

# **QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE: Desafio para os serviços de saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina - SC**

Adriane Girelli Berwanger<sup>1</sup>  
Lisandra Antunes de Oliveira<sup>2</sup>

## **RESUMO**

Este artigo buscou avaliar as condições de saúde/doença, visando identificar as três principais morbidades que comprometem a capacidade funcional dos idosos impossibilitando o autocuidado, com objetivo específico de manter a qualidade de vida à população da terceira idade. O estudo consiste em uma pesquisa cuja abordagem é descritiva, documental e quantitativa. A pesquisa foi realizada em banco de dados eletrônicos disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no Sistema de Informações de Saúde (TABNET). Foi pesquisado o número de internações por faixa etária de 60 anos e mais, de ambos os gêneros, nos municípios de abrangência da Secretaria do Estado de Desenvolvimento Regional de Dionísio Cerqueira – SC, nos últimos cinco anos. Foi possível constatar que as doenças do Aparelho Respiratório, Circulatório e doenças Infecciosas e Parasitárias foram às três principais causas de internações. Portanto, conclui-se que, conhecer a realidade das condições socioeconômicas, culturais e ambientais que a população está inserida, é de extrema importância para que se possam desenvolver ações de ordem preventiva e integrativa, visando a longitudinalidade do cuidado integral e qualidade de vida ao envelhecer.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Envelhecimento. Idosos.

## **ABSTRACT**

This article aimed to evaluate the health conditions / disease, to identify the three major morbidities that compromise the functional capacity of the elderly self-care, with the specific purpose of maintaining the quality of life for the population of seniors. The study consists of a survey whose approach is descriptive, document and quantitative. The survey was conducted in electronic database available on the website of the Department of SUS (DATASUS) in Health Information System (Tabnet). It has been researched the number of

---

<sup>1</sup>Aluna da Pós-graduação em Saúde Coletiva: Estratégia Saúde da Família – UNOESC - Campus Aproximado de São José Cedro SC. PROGRAMA DO FUNDO DE APOIO À MANUTENÇÃO E AO DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR – FUMDES, como financiador da pesquisa/estudo. Enfermeira. Pós Graduada em Administração Hospitalar – São Camilo/Sul, E-mail: [enf.adriberwanger@hotmail.com](mailto:enf.adriberwanger@hotmail.com). Fone: (49) 91126256. São José do Cedro – Santa Catarina - Brasil.

<sup>2</sup> Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade; Coordenadora do Curso de Psicologia e Pós- Graduação em Avaliação Psicológica da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC E-mail: [psicologia.smo@unoesc.edu.br](mailto:psicologia.smo@unoesc.edu.br). Fone: (49) 84060903. São Miguel do Oeste - Santa Catarina – Brasil.

hospitalizations by age group 60 years and over, of both genders, in the municipalities of scope of the State Secretariat for Regional Development Dionísio Cerqueira - SC in the last five years. It was found that the diseases of the Respiratory system, Circulatory and Infectious and Parasitic diseases were the three leading causes of hospitalization. Therefore, it is concluded that, know the reality of socioeconomic, cultural and environmental conditions that the population is inserted, is of utmost importance so that we can develop actions of preventive and integrative order, aimed at longitudinality comprehensive care and quality of life to old.

Keywords: Quality of life. Aging. Elderly.

## **1 INTRODUÇÃO**

O envelhecimento populacional já é um dos maiores desafios da saúde pública, pois à medida que a população envelhece, há aumento gradativo da carga de doenças crônico-degenerativas resultando no aumento de indivíduos que precisam de cuidados permanentes necessitando cada vez mais dos serviços de saúde. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), baseadas no Censo de 2010, atualmente os idosos correspondem 7,4% da população brasileira, sendo que a população com essa faixa etária deve passar de 14,9 milhões em 2013 para 58,4 milhões em 2060. (IBGE, 2013).

Evidenciadas em alguns indicadores de saúde, o envelhecimento populacional é uma das consequências da transição demográfica, especialmente pela redução da taxa de fecundidade desde meados da década de 1960, que passou de 6,28 filhos por mulher para 1,90 em 2010, uma redução de cerca de 70% do índice, e ainda, o aumento da expectativa de vida dos brasileiros. (IESS, 2013).

Acredita-se, que o grande desafio é desenvolver estratégias voltadas para a manutenção da saúde, visando uma vida livre de incapacidades com ações de ordem preventivas e integrativas, através da organização do sistema de saúde de forma a atender às necessidades reais dessa parcela da população, para que possa viver os anos adicionais de vida com mais qualidade e autonomia. (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

Visando contribuir para o campo de Saúde Coletiva, este estudo teve como objetivo geral avaliar as condições de saúde/doença identificando as três principais causas de internações que comprometem a capacidade funcional dos idosos impossibilitando o autocuidado nos municípios de abrangência da Secretaria do Estado de Desenvolvimento Regional (SDR) de Dionísio Cerqueira - SC, com objetivo específico de manter a qualidade de vida à população da terceira idade.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Qualidade de vida nessa faixa etária representa grande desafio para os serviços de saúde, tendo em vista a variabilidade do conceito e sua subjetividade. Percebe-se que é necessário conhecer e considerar as magnitudes e diferenças de cada grupo sobre o que eles mesmos valorizam na busca do bem-estar na terceira idade, com o propósito de se orientar as políticas de saúde para um envelhecimento bem sucedido. (VECCHIA, R.D. et al., 2005).

Segundo as autoras Hein e Aragaki (2012), a qualidade de vida na velhice é um processo amplo que depende de diversos fatores pessoais e interpessoais como: independência

e autonomia nas atividades diárias, vida saudável sem patologias associadas, alimentação, bom sono, além de destacarem as atividades de lazer e grupos em sua pesquisa.

Envelhecer é um processo natural e progressivo, relacionado à diminuição da reserva funcional através da senescência, que além de desencadear o desgaste orgânico, provocando alterações nos aspectos físico, mental, social e cultural nesta faixa etária, necessitando mudanças graduais e inevitáveis que se instala em diferentes idades cronológicas, sendo necessário considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional, visando reduzir as possíveis complicações para manter a qualidade de vida. (CIOSAK; et al., 2011).

A capacidade funcional surge então como um novo paradigma de saúde, pois com o aumento da longevidade da população, há uma tendência de alteração no padrão de morbidade causada por doenças infectocontagiosas, tornam-se predominantes as doenças crônico-degenerativas e suas complicações, dando que envelhecer sem incapacidade é fator indispensável para a manutenção de boa qualidade de vida. Segundo as autoras Alves, Leite e Machado (2008), ressaltam em sua pesquisa que [...] a incapacidade constitui qualquer restrição ou falta de habilidade, decorrente de uma complicação, para desempenhar uma atividade considerada normal para um ser humano, em determinado tempo ou maneira de ser executada.

Na pesquisa de Tavares e Dias (2012) foi possível identificar que, 26,8% dos idosos apresentavam alguma dependência para execução das atividades da vida diárias normais, sendo as mais prevalentes tomar banho e vestir-se. Destacam também que, a capacidade funcional consiste em importante indicador do grau de independência, bem como da necessidade de instituir medidas preventivas e de intervenções terapêuticas.

Apesar do processo de envelhecimento não estar relacionado a doenças e incapacidades, evidencia-se através das pesquisas que esse declínio das funções gerais do organismo, resulta em comprometimento da capacidade funcional ocorrendo implicações importantes para a família, comunidade, sistema de saúde e para a própria vida do idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior dependência e vulnerabilidade na velhice. (ALVES; et al., 2007).

Considerando que o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo, a carga de doenças crônicas no país tende a aumentar exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população desafiando o Sistema Único de Saúde. Sabe-se que, atualmente o número de indivíduos com 65 anos e mais no Brasil, que relataram apresentar pelo menos uma doença crônica chegava a 79,1%. É o que mostra a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008), em que 59,5 milhões de pessoas (31,3%) afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica; do total da população, 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas e esses percentuais aumentaram com a idade. (IBGE, 2010).

As pesquisas apontam ainda, quatro doenças crônicas de maior impacto mundial para saúde, sendo que as mesmas possuem fatores de risco em comum, como o tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável e consumo de bebidas alcoólicas. Esses fatores de riscos associados às patologias resultam em: pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo), tabagismo (9%), altos níveis de glicose sanguínea (6%), inatividade física (6%), sobrepeso e obesidade, sendo necessárias estratégias de prevenção e recuperação da saúde diante essa realidade situacional encontrada. (BRASIL, 2013).

Ao longo dos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS) vem consolidando, um modelo de gestão voltado para resultados que visam garantir a ampliação do acesso com qualidade aos serviços de Saúde, focada no crescimento, no bem-estar e na melhoria das condições de vida de toda a população brasileira, desafio esse pautado em estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação, em um contexto no qual a Saúde é parte integrante do desenvolvimento do País. (BRASIL, 2013).

O Estatuto do Idoso sob a **LEI N.º 10.741, DE 1.º DE OUTUBRO DE 2003**, criado para regular e assegurar o direito às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, representa um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988 é considerado como um importante instrumento do cidadão para defesa dos seus direitos e realização de suas aspirações e desejos. Nas disposições preliminares, em Parágrafo único, destaca-se a garantia de prioridade compreendida em:

*I - atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;*

*II - preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;*

*III - destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;*

*IV - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;*

*V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;*

*VI - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;*

*VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;*

*VIII - garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais. (BRASIL; p.08, 2009).*

É importante destacar também que, as políticas públicas de relevância para a saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde foram pactuadas pelo Ministério da Saúde em setembro de 2005, com objetivo de reconhecer os direitos dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Com isso, o Pacto em Defesa da Vida descreve um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um, tendo como prioridade a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL, 2007).

Salienta-se ainda, a importância da **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**, que tem como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade, sendo responsável em desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com objetivo de garantir o acesso universal e igualitário, visando à prevenção, promoção, proteção e recuperação da

saúde, destacando a atenção especial às doenças e suas complicações e terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família. (BRASIL, 2007).

Alcançar um equilíbrio entre o processo saúde/doença através de estratégias voltadas para a manutenção da saúde tornou-se um dos maiores desafios da política de saúde, pois apesar das progressivas limitações que possam ocorrer com a presença de doenças crônicas, elas necessitam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade, inseridas na sociedade e no próprio contexto familiar, permitindo independência e a autonomia. Assim, proporcionar proteção, segurança e cuidados adequados diante dos agravos de saúde, visando o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida é de extrema importância para manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento, meta fundamental para indivíduos e governantes para que essa porção da população desfrute maior quantidade e maior qualidade de vida.

### **3 MATERIAL E MÉTODO**

#### **3.1 DELIMITAÇÃO**

Pesquisa descritiva, documental e quantitativa, que segundo GIL (2002) tem-se por objetivo estudar as características de um determinado grupo ou população, enquanto que a pesquisa documental caracteriza-se pela pesquisa de materiais que não recebem um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados.

O desenvolvimento da pesquisa documental segue os mesmos passos da pesquisa bibliográfica. No entanto, as fontes são muito mais diversificadas, pois nesta categoria estão os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, igrejas, sindicatos, partidos políticos etc. (GIL, 2002).

#### **3.2 COLETA DE DADOS**

A pesquisa foi realizada em banco de dados eletrônicos disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no Sistema de Informações de Saúde (TABNET) da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina na sala de Informações em Saúde através dos Indicadores de Saúde. Foi pesquisado o número de internações por faixa etária de 60 anos e mais, nos últimos cinco anos (quando disponível), nos municípios de abrangência da SDR- Dionísio Cerqueira, para identificar as três principais morbidades que resultam possíveis comprometimentos da capacidade funcional do autocuidado. Salienta-se que, a pesquisa foi baseada a dados registrados, os quais não representam a real situação populacional no momento, pois muitos tratamentos são realizados de forma privada sem contra referencia do prognóstico

## 4 RESULTADOS

Sabe-se que, a Secretaria do Estado de Santa Catarina possui descentralizadas 36 secretarias distribuídas em todo o estado, com a finalidade de reorganizar e estruturar a Atenção Básica, as quais compete coordenar a política de saúde no âmbito do Estado, em observância aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, desenvolvendo atividades de planejamento, organização, controle e avaliação dos dados epidemiológicos. Entre elas está Dionísio Cerqueira como a trigésima Secretaria do Estado, abrangendo os municípios de Anchieta, Guarujá do Sul, São José do Cedro, Princesa, Palma Sola e Dionísio Cerqueira, a qual possui a sede no Extremo Oeste Catarinense.

A população residente nos seis municípios pesquisados totalizam 50.173 habitantes cadastrados no DATASUS, sendo 6.506 idosos como mostra a tabela abaixo, obtida através do Censo Demográfico do IBGE de 2010, segundo população residente nos municípios de abrangência da SDR- Dionísio Cerqueira – SC, com a faixa etária de 60 anos e mais, de ambos os gêneros no período de 2012, único dado encontrado mais atual e disponibilizado online no sistema TABNET do DATASUS.

TABELA 1: População residente por Sexo segundo Região de Saúde/Município na faixa Etária: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais no ano de 2012.

Região de Saúde/Município	Masculino	Feminino	Total
<b>Extremo Oeste</b>	3.049	3.457	6.506
<b>Anchieta</b>	408	432	840
<b>Dionísio Cerqueira</b>	899	1.002	1.901
<b>Guarujá do Sul</b>	343	396	739
<b>Palma Sola</b>	399	441	840
<b>Princesa</b>	160	194	354
<b>São José do Cedro</b>	840	992	1.822

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsc.def>

Diante esses dados, foi possível identificar também, as três principais patologias que tiveram maior número de Internação por Faixa Etária 1 segundo Lista Morbidades CID-10, as quais foram: as Doenças do Aparelho Respiratório destacadas no azul mais escuro, seguida das doenças do Aparelho Circulatório, também em destaque com uma tonalidade menor e algumas Infecções Parasitárias ou Bacterianas apresentados na Tabela 2.

Já na Tabela 3, foram descritas as três patologias que classificaram as principais morbidades destacadas na Tabela 2 como: bronquites, pneumonias e asma nas morbidades respiratória, as insuficiências cardíacas, acidente vascular cerebral e hipertensão primária nas morbidades do aparelho circulatórias e a última morbidade classificada obtiveram destaque as patologias relacionadas as infecções intestinais, septicemias e outras doenças bacterianas.

Também foram expostas outras morbidades encontradas no Sistema de Informação de Saúde, que resultaram em internações classificadas em sequencia, as quais são importantes dados epidemiológicos para a identificação de agravos de saúde pública.

TABELA 2: Internações por Faixa Etária 1 segundo Lista de Morbidades CID-10 nos municípios de Anchieta, Dionísio Cerqueira, Guarujá do Sul, Palma Sola, Princesa, São José do Cedro com faixa etária de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais de ambos os generos no período de Janeiro de 2010 à Março de 2015.

<b>Lista Morb CID-10</b>	<b>60 a 69 anos</b>	<b>70 a 79 anos</b>	<b>80 anos e mais</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	179	189	167	<b>535</b>
<b>Neoplasias (tumores)</b>	85	52	39	<b>176</b>
<b>Doenças sangue órgãos hematológicas</b>	20	48	35	<b>103</b>
<b>Doenças endócrinas nutricionais/metabólica</b>	125	96	68	<b>289</b>
<b>Transtornos mentais e comportamentais</b>	2	2	-	<b>4</b>
<b>Doenças do sistema nervoso</b>	48	60	50	<b>158</b>
<b>Doenças do ouvido e da apófise mastoide</b>	-	2	-	<b>2</b>
<b>Doenças do aparelho circulatório</b>	341	399	295	<b>1035</b>
<b>Doenças do aparelho respiratório</b>	793	836	551	<b>2180</b>
<b>Doenças do aparelho digestivo</b>	256	165	56	<b>477</b>
<b>Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	7	7	2	<b>16</b>
<b>Doenças sist./osteomuscular tec. Conjuntivo</b>	12	5	3	<b>20</b>
<b>Doenças do aparelho geniturinário</b>	129	97	71	<b>297</b>
<b>Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat</b>	11	3	14	<b>28</b>
<b>Lesões enven. e alg. out conseq. causas externas</b>	26	24	15	<b>65</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2034</b>	<b>2985</b>	<b>1366</b>	<b>5385</b>

TABELA 2: Internações por faixa etária segundo lista morbididades CID-10 destacadas por cores as maiores ocorrencias de morbididades do município de Anchieta, Dionísio Cerqueira, Guarujá do Sul, Palma Sola, Princesa e São José do Cedro no período de janeiro de 2010 a março de 2015.

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisc.def>

TABELA 3: Lista das 03 Morbidades CID-10 com maior número de casos de internações por Faixa Etária 1 nos municípios de Anchieta, Dionísio Cerqueira, Guarujá do Sul, Palma Sola, Princesa, São José do Cedro segundo Região de Saúde com faixa etária de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais de ambos os gêneros no período de Janeiro de 2010 à Março de 2015.

<b>Lista das 03 Morb</b>				
<b>CID-10 com &gt;n° de Casos</b>	<b>60 a 69 anos</b>	<b>70 a 79 anos</b>	<b>80 anos e mais</b>	<b>TOTAL</b>
<b>1 - DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO</b>				<b>2180</b>
- Bronquite enfisema e outras DPOC	411	410	213	1034
- Pneumonia	268	336	274	878
- Asma	50	34	21	105
<b>2 - DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO</b>				<b>1035</b>
- Insuficiência cardíaca	191	264	222	677
- Acid. vascular cerebral não específico hemorrágico/isquêmico	17	41	23	81
- Hipertensão essencial (primária)	28	18	11	57
<b>3 - ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS</b>				<b>535</b>
- Outras doenças infecciosas intestinais	64	65	74	203
- Septicemia	48	69	66	183
- Outras doenças bacterianas	34	29	13	76

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisc.def>

## 5 DISCUSSÃO

O aumento da expectativa média de vida aliado a redução das taxas de natalidade são os responsáveis pela elevação na participação do contingente populacional maior de 60 anos na população total, mas também questões relativas ao processo migratório podem influenciar o comportamento deste indicador. A Tabela mostra claramente essa tendência em Santa Catarina. Em 1991, esse grupo representava 6,8% do total e em 2009 já responde por mais de 10%, destacando o Oeste Catarinense com 12% da proporção de idosos no estado segundo estimativas do Censo Demográfico do IBGE de 2010, descritos na Tabela 4 abaixo:

TABELA 4: Proporção (%) de idosos na população Santa Catarina, 1991, 2000, 2005, 2009.

	1991	2000	2005	2009
<b>Santa Catarina</b>	<b>6,8</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>	<b>10,4</b>
<b>Extremo Oeste</b>	6,0	8,3	8,2	12,0
<b>Planalto Serrano</b>	7,1	8,7	8,7	11,4
<b>Sul</b>	7,0	8,3	8,3	10,9
<b>Meio Oeste</b>	6,6	8,2	8,1	10,8
<b>Vale do Itajaí</b>	7,4	8,5	8,5	10,8
<b>Grande Florianópolis</b>	6,9	7,8	7,8	9,9
<b>Planalto Norte</b>	6,8	8,0	8,0	9,8
<b>Foz do Rio de Itajaí</b>	7,1	7,7	7,7	9,0
<b>Nordeste</b>	6,2	7,0	7,0	8,8

Fonte: IBGE – Censos e estimativas 2010.

Atualmente a expectativa de vida ao nascer em Santa Catarina é de 75,4 anos e o índice de envelhecimento passou de 19,9 em 1990 para 48,2 em 2010, indicando que o ritmo da transição muito acelerado. Percebe-se mudança radical de demanda, consequente à Transição da Estrutura Etária observada de forma consistente em Santa Catarina, que impõe a readequação do sistema de saúde, nos aspectos de infraestrutura, recursos humanos e o desenvolvimento de uma ampla base técnica e metodológica que inclui a revisão de procedimentos e protocolos assistenciais existentes. (BRASIL, 2013).

No Brasil, segundo Sistema Único de Saúde - SUS demonstram que, em 2012 a população idosa foi de aproximadamente 21 milhões. Ainda dados apontam que nos próximos 40 anos, essa parcela da população brasileira crescerá cerca de 3% ao ano, estimativas essa do Banco Mundial em 2011, em que atingirá 64 milhões de habitantes em 2050, representando um aumento de 30% da população. A maior longevidade da população, em especial, vem modificando o perfil epidemiológico no país, com aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis em detrimento das doenças infecto-parasitárias, provocando mudanças na relação de dependência econômica do ciclo de vida. (IESS, 2013).

A definição de prioridades ocorre por meio da análise situacional, que permite identificar as condições de saúde, formular e priorizar os problemas, abordados de acordo com as condições de saúde e os aspectos da gestão de cada região de saúde. Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída por equipe multidisciplinar com objetivo de atender as necessidades de saúde e identificar os riscos, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada através dos grupos de apoio, capazes de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária. (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada pelo Ministério da Saúde sob a **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**, foi implantada com objetivo de rever diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, considerada a principal porta de entrada dos serviços de saúde, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, sendo de responsabilidade de cada esfera de governo. (BRASIL, 2012).

Segundo dados da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina na sala de Informações em Saúde através dos Indicadores de Saúde pelo sistema de Informações de Saúde (TABNET) /DATASUS foi possível identificar o número de internações por faixa etária de 60 anos e mais, nos últimos cinco anos nos municípios de abrangência da SDR-Dionísio Cerqueira, em que as três principais morbidades que obtiveram maior número de internações foram: as doenças do aparelho respiratório, circulatório e algumas doenças infecciosas e parasitárias, conforme apresentado na Tabela 2.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 72% dos óbitos no Brasil em 2007, atingindo indivíduos de todas as categorias socioeconômicas, destacando-se aquelas provocadas por doenças do aparelho circulatório (31,3%), as neoplásicas (16,3%), endócrinas como o diabetes (5,2%) e ainda, as doenças respiratórias crônicas (5,8%), sendo de forma mais intensa aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos de baixa escolaridade e renda. (BRASIL, 2013).

Em SC, mais de 45% da população adulta de Santa Catarina (SC), o equivalente a 2,28 milhões de pessoas, possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT), segundo dados inéditos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). O levantamento, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que essas enfermidades atingem principalmente o sexo feminino (51,6%) – são 1,3 milhão de mulheres e 950 mil homens (38,7%) portadores de enfermidades crônicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as DCNT possam ser responsáveis por quase 60% do total das mortes ocorridas globalmente e por 46% da chamada “carga global de doença”. Ao longo da última década, estudos indicam que as doenças crônicas se tornaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, sendo cerca de 80% da mortalidade que diz respeito a três condições do grupo das doenças cardíacas, como: doença coronariana, isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva. Já as doenças associadas ao aparelho respiratório, representam cerca de 7% da mortalidade global, causando 4,2 milhões de óbitos anuais. As mais comuns são: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), estada alérgica, hipertensão pulmonar, além de algumas doenças relacionadas ao processo de trabalho. O impacto mais óbvio disso é o aumento da incidência de comprometimento da capacidade de alto cuidado afetando diretamente na qualidade de vida gerando despesas com assistência hospitalar no país, chegando a mais de 75% das mesmas. (GOURLAT, 2011).

Esses dados encontrados são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade pode ser reduzida através de uma atenção primária oportuna e eficaz. No Brasil, a publicação da portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 221, de 17 de abril de 2008, apresentou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, estruturada em grupos de causas de internação e diagnósticos, que representa eventos que poderiam ser evitados, em sua totalidade ou em parte, pela presença de serviços efetivos de saúde. Esses indicadores podem ajudar a incrementar a capacidade de resolução da Atenção Básica ao identificar áreas prioritárias de intervenção e colocando em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais. (FERREIRA; et al., 2014).

Quando a Atenção Primária não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. Essa demanda excessiva inclui um percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, um indicador que vem sendo utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução por parte da atenção primária e são necessariamente indicativos de deficiências na atenção básica, mas um sinal de alerta para uma investigação mais profunda nos locais onde elas ocorrem. (BRASIL, 2012).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os serviços de Saúde, em sua organização, têm a finalidade de garantir acesso e qualidade às pessoas, pois tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde para garantir segurança e qualidade na assistência prestada, uma vez que

as informações de saúde estão disponíveis em todas as redes assistenciais, exigindo que equipes multidisciplinares estejam bem preparadas e utilizem metodologias e ferramentas de comprovada eficiência para organizar os processos de trabalho, baseadas em evidências, as quais são indispensáveis na tomada de decisão com base na epidemiologia clínica, na estatística e metodologia científica. (BRASIL, 2014).

Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, é estratégia fundamental para atenção integral à saúde do idoso, principalmente dos portadores de doenças crônicas, evitando o comprometimento do autocuidado. O acolhimento também é a principal ação para a criação de vínculo, que deve ser prestado por toda equipe multiprofissional com objetivo de prevenção dos agravantes de saúde, estimulando o envelhecimento ativo e saudável, baseado na política de Atenção Básica através dos determinantes de saúde visando à qualidade de vida ao envelhecer.

Percebe-se diante do estudo, que essas morbidades encontradas nos municípios de abrangência da SDR de Dionísio Cerqueira – SC são desencadeados pelos mesmos fatores determinantes do processo saúde/doença encontrados em outras regiões. Salienta-se ainda, que o sistema de dados pesquisado é arcaico, os quais não representam a real situação populacional no momento, pois muitos tratamentos são realizados de forma privada sem contra referência do prognóstico. Também foram encontradas barreiras com relação às informações situacionais de cada município pesquisado por falta de dados atualizados no sistema, conhecimento e interesse dos próprios profissionais em informar os mesmos.

Portanto, conclui-se que, o maior desafio é conhecer a realidade das condições socioeconômicas, culturais e ambientais que a população está inserida, para que se possam desenvolver ações de ordem preventivas e integrativas, através da organização do sistema de saúde de forma a atender às necessidades reais dessa parcela da população visando a longitudinalidade do cuidado integral e qualidade de vida ao envelhecer.

## 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa and MACHADO, Carla Jorge. **INFLUÊNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(8): 1924-1930, ago, 2007.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa and MACHADO, Carla Jorge. **CONCEITUANDO E MENSURANDO A INCAPACIDADE FUNCIONAL DA POPULAÇÃO IDOSA: Uma revisão de literatura**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.4, pp. 1199-1207. ISSN 1413-8123.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015: resultados e perspectivas** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. **Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.spe2, pp. 1763-1768. ISSN 0080-6234.

FERREIRA, Janise Braga Barros; BORGES, Márcio José Garcia; SANTOS, Luciane Loures dos e FORSTER, Aldaísa Cassanho. **Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010**. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2014, vol.23, n.1, pp. 45-56. ISSN 1679-4974.

Gil, Antônio Carlos, 1946. **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo :Atlas, 2002

GOULART; Flavio A. de Andrade. - **Doenças Crônicas não Transmissíveis: Estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília-DF, 2011.

HEIN, Mariana Almeida and ARAGAKI, Sérgio Seiji. **Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009)**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.8, pp. 2141-2150. ISSN 1413-8123.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008)**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília – DF, 2010. Acessado em 24/03/2015. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinte\\_seindicsociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinte_seindicsociais2010/SIS_2010.pdf)

IBGE. - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília – DF, 2010. Acessado em 22/04/2015. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinte\\_seindicsociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinte_seindicsociais2010/SIS_2010.pdf)

IBGE. - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 2010-2060**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília – DF, 2013. Acessado no dia 08/11/2014. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013).

IESS, Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro** [recurso eletrônico] / Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – São Paulo: IESS [org], 2013. Acessado no dia 17/12/2014. Disponível em: [www.iess.org.br/envelhecimento2013](http://www.iess.org.br/envelhecimento2013)

VECCHIA, Roberta Dalla; RUIZ, Tania; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini and CORRENTE José Eduardo. **Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo**. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2005, vol.8, n.3, pp. 246-252. ISSN 1980-5497.

OMS - **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos and DIAS, Flavia Aparecida. **Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012, vol.21, n.1, pp. 112-120. ISSN 0104-0707.