase da vida em que ocorrem mudanças fisiológicas, bioquímicas e psicológicas. Nesta fase acontece a perda progressiva da capacidade de adequação do organismo às atividades diárias. A um enfraquecimento do tônus muscular e da constituição óssea, fato que leva à modificação na postura do tronco e das pernas acentuando ainda mais as curvaturas da coluna torácica e lombar; os órgãos internos atrofiam-se; o olfato e o paladar diminuem; há um aumento da quantidade de gordura no organismo; as articulações tornam-se mais endurecidas, reduzindo assim a extensão dos movimentos e assim reduzindo a força muscular, impedindo na realização das atividades de vida diária, inclusive na prática de atividade física. Quanto ao sistema cardiovascular, é própria da fase adiantada da velhice a dilatação aórtica, a hipertrofias e dilatação do ventrículo esquerdo do coração, associados a um ligeiro aumento da pressão arterial (MARCHI, 2004; WOLFF, 2009).

Com o avanço da idade as pessoas tornam-se mais sedentárias, com isso ocorre uma perda na capacidade funcional e uma diminuição na prática de atividade física, acarretando no surgimento de doenças que prejudicam no processo de envelhecimento (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000). O benefício mais importante do exercício é o aumento de 6 a 10 anos na expectativa de vida, ajustada à qualidade de vida (SHEPHARD, 2003). O exercício físico é definido como qualquer movimento corporal produzido pelo músculo esquelético que resulta num aumento do dispêndio energético, constituindo-se processo complexo e dinâmico (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A atividade física também pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso. O exercício regular é responsável pelos benefícios que se manifestam sob todos os aspectos do organismo. No idoso é de grande importância, pois proporciona liberação de substâncias que ativam sistemas corporais, como também é responsável pelas relações interpessoais; trabalha as funções metabólicas e funções vitais do corpo que integradas ao hábito nutricional adequado atua de forma somática em sua qualidade de vida (ANDRÉA, 2010; BRASIL, 2009a; ROCHA, 2012).

A atividade física rotineira melhora a força, a massa muscular e a flexibilidade articular. Com a prática regular da atividade física em idoso, tanto em musculação como a hidroginástica, age como método de prevenção de doenças neurológicas, como esclerose múltipla e doença de Alzheimer e reduz a sarcopenia (diminuição da função da musculatura esquelética), induzida pelo envelhecimento, aumentando, com isso, a qualidade do andar e reduzindo o risco de quedas e adicionando a eficiência na prática de atividades da vida diária (ROCHA, 2012; SANTOS; PEREIRA, 2006).

O acompanhamento ao cuidado com a saúde e a prática de atividade física estimulada pela equipe de saúde e de enfermagem é importante para a prevenção, podendo evitar a atrofia dos órgãos internos, dos membros e da musculatura. O idoso pode mostrar diminuição da resistência física, fraqueza generalizada e risco mais frequente de quedas, evidenciando a importância de uma assistência profissional com excelência e políticas públicas voltadas a estes indivíduos (ANDRÉA, 2010). O Pacto em Defesa da Vida de 2006 prioriza a política de atenção à saúde do idoso, pois, tem especial importância o aprimoramento do acesso e a

qualidade dos serviços oferecidos no SUS, com preocupação na promoção, informação e educação em saúde; promoção de atividade física e hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso de bebida alcoólica; cuidados específicos voltados ao processo de envelhecimento para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família e dos programas voltados ao idoso (BRASIL, 2006a).

De acordo com Rocha (2012), além de a atividade física ser importante na qualidade de vida das pessoas, há provas de que os mais beneficiados pelo exercício físico é a população de idosos. A atividade física na velhice mostra-se promissora em despertar no idoso a manutenção da saúde e interação com o meio em que vive. Gobbi *et al.* (2009), observaram que a atividade física quando realizada em grupo, recebe uma aceitação maior dos idosos, gerando benefícios para a saúde tanto sob os aspectos biológicos quanto para os psicossociais. Lopes *et al.* (2013) afirma que os programas de ginástica proporcionam uma grande aceitação entre as pessoas idosas, por conta de suas vantagens no que se relata à melhoria da saúde, novas amizades, integração, socialização, estética, além do bem-estar físico e mental.

Os benefícios da atividade física para a saúde são diversos, dentre eles destaca-se o melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais; proporciona independência ao idoso; diminui o risco de morte por doenças cardiovasculares, pois com o exercício há um aumento dos níveis de HDL (o colesterol bom) e diminui os níveis de LDL (o colesterol ruim); ajuda a controlar a pressão arterial; há uma melhora no sono; melhora o humor devido à liberação de endorfina, hormônio que causa sensação de bem estar, pois relaxa o sistema musculoesquelético; corrige a postura e o equilíbrio; previne câibras; ajuda a controlar o peso corporal; melhora o perfil lipídico e a melhor utilização da glicose pelo organismo; melhora a circulação sanguínea; melhora o funcionamento do intestino; a resposta imunológica; amplia o contato social; apresenta ligações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas; diminui a ansiedade; o estresse; diminuindo o risco de quedas e fraturas (BRASIL, 2007b; BENEDITTI; PETROSKI; GONÇALVES, 2003).

Considerando todos os benefícios promovidos pela prática regular de atividade física, tem sido sugerido que esta seria uma alternativa para melhorar a qualidade de vida dos idosos (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Conforme Oliveira *et al.*

(2010), com o exercício físico há uma melhora da saúde: aumento da oportunidade de contatos sociais e ganhos na função cerebral como as principais razões para que indivíduos sedentários há anos, repentinamente, aos 70 ou 80 anos de idade, iniciem e mantenham a prática de exercícios físicos. As vantagens da prática de exercícios para idosos dependem de como se processa o envelhecimento e da rotina de exercício físico praticada.

Matsudo (2001) descreve sobre a necessidade do estímulo ao exercício físico regular após os 50 anos, mesmo que a pessoa seja inativa, visto que a manutenção da atividade regular ou a mudança para um estilo de vida ativo tem um impacto real na longevidade. Segundo Nahas (2001), os exercícios físicos promove uma melhora fisiológica (controle da glicose, melhor qualidade do sono, melhora da capacidade física relacionada à saúde); psicológica (relaxamento, redução dos níveis de ansiedade e estresse, melhora do estado de espírito, melhoras cognitivas) e social (indivíduos mais seguros, melhora a integração social e cultural, a integração com a comunidade, rede social e cultural ampliadas, entre outros); além da diminuição ou prevenção de algumas doenças como osteoporose e os desvios de postura. Idosos que fazem exercício físico frequentemente têm menos chances de caso depressivo, especialmente quando realizado em grupo de pessoas com idade semelhantes, onde ocorre grande socialização e surgem novos interesses e novas amizades (RODRIGUES, 2005).

Raso (2007) citou outros benefícios importantes adquiridos com a prática de exercícios físicos, como o aumento do consumo de oxigênio, ajuda a controlar a glicemia, melhora da queixa de dores, aumento da taxa metabólica basal decréscimo no trânsito gastrointestinal, melhora do perfil lipídico, aumento da massa magra, melhora a produção de insulina.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo foi realizado através de uma análise descritiva quantitativa. Através deste, buscou-se descrever a situação da saúde do idoso na UBS. Para levantamento de referencial foram utilizados o Google Acadêmico e o site Scielo, Nescon, LILACS. Durante a pesquisa foram utilizadas expressões chaves tais como “saúde do idoso”, “Atendimento ao idoso”, “humanização do atendimento”, “assistência de enfermagem ao idoso” e “envelhecimento”. As variáveis analisadas foram: porque o idoso encontra dificuldades para ir até a unidade básica e, o motivo que leva o idoso a não procurar a USB?

3.2 ÁREA DE ESTUDO

O estudo ocorreu no Município de Itaituba, localizado no sudoeste do Estado do Pará, a 1.626km de distância da capital Belém, as margens do Rio Tapajós. De acordo com o censo mais atual (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem uma população de 97.493 habitantes, sendo 49.681 do sexo masculino e 47.812 do sexo feminino, deste total 72% residem na zona urbana e 28% na zona rural. A densidade populacional é de 1,57 habitantes/km². A cidade é considerada de médio porte e tem apresentado um forte crescimento econômico nos últimos anos, apresentando uma média de 0,640 no que diz respeito ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Produto Interno Bruto (PIB) igual a R\$ 11.088,58 reais. Ainda de acordo com o IBGE o município possui um total de 27 estabelecimentos de Saúde que fazem parte do SUS. A principal forma de acesso ao se dá por meio fluvial, sendo que os acessos terrestres e aéreos também são utilizados.

3.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população alvo desta pesquisa foram pessoas de ambos os sexos acima de 60 anos, que correspondem à faixa etária idosa, estabelecida com alvo pelo MS. A população em estudo compreendeu diversas classes econômicas. Para o estatuto do idoso são considerados idosos aqueles indivíduos com idade igual ou maior que 60 anos, mas estes são diferenciados entre si, tanto do ponto de vista socioeconômico como demográfico e epidemiológico (BRASIL, 2003).

3.4 AMOSTRAGEM DOS DADOS

Esta pesquisa foi exploratória de abordagem quantitativa, caracterizando-se como aquela que busca conhecer opiniões, reações, sensações, hábitos e atitudes de um determinado público alvo, através de uma amostragem que represente e comprove a forma estatística, para isso utiliza-se uma pesquisa de campo com intuito de recolher e registrar, de maneira ordenada, os dados sobre o assunto em estudo (GIL, 2002). A obtenção de dados foi realizada através de 39 questionários aplicados para ambos os sexos, entre os moradores de Itaituba do Bairro da Liberdade. O questionário foi composta de 16 perguntas fechadas destinadas aos idosos moradores do Bairro da Liberdade. Em apêndice A e B ao questionário foram expostos os objetivos do estudo de maneira clara e detalhada para que os entrevistados estivessem cientes da finalidade da pesquisa, resguardando a sua privacidade e confidencialidade. O levantamento de dados ocorreu no segundo semestre de 2016, entre os meses de agosto e setembro.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nesta pesquisa foram transportados para uma planilha do Software Microsoft Excel 2007, onde foram analisados e transformados em gráficos para obtermos os resultados referentes às causas e motivos da ausência dos idosos na UBS, as dificuldades que esse grupo tem em procurar por atendimento e o nível de conhecimento de cada um em relação à PNSI no SUS. .

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período entre agosto a dezembro de 2016 foram entrevistados 39 pessoas com idade entre 60 e 90 anos, na Unidade Básica de Saúde da Liberdade. De acordo com os resultados, observamos que 51% dos entrevistados correspondem ao sexo feminino, e 49% do sexo masculino (Gráfico 1).

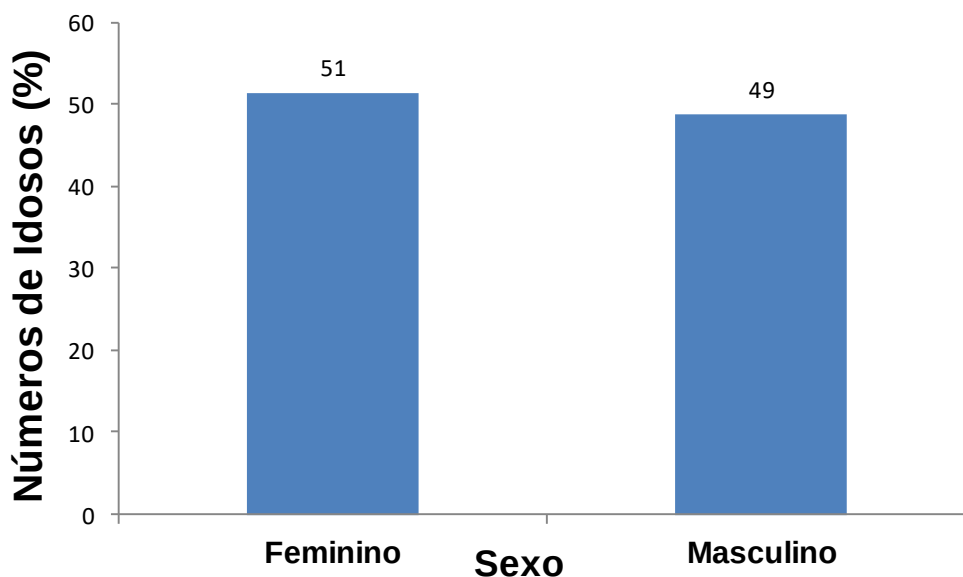


Gráfico 1 - Representa o sexo do entrevistado

A maior parte dos entrevistados encontra-se na faixa etária de 60 a 69 anos (53% dos homens e 45% das mulheres), seguido da faixa dos 70 a 79 anos (42% dos homens e 40% das mulheres), por último com menor representatividade os idosos entre 80 e 89 anos com (5% de homens e 15% das mulheres) (Gráfico 2). Estes resultados evidenciaram que o sexo feminino vive mais que o masculino.

As mulheres vivem cerca de sete anos a mais do que os homens, mesmo tendo mais chances de incidência de doenças do coração, diabetes, pressão arterial, câncer e colesterol (BRASIL, 2009). Este panorama pode ser explicado pelo fato de que o homem cuida menos da saúde, sendo difícil a sua inclusão nas ações de saúde (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Segundo Figueira (2005), percebe-se que na atenção primária a demanda masculina é inferior a das mulheres, pois procuram por atendimento rápido e acabam indo a farmácia e pronto-socorro, para atendimentos rápidos e de urgência.

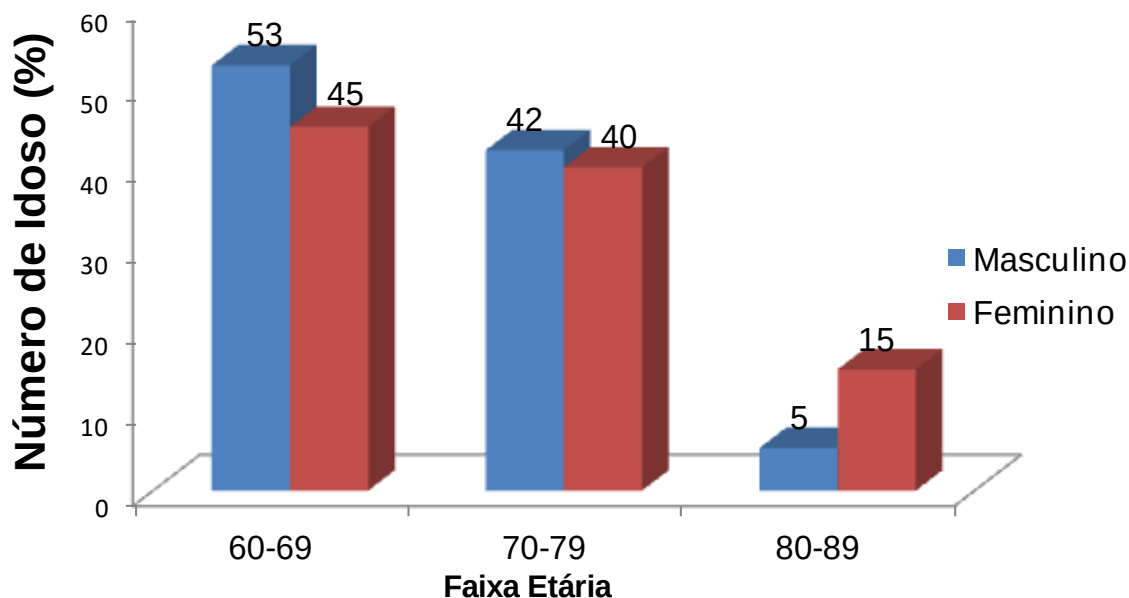


Gráfico 2- Faixa etária dos entrevistados na Unidade Básica de Saúde do Bairro da Liberdade. Itaituba/PA.

O Gráfico 3 representa a frequência dos idosos ao atendimento básico, onde 33% deles vão ao UBS somente 3 vezes ao ano, geralmente quando adoecem ou precisam renovar o receituário médico, seguido de 31% que vão esporadicamente 21% relatam frequência de 4 vezes ao ano, desencadeado por algum tipo de patologia que necessitam de tratamento contínuo (hipertensão e diabetes), 15% só comparece a UBS uma vez ao ano.

Segundo Franchi e Montenegro-Junior (2005), o grupo de idosos vem crescendo rapidamente por causa da maior expectativa de vida da população, esse fato está ligado a um melhor controle de doenças infectocontagiosas e doenças crônicas não transmissíveis. Muito dos idosos possuem doenças e agravos crônicos não transmissíveis que precisam de um acompanhamento constante, pois tais patologias não têm cura e necessitam de acompanhante frequente para tratamento. Os agravos que mais acometem o idoso são a hipertensão arterial, a incontinência urinária, a hipotensão ortostática, diabetes, demência e osteoporose (BRASIL, 2006). O idoso com hipertensão é uma pessoa que necessita de cuidados constantes, assim há uma recomendação anual de três consultas pelo médico, três pela equipe de enfermagem e uma pelo dentista (BRASIL, 2014).

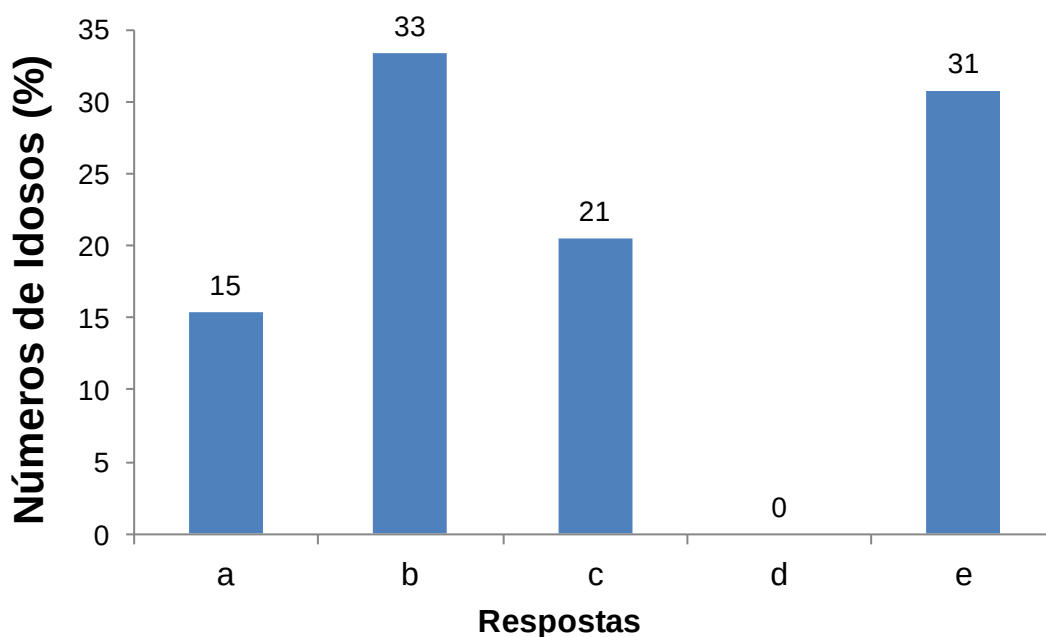


Gráfico 3 - Com que frequência você vai à unidade básica de saúde? a) 1 vez ao ano; b) 3 vezes ao ano; c) 4 vezes ao ano; d) 8 vezes ao ano; e) esporadicamente.

Os resultados mostraram que a maioria dos idosos 59% só comparece à unidade de saúde para tratamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, 23% para prevenção de doenças e 18% somente em casos de doença seguida de muita dor (Gráfico 4). Assis (2002) ressalta a importância do diagnóstico precoce e do tratamento apropriado e contínuo para o controle da hipertensão arterial e a diminuição de complicações.

Segundo Gaziano e Pagipati (2013), as patologias que mais acometem o idoso são o câncer, doença obstrutiva pulmonar crônica, diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão, essas DCNT tornaram-se o principal fator de morte entre os idosos, são responsáveis por mais de 60% dos óbitos.

Figueiredo (2005) diz que muitas dessas patologias podem ser prevenidas ou controladas por meio de intervenção em ações e práticas cotidianas de prevenção. Ou seja, muitas dessas patologias poderiam ser evitadas, caso houvesse uma maior busca por atendimento nas UBS ou caso a equipe de enfermagem fossem a campo.

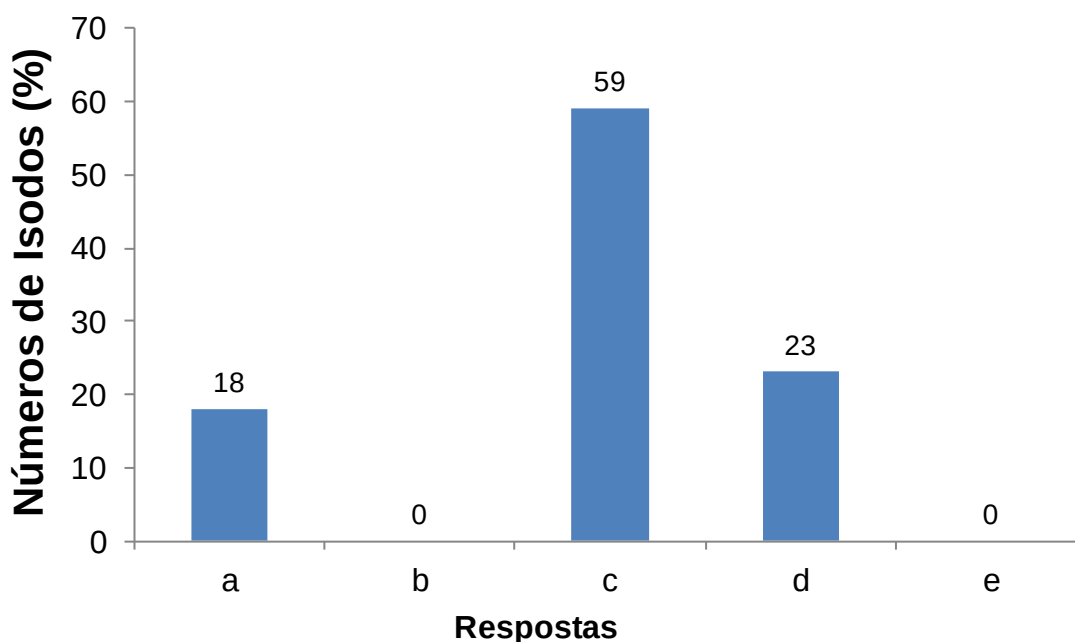


Gráfico 4 - O que leva você a procurar por assistência a saúde? a) Só em casos de doenças seguida de muita dor; b) Em caso de acidentes (cortes, luxações, fraturas; c) Para tratamento de doenças crônicas (Diabetes e Hipertensão) d) Para prevenção de doenças; e) Outros.

Os resultados mostraram que 72% dos idosos não apresenta dificuldade alguma para deslocarem-se ao posto de saúde, pois relatam que mora próximo a unidade, por outro lado, 28% têm dificuldades, pelo fato de necessitarem de uma pessoa pra lhe acompanhar até a unidade de saúde, devido ao seu estado debilitado (Gráfico 5).

O idoso tem dificuldade para se locomover, o cuidador tem a função de acompanhá-lo até a unidade básica para realização de consultas, exames ou tratamento de saúdes (BRASIL, 2008). A medida que a pessoa vai envelhecendo começa a perder a capacidade funcional, tendo dificuldades para se adaptarem às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e ao meio onde vivem (SCHNEIDER; MARCOLI; DALACORTE, 2008).

Silva (2007) destaca que a assistência em saúde sugere que o idoso com uma doença de condição crônica e com incapacidades precisa ser cuidado e assistido em sua moradia. Entretanto, é difícil de ser colocada em prática, devido a uma série de dificuldades que norteiam o convívio familiar em que este idoso está inserido.

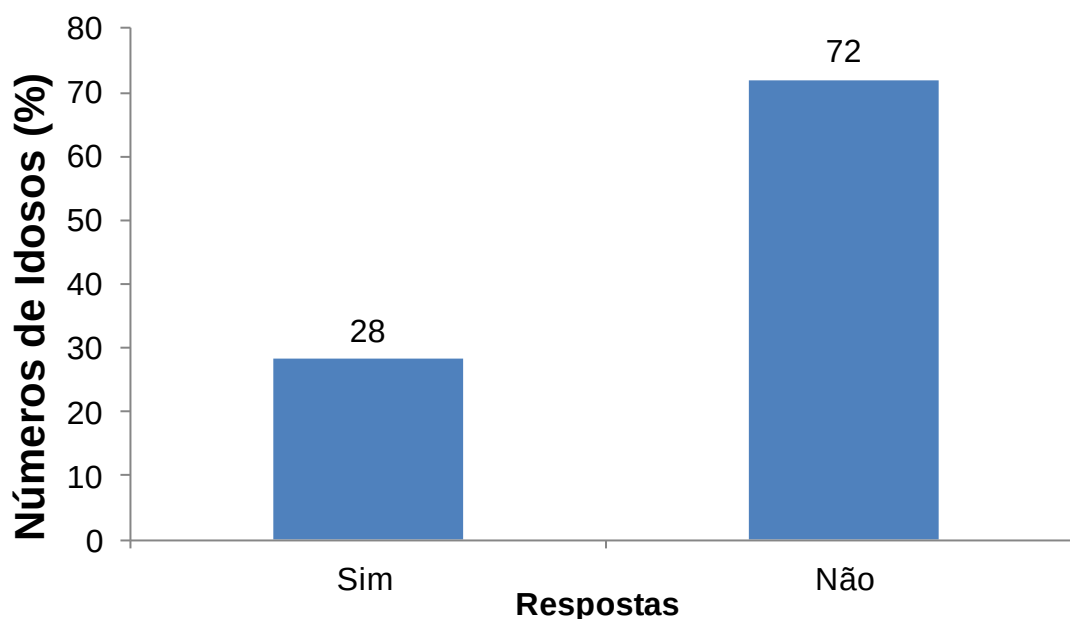


Gráfico 5 - Você tem alguma dificuldade para ir à unidade de saúde?

Ao serem questionados sobre qual barreira dificulta o seu acesso ao atendimento, 32% dos idosos responderam que a dificuldade está na falta de uma pessoa para lhe acompanhar, 26% não vão por falta de interesse próprio em cuidar de si mesmo, 16% afirmaram que o motivo é a dificuldade em conseguir consultas, 11% alegaram não ter meio de transporte, para se locomover, e por último 5% por problema de saúde, deficiência física ou outros motivos (Gráfico 6).

Fica evidenciado que a família, enquanto principal responsável pela formação pessoal e social dos indivíduos assume a função de cuidado diante de tais situações, seu papel torna-se particularmente relevante durante períodos transitórios ou permanentes de menor capacidade física e/ou psíquica de seus membros (ALMEIDA, 2005).

A equipe de enfermagem tem suma importância para orientar os familiares dos idosos sobre como é importante o acompanhamento ao idoso até a unidade de saúde, pelo fato desta pessoa já estar acometido por diversos problemas físicos ou psicológicos, que os tornam mais debilitados e dependentes. A falta de acompanhamento pode desencadear uma série de agravos à saúde do paciente (SILVA; SANTOS, 2014).

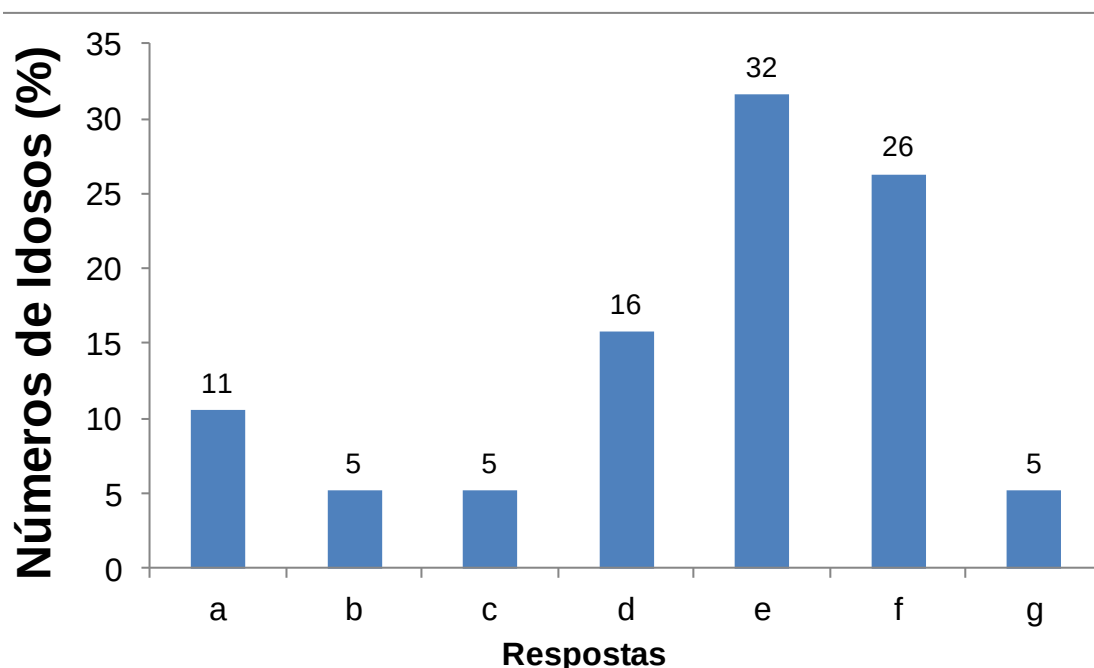


Gráfico 6 – Quais desses motivos você classificaria como barreira para não ir à unidade básica de saúde? a) Meio de transporte; b) Deficiência física; c) Problemas de saúde; d) A dificuldade de conseguir consultas; e) Falta uma pessoa para lhe acompanhar; f) Falta de interesse próprio em cuidar de si mesmo; g) Outro motivo

Os resultados ainda mostram que em caso de doença a unidade básica de saúde é o primeiro lugar a ser procurado (54% dos entrevistados), 18% procuram atendimento direto nas farmácias, 15% procuraram melhoras com chá caseiro e apenas e outros 15% procuram um hospital (Gráfico 7).

Para Almeida (2009) a atenção básica representa um plano de atenção do sistema de saúde, caracterizando-se como a porta de entrada para atender a demanda da população, direcionando a atenção à pessoa e não à doença.

Com o aumento da expectativa de vida da população, o SUS tem um desafio muito grande. De maneira muito rápida, passamos de uma população jovem para uma população idosa, fato que provavelmente levará a uma maior procura dos idosos por serviços de saúde de atenção básica (SILVA; SANTOS, 2014) como mostrado no Gráfico 7.

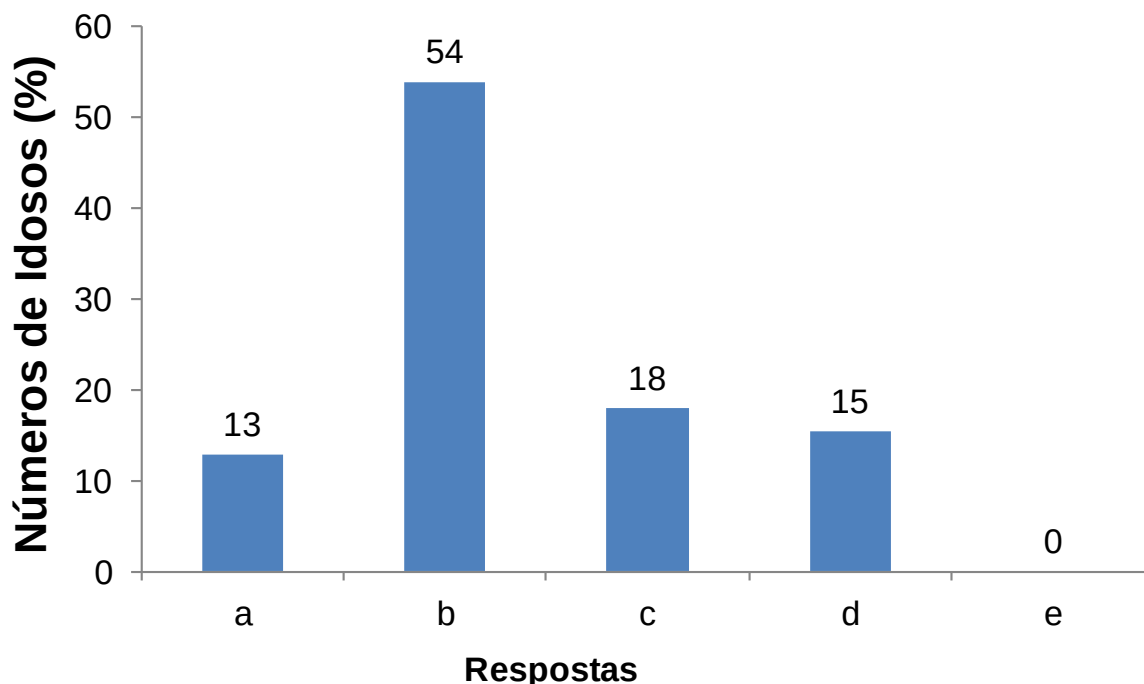


Gráfico 9 - Quando esta doente, quem você procura? a) Hospital mais próximo; b) Unidade Básica de Saúde; c) Farmácia; d) Faz um chazinho e espera melhorar; e) Não faz nada;

Os resultados deixam claro que as unidades de saúde têm um déficit grande na distribuição de medicamentos e exames, onde 56% dos entrevistados mostraram o seu descontentamento com a falta desses recursos. Outros 31% relataram que falta prioridade para o atendimento aos idosos, uma atenção mais humanizada para eles que muitas vezes estão mais debilitados que o resto da sociedade (Gráfico 8).

Como se trata de idosos, o cuidado implica em dar um atendimento com estrutura adequada, que possibilite o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as suas dificuldades e limitações, comuns a esse grupo (PICCINI *et al.*, 2006).

A obtenção de medicamentos é um indicador da qualidade e eficiência do sistema de saúde, a medicação é um grande aliado ao tratamento prescrito pelo médico, fundamental para o tratamento de doenças degenerativas, como hipertensão arterial sistêmica, e a diabetes mellitus (PANIZ *et al.*, 2008). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), com o aumento da população idosa há também um aumento na demanda por medicamentos, estes que diminuem a evolução da doença aliviam a dor e assim melhoram a qualidade de vida (MARIN, 2008a).

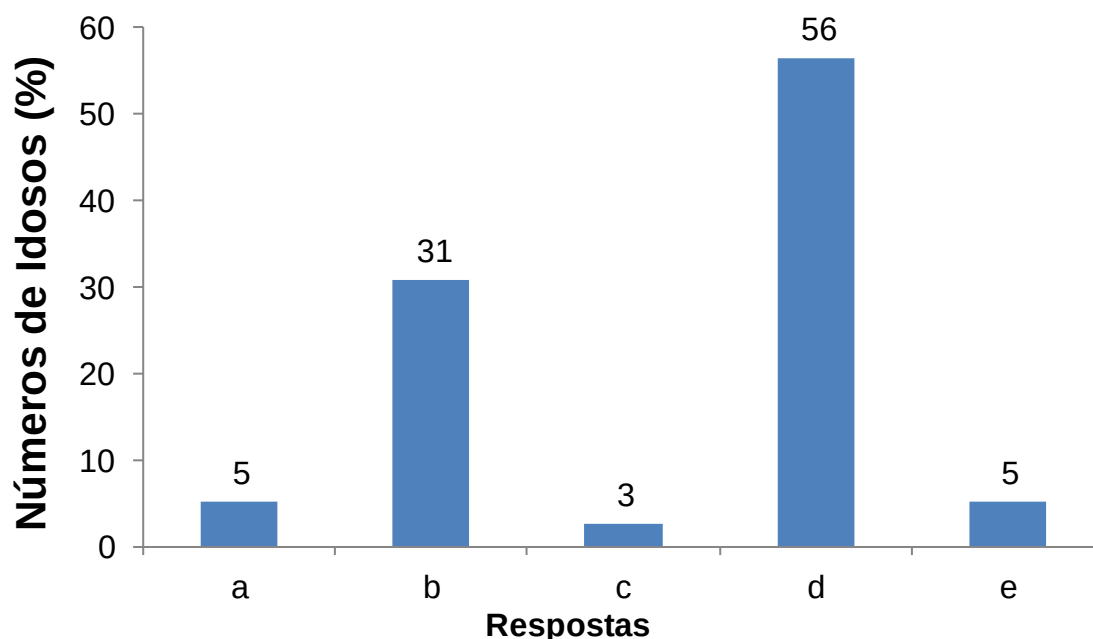


Gráfico 10 - Em sua opinião, o que deveria ser feito nas unidades básica de saúde para melhorar o atendimento aos idosos? a) Aumentar o número de fichas para consultas; b) Ter prioridade no atendimento; c) Horários que atendam a demanda dos idosos;d) Disponibilizar mais recursos como medicação e exames;e) Outros

Em relação a quem acompanha o idoso na busca por atendimento, os resultados mostraram que 41% deles são acompanhados pelos seus filhos, com a mesma porcentagem de idosos que são acompanhados por outras pessoas não especificadas, 13% relataram ser acompanhados pelo seu cônjuge, e por último com menor representatividade são acompanhados pelo cuidador (3%) (Gráfico 9).

O cuidado exige a formação de uma rede familiar, onde o ato de cuidar do idoso pode ser uma experiência compartilhada, na qual os vínculos afetivos se fortalecem e são muito importantes (FLORES *et al.*, 2010). O idoso necessita de um cuidador e esse cuidador pode ser uma pessoa da família ou da comunidade, com ou sem salário. O cuidador tem que saber que ele é responsável pelo direito do idoso, bem estar, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (BRASIL, 2008).

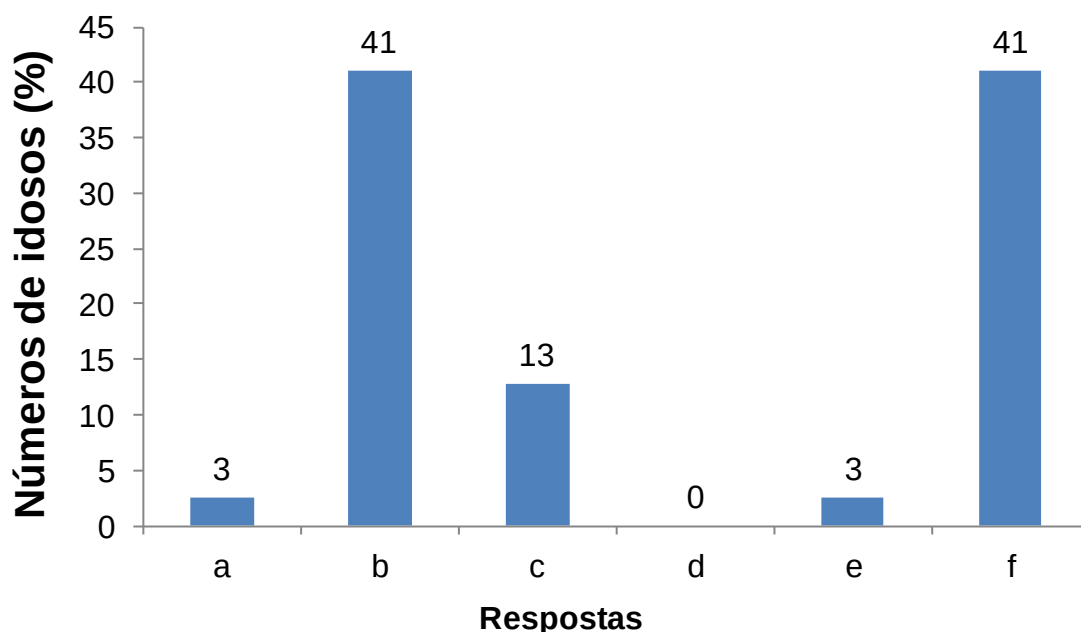


Gráfico 11 - Quem acompanha você nas consultas? a) vizinho; b) Filhos; c) Esposa(o); d) Amigo/amiga; e) cuidador; f) outros

O Gráfico 10 apresenta um resultado interessante, onde 69% dos idosos entrevistados vão ao atendimento de saúde periodicamente, seja para o tratamento de DCNT's ou para consultas preventivas, outros 31% relatam que vão ao médico somente quando estão doentes, o que torna cada vez mais frágil sua saúde.

De acordo com Lima; Barreto e Giatti (2003) quem mais frequenta os serviços de saúde são os idosos, em países desenvolvidos a procura por atendimento na unidade de saúde é de três a quatro vezes maior do que o tamanho proporcional na população. Isso se dá por devido ao aumento de várias patologias e incapacidades físicas entre os idosos.

Devido às condições de saúde causadas pelo envelhecimento, ocorre um aumento da procura por serviços médicos e de saúde. (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

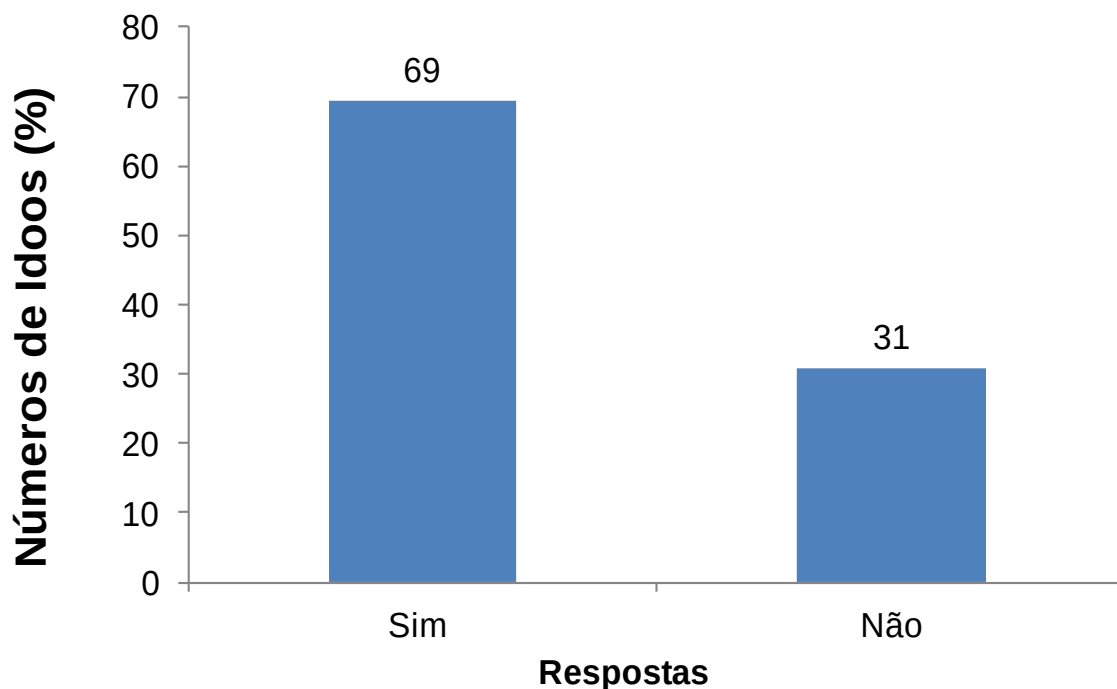


Gráfico 12 - Você se consulta periodicamente com o Médico?

Outro fator relevante que leva a ausência do idoso no atendimento primário na UBS, está demonstrado no Gráfico 11, onde 44% dos idosos não buscam por atendimento por falta de uma pessoa para lhe acompanhar, outros 41% tem medo de descobrir alguma doença.

O idoso passa a sentir-se isolado devido à doença, deste modo trona-se importante a família acompanhar o idoso no processo diagnóstico e terapêutico para que ele tenha maior confiança e assim possa colaborar mais com seu diagnóstico e tratamento (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

Conforme o Ministério da Saúde, 40% dos idosos precisam de ajuda para conseguir fazer pelo menos uma atividade instrumental de vida diária (AIVD), sendo que desses, 10% precisam de ajuda com as atividades básicas de vida diária (AVD) (RIBEIRO, *et al.*, 2008).

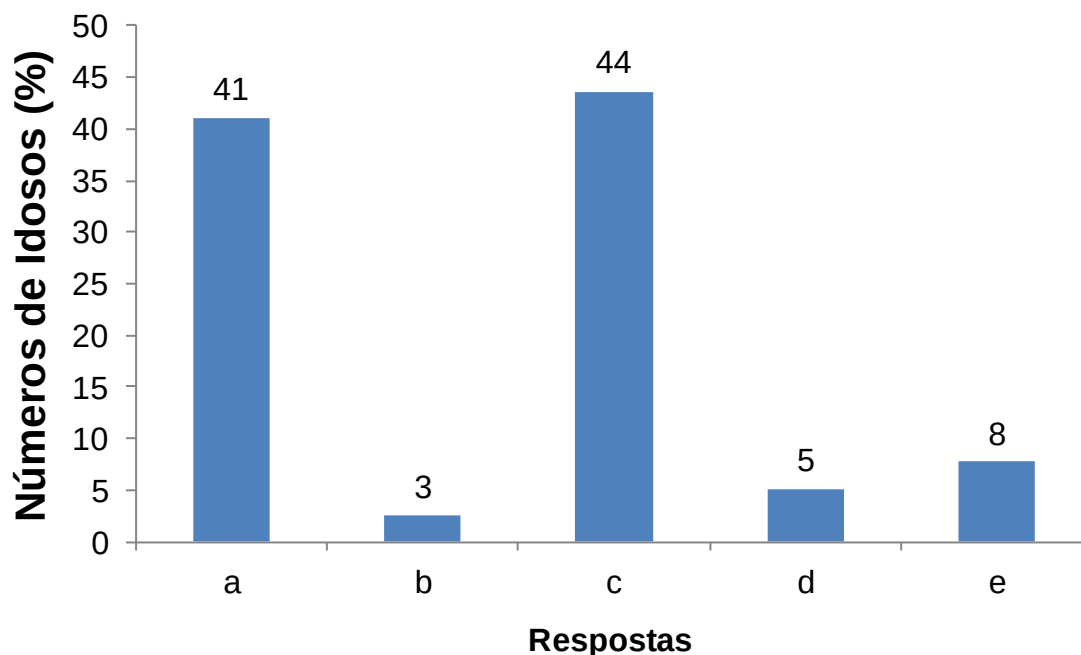


Gráfico 13 - Em sua opinião, qual é a maior dificuldade que o idoso encontra para não ir à unidade básica de saúde? a) Medo de descobrir alguma doença; b) Sentimentos de vergonha ou timidez; c) Não tem uma pessoa para lhe acompanhar; d) Medo ou vergonha de expor alguma agressão física.; e) Outros

Quando questionados sobre a PNI 74% dos idosos nunca ouviram falar, e apenas 26% já ouviram falar e sabem o que significa (Gráfico 12). A PNI foi regulamentada em 1996, em seguida o Estatuto do Idoso foi regulamentado em 2003, são meios legais que ajustam os direitos garantidos aos idosos, e configuram uma das grandes conquistas da sociedade (CIPRIANO, 2005).

De acordo com Rosa; Keinert e Louvison (2009), a PNI, tem como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, apesar deste importante contexto, os dados são preocupantes pelo fato de que a maioria da população não conhece os seus direitos.

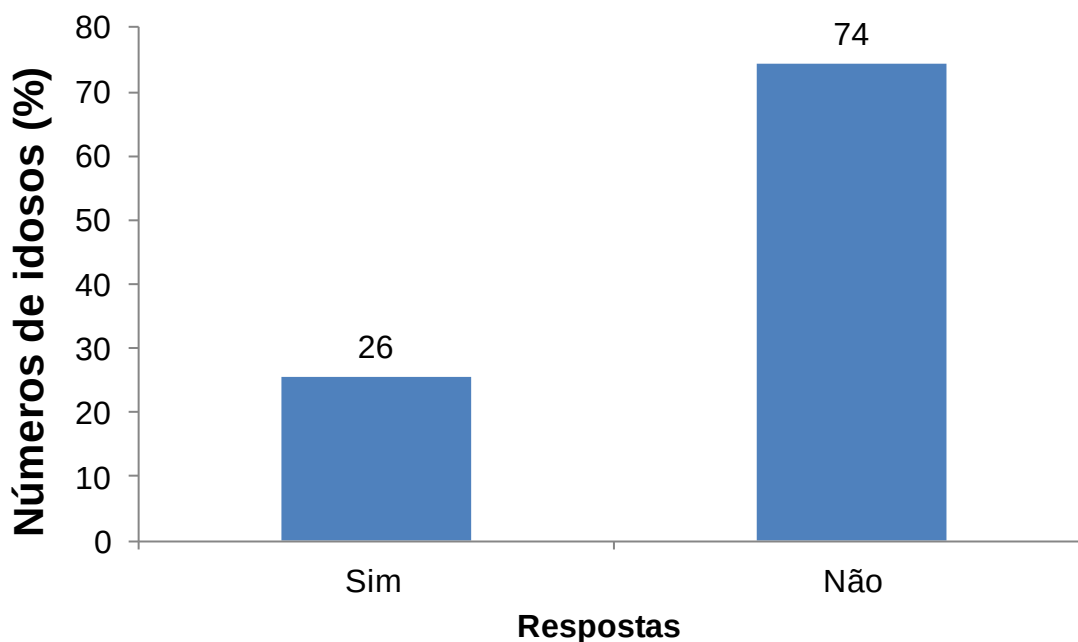


Gráfico 14 - Você conhece ou já ouviu falar da Política Nacional do Idoso PNI?

Quando perguntamos quem são as pessoas que mais os incentivam a buscarem por assistência à saúde, 67% deles admitem que a família é a sua principal incentivadora, enquanto 23% afirmam que o maior incentivo vem de agentes de saúde(Gráfico 13).

A principal fonte de suporte e de cuidado aos idosos é a família, pois ela tem a melhor estrutura para acolher e cuidar desse idoso, assim tendo como autonomia para incentiva-lo busca por atendimento na unidade de saúde para tratamento de doenças (GONZALES, 2010; QUEROZ, 2010; SEBASTIÃO; ALBUQUERQUE, 2011).

De acordo com o Art.3º da Lei nº 10.741 de 01 de Outubro de 2003 fala que é obrigação da família, da sociedade, da comunidade e do poder público garantir ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à cultura, ao trabalho, ao esporte, à educação, ao lazer, à cidadania, à dignidade, à liberdade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

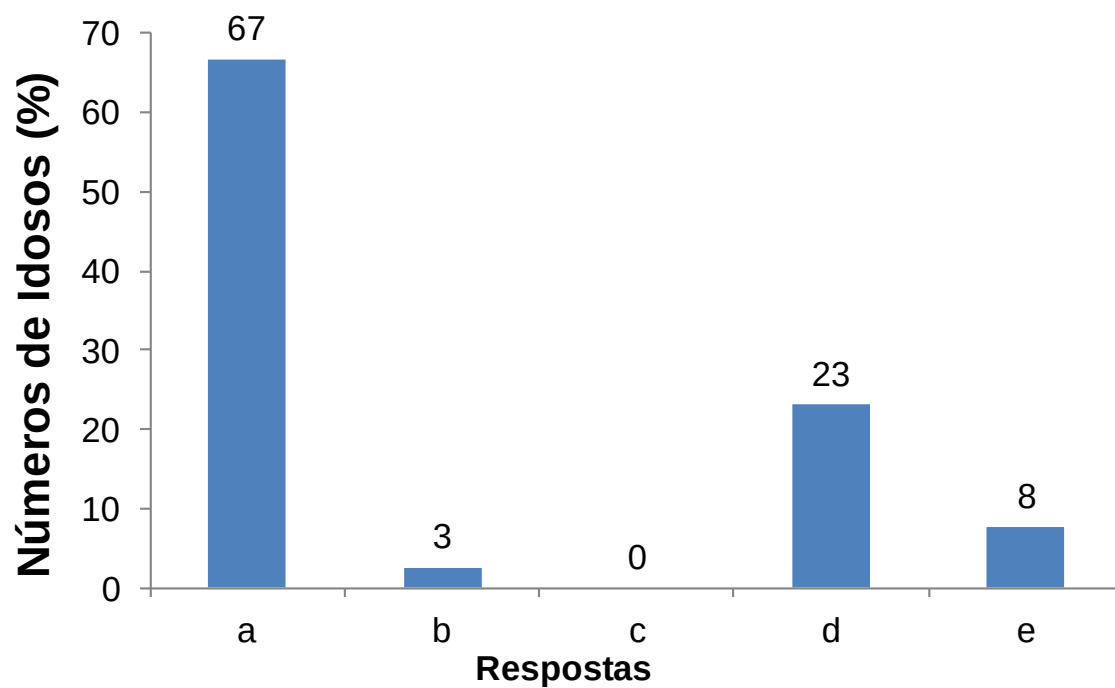


Gráfico 15 - Quem incentiva você em buscar assistência de saúde? a) Os familiares; b) Os amigos;c) Campanhas de saúde;d) Agentes de saúde; e) outros

5 CONCLUSÃO

Ao finalizar este estudo sobre as dificuldades encontradas pelos idosos na busca por assistência na atenção primária na unidade básica da Liberdade Itaituba – PA, constatou-se que os idosos têm dificuldades na busca por atendimento de saúde preventiva, devido suas dificuldades de deslocamento até a unidade básica ao seu estado fragilizado desencadeado pela idade ou alguma doença, e principalmente pelo fato deles não terem uma pessoa para lhe acompanhar até a unidade de saúde. A falta de medicação e exames também diminui a procura pela unidade de saúde. Entre os fatores que mais os levaram aos postos de saúde destaca-se a procura de tratamento para doenças crônicas.

O estudo demonstrou resultados semelhantes aos de outros já publicados, sendo que na unidade básica da Liberdade destacou-se a ocorrência de um alto índice de ausência do idoso na busca por atendimento.

Destacou-se entre os resultados fato do idoso não ter uma pessoa pra lhe acompanhar para um atendimento de saúde, fato esse comprovado com os dados que mostram que praticamente a grande maioria dos entrevistados relatam que possuem dificuldade como esse aspecto. Desta forma, fica clara a importância da família no cuidado com saúde do idoso.

Com os resultados desse estudo tornou-se possível conhecer os motivos e justificativas por eles para a falta de cuidados preventivos, servindo de base de dados para traçar medidas para sensibiliza-los quanto à importância dos cuidados com a saúde. Espero que esse estudo possa contribuir no melhoramento no atendimento e acolhimento do idoso na atenção básica e conscientização dos familiares.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. F.; CRUZ, M. G; CABALLERO, C. G. P. Pesquisa clínica de transtornos mentais e de contortamente problemático em geriátrica GBT-2 da Policlínica Milanes. **Revista Medica Eletrônica** v. 25, n.2, mar-abr., 2003.
- ALMEIDA, T. L. **Características de cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família**. 2005, Dissertação (mestrado - Enfermagem). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.
- ANDRÉA, F. **A atividade física e o enfrentamento do estresse em idosos**, 2010. Dissertação (Mestrado em ciências da educação e saúde).
- ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos**. Rio de Janeiro: UnATI UERJ, 2002.
- BALDISSERA, V, D, A.; CARVALHO, M, D, B.; PELLOSO, S, M. Adesão ao tratamento não farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre – RS, 2009.
- BANDEIRA, E. M. F. S.; PIMENTA, F. A. P; SOUZA, M. C. **Secretaria de Estado de Saúde**. Atenção do Idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
- BATLOUNI, M.; FREITAS, E. V. Insuficiência cardíaca no idoso. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERY, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 2002.
- BENEDETTI, T. B.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. T. Exercícios físicos, autoimagem e autoestima em idosos asilados. **Revista Brasileira de cineantropometria & Desempenho Humano**. v. 5, n. 2, p. 69 – 74, 2003.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciênc. saúde coletiva, on line Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.
- BERZINS, M. A. V.S. **Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v.29, n.75, p.19-34, set., 2003.
- BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estados da Saúde de nº 1395, 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências, Brasília: **Diário Oficial da Republica federal do Brasil**. Nº 237-E P. 20-24,13 dez.1999. Seção 1.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de saúde do idoso**. Portaria n. 1.395/GM, 10/12/1999. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 73 Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 14 maio, Seção 1, p.174-184. Brasília (DF), 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de humanização da assistência hospitalar**, Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**. 3 out. 2003a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. **Político Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)**. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão**. Pactos Pela Saúde, on line Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Textos básicos de Saúde, on line Brasília, 2 ed. , 2006d.

BRASIL. Ministério da saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de atenção básica nº 19, Brasília, 2006e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa..** Cadernos de atenção básica, n. 19. 1ª Ed. Brasília - DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Estatuto do Idoso**. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/ estatuto_idoso2edicao.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf). Acessado em 11/09/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do cuidador**. Brasília. DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências**. Brasília. Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**, Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas**. Cadernos de Atenção Básica. n. 35. 1ª Ed. p. 39. Brasília - DF, 2014.

BRUM, A. K. R.; TOCANTINS, F. R.; SILVA, T. J. E. S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Ver. Latino AM. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1019-1026 – nov./ dez. 2005.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista brasileira de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2010.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Rio de Janeiro, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** *Interface (Botucatu)*, on line São Paulo, v.9, n.17, 2005.

CANÇADO, F. A. X. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000.

CARVALHO, M; SOUZA, L. **Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.160-172, 2013.

CIPRIANO, P. Medidas urgentes. **Revés do Averso**, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 96-7, out. 2005.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSEK, S. I. **Atenção integral na saúde do idoso no programa saúde da família: visão dos profissionais de saúde**. São Paulo; Rev.esc.enferm USP 2009.

COSTANZI, C. B. Fatores associados a níveis pressóricos elevados em escolares de uma cidade de porte médio do Sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pediatria**, v.85, n.4, p.535-40, 2009.

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

DIOGO, M. J. D. CEOLIM, M. F. CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Revista Esc. Enferm. USP* 39 (1):97 – 102, 2005.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revistando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 233-239, 2000.

ERDMANN, A. L.; SILVA, R. F. **Ambiente do cuidado: dimensão ecológica**. Texto & Contexto de Enfermagem, Florianópolis, v.11, n.3, p. 72-82, 2002.

FENILI, R. M.; SANTOS, O. M. B. **Analisando a teoria Humanística de Paterson e Zderad para Vislumbrar a Enfermagem como Diálogo Vivo**. Nursing, São Paulo, ano 4, n. 39, p. 30-34, ago. 2001.

FERREIRA, C. **Hipertensão Arterial**. Emedix – Portal de saúde com informações sobre doenças. 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.105-109, mar. 2005.

FINCH, C. E; SCHEIDER, E. L. ENVELHECIMENTO E MEDICINA GERIÁTRICA. In: BENETT, J. C.; PLUM, F. **Tratamento de medicina interna**. 1997.p. 15-20.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1997.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.986-994, 2004.

FLORES, G. C.; BORGES, Z. N.; BUDÓ, M. L. D.; MATTIONI, F. C. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p.467-474, 2010.

FONTE, I. B. **Diretrizes Internacionais para o envelhecimento e suas Consequências no conceito de velhice**. p.1-15. São Paulo, 2002.

FORJAZ, C, L, M. Exercício resistido para o paciente hipertenso: indicação ou contra indicação. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2003.

FRANCHI, K. M. B; MONTENEGRO JR. R. M. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. **Perspectivas e controvérsias**. Universidade de Fortaleza. Fortaleza/CE, 2005.

FRANCISCO, M. S. B.; DONALISIO, M. R. C.; LATTORRE, M. R. D. O. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos do Estado de São Paulo, 1980 a 1998. **Revista de Saúde Pública**, vol.37, p.191-196, 2003.

FREIRE, S. A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A. L.; FREIRE, S.A. **E por falar em boa velhice**. p.21-32. Campinas: Papirus, 2000.

GANDOLPHO, M. A.; FERRARI, M. A. C. A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. **Revista o Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 3, p.398-408, jul-set. 2006.

GAZIANO,T. A., PAGADIPATI, N., Ampliação das Intervenções de Prevenção de Doenças Crônicas em Países de Baixa e Média Renda. **Revista Anual**. Saúde pública. 2013.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família**. Texto & Contexto de Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1992.

GOBBI, S.; CORAZZA, D. I.; COSTA, J. L. R.; UENO, D. T.; GOBBI, L. T. B. **Atividade física e saúde no envelhecimento: a experiência do Programa de Atividade Física para a Terceira Idade (PROFIT)**. 2009.

GONZALES, G. C. A. **Envelhecimento, família e transferências intergeracionais em Montevideú, Uruguai**. Dissertação de mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas. São Paulo 2010.

GROISMAN, D. **A velhice, entre o normal e o patológico.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 9, n.1, p. 61-78. Rio de Janeiro, jan-abr., 2002.

HAZZARD, W. R.; BRERMAN, E. L.; BLASS, J. P.; ETTINGER, W. H.; HALTER, J. B. **Princípios da Medicina Geriátrica acabam Gerontologia.** 3rd Ed. **New York:** McGraw Hill, 1994.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. Acesso em: 08 dez. 2016.

JARDIM, R. A . **A Importância de Uma Assistência Diferenciada ao Cliente Hipertenso Visando à Adesão ao Tratamento Proposto.** Anais do 8º Encontro de extensão da UFMG. Belo Horizonte, 2005.

KELLEY, S. D. M. Distúrbios de saúde mental prevalente na população de envelhecimento: questões de comorbidade e incapacidade funcional. **Jornal de reabilitação**, v. 69, p. 19-25, 2003.

KOHLMANN JR, O.; PLAVNIK, F. L. Hipertensão arterial. **Rev. Brás. Méd.**, v.59, p.49-60, 2002.

KOPIER, D. A. Atividade Física na terceira idade. **Revista Brasileira de Medicina Esporte.** Vol. 3 N. 4. Rio de Janeiro, 1997.

LAKS, J. O que há de tão especial em ter 65 anos? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, p. 341-343, 1995.

LEITE, M. T.; BATTISTI, I. D. E.; BERLEZI, E. M.; SCHEUER, A. I. **Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social.** *Texto contexto enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 250- 257, 2008.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LESSA, I. **Epidemiologia da Insuficiência da pesquisa na Saúde.** 2.ed. ver. E atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, C. M. F; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de saúde Pública.** V.19, p.700-701, 2003.

LIMA, F. M. C; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamento da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003.

LIMA, T. J. V.; ARCIERI, R. M.; GARBIN, C. A. S.; MOIMAZ, S. A. S. **Humanização na Atenção à Saúde do Idoso.** Saúde Soc. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 866-877, 2010.

LOPES, M. A.; KRUG, R. R.; MAZO, G. Z.; BONETTI A. **Percepção de idosas longevas sobre atitudes positivas diante da prática de atividade física:** um

estudo em grupo focal. *Saúde & Transformação Soc.* Florianópolis, v.4, n.3, p.91-97, ago. 2013.

MARCHI N. L. **Revista Pensar a Prática**, p. 75-84, mar. 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fe/article/view/67/66> acessado em 13/10/2016. Acessado em 06/10/2016

MARIN, M. J. S.; MARTINS, A. P. M. F.; FERES, B. O. M.; SARAIVA, A. K. H.; DRUZIAN, S. A. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1545- 1555, Jul 2008a.

MARIN, M. J. S.; MARTINS, A. P. M. F.; FERES, B. O. M.; SARAIVA, A. K. H.; DRUZIAN, S. A. Atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Revista Brasileira**. Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.1809-9823, abril 2008b.

MARRELLI, T. M. Bem-vindo ao atendimento domiciliar: a picada de saúde do futuro. In: MARRELLI, T. M. **Manual de orientação de saúde homem**. St. Louis: Mosby, 1997.

MARTINS, C. A. Valorizar a visitação domiciliária. **Revista Sinais Vitais**, Coimbra, n. 48, p. 8-16, maio 2003.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v 8, n 4, set, 2000.

MATSUDO, S. M. Envelhecimento e Atividade Física. Londrina: **Midiograf**, 2001.

MENDES R. J. L. T. Envelhecimento e pressão arterial. **Acta Medicina Portuguesa**, 21(2): 193-98. 2008.

MENDES, A. C. G.; SÁ, D. A.; MIRANDA, G.M.D.; LYRA. T.M.; TAVARES, R.A.W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, maio 2012.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001.

OLIVEIRA, T. P. C. **Políticas públicas de atendimento do idoso**: subsídios para reconceituação e avaliação, 2005. Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2005.

OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40 n.4, p. 727-33, agosto 2006.

OLIVEIRA, A. C; OLIVEIRA, N. M. D; ARANTES, P. M. M; ALENCAR, M. A. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física – uma revisão sistemática. **Revista brasileira geriátrica gerontologia**. Rio de janeiro, 2010.

OLIVEIRA, A. F. C; NOGUEIRA, M. S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p.388-94, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guia Clínica para Atención Primaria para pessoas Idosas. 3ª ed. Washington: **OPAS**, 2003.

PAINI, J. P. **Diálogo como cuidado**: uma abordagem humanística junto aos acadêmicos de enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.9, n.2, p. 632-645, maio/ago, 2000.

PAIXÃO-JUNIOR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1):7-19, 2005.

PANIZ, V. M. V; FASSA, A. C. G.; FACCHINI, L. A.; BERTOLDI, A.D.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24(2):267-280, fev, 2008.

PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia: **A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PAPELEO NETTO, M.; PONTES, J.R. **Envelhecimento**: desafio na transição do século. In: PAPALEO NETTO, M.(org) Gerontologia. p.3-12. São Paulo: Atheneu, 2002.

PASCHOAL, S. M. P.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia do Envelhecimento. In: NETTO, Matheus Papaleo. **Tratado de Gerontologia**. 2.ed. p. 39 – 56. São Paulo: Atheneu, 2007.

PAULA, C. C.; SCHAURICH, D.; PADOIN, S. M. M.; CROSSETTI, M. G. O. O cuidado como encontro vivido e dialogado na teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad. **Acta. Paul. Enf.** on line São Paulo, v.17, n. 4, fev. 2004.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Necessidades de saúde comuns ao idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciências e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.3, 2006.

PINTOS, C. C. G. **A família e a terceira idade**: orientações psicogerontológicas. São Paulo: Paulinas, 1997.

Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006a. **Dispõe sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa**. Brasília. Ministério da Saúde 2006.

PORTELLA, M. R. **A utopia do envelhecer saudável nas ações coletivas dos grupos de terceira idade**: canais de aprendizagem para a construção da cidadania. 2002. 158f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Florianópolis, 2002.

PORTO, C. C. **Doenças do Coração- Prevenção e Tratamento**. 2º Ed., São Paulo, Guanabara Koogan, 2004.

QUEROZ, N. C. Aspectos do conhecimento psicogerontológico para a atenção à família, ao cuidador e às instituições de idosos fragilizados. *In*: Falcão, D. V. S. (Org.). *A família e o idoso: desafios da contemporaneidade*, 111-128. Campinas (SP): Papirus, 2010.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 19, n. 3, p.793-797, jun. 2003.

RASO, V. **Envelhecimento saudável** – manual de exercícios com pesos. São Paulo: San Designer, 1. ed., p. 31-59, 2007.

RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C.; FERREIRA, E. F.; MAGALHÕES, C. S.; MOREIRA, A. N. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008.

RIBEIRO, R. C.; LOTUFO, P. A. **Hipertensão Arterial Diagnostico e Tratamento**. São Paulo: Sarvier, 2005.

RICE, R. **Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários**: conceitos e aplicações. Lisboa: Lusociência, 2004.

ROCHA, E. C. A. **Prática de atividades físicas x saúde do idoso**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 12 dez. 2012.

RODRIGUES, A. C. F. **Depressão no idoso**. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2005. Disponível em: <http://www.infomedgrp19.famerp.br/>. Acessado 20/08/2016.

RONDON, M, U, P.; BRUM, P, C. Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão Arterial**, 2003.

ROSA, T. E. C.; KEINERT, T. M. M.; LOUVISON, M. C. P. Envelhecimento e saúde. Boletim Instituto de Saúde. N.49, Abril, 2009.

SANTOS, A. L.; SANTOS, S. F. O. **Morbidade e mortalidade da população idosa do distrito federal**. *In*: CIEGESI, 1, Encontro Científico do PNAP/UEG, 1, de 22 a 23 de Junho de 2012, Goiânia, Goiás. Anais eletrônicos, p. 649-660, Goiânia, 2012.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. **Envelhecimento**: um processo multifatorial. Psicologia. Estadual, Maringá, v.14, n.1, p. 3-10, jan-mar, 2009.

SANTOS, M. A. M.; PEREIRA, J. S. Efeito das diferentes modalidades de atividades físicas na qualidade da marcha em idosos. **Revista Digital, Buenos Aires**, n. 102, 2006. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd102/marcha.htm>. Acessado em 10/09/2016.

SCHNEIDER, R. H.; MARCOLIN, D. DALACORTE, R. R. Avaliação funcional dos idosos. **Ciência Médica Porto Alegre**, v.18, n. 1, p. 4-9, jan-mar, 2008.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 7-17, jan-mar. 2005.

SEBASTIÃO, C.; ALBUQUERQUE, C. Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactos da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. São Paulo (SP): **Revista Kairós Gerontologia**, 14(3), 25-49. 2011.

Secretária Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. **Manual dos cuidadores de pessoas idosas**. São Paulo, 2002.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, P. 485, 2003.

SILVA, A. A.; BORGES, M. M. M. C. Humanização da Assistência de Enfermagem ao idoso em uma unidade de saúde da Família. Ipatinga; **Revista Enfermagem integrada** MG 2008.

SILVA, J. L. L. **O processo saúde doença e sua importância para a promoção da saúde**. Informe-se em promoção da saúde, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.03-05, 2006.

SILVA, V. **Velhice e envelhecimento**: qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do SESC - estreito. Florianópolis, 2009.

SILVA, C. R.; SOARES, J. C.; SILVA, J. C. M. C. **Acessibilidade ao idoso no serviço de atenção básica em saúde**: uma revisão de literatura. São Paulo, 2012.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. **A Consulta De Enfermagem Ao Idoso Na Estratégia De Saúde Da Família**: Desafios e possibilidades. Ciência, Cuidado da Saúde, 2014

SILVEIRA, M, G.; NAGEM, M, P.; MENDES, R, R. Exercício físico como fator de prevenção e tratamento da hipertensão arterial. **Revista Digital de Esportes**. 2008.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia Humana: uma abordagem integrada**. 1ª. Ed. São Paulo: Manole, 2003.

SILVESTRE, J. A.; COSTA-NETO, M. M. Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**- opinião. Rio de Janeiro/ RJ, 2003.

SIMÕES, R. **Corporeidade e Terceira Idade**: A marginalização do Corpo Idoso. São Paulo: UNIMEP, 1998.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 9. 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 13 de fevereiro 2006. <http://itpack31.itarget.com.br/uploads/sbh/arquivos/14.pdf>. Acessado em 05/08/2016

SOUZA, C. R.; LOPES, C. F.; BARBOSA, M. A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliária. **Revista da UFG, Goiânia**, v.6, p. 4-9, dez. 2004.

SOUZA, D. M. M. **A Prática diária na Estratégia Saúde da Família**. Juiz de Fora: UFJF, p.462, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TELLES, J. L. **Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do pacto pela vida/saúde da população idosa 2006/2007**: Contribuições para o Debate – DAPE/SAS/MS, 2006.

Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: política, programas, e redes de atenção à saúde do idoso**. São Luís 2014.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**. V.19, p. 705-715, 2003.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.10, p. 2463-2466, out. Rio de Janeiro 2007.

VERAS, R. P. CALDAS, C. P.; ARAUJO, D. V.; KUSCHNIR, R.; MENDES, W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. V.42, p. 497-502, 2008.

VERAS, R. **População envelhecendo hoje**: demandas, desafios e inovações. Rev. saúde pública, v. 43, n. 3, p. 548-554, São Paulo, 2009.

VIANNA, L. G.; VIANNA, C.; BEZERRA, A. J. C. Relação médico paciente idoso: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2010.

WENZEL, D; SOUZA, J. M. P; SOUZA, S. B. Prevalência de hipertensão arterial em militares jovens e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.5, p. 789-95, 2009.

WOLFF, S. H. Vivendo e envelhecendo: recordes de práticas sociais nos núcleos da vida saudável. São Leopoldo: **UNISINOS**, 2009.

APÊNDICE A



Centro de Estudos Superiores de Itaituba Faculdade de Itaituba-FAI
Autorização e Credenciado pela Portaria
MEC nº 251 de 07/07/2011

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar. Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento a pesquisadora Cleicy Janaína Porto de Matos pelo telefone (93) 991951247 ou pelo e-mail Cleyci.janaina@hotmail.com, assim como seu orientador Lincoln José Michalski, ou ainda com a Secretaria do comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93) 3512-8013. Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, ____ de _____ de 20 ____.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE B



Centro de Estudos Superiores de Itaituba Faculdade de Itaituba-FAI
Autorização e Credenciado pela Portaria

MEC nº 251 de 07/07/2011

QUESTIONÁRIO

01. Sexo:

- A. Masculino
- B. Feminino

02. Qual é a sua Idade: _____ anos.

03. Com que frequência você vai à unidade básica de saúde?

- A. () 1 vez ao ano;
- B. () 3 vezes ao ano;
- C. () 4 vezes ao ano;
- D. () 8 vezes ao ano;
- E. () outros _____.

04. O que leva você a procurar por assistência a saúde?

- A. () Só em casos de doenças seguida de muita dor;
- B. () Em caso de acidentes (cortes, luxações, fraturas;
- C. () Para tratamento de doenças crônicas (Diabetes e Hipertensão, etc...);
- D. () Para prevenção de doenças;
- E. () Outros _____

05. Você tem alguma dificuldade para ir à unidade básica de saúde?

- A. () Sim
- B. () Não

6. Quais desses motivos você classificaria como barreira para não ir à unidade básica de saúde?

- A. ☐ Meio de transporte;
- B. ☐ Deficiência física;
- C. ☐ Problemas de saúde;
- D. ☐ A dificuldade de conseguir consultas;
- E. ☐ Falta uma pessoa para lhe acompanhar;
- F. ☐ Falta de interesse próprio em cuidar de si mesmo;
- G. ☐ Outro motivo _____

06. Você sabe o que é HIPERDIA?

- A. ☐ Sim
- B. ☐ Não

07. Quantas vezes você participa do HIPERDIA por ano?

- A. ☐ 1 a 3 vezes;
- B. ☐ 4 a 6 vezes ;
- C. ☐ 6 a 8 vezes;
- D. ☐ 8 a 12 vezes;
- E. ☐ Nunca.

08. Quando está doente, quem você procura?

- A. ☐ Hospital mais próximo;
- B. ☐ Unidade Básica de Saúde;
- C. ☐ Farmácia;
- D. ☐ Faz um chazinho e espera melhorar;
- E. ☐ Não faz nada;
- F. ☐ Outro _____.

09. Em sua opinião, o que deveria ser feito nas unidades básicas de saúde para melhorar o atendimento aos idosos?

- A. ☐ Aumentar o número de fichas para consultas;
- B. ☐ Ter prioridade no atendimento;

- C. () Horários que atendam a demanda dos idosos;
- D. () Disponibilizar mais recursos como medicação e exames;
- E. () Outros _____.

10. Quem acompanha você nas consultas?

- A. () Vizinho
- B. () Filhos
- C. () Esposa(o)
- D. () Amigo/amiga
- E. () Cuidador
- F. () Outros _____.

11. Você se consulta periodicamente com o Médico?

- A. () Sim
- B. () Não

12. Em sua opinião, qual é a maior dificuldade que o idoso encontra para ir ao médico?

- A. () Medo de descobrir alguma doença;
- B. () Sentimentos de vergonha ou timidez;
- C. () Não tem uma pessoa para lhe acompanhar;
- D. () Medo ou vergonha de expor alguma agressão física.;
- E. () Outros _____.

13. Você conhece ou já ouviu falar da Política Nacional do Idoso PNI?

- A. () Sim
- B. () Não

14. Quem incentiva você em buscar assistência à saúde?

- A. () Os familiares;
- B. () Os amigos;
- C. () Campanhas de saúde;
- D. () Agentes de saúde;
- E. () Outros _____.

15. Você acha que se tivesse um espaço (sala, setor, consultório) nos unidade básica de saúde das redes públicas do SUS, exclusivo só para atendimento de idosos teria mais procura por consultas preventivas?

A. () Sim

B. () Não