

UNIVERSIDADE DO CONTESTADO - UnC

MARCELA CARLIM

QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA PRESTADA AO IDOSO PELO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE – SUS

MAFRA

2015

MARCELA CARLIM

QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA PRESTADA AO IDOSO PELO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Projeto de Pesquisa apresentado como exigência para obtenção de nota na disciplina de Metodologia Científica, do curso de Pós-Graduação em Gestão de Saúde Pública, ministrado pela Universidade do Contestado – UnC, Campus Mafra, sob Orientação do (a) Professor (a) Eivaldo Antunes.

MAFRA

2015

Marcela Carlim

QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA PRESTADA AO IDOSO PELO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Esta Monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

**Especialista em Gestão de Saúde Pública**

E aprovada na sua versão final em 07 de maio de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade do Contestado e Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Saúde Pública.



---

Prof. Ms. Esvaldo Antunes

Coordenador do Curso de Pós-graduação em Gestão de Saúde  
Pública

**BANCA EXAMINADORA:**



---

Prof. Ms. Esvaldo Antunes

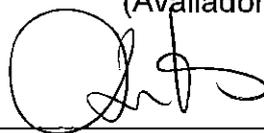
(Orientador)



---

Prof.ª Dr.ª Renata Campos

(Avaliador)



---

Prof. Ms. Esvaldo Antunes

(Avaliador)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	3
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
2.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE E MARGINALIZAÇÃO .....	5
2.2 SAÚDE DO IDOSO E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	6
2.1 ENVELHECIMENTO CRESCENTE DA POPULAÇÃO .....	8
2.1 HUMANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO .....	10
2.1 ALGUNS DIREITOS DO USUÁRIO IDOSO .....	11
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>144</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>15</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>19</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

O presente estudo refere-se ao envelhecimento e saúde da população idosa e o papel da Atenção Básica neste processo, tendo em vista a acessibilidade de seus profissionais ao usuário idoso e sua família, e a capacidade dos mesmos de identificar suas necessidades mesmo não declaradas verbalmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No Brasil e no mundo a população envelhece, com o passar das décadas a percentagem de pessoas com mais de sessenta anos aumenta de maneira semelhante tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Mesmo para as populações mais carentes, as melhorias tecnológicas e sociais, as medidas educativas governamentais e de instituições sociais, tendem apenas a contribuir para a longevidade de vida e aumento desta população idosa. Porém, nos países emergentes, a reorganização das instituições públicas está ocorrendo de forma tardia, e desta maneira vem se tornando um processo emergencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para Nepomuceno (2015), pessoas em tratamento, convivendo por longo tempo com doenças crônicas, aumenta a proporção do tempo vivido em estados não saudáveis. Segundo Veras (2015), as pessoas idosas possuem necessidades relacionadas com as características clínico-funcionais, e sócio familiares referentes ao avanço da idade biológica, sobretudo no que diz respeito aos indivíduos mais desfavorecidos socioeconomicamente, o que aumenta consideravelmente os custos financeiros para o sistema de saúde pública.

Um compromisso com os indivíduos mais fragilizados socialmente foi assumido pelo Ministério da Saúde, desde 1994, tem como principal e inicial instrumento os profissionais de Atenção Básica, por meio de suas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESFs), visando a humanização e a reorganização da estrutura de saúde pública, e a autonomia do usuário, no caso idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde (2010), preza pela concretização de seus princípios e das diretrizes básicas do SUS, através da disposição de ferramentas que preferencialmente, respondam às

necessidades de todos os usuários que procurem o sistema, assumindo uma postura de escuta e pactuação.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE E MARGINALIZAÇÃO

Segundo Silveira (2015, p.40) “A saúde é um tema de relevância no cenário internacional em decorrência de suas dimensões social, política e econômica.” Saúde é uma situação de bem estar onde as funções orgânicas, físicas e psicológicas do ser humano estão satisfeita.

Para Restrepo-ochoa (2013), a boa saúde é definida a partir do patrimônio que a pessoa tem tanto nas questões materiais como emocionais e sociais, a doença é definida por aquilo que a pessoa carece. Deve-se fugir da definição de saúde como ausência de doença, investigando implicações mais amplas na vida da pessoa dos estados de saúde e doença.

Isso significa uma mudança de mentalidade, e também da própria terminologia utilizada – como binômio saúde/doença, termos claramente distinguíveis e convergentes ao mesmo tempo. Se antes a intervenção girava em torno do doente a ser curado e da doença a ser combatida, agora a saúde passou a ser considerada ideal e o objetivo possível e necessário à consecução de uma sociedade saudável, ao seu estilo de vida e ao respeito ao meio ambiente (FIGUEIREDO, 2005, p.137).

Conforme nos diz Mendes (1995), após a reforma sanitária e com a publicação da nova constituição brasileira de 1988, se consolidou no Brasil o novo conceito de saúde, partindo de um referencial de saúde como um direito de cidadania, obrigando as esferas governamentais reestruturar o modelo de saúde pública no Brasil.

No Brasil, o acesso à saúde como também à educação estão intimamente ligados às condições socioeconômicas. Para Rizzotto (2008) a ordem capitalista justifica a exclusão de indivíduos da participação na vida social e econômica, conseqüentemente a falta de acesso aos serviços básicos de saúde e educação.

A exclusão do idoso é um processo que se refere não apenas ao declínio do organismo biológico, mas ao indivíduo fragilizado socialmente, produto da exclusão que alguns idosos sofreram ao longo da vida inteira. Reforça Lopez (1996; BRASIL, 2006b) o processo de envelhecimento é um processo cumulativo, a insatisfação estaria ligada às condições de injustiça e desigualdade social a chegada da idade avançada pode trazer consigo.

Conforme o Ministério da Saúde (2012), é preciso compreender que o processo de senescência é comum a todos os indivíduos e pode ser minimizado por um estilo de vida ativo, porém, a enfermidade se instala no momento em que há uma sobrecarga física, emocional ou psicológica, o que se chama senilidade .

Segundo o Ministério da Saúde (2009) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009) a promoção da saúde é uma ação conjunta entre os indivíduos, o Estado e as organizações produtivas e sociais direcionadas à melhoria das condições de vida e saúde, por meio de sistemas.

É função das políticas de saúde contribuir para mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em alguma direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.07)

Silveira (2015) nos diz que a formulação de sistemas públicos de saúde nacionais representa um importante passo na constituição de estratégias de proteção social e na concretização dos direitos do cidadão, esta efetivação se dá pela interação entre entidades governamentais, sociais e indivíduos ou grupos produtivos.

## 2.2 SAÚDE DO IDOSO E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pergunta-se qual a qualidade dos serviços públicos de saúde oferecidos aos idosos. O'Donnell (2007) define duas maneiras de oferecer acesso ao usuário, a primeira é a geográfica, territorial e material, a segunda diz respeito à disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade, ao relacionamento humanizado.

Para suprir tais expectativas nasceu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o intuito de aplicar a ideologia do contato entre as esferas governamentais e a população, como forma também de desafogar as clínicas especializadas, hospitais ou pronto atendimento, trazendo a saúde para mais perto do cotidiano das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). É fundamento:

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e

corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.20-21).

Ou seja, uma forma de promover a saúde como um direito em lugares que não eram alcançados anteriormente, norteando-se pelos princípios universais do SUS, "(...) universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.09).

Como afirma o portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, a "Atenção Básica envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população" (SANTA CATARINA, 2013).

O Programa de Estratégia de Saúde da Família representa uma contradição dentro do atual momento político no Brasil, onde o Estado apresenta-se como gerentes, porque se volta principalmente às populações em de baixa renda ou em risco social.

No setor saúde, apesar do discurso que defende o SUS, as medidas reformistas também caminham no sentido de modernizar e racionalizar a condução do processo de implantação desse sistema. No campo da gestão, o governo adota a administração gerencial e instrumentos de informatização para a avaliação e o controle de resultados, ao mesmo tempo em que, na área da assistência, implanta programas restritivos e de baixo custo para as populações mais pobres e fortalece a expansão do setor privado na prestação de assistência ao restante da população (RIZZOTTO, 2012, apud CARNEIRO, 2013, p.48).

Formular programas de saúde pública seria promover atividades integradas à vida cotidiana das pessoas e aos espaços físicos que o cidadão frequenta, tais como empresas, escolas, entre outros espaços de convivência social, ampliando o alcance do Posto de Saúde local ou equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Portal

do Departamento de Atenção Básica:

Saúde mais perto de você é conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica para cuidar da população no ambiente em que vive, nele estão incluídos a Estratégia Saúde da Família (que compõe a Política Nacional de Atenção Básica), o Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal); Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar); Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQAB); Programa Telessaúde Brasil Redes; Equipes de Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola (PSE); Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), entre outros programas, ações e estratégias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em se tratando especificamente de saúde do idoso, o maior desafio para o Ministério da Saúde (2010) é levar os usuários a se auto redescobrirem, e valorizarem-se, a encontrar novas possibilidades, apesar das gradativas limitações ocasionadas pelo avanço da idade, prezando por sua autonomia e manutenção dos laços sociais e familiares.

Dentro do grupo de idosos, existe um grupo denominado "mais idosos, muito idosos ou idosos em idade avançada", com idade igual ou maior que 80 anos, que representa 12,8% da população idosa. Por isso, o Ministério da Saúde (2010) sugere a avaliação funcional como forma de determinar as necessidades e intervenções eficientes. A proteção da capacidade funcional é o grande paradigma proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

### 2.3 ENVELHECIMENTO CRESCENTE DA POPULAÇÃO

É fato que a antiga realidade brasileira do final dos séculos XIX e XX, com altas taxas de fecundidade e mortalidade, e intenso movimento migratório para as cidades, com uma população predominantemente jovem, por causa do declínio das doenças infecto-parasitárias e elevação das taxas de doenças crônicas, dá lugar hoje, a uma população que alcançou uma maior expectativa de vida ativa, aumentando os números do sistema público de saúde (VERAS, 2003; MINAS GERAIS, 2006).

Conforme nos informa o Ministério da Saúde (2010) a partir da década de 90, a Organização Mundial da Saúde começou a fomentar a preocupação com o envelhecimento da população mundial, como forma de proteger a qualidade de vida.

Promovendo a manutenção do estado de vida saudável, com a prática de atividades físicas, a alimentação saudável, proteção contra diversas formas de violência, entre outros.

Para Kawamoto et al. (2004) quando se pensa no processo de envelhecimento existem aspectos importantes. A aposentadoria e a perda ou falecimento de pessoas próximas pode gerar sentimentos de descanso ou inutilidade.

A idade avançada pode gerar medo do futuro e da morte; e a instalação da senilidade psicológica e física, o comprometimento da saúde mental e emocional, o que se traduz em números "(...) a prevalência da depressão entre pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%, dependendo fundamentalmente do instrumento utilizado, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.36). O prognóstico tende apenas a se agravar com o tratamento inadequado ou inexistente.

Segundo Veras (2009), a longevidade só pode ser considerada uma conquista se acompanhada de qualidade de vida. Conforme a Lei 10741, de 1º de outubro de 2003, que regulamenta o estatuto do idoso, a pessoa com mais de 60 (sessenta) anos, tem obrigatoriamente assegurado pelo poder público, o direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e social.

Ainda assim na prática, o idoso continua sendo um exemplo de excluído social, muitas vezes abandonado em suas necessidades pela suposta "improdutividade". Ironicamente, conforme Peres (2008), um dos primeiros movimentos sociais da história esteve vinculado à velhice, tratava-se do movimento operário do direito à aposentadoria.

Para Neri (1993) a manutenção de itens vitais, como a saúde mental, emocional, cognitiva, social, produtiva, vínculos familiares e sociais, são fundamentais para conservar a independência do idoso. A principal preocupação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) é a perda destas capacidades funcionais e autonomia, das habilidades físicas e mentais do idoso por causa das enfermidades e estilo de vida (BRASIL, 1999).

Promover saúde é intervir em todas as fases de vida do usuário, principalmente nas mais frágeis. "Como a saúde é um processo acumulativo no ciclo de vida, os resultados condicionais apontaram para a necessidade de intervenções

diretas e indiretas na saúde, desde as fases iniciais da vida” (NEPOMUCENO, 2015, p.07).

Para Pinto (2013) o avanço da idade em si não significa causa de insatisfação para o cidadão, mas sim, quando as condições de vida se tornam desfavoráveis ou permanecem por longos períodos, como doenças crônicas, redução dos vínculos sociais e familiares, diminuição de renda, mudanças na rotina, redução da autonomia, entre outros fatores, e afetam a boa percepção de si e do ambiente.

Embora seja “(...) assegurada atenção integral à saúde do idoso por intermédio do sistema único de saúde SUS” segundo a Lei nº 10741 de outubro de 2003, capítulo IV, artigo 15, isto não é realidade no cotidiano de alguns usuários idosos. Para Pavarini (2011) o estado que saúde está relacionada com as experiências pessoais do indivíduo, em se tratando do indivíduo idoso, estas experiências se tornam mais numerosas.

#### 2.4 HUMANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO

Aconselha o Ministério da Saúde que o cuidado seja iniciado nos primeiros contatos com o usuário. Para Garuzi (2014), o acolhimento pode vincular os profissionais de saúde aos usuários, melhorar a compreensão do processo saúde/doença, autonomia do usuário e da família, a aceitação da doença e se necessário a resposta ao tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) a Política Nacional de Humanização (PNH) requer o processo de Acolhimento atingindo todo o processo, desde o planejamento e gestão até a atenção direta ao usuário, e incluir todos aqueles que trabalham ou são assistidos neste processo. Sendo assim, o Acolhimento não se dá em um local ou horário específico, mas diz respeito à maneira como são pensadas e executadas as ações voltadas à saúde da população.

O segundo passo é o contato prolongado com os usuários idosos e a atenção continuada, assim é possível, uma “vigilância” sobre os hábitos da família, aconselhamentos e vínculos com a equipe que favorecerão o tratamento; e a visita familiar direcionada às necessidades específicas da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Diante da insuficiência de recursos materiais, os profissionais de saúde tendem em concentrar o atendimento apenas no âmbito hospitalar, praticando a

medicina curativa, contrariando as diretrizes do SUS, pergunta-se, então, por que não pensar saúde em um sentido mais amplo. Conforme Flesh (2014) há uma contradição entre os avanços nas áreas sociais e educativas, que tem estimulado o aumento da expectativa de vida do brasileiro, e o atraso nos serviços públicos de saúde em acompanhar a demanda atual e crescente.

O Ministério da Saúde (2010) aconselha que a promoção de hábitos saudáveis se antecipe à medicina curativa, tendo em vista que a evolução das doenças crônicas está intimamente ligada ao estilo de vida. Esta promoção pela Equipe de Saúde da Família deve incluir o estímulo à alimentação saudável, à atividade física e aos grupos de idosos, conforme sua capacidade. É importante que os idosos sejam acompanhados cuidadosamente na prática de atividades físicas por profissionais por causa de suas limitações físicas (LORD e CASTELL, 1994).

O Ministério da Saúde, ainda aconselha o acompanhamento multiprofissional, como forma de identificar as necessidades específicas. Faz-se necessário a manutenção de equipes multidisciplinares dentro das equipes de saúde que preferencialmente ajam nos primeiros sinais da doença. Para que, sob a visão de várias áreas de conhecimento possam identificar com maior precisão as enfermidades que afetam os idosos, de forma clínica, funcional, psicossocial e ambiental. (COELHO FILHO, 2000).

É relevante conforme nos diz o Ministério da Saúde (2010) o trabalho desenvolvido em grupos de idosos como facilitador de abordar temas em comum, discutir, trocar informações com outros usuários e com a equipe profissional, além do apoio emocional. A Equipe de estratégia de Saúde da Família deve (...) "visualizar e defender como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma alegre, participativa e construtiva é uma das importantes missões daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada" (SILVESTRE, 2003, p.844).

Conforme o Ministério da Saúde (2010) nos diz a Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da família quer, conforme a proposta da criação da mesma, busca ativa nos ambientes onde o idoso frequenta, além de promover a saúde como parte do cotidiano.

## 2.4 ALGUNS DIREITOS DO USUÁRIO IDOSO

Segundo Figueiredo (2005) a população idosa, afetada principalmente pelas doenças crônico-degenerativas, apresenta necessidades de procedimentos de saúde específicas, mais onerosas. O atual modelo de assistência à saúde pública, mesmo com esforços positivos de diversos setores da sociedade, ainda mostra-se ultrapassado, pois se trata de um modelo caro, impessoal e, conseqüentemente demorado em atender as necessidades dos usuários idosos.

Para Veras (2014) atualmente causa de problema é a fragmentação do atendimento, com a multiplicação dos serviços básicos e especializados, como consultas, exames, entre outros, o que aumenta o custo dos serviços, mas não a eficiência dos mesmos. É preciso olhar a questão de saúde como um todo, desde o ambiente familiar até as dependências das clínicas e postos, repensar a abordagem e acompanhamento do paciente idoso, e sua passagem pelos os diversos setores e espaços das secretarias municipais.

Por isso, o Ministério da Saúde (2010), em setembro de 2005, definiu três eixos de compromisso: Pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), Pacto de Gestão e Pacto em Defesa da Vida. Neste último foram pactuadas entre as três esferas governamentais seis metas. Três voltadas ao idoso especificamente: saúde do idoso, promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica.

Conforme o Ministério da Saúde (2010) a Organização Mundial da Saúde criou, em 2004, o projeto "Towards Age-friendly Primary Health Care", que tem por objetivo adequar os serviços primários de saúde às necessidades da população idosa em três esferas:

- Informação, educação, comunicação e treinamento (formação adequada e continuada dos profissionais de saúde).
- Sistema de Gestão da Assistência de Saúde (organização voltada às pessoas idosas)
- Adequação do ambiente físico (acessibilidade para as pessoas com limitação funcional).

Conforme Mendes (2001), quando o idoso não é assistido por serviços ambulatoriais eficientes, hospitalares ou alternativos, como centros de convivências, entre outros, satisfatórios atrasa o tratamento precoce, causando prejuízos financeiros e materiais ao sistema e aos gestores e ao prognóstico favorável ao usuário.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a solução para este cenário

desfavorável surge apenas das políticas públicas, que reconheçam o indivíduo idoso como uma pessoa ativa, responsável nos aspectos que envolvem sua vida, inclusive por sua saúde biológica.

Faz-se necessário também conhecer os amparos legais que gozam as populações carentes, neste caso os idosos, tanto pelos usuários e familiares quanto pelos profissionais, organizações sociais e gestores. Pode-se considerar carente não apenas população que carece de recursos financeiros e materiais, mas de cidadania e de participação na vida social.

Tudo isso é fruto do empenho cotidiano e das conquistas de meio milhão de trabalhadores e trabalhadoras de saúde, das gestoras e gestores e o conjunto de atores sociais, que se dedicam e constroem diariamente uma Atenção Básica de qualidade para todos os cidadãos brasileiros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010. p.12)

Pensando também a respeito dos diversos outros grupos sociais, vale ressaltar o que disse Martins (2008), dar conhecer os direitos do idoso seria respeitar sua autonomia, pois somente assim poderia decidir sobre seus direitos, defendê-los ou manter-se indiferente.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa documental de Revisão Literária realizada entre os anos de 2015 e 2016, com natureza descritiva sobre a forma e algumas das ferramentas que a Atenção Básica dispõe para assistir ao usuário idoso. Foram utilizados para a produção do estudo trabalhos da base de dados SciELO, do acervo da Universidade do Contestado – UnC – Campus Mafra, do site do Ministério da Saúde e cadernos da Atenção Básica do Governo Federal e da Secretaria de Saúde de Santa Catarina.

Inicialmente, foi realizada a seleção dos temas a serem abordados e objetivos da pesquisa. Como critério de inclusão observou-se as obras que discutiam temas referentes ao idoso, independente da categoria profissional do autor das obras, relacionadas ou não apenas à Atenção Básica, em língua portuguesa ou estrangeira. Foram descritores utilizados: Capacidade funcional, Saúde Pública, Saúde do Idoso, Atenção Básica, Acolhimento, Políticas Públicas.

Foi realizada análise documental de obras referentes ao assunto, posteriormente uma comparação entre os artigos e obras literárias e o que preconiza o Ministério da Saúde por meio de seus cadernos de saúde. A análise dos textos foi baseada no modelo lógico, componentes e objetivos da pesquisa.

Para conclusão da pesquisa foi realizada uma revisão dos temas que seriam abordados e objetivos descritos inicialmente. Por fim, foram classificados e analisados de acordo com a concordância aos objetivos redimensionados na primeira etapa.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente estudo baseou-se principalmente na responsabilidade da Atenção Básica no envelhecimento saudável da população dependente da saúde pública, uma vez que está presente no cotidiano da população por sua própria essência. No Brasil, as Equipes de Estratégia de Saúde da Família nasceram com o objetivo de consolidar os ideais do SUS, com base nas experiências acumuladas ao longo dos anos. São as principais responsáveis em levar a saúde mais perto do cidadão. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nasceu com o intuito de aplicar a ideologia do contato entre as esferas governamentais e a população, levando a preocupação com saúde para o cotidiano das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Ou seja, cuidar da pessoa dentro do ambiente familiar e social, e se necessário ser resolutiva quando a enfermidade já está instalada.

Observou-se inicialmente nas obras a definição de saúde. Silveira (2015) define a saúde em todas suas dimensões, social, psicológica, orgânica e física. Saúde também é definida por Restrepo-ochoa (2013) como aquilo que a pessoa carece. Ou ainda, ela é fruto das experiências pessoais. Sendo assim, para o idoso a saúde é definida pelo estilo de vida que teve até a intervenção do profissional de saúde e da postura que o mesmo adotará.

Observou-se, mesmo nas obras mais antigas, que a saúde do idoso é uma preocupação antiga, porém crescente dos indivíduos, do Estado e as organizações produtivas e sociais. A promoção do termo saúde como um direito do cidadão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), por meio da criação e manutenção de políticas públicas é uma forma de reiterar os direitos adquiridos ao longo da vida no caso da pessoa idosa.

O "Brasil é um país que envelhece a passos largos" (PAVARINI, 2011, p.566). Sabendo-se que no Brasil possivelmente existam cerca de 17,6 milhões de idosos, cabe a pergunta oportuna sobre quem ter o dever de zelar pela cidadania destes indivíduos, uma vez que muitos se encontram com sua saúde, tanto biológica, física, psicológica, emocional ou social fragilizada. A população envelhece tanto nos países emergentes como nos desenvolvidos. Porém, nos países em desenvolvimento este é um processo para o qual não houve uma preparação por parte dos governos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Verificou-se que mesmo estas questões sendo discutidas incessantemente pelos gestores, os serviços ainda são ineficientes, devido aos altos custos e à população crescente de idosos e “mais idosos”. Para Nepomuceno (2015), pessoas em tratamento, convivendo por longo tempo com doenças crônicas, aumenta a proporção do tempo vivido em estados não saudáveis. Segundo Veras (2015), as pessoas idosas possuem necessidades relacionadas com as características clínico-funcionais, e sócio familiares referentes ao avanço da idade biológica, sobretudo no que diz respeito aos indivíduos mais desfavorecidos socioeconomicamente, o que aumenta consideravelmente os custos financeiros para o sistema de saúde pública

Segundo as obras infelizmente, para alguns grupos sociais no Brasil, incluindo a pessoa idosa de baixa renda, a educação e a saúde ainda são fontes de exclusão social e econômica, para Rizzotto (2008) fruto da ordem capitalista. O idoso é, muitas vezes, duplamente excluído, pela carência material, de saúde e capacidade funcional. Os sistemas públicos de saúde nasceram com o intuito de gerar proteção social, de amparar as necessidades das pessoas desfavorecidas financeiramente.

O Ministério da Saúde (2010), por meio de Cadernos de Saúde, preza a independência do usuário idoso, por sua capacidade de cuidar de si mesmo, como forma de reduzir os custos e promover a autoestima e saúde mental e emocional. Também o abandono da prática da medicina curativa, mais onerosa, por meio da prática de hábitos saudáveis, de alimentação, atividades físicas, manutenção da inserção na família e na sociedade.

O Ministério da Saúde (2010) aconselha a avaliação funcional permanente, a observação de possíveis problemas de postura, redução dos movimentos e equilíbrio, acuidade visual e auditiva, e da capacidade cognitiva, da qual depende o desempenho social. É fundamental a vigilância e a escuta constante pelos profissionais de saúde.

Para a consolidação do programa deve-se fugir da demagogia e do assistencialismo. “A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.21).

Estão sendo reformuladas por meio da Atenção Básica ferramentas que possibilitem cada vez mais aproximar a população, sobretudo idosa, de serviços de

saúde de qualidade. O Ministério da Saúde (2010), em setembro de 2005, definiu três eixos de compromisso: Pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), Pacto de Gestão e Pacto em Defesa da Vida. Neste último foram pactuadas entre as três esferas governamentais seis metas. Três voltadas ao idoso especificamente: saúde do idoso, promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica.

Promover saúde é intervir em todas as fases da vida indivíduo. O processo de envelhecimento é um processo natural, e deve ser tratado como tal pela família, pelo Estado e por toda sociedade. É também um processo cumulativo, é resultado de intervenções ao longo de toda a vida da pessoa (NEPOMUCENO, 2015).

#### **4 CONCLUSÃO**

O indivíduo idoso, antes parte de um grupo minoritário e segregado, traz a necessidade cada vez mais emergencial de repensar o sistema público de saúde, visto seu número crescente de indivíduos e suas necessidades específicas e algumas vezes mais onerosas. Existem avanços alcançados pelas esferas governamentais e instituições sociais, mas ainda há muito por fazer. É preciso mudar a mentalidade da população encarando a velhice como mais uma fase, sem preconceitos, mantendo a pessoa idosa inserida dentro do grupo familiar, de amigos e da social.

É importante estimular as pessoas a procurarem estilos de vida mais saudáveis, mesmo antes de alcançar a velhice, de maneira que possam evitar ou minimizar a manifestação de doenças crônicas. O idoso precisa estar consciente de seu papel como cidadão, que deve manter sua autonomia, sua independência, fugindo do papel de vítima do sistema. Se necessário, que ele possa procurar a medicina curativa também, direitos que conquistou ao longo da vida.

Para que com o chegar da idade avançada possa manter-se ativo, mantendo sua saúde física, psicológica, biológica e mental. Em resumo o que o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza, a promoção, prevenção, assistência, reabilitação e manutenção da saúde de forma acessível.

#### **REFERÊNCIAS**

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico de promoção**

**da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).** – 3.ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Secretarias de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Caderno de Atenção Básica. 192p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mais Perto de Você.** 2012. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_o\\_que\\_e.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php). Acesso em 28 de março de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política de Saúde do Idoso.** Portaria n. 1395/GM. 10/12/1999. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

CARNEIRO, Carla Cabral Gomes; MARTINS, Maria Inês Carsalade. **Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Apr. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 de março de 2015.

COELHO FILHO, JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Revista de Saúde Pública.** v.34, p.666-71, 2000.

\_\_\_\_\_. **Estatuto do idoso:** Lei 10741, de 1º de outubro de 2003. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de atenção básica nº 19,** Brasília, 2006(b).

FERRETTI, F.; NIEROTKA, R.P.; SILVA, M.R. **Health conception according to reports of elderly people living in an urban environment.** Interface – Comunic., Saude, Educ., v.15, n.37, p.565-72, abr./jun.2011. Disponível em <http://www.scielosp.org>. Acesso em 28 de março de 2015.

FIGUEIREDO, Nélia Maria de Almeida. **Ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005.

FLESCHE, Letícia Decimo; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo.** Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 19, n. 3, Sept. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 março de 2015.

GARUZI, Miriane et al . **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão**

**integrativa.** Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 35, n. 2, Feb. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 de março de 2015.

KAWAMOTO, Emilia Emi; MATTOS, Thalita Maia de; SANTOS, Maria Cristina Honório dos. **Enfermagem comunitária.** 2.ed. São Paulo: EPU, 1995.

LORD, SR; CASTELL, S. Physycal activity program for older persons: effect on balance, strength, neuromuscular control, and reaction time. **Arch Phys Mead Rehabil.** v.75, p. 648-52, 1994.

MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. **Conhecimento de idosos sobre seus direitos.** *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n.4, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 de março de 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Atenção à Saúde do Idoso.* Belo Horizonte: SAS/MG. 2006.186p.

MENDES, W. **Home Care: Uma Modalidade de Assistência à Saúde.** Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, 2001.

MENDES, E. V. Distrito Sanitário: **O processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 3ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995

NEPOMUCENO, Marília Regina; TURRA, Cássio Maldonado. **Tendências da expectativa de vida saudável de idosas brasileiras, 1998-2008.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.49,2015. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 de março 2015.

NERI, AL. **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas (SP): Papyrus; 1993.

O'DONNELL, Owen. **Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, Dec. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 de março de 2015.

PERES, Marcos Augusto de Castro. **Velhice, trabalho e cidadania.** Tese de Doutorado em Educação, 2007. Biblioteca Digital da Usp. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-08102007-111017/pt-br.php>. Acesso em 28 de março de 2015.

PINTO, Juliana Martins; NERI, Anita Liberalesso. **Factors associated with low life life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 29, n. 12, Dec. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 de março de 2015.

RESTREPO-OCHOA, Diego Alveiro. **La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, Dec. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 de março de 2015.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **História da Enfermeagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina. **Atenção Básica**, 2012. Disponível em <http://portalses.saude.sc.gov.br>. Acesso em 28 de março de 2015.

SILVEIRA, Alessandra Camargo da; MACHADO, Cristiani Vieira; MATTA, Gustavo Correa. **A atenção primária em saúde na agenda da organização panamericana de saúde nos anos 2000**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Apr. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 de março de 2015.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, June 2003. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 de março de 2015.

VERAS, Renato Peixoto et al. **Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 2, Apr. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 de março de 2015.

VERAS, Renato. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 3, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 28 de março de 2015.