

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

GRACIELLE KARLA PAMPOLIM ABREU

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: DISCUTINDO O PERFIL
SÓCIO DEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E FUNCIONAL DE IDOSOS RESTRITOS
AO LAR**

VITÓRIA

2016

GRACIELLE KARLA PAMPOLIM ABREU

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: DISCUTINDO O PERFIL
SÓCIO DEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E FUNCIONAL DE IDOSOS RESTRITOS
AO LAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Carrupt Machado Sogame

VITÓRIA

2016

Dados Internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

A162p Abreu, Gracielle Karla Pampolim.
Política nacional de saúde da pessoa idosa: discutindo o perfil sócio demográfico, econômico e funcional de idosos restritos ao lar. / Gracielle Karla Pampolim Abreu. - 2016.
142f.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2016.

1. Idosos restritos ao lar. 2. Dependência funcional. 3. Perfil sócio demográfico e econômico. 4. Estratégia saúde da família. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 616:364-053.9

GRACIELLE KARLA PAMPOLIM ABREU

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: DISCUTINDO O PERFIL
SÓCIO DEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E FUNCIONAL DE IDOSOS RESTRITOS
AO LAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 17 de fevereiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Doutora. Luciana Carrupt Machado Sogame
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
– EMESCAM
Orientadora.

Doutora. Maria Carlota de Rezende Coelho
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
– EMESCAM

Doutora. Christiane Lourenço Mota
Departamento de Educação Integrada em Saúde - DEIS
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

*Com amor, para aquelas que são o meu
porto seguro... Minhas Mães,
Tereza e Taiwana.*

AGRADECIMENTOS

Senhor, obrigada por me mostrar, mais uma vez, que os Teus planos são infinitamente melhores que os meus! Obrigada por me sustentar, me levantar e me fortificar para que pudesse seguir em frente, conforme a Tua vontade. Por diversas vezes fraquejei, mas o Senhor jamais permitiu que eu desistisse. Que toda honra e toda glória, não apenas deste, mas de todos os projetos em minha vida, sejam dadas à Ti. Obrigada Pai!

Aos familiares e amigos – família que meu coração escolheu! – Obrigada por todo apoio e incentivo, por terem compreendido minha ausência e torcido pelo meu sucesso.

À amiga Roberta Ribeiro... Rô, obrigada por todo apoio, carinho e amizade, mas obrigada principalmente por me ajudar a cultivar esse sonho e por sempre acreditar e me motivar torná-lo realidade. Bem, agora é uma realidade! Obrigada!!

Aos colegas de turma que estiveram comigo desde o início e aqueles que foram se agregando ao longo do caminho, obrigada por terem tornado essa jornada mais fácil. Vocês são demais e estarão para sempre guardados em meu coração!

À amiga de sempre e para sempre, Juliana Baptista... Amiga, mais do que facilitar, você me ajudou a tornar essa jornada possível!! Obrigada por todas as lágrimas, alegrias, conselhos, crises de existência, noites mal dormidas (ou não dormidas!), e por cada pequeno momento compartilhado. Conseguimos Siamesa!

Agradeço a toda a equipe do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local e da Coordenação do Curso de Fisioterapia, em especial à Yara Mussiello e Érika Vitória: Meninas, obrigada por todo carinho, prestatividade e dedicação.

À todos os participantes do PET Saúde EMESCAM, professores, alunos, profissionais e principalmente aos idosos cuidadores e familiares, o meu obrigada! Agradeço também a todos os Agentes Comunitários de Saúde que dispenderam do seu precioso tempo e cooperatividade para nos ajudar a realizar essa pesquisa, muito obrigada pela inestimável contribuição de cada um de vocês. E Vanezia Gonçalves, o que dizer...? Obrigada por todo carinho, incentivo e colaboração, você foi parte fundamental disso tudo! Obrigada Nusa.

Agradeço ainda à minha banca, Carlota Coelho e Christiane Lourenço por todo conhecimento agregado. Suas críticas e contribuições enriqueceram consideravelmente este trabalho. Obrigada!

E finalmente, um agradecimento especial à minha orientadora, que aos poucos foi se tornando amiga, Luciana Sogame... as vezes extremamente firme nas críticas, outras carinhosa nos conselhos... um pouco mentora... um pouco mãe, amiga..., mas sempre idealizando o meu crescimento! Lu, obrigada por me moldar na profissional que sou hoje, obrigada por toda paciência, carinho e dedicação... Seus ensinamentos são lições que levarei para a vida toda. Obrigada por se tornar meu exemplo!

E a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho, deixo aqui o meu *Muito Obrigada!!!*

*“Dou minha mão para Ti, fecho os
olhos e confio em Ti...
Guia-me Senhor!”*

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que requer atenção governamental. Este estudo objetivou descrever as questões políticas do idoso no Brasil e apresentar o perfil sócio econômico, demográfico e o nível de independência funcional de idosos restritos ao lar assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em Vitória-ES. Procedeu-se uma pesquisa bibliográfica e documental, e um estudo de campo que se caracterizou por um estudo transversal com amostra de conveniência de 178 idosos, a análise dos dados deu-se através de testes uni e multivariados. A pesquisa bibliográfica e documental demonstrou o longo e árduo caminho percorrido pela população idosa no Brasil, desde o período em que a assistência aos longevos era prestada por instituições filantrópicas até a conquista dos direitos legais, concedidos pelo Estado. Dentre elas, temos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que prima pela manutenção e recuperação da funcionalidade dos longevos e aponta a ESF como principal elo de ligação entre o idoso/família e o sistema de saúde. Na pesquisa de campo, foi verificado grande proporção de mulheres (80%), com média de $83,82 \pm 7,81$ anos, na quarta idade (72%), autodeclarados brancos (74%), de baixa escolaridade, viúvos (63%), aposentados (78%), de baixa renda individual (40% até 1 Salário Mínimo [SM]) e contribuintes para renda familiar (86%) que também figurou-se baixa (36% até 4 SM); que relatam ter passado a maior parte da vida na cidade (75%), presença de filhos (90%) e cuidadores (83%) e residir em residências multigeracionais (53%), onde habitam duas ou três pessoas (63%). Foram encontradas drásticas heterogeneidades entre os bairros de residência, onde os idosos dos bairros nobres apresentaram-se mais envelhecidos (78% vs. 63% na 4ª idade), predominantemente brancos (84% vs. 56%), com melhor nível de escolaridade (15% vs. 41% analfabetos) e renda (24% vs. 63% até 1 SM), menos filhos (87% vs. 97%), mais cuidadores (92% vs. 33%) e coabitando em residências menos populosas, quando comparados àqueles do bairro popular, ressaltando o abismo social existente entre indivíduos residentes em regiões geograficamente tão próximas. Quanto a funcionalidade, a maioria dos idosos estudados mostraram-se funcionalmente independentes (52%) ou com dependência minimamente comprometida (45%), e na análise multivariada a presença de cuidador foi identificado como um forte e significativo preditor para a dependência funcional (OR=40.2; IC95% 4.8–355.4; $p<0.01$), levando-nos a questionar a real condição de ‘restrição ao lar’ e a levantar questionamentos a serem respondidos em inquéritos futuros. Os achados ressaltam a necessidade de uma maior atenção a essa população, com o intuito de lhe proporcionar um envelhecimento digno, ativo e saudável no convívio em sociedade, enquanto detentores de capacidade funcional preservada, postergando ao máximo o processo de restrição ao

domicílio, que conseqüentemente acarretará em isolamento social, dentre outros males da inatividade. Comprendemos, portanto, a relevância dessa temática e acreditamos que as heterogeneidades encontradas devem ser levadas em consideração ao se estabelecer ações de saúde e/ou proteção social para esse segmento populacional.

Palavras-Chave: *Idoso restrito ao lar; Dependência Funcional; Perfil sócio demográfico e econômico; Estratégia Saúde da Família.*

ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon that requires government attention. This study aimed to describe the elderly political issues in Brazil and present the profile socioeconomic, demographic and functional restricted to the elderly home assisted by the Family Health Strategy (FHS) in Vitória-ES. Proceeded a bibliographical and documentary research and a field study that was characterized by a cross-sectional study with a convenience sample of 178 elderly, the analysis of data occurred through uni and multivariate tests. The bibliographical and documentary research demonstrated the long and arduous path taken by the elderly population in Brazil, from the period in which the assistance was provided by the oldest charities to the achievement of the legal rights granted by the State. Among them, we have the National Health Policy for the Elderly (PNSPI) that excels in maintaining and restoring functionality of the oldest and points out the FHS as the main communication link between the elderly / family and the health care system. In the field research, it was found large proportion of women (80%) with a mean of 83.82 years, in the 4th age (72%), self-declared white (74%), low education, widowed (63%), retired (78%), low individual income (40% to 1 Minimum Wage [MW]) and contributors to family income (86%) which also figured it low (36% to 4 MW); who report having spent most of his life in the city (75%), presence of children (90%) and caregivers (83%) and live in multigenerational households (53%), home to two or three people (63%). We found dramatic differences from the residence districts, where older people of affluent neighborhoods had become more aged (78% vs. 63% in the 4th age), predominantly white (84% vs. 56%), better educated (15% vs. 41% illiterate) and income (24% vs. 63% up to 1 MW), fewer children (87% vs. 97%), most caregivers (92% vs. 33%) and cohabiting in less populated residences, when compared to the popular neighborhood, highlighting the existing social gap between individuals living geographically so close. As for functionality, the majority of the elderly proved to be functionally independent (52%) or minimally compromised dependence (45%), and in the multivariate analysis the presence of caregiver was identified as a strong and significant predictor of functional dependence (OR = 40.2, CI95% 4.8-355.4; $p < 0.01$), leading us to question the actual 'homebound' condition and to raise questions to be answered in future surveys. The findings underscore the need for greater attention to this population, in order to provide them with a dignified, active and healthy aging in life in society, while holders of preserved functional capacity, postponing the most of the restriction process at home, which consequently will result in social isolation, among other ills of inactivity. We understand therefore the relevance of this issue and we believe the heterogeneity found must be

taken into account in drawing health actions and/or social protection for this population segment.

Keywords: *Homebound Elderly; Functional Dependence; Sociodemographic and Economic Profile; Family Health Strategy.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Organograma de representação da seleção da amostra.....	30
Figura 2	Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 2002/2012	37
Figura 3	Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Espírito Santo – 2000/2010	38
Figura 4	Proporção da população com 60 anos ou mais – 1991/2000/2010	39
Figura 5	Distribuição percentual da população projetada, por grupos etários – Brasil – 2020/2060	40
Figura 6	Região Metropolitana da Grande Vitória	69
Figura 7	Mapa da Regionalização da saúde no município de Vitória	70
Figura 8	Organização de Micro áreas por equipes de saúde na USF Dr. José Moisés	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a idade.....	77
Tabela 2	Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto ao sexo	77
Tabela 3	Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a raça.....	78
Tabela 4	Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a escolaridade.....	80
Tabela 5	Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a situação conjugal.....	81
Tabela 6	Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a onde passou a maior parte da vida.....	81
Tabela 7	Características sócio econômicas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a ocupação.....	82
Tabela 8	Características sócio econômicas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a renda.....	82
Tabela 9	Características sócio econômicas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a contribuição para a renda familiar	84
Tabela 10	Características sócio econômicas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a renda familiar.....	84
Tabela 11	Arranjo familiar de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a presença de filhos.....	85
Tabela 12	Arranjo familiar de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a presença de cuidador.....	86

Tabela 13	Arranjo familiar de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés quanto a quantidade de moradores na residência e presença de residência multigeracional.....	87
Tabela 14	Nível de dependência funcional de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moisés.....	89

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APPI	Academias Populares da Pessoa Idosa
APS	Atenção Primária em Saúde
AVD	Atividades Básicas de Vida Diária
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIESS	Centro Ibero Americano de Estudos de Seguridade Social
CRAI	Centro de Referência e Atendimento ao Idoso
DP	Desvio Padrão
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GATT	Grupo de Apoio ao Tratamento do Tabagismo
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensão para os trabalhadores Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensão para os trabalhadores Comerciais
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensão para os trabalhadores Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MIF	Medida de Independência Funcional
MIFc	Dimensão Cognitiva da Medida de Independência Funcional
MIFm	Dimensão Motora da Medida de Independência Funcional

NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OISS	Organização Ibero Americana de Seguridade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PAI	Programa de Assistência ao Idoso
PET Saúde	Programa de Ensino pelo Trabalho para a Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PRÓ Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SESC	Serviço Social do Comércio
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
vs.	<i>Versus</i>

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
1.1 JUSTIFICATIVA	22
1.2 OBJETIVOS	23
1.2.1 Objetivo Geral	23
1.2.2 Objetivos Específicos.....	24
2 MÉTODOS.....	27
2.1 TIPO DE ESTUDO	27
2.2 LOCAL.....	28
2.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	28
2.3.1 Critério de Inclusão	28
2.3.2 Critério de Exclusão	28
2.4 PROTOCOLO DE ESTUDO	29
2.4.1 Perfil sócio demográfico e econômico	29
2.4.2 Medida de Independência Funcional - MIF.....	30
2.5 ANÁLISE DOS DADOS	31
2.5.1 Análise descritiva.....	31
2.5.2 Análise inferencial	32
2.5.2.1 Análise Univariada	32
2.5.2.2 Análise Multivariada	32
2.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	33
3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: O PROCESSO HISTÓRICO	35
3.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DO IDOSO NO BRASIL	35
3.2 O PROCESSO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	39
4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA	62

4.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES.....	67
4.2 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. JOSÉ MOYSÉS: DISCUTINDO O PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E FUNCIONAL DE IDOSOS RESTRITOS AO LAR.....	74
5 ARTIGO DE PESQUISA	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES& ANEXOS.....	127
APÊNDICE A – Ficha de coleta de dados.....	127
APÊNDICE B – Termo de consentimento para utilização de dados.....	128
ANEXO A – Questionário sócio demográfico dos idosos.....	129
ANEXO B – Medida de Independência Funcional - MIF.....	132
ANEXO C – Ficha A	133
ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	135
ANEXO E – Árvore de decisões gerais para aplicação da MIF.....	136
ANEXO F – Emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.....	137
ANEXO G – Comitê de Ética em Pesquisa – CEP	140

CAPÍTULO 1

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A delimitação de uma idade para o segmento populacional tido como idoso no Brasil foi instituído inicialmente pela Lei 8.842 de 1994 (Política Nacional do Idoso) que em seu Art. 2º do Capítulo 1 considera idoso o indivíduo maior de sessenta (60) anos de idade. Assertiva esta que é reafirmada pelo Estatuto do Idoso em 2003. (BRASIL, 1994; 2003)

O envelhecimento populacional é um fenômeno que tem tomado proporções mundiais, e como tal requer um olhar atento de todas as esferas governamentais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a expectativa de vida da população mundial aumentou em seis anos entre 1990 e 2012 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Já no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE registrou um acelerado aumento da expectativa de vida do brasileiro entre 1960 e 2010. Além de salientar que quanto ao perfil dessa população, cada vez mais encontra-se mulheres, entre 60 e 69 anos, da raça branca e residindo em áreas urbanas. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

Esse fenômeno também é observado no Espírito Santo, onde dados recentes do Instituto Jones dos Santos Neves mostram um importante alargamento do ápice da chamada pirâmide etária capixaba, revelando um visível e crescente envelhecimento populacional, com perfil similar ao encontrado no cenário nacional. (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2013)

Essa tendência incitou diversas discussões e movimentos sociais pró-envelhecimento saudável (de forma biopsicossocial) nos âmbitos mundiais e nacionais, um exemplo disso foram as duas Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento realizadas pelas Nações Unidas em 1982 e 2002, que culminaram na criação de dois planos globais de ação. (CAMARANO; PASINATO, 2004; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

No Brasil, ocorreram movimentos similares e ao longo da década de 1990 até o início do século XXI. Em resposta as diversas diretrizes da Constituição Federal e ferozmente estimulada pelos debates mundiais acerca do tema, foram promulgadas várias políticas setoriais de proteção ao idoso. (CAMARANO; PASINATO, 2004)

Dentre estas, destacamos a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), tendo como principal finalidade assegurar os direitos dos idosos nas esferas sociais, físicas, econômicas e políticas. Bem como o Estatuto do Idoso, sancionado em 2003 através da Lei 1.074 que conta com 118 artigos que versam sobre diversas áreas dos

direitos dos idosos e visam reforçar todas as diretrizes contidas na PNI. (BRASIL, 1994; 2003; CAMARANO; PASINATO, 2004)

Na esfera da saúde, foi lançada em 1999 pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) como parte da PNI. As diretrizes norteadoras desta política são a promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades da saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e apoio a estudos e pesquisas sobre envelhecimento. (BRASIL, 1999a)

Atualmente, a atenção à saúde do idoso no Brasil é norteada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), promulgada pela Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006. A PNSPI formula-se através de uma série de outras políticas e leis e vem para cumprir com algumas exigências nacionais e, principalmente, internacionais tendo em vista o compromisso firmado a partir da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. (BRASIL, 2006a; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

A PNSPI articula a Estratégia Saúde da Família como principal elo de ligação entre o idoso e o sistema de saúde, e assume em sua constituição que “[...] o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária” (BRASIL, 2006a). Uma preocupação notoriamente importante uma vez que a incapacidade funcional resulta em uma constante necessidade de acompanhamento à saúde desse indivíduo.

Sabe-se que a manutenção da capacidade funcional é um processo dinâmico e multifatorial, caracterizado por aspectos físicos e mentais. No que se refere ao indivíduo idoso, este tema deve ser constantemente levantado, uma vez que o próprio processo fisiológico de envelhecimento caracteriza sobrecarga funcional sobre o indivíduo. (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014; SAQUETTO et al., 2013)

Simultaneamente ao aumento da expectativa de vida e crescente envelhecimento populacional, é possível observar também uma maior ocorrência de doenças crônicas e déficits no campo físico, psíquico e principalmente social. Desta forma, o avançar da idade algumas vezes torna-se marcado por doenças que podem levar a sequelas com consequente redução da independência funcional e afastamento social do indivíduo idoso. (SAQUETTO et al., 2013)

As principais doenças crônicas que afetam o idoso de todo o mundo são as doenças cardiovasculares (hipertensão), diabetes, câncer, doenças musculoesqueléticas e do sistema respiratório assim como as doenças mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Esse conjunto de fatores pode levar a um crescente nível de incapacidade na população, podendo até mesmo, em uma visão a médio e longo prazo, levar esse idoso a se exilar do convívio da sociedade, restringindo-o exclusivamente ao meio domiciliar.

Como restrito ao lar, considerou-se na presente pesquisa a definição utilizada por Ursine, Cordeiro e Moraes (2011), que diz que aquele indivíduo incapaz de sair de casa sem ajuda de acompanhante é reputado como restrito ao lar.

Sabendo-se da complexa interação entre vários sistemas responsáveis pela manutenção da funcionalidade do indivíduo e levando-se em conta todas as alterações advindas com o processo de envelhecimento, entende-se porque a avaliação da capacidade funcional se tornou um importante instrumento para se avaliar a condição de saúde dos idosos.

Vários são os instrumentos utilizados para se alcançar este objetivo, uma delas é a Medida de Independência Funcional (MIF). Criada no final da década de 1980 na América do Norte, a MIF foi traduzida e validada no Brasil no início do século XXI por Riberto et al. (2001; 2004). A MIF se mostra completa para avaliação quantitativa do nível de independência funcional uma vez que os seus itens versam sobre os campos da funcionalidade não apenas motora, mas também cognitiva. Fato este que não é observado na maioria das escalas atualmente utilizadas (TALMELLI et al., 2010), como por exemplo, os índices de Barthel de 1965 (MINOSSO et al., 2010) e Katz de 1963 (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007), e que, portanto, qualifica a MIF como importante instrumento para este fim.

Através do exposto, percebe-se a importância de se realizar uma pesquisa cujo intuito é o de aprofundar-se no estudo das políticas brasileiras de atenção ao idoso, em especial a atual política de atenção à saúde da pessoa idosa, bem como identificar o perfil sócio demográfico e econômico e avaliar o nível de independência funcional de idosos de uma Unidade de Saúde da Família (USF) da Região Metropolitana da Grande Vitória, para que possamos conhecer a nossa realidade local no que concerne a esse processo que, como observado, é uma preocupação mundial.

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse em desenvolver a presente pesquisa, versando sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com foco na funcionalidade, originou-se da vivência da pesquisadora com esse grupo populacional e com essa visão voltada às políticas de saúde por meio da participação da mesma no PRO PET Saúde¹ – EMESCAM, ainda durante a graduação.

Para a realização do PRO PET Saúde – EMESCAM, foi firmado, no ano de 2012, uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

A demanda levantada para a execução deste foi a questão da atenção ao idoso acamado e restrito ao lar, sendo desenvolvido a pesquisa intitulada “*Perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos restritos ao lar e acamados de uma unidade de saúde da família do Município de Vitória – ES*”, coordenada pela Prof^a Ma.Vanezia Gonçalves da Silva e no qual a presente pesquisadora participou desde o início de sua implantação e permaneceu, mesmo depois de graduada, como colaboradora.

Dentre os vários itens estudados na pesquisa macro citada acima, optou-se por trabalhar com a inquirição da capacidade funcional uma vez que possuo como instrução de base a fisioterapia, e como fisioterapeuta, detenho uma formação que está extensa e intimamente relacionada com as questões da funcionalidade.

Além disso, as experiências vividas por meio de visitas domiciliares levaram-me a observar, empiricamente, que diversos indivíduos tidos como restritos são, em uma apreciação inicial, aptos para o convívio social.

Assim sendo, é visualizado na realização da presente pesquisa uma oportunidade para desbravar este amplo campo de trabalho que vai além da atenção fisioterapêutica convencional na esfera

¹ O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) articulado ao Programa de Ensino pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é uma aposta interministerial (Ministérios da Saúde e Educação) que visa promover a formação de grupos de aprendizagem para o desenvolvimento de atividades em áreas específicas do Sistema Único de Saúde (SUS) através do incentivo à integração do ensino-serviço-comunidade. Este programa considera a necessidade de incentivo à formação profissional dentro das unidades básicas de saúde municipais e a adequação do serviço para o desenvolvimento de práticas pedagógicas, bem como a necessidade de estimular a formação de docentes com um perfil mais adequado às necessidades do SUS. Para isso o PRO PET Saúde promove a inserção de docentes e discentes da graduação na rede pública de saúde de forma que as necessidades apresentadas pelo serviço sejam fonte de pesquisa e produção de conhecimento nas instituições de ensino superior (IES). Para tal, firma-se parceria entre as Secretarias Estaduais e/ou Municipais que determinarão a demanda e as IES que desenvolverão o programa. (BRASIL, 2008)

secundária ou terciária, mas perpassa o conhecimento das políticas de atenção a esse extrato populacional e culmina em várias questões que podem ser levantadas. Entre essas questões, tem-se o fato da premente necessidade de manutenção da capacidade funcional dessa população, o que vem de encontro com a não existência, dentro da rede de atenção primária, de um profissional fisioterapeuta. Profissional este que, por formação, apresenta-se devidamente capacitado para lidar com as questões da funcionalidade.

Outro ponto que se ergue como motivação para realização desta pesquisa é a possibilidade de traçar o perfil sócio demográfico, econômico e o nível de independência funcional em conjunto coma aquisição de novos conhecimentos no contexto das políticas públicas de saúde voltadas para essa população. O intento é que, a partir do conhecimento gerado, as equipes de saúde possam traçar medidas e ações que visem a melhor gestão dos cuidados para esse idoso e seu familiar. Visto que a família exerce um papel fundamental no cuidado desse indivíduo e como tal também deve receber a devida atenção dos atores da saúde.

E por fim, sabe-se que o idoso sofre um declínio funcional fisiológico e gradativo em virtude das diversas alterações advindas do processo senescente, e que quando associado ao alto índice de enfermidades crônicas, muitas vezes também provenientes do envelhecimento (agora não mais fisiológico), esse declínio acentua-se consideravelmente. Observa-se também a amplitude de abrangência do tema “funcionalidade” nestes indivíduos, a ponto de o mesmo ser pauta de diversas discussões mundiais e ser considerado, em inúmeras políticas, como condição essencial para o envelhecimento saudável.

Desta feita, entende-se a vital utilidade, também no contexto científico, para a realização da presente pesquisa. Destarte, vale a pena destacar que é de primordial intento que os dados obtidos aqui sejam divulgados nos principais periódicos e eventos da área, pois se acredita que é na divulgação de seu produto que a pesquisa se transforma em conhecimento.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Descrever a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, identificar o perfil sócio demográfico e econômico e avaliar o nível de independência funcional de idosos restritos ao lar adscritos ao território de uma Unidade de Saúde da Família da Região Metropolitana da Grande Vitória.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Compreender o processo histórico que culminou no desenvolvimento da atual política de atenção à saúde do idoso no Brasil, com enfoque na Estratégia de Saúde da Família e seu papel no cuidado ao idoso.
- b) Caracterizar o perfil sócio demográfico e econômico dos idosos restritos ao lar quanto ao sexo, idade, raça, escolaridade, situação conjugal, presença e quantidade de filhos, presença de cuidador, ocupação, renda individual e familiar, contribuição por renda familiar, onde passou a maior parte da vida, quantidade de moradores, residência multigeracional e situação do bairro de moradia;
- c) Verificar a presença e o nível de dependência funcional de idosos restritos ao lar através do instrumento Medida da Independência Funcional;
- d) Comparar o perfil sócio demográfico, econômico e funcional de idosos restritos ao lar quanto à situação social dos bairros em que residem;
- e) Verificar a associação entre a dependência funcional e as variáveis sócio demográficas e econômicas de idosos restritos ao lar.

A seguir apresentamos uma breve descrição dos próximos capítulos que compuseram a presente dissertação, a saber:

O próximo capítulo traz a descrição da metodologia aplicada e dos instrumentos utilizados para a realização da referida pesquisa.

No terceiro capítulo, intitulado “Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: O processo histórico”, foram descritas as questões relacionadas às transições demográficas e epidemiológicas do envelhecimento, bem como os aspectos históricos que culminaram na criação da atual política de atenção à saúde do idoso no Brasil.

No quarto capítulo, cujo título é “A Estratégia Saúde da Família no cuidado à pessoa idosa”, abordaremos alguns aspectos do papel da Estratégia Saúde da Família no cuidado ao idoso; apresentamos um breve histórico da Estratégia Saúde da Família no município de Vitória-ES; e o perfil sócio demográfico, econômico e funcional dos idosos restritos ao lar que compuseram o presente estudo.

O quinto capítulo dessa dissertação trata-se do Artigo de Pesquisa intitulado “Prevalência e fatores associados à dependência funcional em idosos restritos ao lar de uma Unidade de Saúde

da Família em Vitória-ES”, cujo objetivo foi identificar a prevalência e a influência dos fatores sócio demográficos e econômicos com a dependência funcional de idosos restritos ao lar.

O sexto capítulo são as considerações finais da presente dissertação, seguido das Referências bibliográficas utilizadas e dos Apêndices e Anexos pertinentes a este estudo.

CAPÍTULO 2

2 MÉTODOS

A seguir passamos a descrever as estratégias e procedimentos empregados para a realização deste estudo.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa aplicada, explicativa e quantitativa, que foi desenvolvida em três momentos distintos.

O primeiro momento caracterizou-se por uma classificação dos principais documentos, nacionais e internacionais, leis, decretos, portarias e normas relacionadas aos programas e políticas voltadas para atenção ao idoso. Também foram utilizadas, dissertações, teses e livros que dissertavam sobre o tema. A partir de então foi realizada uma abordagem histórica sobre o surgimento e evolução das políticas nacionais de assistência, culminando com as legislações atuais, com foco central na atenção à saúde do idoso e na Estratégia de Saúde da Família como provedora desta atenção.

No segundo momento, foram realizadas pesquisas bibliográficas utilizando-se de publicações catalogadas com as palavras chaves: *aged, elderly, homebound, health policies, home-based primary care, frail elderly, functional (in)dependency, activities of daily living, functional independence measure, sociodemographic factors and caregivers* publicadas nos idiomas inglês e português, no período de 1960 a 2015, nas principais bases de dados, como Scielo, PubMed e MedLine.

O terceiro momento deste estudo deu-se através da pesquisa de campo, que se caracterizou por uma análise secundária dos dados do estudo transversal de abordagem quantitativa denominado “*Perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos restritos ao lar e acamados de uma unidade de saúde da família do Município de Vitória-ES*”, executada durante a realização do PRO PET Saúde – EMESCAM, cujos dados foram coletados entre abril e novembro de 2014². Neste período, 212 idosos e/ou familiares/cuidadores foram submetidos a uma entrevista semiestruturada (ANEXO A) que permitiu coletar informações referentes ao perfil sócio demográfico e econômico dessa amostra. Em seguida foi realizada avaliação de saúde com

² A especificação desse corte deu-se por compreender os períodos entre a aprovação do projeto pelo CEP (março de 2014) e a finalização do Programa (dezembro de 2014).

aplicação de diversos instrumentos que objetivam aferir informações quanto ao estado de saúde desse idoso, dentre eles, utilizou-se a escala Medida de Independência Funcional (MIF), com o intuito de identificar a presença e graduar o nível de dependência funcional (ANEXO B).

2.2 LOCAL

Unidade de Saúde da Família Dr. José Moysés, localizada no município de Vitória – ES.

2.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Para realização da presente pesquisa foi utilizado uma amostra de conveniência de 178 idosos com idade igual ou superior a 60 anos de acordo com o preconizado pelo Estatuto do Idoso, o que correspondeu a cerca de 60% do total de idosos restritos ao lar adscritos na USF Dr. José Moysés considerando, como referência, o mês de fevereiro de 2014, de acordo com dados obtidos na Ficha A (ANEXO C) através da Rede Bem Estar³ e com auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

2.3.1 Critério de Inclusão

Foram incluídos no presente estudo os indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos; restritos ao lar; adscritos ao território da USF Dr. José Moysés; e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura (do idoso ou responsável) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO D).

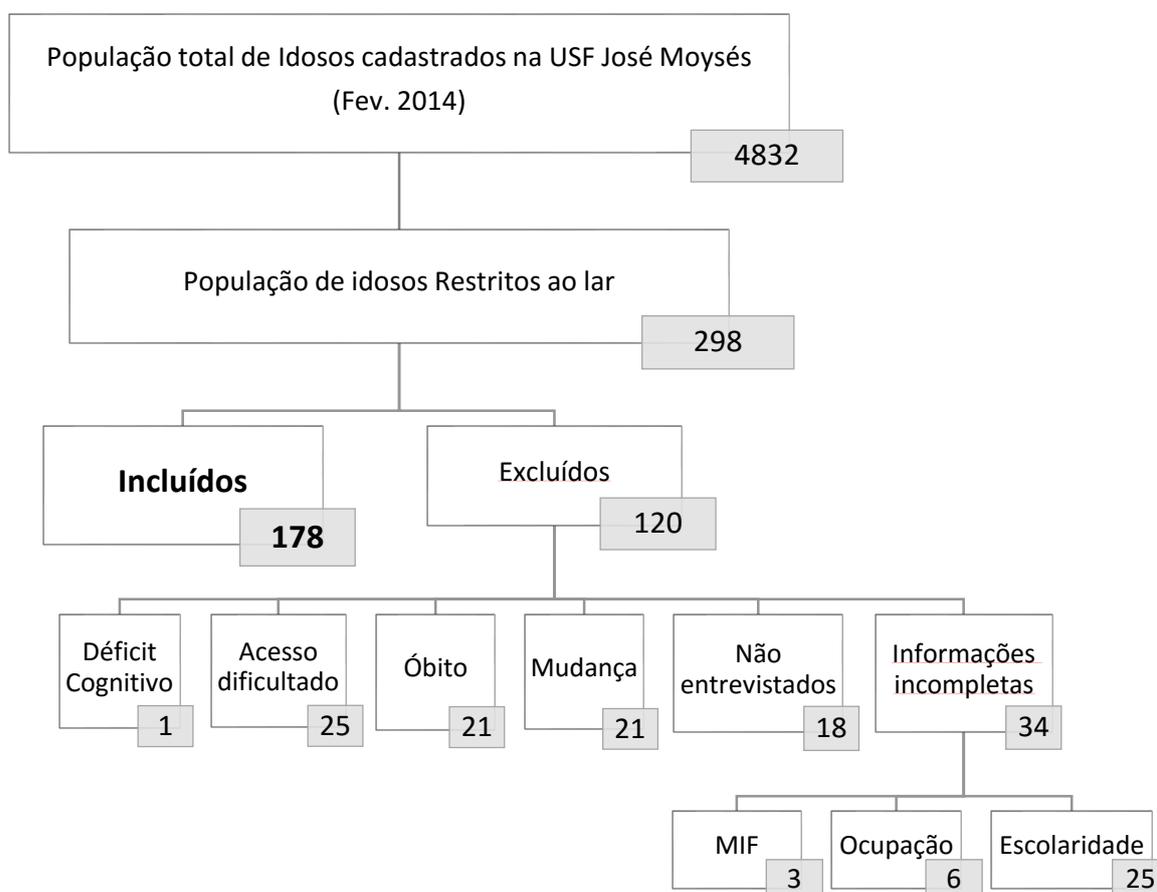
2.3.2 Critério de Exclusão

Foram excluídos do estudo os idosos aos quais houve impossibilidade de acesso por recusa ou restrição da família; um idoso que não tinha condições para responder ao questionário (déficit cognitivo) e não possuía cuidador apto para tal; os casos de óbito e/ou migração para outra região durante a realização da pesquisa; aqueles que não foram entrevistados em decorrência da data estipulada para finalização da pesquisa; e os idosos em que os dados estavam incompletos (MIF não aplicada, variáveis sem resposta).

A Figura 1 apresenta um organograma da representação da seleção da amostra.

³ Prontuário eletrônico do município de Vitória-ES que integra os diferentes estabelecimentos de saúde e contém todas as informações referentes aos pacientes cadastrados na rede.

Figura 1: Organograma de representação da seleção da amostra.



Fonte: Elaborado pela autora.

2.4 PROTOCOLO DE ESTUDO

Os dados foram obtidos por meio de entrevista face a face, realizadas na residência dos idosos, por acadêmicos dos cursos de fisioterapia, enfermagem e medicina da EMESCAM (integrantes do PET-Saúde), previamente treinados pela pesquisadora, e acompanhados por ACS. A seguir estão distribuídas as variáveis analisadas para caracterização do perfil e da funcionalidade dos sujeitos da pesquisa.

2.4.1 Perfil sócio demográfico e econômico

Para caracterização do perfil sócio demográfico e econômico dos idosos pesquisados foram analisadas as seguintes variáveis registradas em ficha específica elaborada pela autora (APÊNDICE A) a partir do questionário semiestruturado do PET-Saúde: sexo, idade, raça,

escolaridade, situação conjugal, presença de filhos, presença de cuidador, ocupação, renda individual e familiar, contribuição para a renda familiar, onde passou a maior parte da vida, quantidade de moradores, residência multigeracional e situação do bairro de moradia.

2.4.2 Medida de Independência Funcional - MIF

Desenvolvida no final da década de 1980 por uma força tarefa norte-americana organizada pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação em conjunto com o Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, a MIF é capaz de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que uma pessoa com restrições funcionais demanda para a realização de tarefas motoras e cognitivas. Este instrumento de avaliação funcional foi traduzido para a língua portuguesa no Brasil em 2000 e validado em 2004 por Riberto et al. (2001; 2004), e apresenta boa confiabilidade, para o score total bem como para suas dimensões.

A MIF é um instrumento utilizado com o objetivo de avaliar de forma quantitativa a dependência de indivíduos para a realização de diversas tarefas motoras e cognitivas de vida diária. São 18 itens, classificados em 6 dimensões e 2 subdivisões (motora e cognitiva), o score varia de 1, que corresponde a dependência total, a 7, independência completa, dessa forma os scores totais variam de 18 a 126, a MIF Motora (MIFm) varia de 13 a 91 e a MIF Cognitiva (MIFc), de 5 a 35. (TALMELLI et al., 2010)

Com relação às suas subdivisões e dimensões, a MIFm avalia os itens de autocuidado – pontuando de 6 a 42 (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se abaixo e acima da cintura e uso do vaso sanitário); controle de esfíncteres – pontuando de 2 a 14 (controle de urina e fezes); mobilidade – pontuando de 3 a 21 (transferência para cama e/ou cadeira de rodas, vaso sanitário e chuveiro); e locomoção – pontuando de 2 a 14 (marcha/ cadeira de rodas e escadas). Já a MIFc avalia os itens de comunicação – pontuando de 2 a 14 (compreensão e expressão) e cognição social – pontuando de 3 a 21 (interação social, resolução de problemas e memória). (TALMELLI et al., 2010)

De acordo com Riberto et al., (2004) a aplicação da MIF não deve ser feita por meio de auto aplicação, mas sim através da observação do desempenho do paciente e/ou das informações fornecidas pelo paciente/familiar/cuidador. Cabe salientar que, uma vez que a avaliação foi feita no próprio domicílio do idoso, não houve a necessidade de se utilizar nenhum recurso especial para simular condições de vida diária.

O resultado total da MIF vai determinar a presença ou ausência de dependência funcional, onde aqueles indivíduos com pontuação ≤ 103 pontos são classificados como dependentes enquanto os independentes são aqueles os quais a pontuação da MIF foi ≥ 104 pontos. Quanto ao nível da dependência funcional, os idosos são graduados em: I – dependência completa (18 pontos); II – dependência modificada A – assistência de até 50% na realização da tarefa (19 a 60 pontos); e III – dependência modificada B – assistência de até 25% na realização da tarefa (61 a 103 pontos). (MACEDO et al., 2012; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005)

O Ministério da Saúde nos traz de forma bastante explicativa as especificações técnicas para aplicação da MIF, deixando claro, na forma de uma “árvore de decisões” quando pontuar cada um dos scores expostos pela escala (ANEXO E). De modo geral, as especificações técnicas são: observar/questionar se os idosos necessitam de ajuda para realizar a atividade, em caso negativo ele será pontuado entre os scores 6 e 7 de acordo com o tempo e segurança com que a realizam. No caso afirmativo, a pontuação irá variar entre 5 e 1 de acordo com a quantidade de apoio ou preparo que necessitam para a realização da tarefa. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde orienta ainda que quando houver itens que não podem ser avaliados/respondidos, deve-se conceder a estes a pontuação 1. (BRASIL, 2007a)

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi conduzida utilizando o *Software Statistical Package for Social Science* (IBM SPSS Statistics), versão 20. A amostra foi estratificada em dois momentos distintos deste estudo. No primeiro momento, discutido no capítulo 4, os idosos foram divididos de acordo com a situação do bairro de moradia em “bairros nobres e popular”; e no segundo momento, discutido no capítulo 5, a divisão foi em dependentes ($MIF \leq 103$) e independentes ($MIF \geq 104$).

2.5.1 Análise descritiva

A análise descritiva foi reportada através de tabelas de frequências, para variáveis nominais, e medidas de resumo de dados como médias, desvio padrão, mínimo e máximo, para as variáveis contínuas.

2.5.2 Análise inferencial

A análise inferencial foi conduzida através de testes uni e multivariados, adotando-se nível de significância de $p < 0.05$, com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) para todas as análises.

2.5.2.1 Análise Univariada

Para análise em ambas as divisões da amostra (Bairros Nobres vs. Bairro Popular e Dependentes vs. Independentes) o Teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade da variável contínua, e uma vez identificada sua parametricidade, foi aplicado o Teste t de Student Independente. As variáveis nominais foram testadas através do Chi-quadrado de Pearson ou do Teste Exato de Fischer (quando uma ou mais frequências esperadas foi menor ou igual a cinco [5]).

2.5.2.2 Análise Multivariada

A análise multivariada foi utilizada no segundo momento de estratificação da amostra (Dependentes vs. Independentes). Foi aplicado a Regressão Logística Binária para determinar o quanto as variáveis sócio demográficas e econômicas foram capazes de prever a dependência funcional (MIF ≤ 103 pontos). A variável dependente foi a presença de dependência funcional (0 independente; 1 dependente) e as variáveis independentes foram os fatores sócio demográficos e econômicos selecionados com base na análise univariada, onde as variáveis que apresentaram $p < 0,15$ foram consideradas para inclusão no modelo de Regressão Logística.

As variáveis selecionadas foram incluídas através do método hierárquico obedecendo a ordem decrescente do p . Dessa forma, o primeiro item adicionado foi a presença de cuidador (modelo 1), seguido por local de residência (modelo 2), onde passou a maior parte da vida (modelo 3), sexo (modelo 4), renda familiar (modelo 5), nível de escolaridade (modelo 6), idade (modelo 7) e renda do idoso (modelo 8).

O teste de Chi-quadrado de Omnibus ($p < 0,05$) e o teste de Hosmer e Lemeshow ($p > 0,05$) foram usados para determinar o “fit” do modelo, enquanto que o R^2 de Nagelkerke’s foi utilizado como índice de variância explicada, onde quanto maior o R^2 , melhor é o modelo.

2.6 QUESTÕES ÉTICAS

A realização do presente estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM) em 17 de dezembro de 2014, através da emenda 918.025 (ANEXO F) à pesquisa “*Perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos restritos ao lar e acamados de uma unidade de saúde da família do Município de Vitória- ES*”, que havia sido previamente apresentada e aprovada pelo CEP/EMESCAM, sob o número 567.990 no dia 25 de março de 2014 (ANEXO G).

A utilização dos dados foi autorizada pela pesquisadora principal do estudo supracitado, Profa. Ma. Vanezia Gonçalves da Silva, mediante assinatura do termo de consentimento para utilização de dados (APÊNDICE B).

Todos os dados contidos na pesquisa são de inteira responsabilidade dos pesquisadores que, por sua vez, se comprometem em assegurar o sigilo das informações obtidas mediante a não identificação nominal dos pacientes. A realização deste está embasada nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da resolução 466/12, onde os dados colhidos serão mantidos em sigilo e após a finalização da pesquisa serão arquivados em local seguro pelo período de cinco (5) anos.

CAPÍTULO 3

3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: O PROCESSO HISTÓRICO

3.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DO IDOSO NO BRASIL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a população mundial vem sofrendo uma constante reestruturação demográfica que se caracteriza pela redução das taxas de fecundidade em conjunto com as de mortalidade. Essa última, resultando na ampliação da expectativa de vida, que, ainda de acordo com a OMS, aumentou em seis anos entre os períodos de 1990 e 2012. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014)

Essa transição demográfica não ocorreu de forma homogênea em todos os países. Naqueles desenvolvidos, esse processo se deu de forma gradual, ao longo de mais de cem anos. Acredita-se que ele tenha se originado na Europa, durante a revolução industrial, e o primeiro fenômeno observado foi a diminuição nas taxas de fecundidade. Este fato é curioso, visto que ocorreu anteriormente ao advento da pílula anticoncepcional. (CLOSS; SCHWANKE, 2012; NASRI, 2008)

Ramos, Veras e Kalache (1987) afirmam que ao contrário do que se imagina o envelhecimento de uma determinada população não provém da diminuição das taxas de mortalidade, mas sim do declínio nas taxas de fecundidade. Para que uma população seja considerada envelhecida ou em processo de envelhecimento é necessário que haja um aumento na proporção de indivíduos idosos em relação à proporção de indivíduos mais jovens em um dado período.

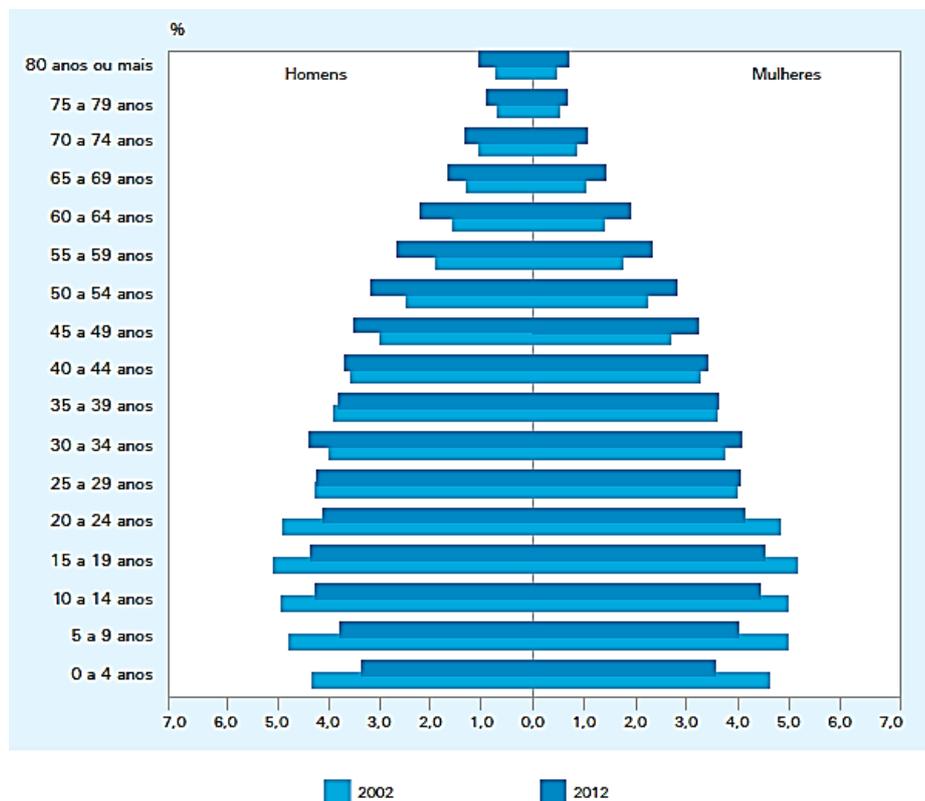
Por outro lado, o aumento da expectativa de vida ocorreu de forma lenta e insidiosa, e só foi possível devido as melhores condições sociais e de saneamento assim como pelo surgimento de antibióticos e vacinas. (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987)

Na América Latina, em especial nos países em desenvolvimento, é observado nos dias atuais um fenômeno similar ao ocorrido anteriormente na Europa, porém com implicações diferentes. Enquanto no modelo europeu observou-se em conjunto com a transição, significativo desenvolvimento socioeconômico que possibilitou à população melhoria nas condições de vida e proteção social, na América Latina, em especial no Brasil, o momento histórico em que essa transição ocorre é em um período de crescente urbanização sem alteração na distribuição de renda. (NASRI, 2008)

A partir da década de 1960 o declínio nas taxas de fecundidade, que inicialmente foi observado nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, alastrou-se rapidamente para toda a população e desencadeou o processo de reestruturação etária brasileira (CARVALHO; GARCIA, 2003). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE registrou em 2010 uma importante aceleração do processo de envelhecimento populacional. De acordo com o censo, a expectativa de vida do brasileiro saltou de 48,0 anos em 1960 para 73,4 anos em 2010.

Em 2013 o IBGE divulgou a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Os dados obtidos por essa pesquisa comprovam o fortalecimento da tendência de envelhecimento. Eles apontam para um maior estreitamento da base da chamada pirâmide etária, como mostra a figura 2, o que significa que a população continua envelhecendo. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013a)

Figura 2 – Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 2002/2012

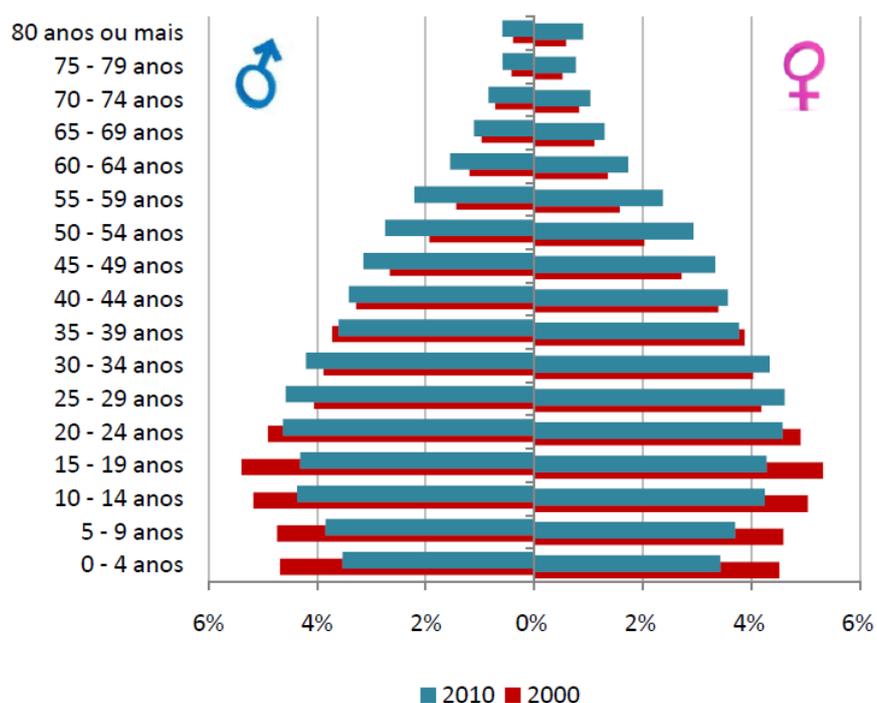


Fonte: IBGE, 2013a.

Concomitantemente, e surgindo como base para justificar esses índices, houve queda dos níveis de fecundidade, com o número médio de filhos por mulher passando de 6,3 para 1,9. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; 2013a)

Essa realidade no cenário do Espírito Santo não se mostra diferente, a pirâmide etária da população capixaba também sofreu alteração com um considerável estreitamento de sua base e alargamento de seu ápice (Figura 3), o que se traduz em um visível e crescente envelhecimento populacional. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

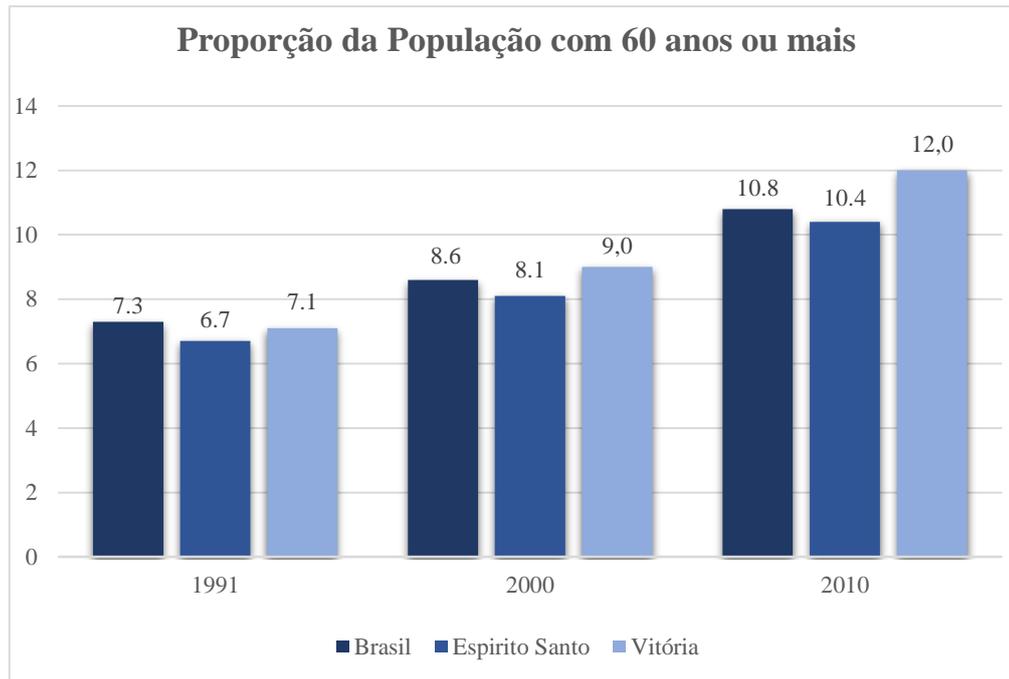
Figura 3 – Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Espírito Santo – 2000/2010



Fonte: IJSN, 2013.

Em 2000 os idosos representavam 8,1% de toda população capixaba, proporção esta que ascendeu para 10,4% em 2010, e para 12,7% em 2013. O mesmo ocorreu em todos os municípios do estado, em especial a capital Vitória que apresentou uma estrutura etária mais próxima àquela apresentada pelo estado, como apresentado na figura 4. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; 2013a; INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2013)

Figura 4 – Proporção da população com 60 anos ou mais – 1991/2000/2010

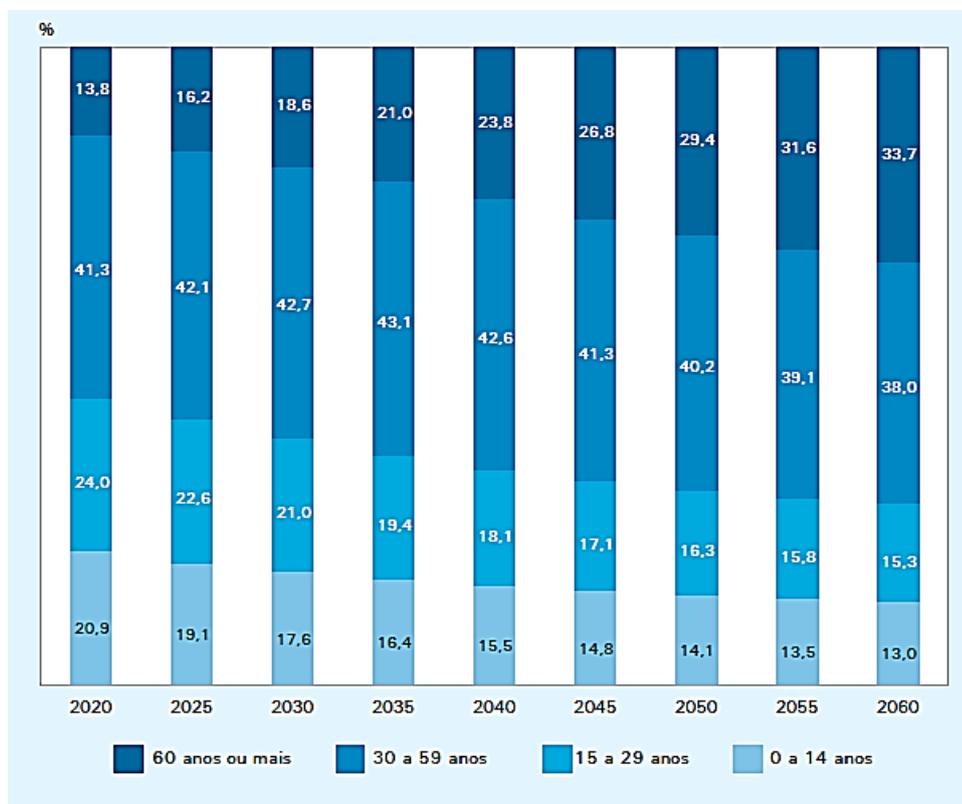


Fonte: Dados tratados pela autora (IBGE, 2010; 2011).

Verificou-se também que a população de Vitória apresenta uma composição mais envelhecida que a população conjunta dos demais municípios da região Metropolitana da Grande Vitória. (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2013)

O fenômeno de envelhecimento populacional no Brasil se torna ainda mais evidente ao se observar a distribuição projetada por grupos de idade, segundo a projeção mais recente divulgada pelo IBGE em 2013 (Figura 5).

Figura 5 – Distribuição percentual da população projetada, por grupos etários – Brasil – 2020/2060



Fonte: IBGE, 2013a.

Como pode ser observado, nessa projeção a proporção de jovens de 0 a 14 anos diminui gradativamente e atingirá 13% da população brasileira em 2060 enquanto que na população de 60 anos ou mais se observa um acentuado aumento e calcula-se que esta poderá atingir a proporção de 33,7% de toda população brasileira em 2060. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013a)

3.2 O PROCESSO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

A implantação das primeiras políticas públicas de saúde no Brasil datam do ano de 1808, em decorrência da vinda da Família Real Portuguesa para o Brasil, e consequente necessidade de oferecer suporte sanitário ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Entretanto, essa implantação sofreu forte resistência da população, visto que em decorrência da carência de

profissionais, estes preferiam continuar sendo tratados por curandeiros e boticários⁴. (COSTA JUNIOR; COSTA, 2014; POLIGNARO, 2005)

Com a proclamação da república em 1889, o Brasil ainda não possuía um modelo sanitário implantado, o que facilitava a instalação de crises endêmicas no país. No início do século XX o quadro sanitário brasileiro era caótico, caracterizado por graves doenças infectocontagiosas que afetavam a população, como varíola, febre amarela e malária. Esse panorama gerou sérios problemas tanto para a saúde pública quanto para o comércio, em especial, o exterior, já que esse cenário fazia com que os navios estrangeiros não mais quisessem atracar nos portos brasileiros. (PAIM, 1994; 2003)

Dessa forma Rodrigues Alves, o então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz para dirigir o Departamento Federal de Saúde Pública. Este, por sua vez, propôs erradicar a epidemia de febre amarela instalada. Entretanto os métodos utilizados para tal causaram grandes revoltas na sociedade civil. Essa onda de insatisfação populacional se agravou de tal maneira, que quando Oswaldo Cruz instituiu a vacinação obrigatória para imunização da população em todo território nacional, surgiu, então, um grande movimento de revolta da sociedade civil, que ficou conhecido historicamente como “a revolta da vacina”. (PAIM, 2003; POLIGNARO, 2005)

A partir desse momento, a saúde pública no Brasil passou a ser baseada em intervenções construídas a partir das necessidades sanitárias que se operacionalizavam no âmbito urbano das cidades. Essas intervenções eram realizadas em forma de campanhas que, quando conseguiam controlar os surtos das doenças a que se destinavam, eram abandonadas pelo Estado. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996)

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde, e sua posterior reestruturação, em 1920, por Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, a Saúde Pública passou a ser tomada como questão social. Foram introduzidas propagandas e o conceito de Educação Sanitária à população nas rotinas de ações das campanhas, inovando o modelo campanhista e abolindo a abordagem puramente fiscal e policial, utilizado anteriormente, bem como, remodelando o setor, separando a organização da saúde em saúde pública e previdência social. (POLIGNARO, 2005)

⁴ Os curandeiros dominavam os conhecimentos relacionados aos recursos advindos da terra, como plantas e ervas. Já aos boticários, cabiam as habilidades na manipulação de fórmulas medicinais, tanto prescritas pelos médicos quanto por eles mesmos. (POLIGNARO, 2005)

Esse período também foi marcado por movimentos operários, que objetivavam conquistar alguns direitos sociais e também de saúde. Em razão das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias e direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no Brasil, em 1917 e em 1919. E a partir de então, como resposta do Estado, começaram a surgir os primeiros direitos sociais e de saúde para esses indivíduos. Dentre eles, está a aprovação da Lei Elói Chaves, promulgada em 1923, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para os empregados ferroviários. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; PAIM, 2003)

No que tange a atenção ao idoso, suas necessidades e demais questões relacionadas não se configuravam em preocupação para o governo ou a sociedade civil, uma vez que até o início do século XX a população idosa representava menos de 3% de toda população brasileira. Além disso, em decorrência, provavelmente, de todo o cenário sanitário apresentado anteriormente, nesse período, ao nascer, o brasileiro tinha uma esperança de vida de apenas 33,7 anos. (CARVALHO; GARCIA, 2003; MOTA, 2007; PAIM, 2003)

Entretanto, o advento das campanhas e políticas de saúde supracitadas, parece terem surtido um efeito benéfico para a população, já que no próximo período histórico brasileiro, a chamada Era Vargas⁵, têm-se início uma significativa transição demográfica, caracterizada por redução da mortalidade e certo envelhecimento da população (PAIM, 2003). Segundo Mota (2007) a expectativa de vida do brasileiro ascendeu para 43,2 anos e nesse mesmo período o extrato populacional considerado idoso passou a representar 4,2% da população. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; 2011)

Em 1930 Getúlio Vargas assume a presidência da república e cria os Ministérios do Trabalho, da Indústria e Comércio e da Educação e Saúde. Dessa forma, a institucionalização da saúde na esfera federal passa a ser por meio do Ministério da Educação e Saúde, que posteriormente é estruturado apenas em Ministério da Saúde. As ações realizadas pelo ministério e secretarias estaduais e municipais de saúde ainda se concentravam, quase que exclusivamente, na execução de campanhas sanitárias e de programas especiais, como o materno-infantil, a tuberculose e as endemias rurais. (PAIM, 2003)

⁵ Era Vargas – período compreendido entre os anos de 1930 a 1964.

Foi, também nesse período, que ocorreu o crescimento da medicina previdenciária, proporcionado pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)⁶, o que propiciou aos trabalhadores e seus familiares a garantia a uma assistência médico-hospitalar. Porém, o mesmo não se aplicava aos trabalhadores rurais, empregados domésticos, desempregados e aqueles que atuavam no chamado mercado informal, ou seja, sem carteira de trabalho assinada. (PAIM, 2003)

Nos anos seguintes, pôde ser verificada a supervalorização de uma assistência médica individual, curativa e especializada, em detrimento da saúde pública. Em 1950 a medicina previdenciária era vista como secundária, e não recebia a devida atenção. Foi a partir da segunda metade da década de 50, com o crescimento industrial e consequente aumento da massa assalariada e aceleração da urbanização, que ocorreu maior pressão pela assistência médico-hospitalar aos previdenciários. E em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), mantido por todos os IAPs e pelas CAPs ainda restantes. (POLIGNARO, 2005)

Quanto ao envelhecimento populacional, a expectativa de vida do brasileiro manteve sua ascensão, e em 1960 foi registrada em 48 anos. Nessa altura, aqueles indivíduos com 60 anos ou mais já representavam 4,7% do total de brasileiros no país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA 2010; 2011). O declínio nas taxas de fecundidade, que inicialmente foi observado nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, alastrou-se rapidamente para toda a população e desencadeou um processo de reestruturação etária brasileira, onde houve aumento no número de indivíduos adultos e idosos e diminuição da população de crianças e jovens. (CARVALHO; GARCIA, 2003; MOTA, 2007)

No que diz respeito ao legislativo brasileiro, em 1960 foi regulamentada pelo governo Médici a Lei nº 3.807, que disserta sobre os direitos trabalhistas. Ela cita já em seu 1º artigo o indivíduo idoso, ao afirmar que tem por objetivo “assegurar aos seus beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, por motivo de idade avançada, incapacidade, tempo de serviço, prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente”. Essa lei, conhecida como a

⁶ Instituto de Aposentadoria e Pensão – o desenvolvimento da Previdência Social para aqueles trabalhadores urbanos que possuíam carteira de trabalho assinada se deu por meio dos IAPs, e estes eram divididos por categorias de trabalho, por exemplo: IAPM - Instituto de Aposentadoria e Pensão para os trabalhadores Marítimos; IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensão para os trabalhadores Bancários; e IAPC - Instituto de Aposentadoria e Pensão para os trabalhadores Comerciais. (PAIM, 2003)

Lei Orgânica da Previdência Social, aprovou, naquela época, através do Artigo 30 a aposentadoria por velhice aos 70 anos para homens e 65 anos para mulheres. Esse artigo foi revogado em 1973, pela Lei nº 5.890, que considera os indivíduos com 65 anos, no caso masculino, e 60 anos, no caso feminino, aptos a aposentarem por velhice. (BRASIL, 1960; 1973)

Mesmo com a realidade demográfica apresentada e a célere inserção do idoso no legislativo brasileiro, de acordo com Silva (2005), ainda não existia no Brasil, enquanto Estado, uma preocupação voltada para o idoso, suas questões sociais e, principalmente, suas questões de saúde. Rodrigues (2001) e Carvalho (2007), complementam ainda afirmando que, nesse período, toda atenção prestada à esse extrato populacional no Brasil era de cunho caritativo, desenvolvido singularmente por ordens religiosas ou entidades filantrópicas, e muitas vezes com uma abordagem puramente assistencialista, através de ações, muitas vezes, de caráter asilar. Aos idosos em melhores condições socioeconômicas, que não necessitavam recorrer ao asilamento, não eram oferecidos programas ou serviços de qualquer natureza organizados pelo governo.

Dessa forma, se faz importante ressaltar o trabalho social com idosos realizado pelo Serviço Social do Comércio (SESC)⁷. As ações realizadas pelo SESC desde 1963 com a terceira idade são apontadas como um dos programas sociais pioneiros no continente latino-americano, e caracteriza-se pela organização de programas, cuja finalidade era o atendimento ao idoso nas áreas de assistência, cultura, educação, lazer e saúde. As atividades desenvolvidas eram voltadas para as principais necessidades dos idosos, que são a promoção de saúde, sociabilização dos indivíduos e promoção da autoestima e autonomia. Resultando assim em um amplo programa de atendimento à velhice, e propiciando um maior desenvolvimento pessoal e social, e uma maior integração a comunidade. Atualmente o SESC mantém suas atividades com os idosos e vem aprimorando cada vez mais seus programas, bem como participando de movimentos em prol dessa população. (CARVALHO, 2007)

No início da década de 1970 os idosos já representavam a singela parcela de 5,1% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Seu acelerado crescimento começou a preocupar alguns técnicos da área governamental e do setor

⁷ O Serviço Social do Comércio – SESC é uma empresa privada, mantida pelos empresários do comércio de bens e serviços, voltada para o bem-estar dos comerciários e suas famílias e a promoção do bem-estar social. (CARVALHO, 2007)

privado, o que incitou o despertar desses indivíduos para a questão social dos idosos. (RODRIGUES, 2001)

Nesta conjuntura, surge em 1974 o primeiro documento federal que continha diretrizes para uma política social em prol do indivíduo idoso (CAMARANO; PASINATO, 2004). A Lei nº 6.179 de novembro de 1974, promulgada pelo então presidente Ernesto Geisel, cria a Renda Mensal Vitalícia, instituindo amparo previdenciário para indivíduos maiores de setenta anos de idade e para inválidos (BRASIL, 1974). Porém, a presente intervenção, bem como a visão governamental da época, ainda era voltada apenas para o provimento de renda em um contexto de vulnerabilidade e dependência dessa população. (CAMARANO; PASINATO, 2004)

Em 1975 surge o primeiro Programa de Assistência ao Idoso – PAI, em nível nacional, por iniciativa de um órgão governamental, o então INPS⁸ (Instituto Nacional de Previdência Social). Esse programa consistia na organização e implantação de grupos de convivência para idosos previdenciários, nos postos de atendimento do INPS. Esses grupos objetivavam criar condições de promoção social por meio de uma série de ações como atividades física, recreativas e culturais, dentre muitas outras, que impactavam diretamente na qualidade e vida e saúde dessa população. No ano seguinte o PAI foi expandido e passou a ser responsabilidade da Fundação Legião Brasileira de Assistência Social - LBA⁹, que se tornou responsável pela assistência ao idoso em todo o Brasil, através de parcerias com Organizações Não Governamentais (ONG), estados e municípios. (CORREA, 2009; RODRIGUES, 2001)

Ainda na década de 1970, mais precisamente em 1976, o gerontólogo Marcelo Antonio Salgado, apoiado pelo então ministro da previdência e assistência social Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva, inspirou e coordenou a realização de três seminários regionais e um nacional. Esses seminários buscaram estabelecer um diagnóstico para a questão da velhice no nosso país e apresentar o esboço de uma política de assistência e promoção social do idoso. O acervo de informações levantadas por esses seminários, após analisado e organizado pela

⁸ Em decorrência das distintas operações dos IAP fez-se necessária a uniformização da legislação aplicável à Previdência Social. Assim sendo, após a unificação das leis previdenciárias em 1960 através da Lei Orgânica da Previdência Social e a junção administrativa ocorrida em 1966, através da fusão dos IAP, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). (BATICH, 2004)

⁹ A Legião Brasileira de Assistência Social – LBA foi um órgão público assistencial fundado em 1942 com o objetivo de prestar auxílio às famílias dos soldados enviados à Segunda Guerra Mundial. Com o final da Guerra se tornou um órgão assistencial para qualquer família necessitada. Em 1969 foi transformado em Fundação e vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. E em 1997 ficou vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. A LBA foi extinta em 1995 pelo, então presidente, Fernando Henrique Cardoso. (BRASIL, 2010a)

Secretaria de Assistência Social do Ministério, se tornou base para elaboração de um documento de estimada importância, o qual foi intitulado “Políticas para a 3ª Idade: diretrizes Básicas”. (RODRIGUES, 2001)

Vale ressaltar que a realidade de envelhecimento populacional não ocorre no Brasil como um evento isolado. De acordo com a OMS a população mundial vem sofrendo uma importante e constante reestruturação demográfica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Frente a essas modificações na estruturação demográfica mundial, foram surgindo discussões sobre o envelhecimento populacional e, principalmente, sobre suas consequências. Inicialmente, a proliferação dessas discussões foi levantada principalmente pelas organizações internacionais (Organização Mundial da saúde – OMS e Organização das Nações Unidas – ONU). (SIQUEIRA, 2014)

A OMS e a ONU foram de imprescindível importância na análise e divulgação dos impactos, por vezes negativos, advindos com o envelhecimento sobre os países em desenvolvimento, levando em consideração a escassez de recursos e investimentos públicos específicos para este segmento populacional. O objetivo das Organizações foi primordialmente impulsionar esses países a adotarem medidas para o enfrentamento dessa nova realidade. (SIQUEIRA, 2014)

É neste cenário que acontece a I Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento, realizada em 1982, em Viena. Este foi o primeiro fórum global intergovernamental com objetivo de discutir a questão do envelhecimento populacional. (CAMARANO; PASINATO, 2004; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

Essa Assembleia apresentou como fruto um Plano Global de Ação para orientar os países quanto às políticas voltadas para o envelhecimento. Este, composto por inúmeras recomendações cujo objetivo primordial é melhorar as condições de vida dos idosos. Ela é considerada o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda de políticas públicas para a população idosa. (CARVALHO, 2007; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

Nela ficaram definidos dois cortes etários para caracterizar a população idosa dos países desenvolvidos e daqueles em desenvolvimento. A população idosa dos países desenvolvidos é aquela com 65 anos ou mais, já nos países em desenvolvimento a população idosa é aquela com 60 anos ou mais de idade. Cabe ressaltar que, como afirmado anteriormente, no Brasil, o Ministério da Saúde adotou a idade igual ou superior a 60 anos para classificar a população idosa, como estabelecido na Assembleia de Viena. (CARVALHO, 2007)

O Plano Global de Ação teve como objetivos a garantia da segurança econômica e social dos indivíduos idosos, bem como identificar as oportunidades para a sua integração no processo de desenvolvimento dos países. Parte das recomendações tinha como foco promover a independência do idoso e dotá-lo de meios físicos e/ou financeiros para sua autonomia. Ele foi estruturado sob a forma de 66 recomendações referentes a sete áreas específicas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação e família. (CARVALHO, 2007)

Um dos principais resultados dessa assembleia foi conseguir colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento tanto individual quanto da população. Até então, os temas sociais não ocupavam o mesmo lugar dos planos econômicos e políticos dentro das Nações Unidas. (CAMARANO; PASINATO, 2004)

As recomendações do Plano aprovado em Viena orientaram o pensamento e a ação de diversos governos em relação ao envelhecimento nos 20 anos seguintes, e subsidiou a formulação de diversas iniciativas e políticas durante este período. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

No Brasil, ainda nos anos 80, toma ímpeto movimentos da sociedade civil, associações científicas, profissionais de saúde, universitários, movimentos populares e de grupos políticos que reivindicavam, dentre muitas outras exigências, a garantia do envelhecimento saudável com direitos e dignidade. Esse acontecimento foi denominado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira¹⁰ e influenciou sobremaneira as discussões da Assembleia Constituinte Nacional, realizada em Brasília entre os anos de 1987 e 1988 e que culminou na promulgação da Constituição Federal, em 1988. (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000; GOLDMAN; FALEIROS, 2008; PASCHE, 2007)

Fortemente influenciado pelo Movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Federal apresenta uma seção completa dissertando sobre o direito à saúde da população. Em seu Artigo 196, um dos mais citados artigos da, também chamada, Constituição Cidadã, ela institui a saúde como direito de todos e dever do Estado. E complementa ainda, proferindo que o Estado deve

¹⁰ O Movimento da Reforma Sanitária constituiu-se a partir dos chamados departamentos de medicina preventiva, e foi termo utilizado para se referir ao conjunto de ideias que um grande grupo de pensadores, civis, universitários, profissionais da saúde e grupos políticos tinham em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não diziam respeito apenas ao sistema, mas abrangia todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia da qual resultaria em melhoria das condições de vida de toda população brasileira. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005)

cumprir esse dever por meio de políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco e/ou agravos de doenças, bem como pela garantia de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, objetivando sua promoção, proteção e recuperação. Para dar materialidade a essa política de saúde é necessário a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), também instituído pela Constituição de 1988. (BRASIL, 2012a)

Outro ponto importante levantado pela Constituição foi a introdução do conceito de Seguridade Social, definindo-a, no Artigo 194, como “um conjunto integrado de ações e iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar o direito relativo à saúde, previdência e assistência social” (BRASIL, 2012a). A Assistência, regulamentada no âmbito da Seguridade Social, fornece uma cobertura mais ampla em relação à saúde e garante a assistência social não mais, apenas, para os trabalhadores segurados, mas também aos não segurados. (PEREIRA, 1998)

No que concerne aos idosos no campo das políticas públicas, essa Constituição configura-se em um grande avanço, visto que foi a primeira Constituição Federativa do Brasil a ponderar sobre os direitos dos idosos. (MOTA, 2007)

Em seu Capítulo VII ela dispõe sobre questões relacionadas à família, criança, adolescente, jovem e o idoso. Nesse sentido, o Artigo 230 designa à família, à sociedade, e ao Estado o dever de exercer amparo aos indivíduos idosos, através da seguridade de participação na comunidade, defesa de sua dignidade e bem-estar e garantia do direito à vida. (BRASIL, 2012a)

Na visão de Rozendo e Justo (2011) a Constituição Federal propicia ao idoso um “campo legal para a velhice”, a partir do qual ele passa a ser tratado como responsabilidade do Estado, assumindo assim uma natureza jurídica. A partir de então, os longevos passam a se tornar sujeitos de direito independentemente de estarem sob a tutela de entidades assistenciais ou de seus familiares.

Na década de 1990 a expectativa de vida da população brasileira continuava crescendo, apesar do perfil epidemiológico que ainda se configurava em preocupação. O início dos anos 90 foi caracterizado por epidemias de cólera, aumento nas taxas de dengue, malária e leishmaniose, altas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias, perfil epidemiológico similar ao ocorrido durante o autoritarismo¹¹ (PAIM, 2003). Entretanto, nesse

¹¹ Autoritarismo – período compreendido entre os anos de 1964 e 1984 onde o modelo econômico adotado propiciou a aceleração da migração do campo para as cidades e reforçou a urbanização, porém, não garantiu

mesmo período a expectativa de vida dos brasileiros encontrava-se em torno de 68,4 anos. Sendo, 64,6 para os homens e 72,3 para as mulheres. O peso relativo de idosos na sociedade em 1990, já representava a porcentagem expressiva de 7,3% da população brasileira. (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011)

Já a realidade econômica brasileira constituía-se em uma profunda instabilidade, com hiperinflação e crise fiscal do Estado. Enquanto a Reforma Sanitária encontrava inúmeros obstáculos para a sua implantação, houve recuo dos movimentos sociais, além da perda do poder aquisitivo dos trabalhadores da saúde, o que propiciou o aparecimento de uma “operação descrédito” contra o SUS. (PAIM, 2003)

No entanto, mesmo nessas circunstâncias, a implantação do SUS teve início em 1990, quando o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080). Essa lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. (BRASIL, 1990a; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008)

Posteriormente, em dezembro do mesmo ano, a Lei Orgânica da Saúde é complementada pela Lei nº 8.142 que regula a participação da comunidade na gestão do SUS, assegurando a existência de instâncias colegiada nos três níveis de governo, além de orientar quanto às transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde¹². (BRASIL, 1990b; PAIM, 2003)

A Lei nº 8.080 definiu o SUS como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. (BRASIL, 1990a)

O SUS é um projeto que consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade na assistência à saúde da população brasileira. Ademais, se acrescenta os chamados princípios

investimentos necessários à infraestrutura urbana como transporte, saneamento, saúde, etc. Em consequência o quadro sanitário brasileiro se mostrava em condições extremamente críticas. (PAIM, 2003)

¹²Ao longo dos anos a Lei Orgânica da Saúde vem sofrendo diversas alterações, através da revogação e inclusão de alguns dispositivos. Como a inclusão dos capítulos referentes aos subsistemas de atenção à saúde indígena em 1999, de atendimento e internação domiciliar em 2002, e de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em 2005, bem como o capítulo referente a assistência terapêutica e incorporação de tecnologia em saúde e o artigo que disserta sobre as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite, em 2011. A alteração mais recente, realizada em 2015 através da lei nº 13.097, que retirou o veto sobre a participação de empresas ou capital estrangeiro na assistência à saúde. (BRASIL, [2015])

estratégicos, que dizem respeito às diretrizes políticas, organizativas e operacionais. Tais princípios são a Participação da comunidade, Descentralização, Regionalização e Hierarquização da rede de serviços de saúde. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008)

No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em três níveis de atenção, a atenção primária, a secundária e a terciária. A atenção primária consiste na promoção da saúde, através de medidas gerais, como as educativas, por exemplo, e na proteção específica, como é o caso das vacinações. A atenção secundária engloba o diagnóstico e tratamento precoce de doenças, mas também contempla ações com indivíduos já doentes ou acidentados objetivando limitar as complicações e morbidades. Já a atenção terciária consiste no cuidado de sujeitos com sequelas de doenças ou acidentes, visando recuperar ou manter um equilíbrio funcional (BRASIL, 2012b; SANTOS, 2010). Na lógica de organização do SUS a Atenção Primária em Saúde (APS) tem o papel de ser a principal porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, bem como coordenar o caminhar desses usuários entre os outros pontos de atenção da rede e manter o vínculo com estes, dando continuidade ao cuidado. (BRASIL, 2012b)

No cenário mundial o envelhecimento populacional continua configurando-se em foco de diversas discussões. Em 1992 a Assembleia Geral da ONU estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional do Idoso, através da aprovação da Proclamação sobre o Envelhecimento. O Ano Internacional do Idoso tinha como *slogan* a promoção de “Uma sociedade para todas as idades”. (CAMARANO; PASINATO, 2004; CARVALHO, 2007)

Os parâmetros para o início da elaboração de um marco conceitual sobre a questão do envelhecimento foram elaborados pela ONU em 1995 e envolveram quatro principais dimensões para análise de uma sociedade para todas as idades: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social. (CAMARANO; PASINATO, 2004)

No decorrer da década de 1990 os longevos passaram a ser considerados, também, em outros fóruns das Nações Unidas, inclusive nas conferências mundiais sobre população, gênero, aspectos sociais, meio ambientes, etc., substituindo gradualmente a visão de que os idosos são um subgrupo populacional vulnerável e dependente, para a visão de um segmento ativo e atuante da população, que deve ser incorporado na busca pelo bem-estar de toda a sociedade. (CAMARANO; PASINATO, 2004; CARVALHO, 2007)

No cenário social brasileiro, como resposta ao conceito de Seguridade Social, levantado pela Constituição, em 07 de dezembro de 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) foi promulgada e normatizou o direito, garantido na Constituição, à Assistência Social. Essa lei definiu princípios, objetivos e ações que deveriam ser colocados em prática através de projetos e serviços de assistência social, de maneira descentralizada e compartilhada. (BRASIL, 1993; PEREIRA, 1998)

A LOAS, além de garantir direitos sociais básicos e proteção à família, à maternidade, à infância, adolescência e velhice, também incorporou projetos, benefícios e programas de atenção ao idoso, e garantiu a concessão de um benefício que veio substituir a Renda Mensal Vitalícia, o Benefício de Prestação Continuada. Ele é concedido ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos, que possua renda familiar mensal per capita inferior a um quarto de salário mínimo. Considerado inovador, pois não exige mais que o beneficiário tenha contribuído anteriormente ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). (BRASIL, 1993; PEREIRA, 1998)

Todavia, o interesse do Estado, chamado neoliberal, fixava-se na garantia de estabilidade da moeda, no incentivo às privatizações e na redução dos gastos da máquina estatal. Dessa forma, a diminuição de recursos para os programas sociais limitavam a intervenção aos segmentos em situação de pobreza absoluta, ou seja, o Estado passou a atuar de forma mínima nas questões sociais. (MOTA 2007)

De acordo com Silva (2004 apud Mota, 2007, p. 34) nessa conjuntura de reformas do Estado, a partir da política neoliberal, com exceção do setor de saúde, ocorre o sucateamento do serviço público, precarização das relações de trabalho, demissões, redução de serviços e postos de trabalho, etc. O desemprego torna-se estrutural, o que incuti drasticamente no sistema previdenciário, visto que com o aumento do desemprego ocorre a redução do número de contribuição dos trabalhadores.

Contudo, a despeito da realidade social apresentada, em resposta as diversas diretrizes da Constituição Federal e ferozmente estimulada pelos debates mundiais acerca do envelhecimento populacional, é promulgada em janeiro de 1994 a Lei nº 8.842 que se refere à Política Nacional do Idoso (PNI). (BRASIL, 1994; CAMARANO; PASINATO, 2004; MOTA, 2007)

A PNI tem como principal finalidade assegurar os direitos dos idosos nas esferas sociais, físicas, econômicas e políticas, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade, e objetivou reafirmar o direito a saúde nos diversos níveis de atenção. (BRASIL, 1994)

Essa lei considera idoso, todo aquele indivíduo com idade maior ou igual à 60 anos, prioriza o atendimento não asilar e propõe uma série de modelos assistenciais voltados à integração do idoso no convívio familiar e social. (BRASIL, 1994)

Um grupo misto constituído por representantes dos Ministérios e da sociedade civil elaboraram, com base na PNI, o “Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso”. Esse Plano prevê ações de nove Ministérios, sendo eles: Ministério da saúde, educação, previdência, trabalho, cultura, planejamento, esporte e lazer, justiça, indústria, comércio e turismo. E tem por objetivo a viabilização da implantação da PNI. Nesse sentido, ele define as ações e estratégias dos órgãos setoriais envolvidos, negocia recursos financeiros entre as três esferas de governo, e acompanha, controla e avalia as ações. (RODRIGUES, 2001; RODRIGUES et al., 2007)

Dentre as diretrizes traçadas nesse plano estão: viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso na sociedade; promover a participação de idosos na implementação e avaliação de políticas; priorizar o atendimento ao idoso por meio de suas próprias famílias; implementar sistemas de informação com vistas a divulgação da política; priorizar o atendimento ao idoso nos órgãos públicos e privados; e outros. (RODRIGUES et al., 2007)

A operacionalização dessa política, assim como todas as outras ações empreendidas no campo assistencial, ocorre de forma descentralizada, através da parceria com a sociedade civil e de sua articulação com outras políticas voltadas para os idosos no âmbito dos estados e municípios (CAMARANO; PASINATO, 2004). Na busca da implementação da PNI, tem ocorrido vários fóruns, formais ou informais, de discussão a respeito dos direitos e necessidades dos idosos de forma a efetivá-la e adequá-la, sempre que necessário. (RODRIGUES et al., 2007; RODRIGUES 2001)

Contudo, no setor saúde, apenas em 1999 foi sancionado, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) através da Portaria nº 1.395/GM, como parte da PNI (BRASIL, 1999a). Esta é consequência do entendimento de que apesar dos altos custos

envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos através do SUS, ele não resultava no real atendimento de suas necessidades específicas, surgindo assim a necessidade de uma política específica para esse segmento populacional. (BRASIL, 1999a; CAMARANO; PASINATO, 2004)

Essa política tem como propósito basilar a manutenção e melhoria da capacidade funcional de idosos, promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças e recuperação de saúde. A PNSI apresenta dois eixos norteadores: medidas preventivas, com especial destaque para a promoção da saúde, e atendimento multidisciplinar para o idoso, e foi pautada através de sete diretrizes, que serão descritas a seguir: (BRASIL, 1999a; RODRIGUES et al., 2007; SIQUEIRA, 2014)

- a) Promoção do envelhecimento saudável – está voltada para ações que orientem os idosos e os sujeitos que estão envelhecendo em relação a importância da melhoria de suas habilidades funcionais;
- b) Manutenção da capacidade funcional – objetivando a prevenção em dois níveis: prevenção de agravos e reforço às ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades;
- c) Assistência às necessidades da saúde do idoso – se estende aos âmbitos ambulatoriais, hospitalar e domiciliar. As ações devem ser realizadas com vistas a reduzir as taxas de internação e/ou evitar internações prolongadas e diminuir a demanda sobre os serviços de emergência e ambulatorios de especialidades. A assistência domiciliar configura-se como importante estratégia para diminuir os custos com internações;
- d) Reabilitação da capacidade funcional comprometida – com foco na reabilitação precoce, prevenindo a evolução e recuperando a perda funcional incipiente. Para tanto se faz necessário a participação de uma equipe multidisciplinar na atenção ao idoso;
- e) Capacitação de recursos humanos especializados – diz respeito à diretriz que se configura como mecanismo de articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em quantidade e qualidade adequadas, cujo provimento é de responsabilidade dos governos Federal, Estadual e Municipal;
- f) Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais – busca desenvolver parcerias entre os profissionais de saúde e as pessoas que estão próximas ao idoso e são responsáveis pelo cuidado direto com ele;

g) Apoio a estudos e pesquisas sobre envelhecimento – através de apoio financeiro das agências de Ciência e Tecnologia regionais e/ou federais, fica sob responsabilidade dos centros colaboradores de geriatria e gerontologia, a realização de pesquisas que vão subsidiar as ações de saúde voltadas para os longevos.

Ademais, o texto da PNSI orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o seu desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática de sua realização. (BRASIL, 1999a)

Outro marco na agenda das políticas de atenção ao idoso, ainda no ano de 1999, foi a comemoração do Ano Internacional do Idoso. No Brasil o SESC – Serviço Social do Comércio foi convidado a integrar a agenda oficial de eventos e realizou o Seminário Intergeracional. Esse seminário ocorreu no Rio de Janeiro e reuniu um total de 300 participantes. O encontro teve por objetivo fomentar a discussão sobre a aproximação das gerações. O Seminário Intergeracional contou com a participação de profissionais e estudantes, além de grupos de idosos e técnicos dos departamentos regionais do SESC, e outras instituições da sociedade civil e acadêmica. (CARVALHO, 2007)

Como já explanado anteriormente, no final do século XX deu-se início uma revolução da longevidade e na década de 1990 as questões relacionadas ao envelhecimento entraram de forma mais expressiva nas pautas de discussão dos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. É nesta conjuntura que ocorre em Madri, a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, no ano de 2002. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

Em Madri foi discutido o impacto da rápida elevação da expectativa de vida das populações de diversos países e proposto políticas específicas para esse segmento populacional. Essa segunda assembleia ocorreu em um cenário diferente da primeira, principalmente pela colaboração estabelecida entre Estado e sociedade civil. Ela reuniu representantes de cerca de 160 países, e aproximadamente 700 instituições não governamentais passaram a ter assento no conselho consultivo da ONU. Essa participação ocorreu em todos os temas discutidos. (CAMARANO; PASINATO, 2004; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

Essa segunda assembleia visou, entre outros pontos, rever o Plano Internacional firmado há 20 anos, na I Assembleia que ocorrera em 1982 na cidade de Viena. Destarte, foi aprovada uma nova declaração política que contém os principais compromissos assumidos pelos governos, além de um novo Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, ou Plano Internacional

de Madri 2002 – como ficou conhecido. Nele, elegeram-se prioridades que deveriam nortear as ações dos governos no contexto do envelhecimento. São elas: a necessidade de considerar a importância e o lugar dos indivíduos idosos nas dinâmicas de desenvolvimento; a necessidade de promoção da saúde e bem-estar do idoso; e a necessidade de se desenvolver ambientes de apoio e inclusão para a população mais velha. (LOPES; LEMOS, 2012; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

Para os governos nacionais as exigências eram voltadas para o desenvolvimento de respostas políticas eficazes e capazes de garantir para a população idosa o cumprimento de direitos como independência, participação, dignidade e cuidados. (LOPES; LEMOS, 2012)

Segundo Camarano e Pasinato (2004) um dos grandes avanços conquistados com o Plano Internacional de Madri diz respeito à contribuição dos idosos para a sociedade. Esse avanço se faz notar principalmente ao se observar o que o Plano diz em seu 6º artigo:

“Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas.”
(ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003. p. 20)

No quesito saúde, o Plano de Madri contou com recomendações específicas formuladas pela Organização Mundial da Saúde. Além disso, a Organização lançou na referida Assembleia o documento “Envelhecimento Ativo: um marco para elaboração de políticas” que contempla uma nova forma de visualizar o envelhecimento. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002)

Neste documento recomenda-se que as políticas de saúde na área do envelhecimento devem levar em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso da vida, tais como econômicos, sociais, culturas e pessoais. Também é inserido um novo paradigma de visualização do ser idoso e do processo de envelhecimento, com foco na prevenção e promoção da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Esse documento foi incorporado pela ONU como uma das estratégias de ação na área do envelhecimento mundial. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

Para Lopes e Lemos (2012), independente das dimensões essencialmente políticas, este foi um momento histórico e importante. Representou o primeiro consenso global dissertando sobre a necessidade de trazer a questão do envelhecimento demográfico em conjunto com outras

temáticas centrais na sociedade contemporânea. Dentre essas temáticas estão as questões dos direitos humanos e do desenvolvimento social e econômico do idoso.

Em conseqüente, no Brasil, no ano posterior a realização da assembleia, após tramitar no Congresso Nacional por cerca de sete anos, é aprovado o Estatuto do Idoso. Sancionado em 2003, através da Lei nº 1.074, essa política conta com 118 artigos que versam sobre inúmeras áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos, e visam reforçar todas as diretrizes contidas na PNI. (BRASIL, 2003; CAMARANO; PASINATO, 2004)

A aprovação do Estatuto do Idoso representou um passo importante, e também o esforço por parte do Brasil em seguir as orientações estabelecidas no Plano de Madri. Os pontos estabelecidos no Estatuto foram capazes de dar uma visão mais objetiva aos direitos do idoso, dando especial enfoque para as questões relacionadas à ocupação e trabalho, participação na vida familiar e comunitária, acesso à cultura, à educação, à justiça, ao esporte e ao lazer, assim como à saúde, moradia, serviços públicos e participação na formulação de políticas específicas para os idosos. (BRASIL, 2003; MOTA, 2007)

Este novo instrumento apresenta, em uma única e ampla peça legal, muitas das leis e políticas relacionadas ao idoso já aprovadas no Brasil. Além de incorporar novos componentes e perspectivas, oferecendo um tratamento mais integral e de longo prazo, com medidas que objetivem o bem-estar dos idosos. (CAMARANO E PASINATO, 2004; OTTONI, 2012)

No setor da saúde, fortemente influenciado pela constante reestruturação demográfica nacional, frente ao compromisso internacional firmado em Madri, a partir da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento e considerando o Pacto pela Saúde¹³ e suas diretrizes operacionais para consolidação do SUS, tornou-se necessário a atualização da política brasileira de assistência à saúde dos idosos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), promulgada pela Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006. (BRASIL, 2006b; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

¹³ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre a União, Estados e Municípios. O objetivo é promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade nas respostas do SUS. Esse documento está organizado na forma de três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida contempla como a primeira, de suas seis prioridades, a atenção à saúde do idoso e define seis diretrizes à serem cumpridas, dentre elas ressaltamos: promoção do envelhecimento saudável; atenção integral e integrada ao idoso; fortalecimento da participação social; e formação e educação permanente dos profissionais na área da saúde do idoso. (BRASIL, 2006c)

A meta dessa política é a prestação de uma adequada e digna atenção à saúde dos idosos brasileiros. Sua principal finalidade é recuperar, manter, e promover a autonomia, bem como a independência dos longevos. Assim sendo, e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, ela direciona medidas coletivas e individuais de saúde para se alcançar esse objetivo. (BRASIL, 2006b)

A PNSPI considera, dentre muitos outros pontos levantados, a necessidade de buscar uma melhor qualidade na atenção aos indivíduos idosos, através de ações que resultem na promoção de saúde, e que o conceito de saúde para os idosos vai muito além da presença ou não de doenças orgânicas, mas se traduz principalmente pela condição de autonomia e independência desses indivíduos. Dessa forma, para sua operacionalização ela define nove diretrizes norteadoras, a saber: (BRASIL, 2006b)

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Quanto às responsabilidades institucionais para sua implantação, no decorrer do seu texto, é definido que caberá aos gestores do SUS, nos três níveis de governo, de forma articulada e respeitando suas competências específicas, subsidiar os meios e atuar para viabilizar o alcance do que é proposto nessa política. Dentre as responsabilidades específicas do Governo Federal

está o estímulo às pesquisas em todas as áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde do idoso, seguindo as diretrizes contidas nessa Política. Já o Gestor Estadual, dentre outras ações, fica responsável por realizar vigilância sanitária no que tange à saúde da pessoa idosa. E o Municipal, tem por uma de suas responsabilidades, apresentar e aprovar a inclusão desta Política no Conselho Municipal. Outrossim, cabe tanto aos gestores estaduais e municipais, quanto ao gestor federal, a efetivação de ações como elaboração de normas técnicas, definição de recursos orçamentários, divulgação e estabelecimento de articulações intersetoriais para efetiva implantação da PSNPI. (BRASIL, 2006b)

Como pôde ser observado, as diretrizes definidas, e refletidas nas responsabilidades institucionais, implicam a necessidade de se desenvolver um amplo conjunto de ações que dependem da interação com diversos setores para serem realizadas. Dessa forma, a PNSPI designa que os gestores do SUS devam estabelecer processos de articulação permanente, por meio da interação com os setores da educação, previdência social, assistência social, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano, transportes, justiça e direitos humanos, esportes e lazer, e ciência e tecnologia, com o objetivo de viabilizar a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. (BRASIL, 2006b)

Em sua constituição é notável a preocupação da PNSPI com a manutenção e/ou recuperação da capacidade funcional do indivíduo idoso. Ela esclarece que a incapacidade funcional não é, em hipótese alguma, uma consequência inevitável do envelhecimento, e que sua manutenção poderá ser alcançada através da realização das medidas impostas pela mesma. Entretanto, para tal se faz necessário que os profissionais de saúde em parceria com a comunidade percebam que prevenção e promoção de saúde não é um privilégio apenas dos jovens, que a promoção de saúde não termina quando se completa 60 anos, e que as medidas de prevenção devem ser incorporadas na atenção à saúde dos indivíduos de todas as idades, incluindo aos idosos. (BRASIL, 2006b)

Todas as ações previstas na PNSPI devem objetivar manter o idoso na comunidade, no seio de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Para isso, ela estabelece que a articulação entre o setor saúde e o indivíduo idoso deve ocorrer através da Estratégia Saúde da Família (ESF), e que esta tem um papel fundamental e de extrema importância, visto que, tendo a família como executora do cuidado ao idoso, e a ESF como representante e porta de entrada do SUS através da atenção primária em saúde e esta possuindo profissionais capacitados, é

possível se estabelecer um suporte qualificado e constante tanto aos idosos quanto aos seus familiares e cuidadores. (BRASIL, 2006b)

Ademais, a operacionalização da PNSPI dependerá de um processo contínuo e sistemático de avaliação e adequação das ações, com o intento de alcançar o seu propósito. E exigirão dos gestores, que sejam definidos parâmetros, critérios, indicadores e metodologia específicos e sensíveis às repercussões resultantes das medidas tomadas através da ação articulada, preconizada nessa política, para implantação da mesma. (BRASIL, 2006b)

Para efetivação dessa política, vem sendo desenvolvidos diversas ações estratégicas que tomam como base as diretrizes da PNSPI e as metas propostas para o idoso no Pacto pela Saúde. A primeira delas é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que representa uma ferramenta de estimado valor para os profissionais de saúde, visto que é um instrumento de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa, assim sendo, é capaz de auxiliar o profissional no planejamento e organização de ações de prevenção e promoção de saúde. A distribuição dessas cadernetas teve início em 2007 e se deu através das equipes da ESF. (BRASIL, 2010b)

De 2009 a 2010, juntamente com a caderneta, foi disponibilizado também o Caderno de Atenção Básica: “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”. Este Caderno foi elaborado com o intento de subsidiar técnica e especificamente os profissionais que atuam da Atenção Básica, de forma a facilitar a prática diária destes em relação à saúde dos longevos. Além de oferecer protocolos clínicos, bem como instrumentos e discussões atualizadas no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas, ele constitui a principal referência para os processos de capacitação dos profissionais de nível superior que atuam na Atenção Básica. (BRASIL, 2010b)

Não obstante a disponibilização desses instrumentos para a atualização e direcionamento das práticas profissionais com vistas à efetiva implantação da PNSPI, em 2011 o Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde do Idoso, firmou convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ com o intuito de capacitar, até o ano de 2012, dois mil profissionais que atuam no SUS. Essa iniciativa faz parte dos esforços do Ministério da Saúde em divulgar as especificidades do envelhecimento e do idoso na busca pela integralidade das ações. (BRASIL, 2010b)

Estendendo a parceria com a ENSP/FIOCRUZ para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Centro Ibero Americano de Estudos de Seguridad Social (CIESS) e a Organização

Ibero Americana de Seguridade Social (OISS), a Área Técnica de Saúde do Idoso adaptou e implantou o Curso de Especialização “*Gerencia de Salud para Personas Mayores*” no Brasil. Com esse curso, o Ministério da Saúde objetivou qualificar profissionais de nível superior que exerçam ou tenham interesse em exercer cargos na direção de serviços e programas de saúde voltados aos idosos, visando assim, mais uma vez, apoiar a implantação da PNSPI para além de um discurso meramente ideológico. (BRASIL, 2010b)

A PNSPI deixa claro também que cabe a cada estado e município brasileiro prover meios para viabilizar sua implantação, assim sendo, em 2008 é lançado pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), um documento intitulado “Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa”. Esse documento faz parte de uma coletânea denominada “Coleção uma nova saúde” que é composta por linhas-guia e manuais que orientam a organização das redes de atenção à saúde. A composição desse documento tenciona levar informações teóricas e o “retrato” da rede estadual de atendimento ao idoso aos profissionais de saúde do estado, e teve como objetivo principal servir de subsídio técnico para o profissional de saúde da Atenção Primária, e dessa forma melhorar a qualidade no atendimento aos indivíduos idosos. Ele está organizado em cinco capítulos, e aborda questões como: acessibilidade do idoso aos serviços de saúde; integralidade da atenção; avaliação geriátrica ampla, levando-se em consideração as peculiaridades do idoso; doenças mais prevalentes na terceira idade; vacinação; e rede de assistência. (ESPÍRITO SANTO, 2008)

Posteriormente, levando-se em consideração o progressivo processo de envelhecimento, a necessidade de aperfeiçoar a qualidade de atendimento aos longevos e organizar a rede de atenção à saúde da pessoa idosa no estado, e o disposto na PNSPI, foi promulgado em setembro de 2011 através da Portaria nº 340-S, a Política Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Essa política possui três eixos estratégicos: (GOVERNO..., 2012)

- a) Assistência Integral e Integrada: cujo principal objetivo é organizar a rede de atenção à saúde contemplando os diversos níveis de complexidade;
- b) Formação e Educação Permanente: onde através deste eixo, essa política prevê a realização de ações educativas para a população esclarecendo sobre os fatores que impedem o envelhecimento saudável, capacitação de profissionais de saúde que atuam na saúde do idoso e cursos para cuidadores;

c) Intersetorialidade: que tem por objetivo primordial promover a integração entre o setor saúde e diversos outros setores do estado como, assistência social, transporte, educação, segurança pública, e outros, para que se possa articular os projetos e serviços voltados para a população idosa e o envelhecimento saudável. (GOVERNO..., 2012)

Vale ressaltar que nos âmbitos municipais também vem sendo realizadas ações em prol da população idosa. No município de Vitória, por exemplo, é oferecido aos idosos, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), as Academias Populares da Pessoa Idosa (APPI), que consistem em espaços ao ar livre, onde são instalados aparelhos de ginástica para a prática de exercícios físicos, estimulando assim o envelhecimento ativo. Outro programa na área de saúde instituído no Município de Vitória é o Centro de Referência e Atendimento ao Idoso (CRAI), que conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos especialistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e outros. Além desses programas, se faz pertinente salientar que o Município de Vitória conta com cerca de 30 Unidades Básicas de Saúde, a maioria delas com a Estratégia Saúde da Família, que prestam atendimento aos idosos e familiares residentes no município. (SAÚDE..., [201-])

A partir dos fatos apresentados, foi possível observar que ao longo dos anos o acelerado envelhecimento populacional foi foco de diversas discussões nacionais e internacionais, e culminou na criação de diversas leis de proteção e atenção ao idoso em todos os níveis governamentais. Entretanto, foi observado também que a população idosa trilhou um longo e árduo caminho até disporem desses direitos básicos, inclusive os direitos tangentes à saúde.

CAPÍTULO 4

4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica representa um modelo capaz de estruturar redes integradas de atenção à saúde. Reconhecida a mais de três décadas, vem se mostrando capaz de melhorar a eficiência e efetividade da atenção à saúde. Um sistema de saúde que se estrutura através dos princípios, valores e bases organizativas da APS, tem como objetivo primordial oferecer uma melhor qualidade de vida e saúde às famílias, onde os imperativos éticos, morais e científicos são representados pela equidade, integralidade e participação social. (BRASIL, 2007b; DISTRITO FEDERAL, c2015)

No Brasil, a APS representa um conjunto de ações, individuais ou coletivas, que intentam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, e o diagnóstico, tratamento e reabilitação precoce. Esse modelo de saúde configura-se como o primeiro e preferencial contato dos usuários com toda a rede de atenção à saúde. As ações sanitárias ora realizadas derivam do trabalho em equipe, e se dirigem à população de um território adstrito. (BRASIL, 1990a; 1990b; 2007b; DISTRITO FEDERAL, c2015)

O Sistema Único de Saúde brasileiro direciona a implantação de uma atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social. Da mesma forma, é incorporado em sua organização o princípio da territorialidade¹⁴, que tem por finalidade a facilitação do acesso às demandas populacionais no tocante aos serviços de saúde. (BRASIL, 2006d)

No início da década de 1990 estava em destaque no setor de saúde brasileiro o Programa de Agentes Comunitários (PACS), que nasceu através de uma experiência ocorrida no Nordeste que consistiu em convidar mulheres das comunidades, que após breve treinamento, desenvolviam ações básicas de saúde com as famílias de seus bairros. Essa experiência resultou em um significativo impacto na saúde da população, como a redução da mortalidade infantil em cerca de 30%, e fez com que o Ministério da Saúde passasse a se atentar a necessidade de considerar a família, e não mais apenas o indivíduo, como foco de ação programática de saúde. Dessa forma, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial e imprimir uma nova dinâmica

¹⁴ Entende-se por território o espaço de convivência de grupos sociais com suas relações interpessoais, de trabalho, habitação, renda, de acesso à educação e cultura, e como parte de um meio ambiente. As divisões territoriais utilizadas pelo SUS segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência de serviços de saúde, de forma que as intervenções propostas sejam direcionadas pelas condições de vida e saúde daquela população. Uma vez que esse território representa não apenas um espaço geográfico e/ou político-administrativo, mas também perfis epidemiológicos e demográficos específicos, bem como um espaço ambiental, social e cultural que se expressa através de características singulares. (CAMPOS, 2003; PEREIRA, 2006)

aos serviços, e tendo como referência outros modelos de assistência à família, vigentes no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, o Ministério da Saúde criou, através da Portaria nº 692 de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). (BRASIL, 2006d; SILVA, 2007)

O PSF é considerado, pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Atuando na perspectiva da intersetorialidade, esse programa surge imprimindo uma nova dinâmica nos serviços de saúde e favorecendo o estabelecimento de vínculos entre a equipe, que representa o “sistema de saúde” e a comunidade, através de uma prática humanizada e direcionada para a vigilância em saúde. Esse programa visa uma assistência integral e contínua, em cada fase do ciclo da vida, considerando o contexto familiar e social e devendo estar atento ao envelhecimento populacional. (BRASIL, 2006d)

A expansão do PSF na reorganização da atenção básica se deu de maneira tão positiva, que em março de 2006 o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 648 que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa portaria considera a necessidade de adequar as normas nacionais da atenção básica levando em consideração os feitos do PSF e reafirma que a atenção básica consiste em um conjunto de ações de saúde, que tem por finalidade assistir à população compreendendo a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. (BRASIL, 2006d)

De acordo com essa política, essas ações devem ser desenvolvidas por meio de exercícios sanitários democráticos e participativos, baseados no trabalho em equipes multiprofissionais e levando-se em consideração as especificidades existentes no território em que vivem aquela população. Os princípios norteadores da atenção básica apontados nessa política são: possibilitar acesso universal e contínuo aos serviços de saúde; efetivar a integralidade em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população; valorizar os profissionais de saúde; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; e, estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006d)

Além disso, a referida portaria estabelece o PSF como uma “Estratégia” prioritária do governo para organizar a atenção básica no Brasil, destarte, sendo esta uma melhor definição, em 2006 o PSF passa a ser conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006d). Rosa e Labate (2005) corroboram com essa nova definição, visto que embora o PSF tenha sido concebido como “programa”, ele foge a concepção geral dos demais programas realizados pelo

Ministério da Saúde, uma vez que não deve ser entendido como uma intervenção paralela e passageira às atividades dos serviços de saúde, mas sim como uma “estratégia” que possibilite a integração e promova a organização de ações sanitárias em um determinado território com o intento de identificar, enfrentar e resolver problemas doravante encontrados.

Em 2011, a Portaria nº 648/2006 foi revogada pela Portaria nº 2.488, que estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica. A partir dessa portaria a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) – haja vista que a mesma considera ambos como termos equivalentes – passa a ter como fundamentos e diretrizes cinco pontos específicos: (BRASIL, 2012c)

- a) ter território adstrito sobre o mesmo;
- b) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;
- c) adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita;
- d) coordenar a integralidade em seus vários aspectos; e
- e) estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde.

A atual PNAB mantém o foco na ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, apontando que a qualificação da ESF deve seguir as diretrizes desta política bem como aquelas estabelecidas pelo SUS, configurando-se em um processo progressivo e singular que identifica e compreende as particularidades locais. Ela recomenda que cada equipe deva se responsabilizar por no máximo 4.000 pessoas, e que essa quantidade deve respeitar o grau de vulnerabilidade daquela população, ou seja, quanto maior for o grau de vulnerabilidade, menor deve ser o número de pessoas por equipe. (BRASIL, 2012c)

A operacionalização da ESF se dá através da implantação de equipes multiprofissionais em Unidades de Saúde da Família (USF), que trabalham a partir da delimitação de territórios de abrangência, pelos quais assume responsabilidade sanitária, devendo considerar sempre as demandas e necessidades mais frequentes e de maior relevância para este território. (BRASIL, 2012c)

Para sua efetivação, a ESF necessita de uma equipe composta por no mínimo: médico generalista ou especialista em saúde da família; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde, podendo ainda ser acrescido na equipe, profissionais de saúde bucal. (BRASIL, 2012c)

Com o objetivo de ampliar a abrangência, a resolutividade e o propósito da APS, bem como apoiar a ESF na rede de serviços, o Ministério da Saúde criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria nº 154. A PNAB de 2011 aponta o NASF como uma ação necessária à realização da APS nos municípios brasileiros. (BRASIL, 2010c; 2012c)

Um NASF deve ser constituído por uma equipe onde diversos profissionais de várias áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais da ESF, compartilhando e apoiando as práticas sanitárias realizadas no território sob responsabilidade da equipe a qual ele está vinculado. A composição desse núcleo deve ser definida pelos gestores municipais e equipes da ESF de acordo com as necessidades locais identificadas e a disponibilidade de profissionais. No total, 19 profissionais podem compor um NASF, dentre eles podemos citar o fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, fonoaudiólogo, médico pediatra, médico obstetra, médico geriatra, entre outros. Vale salientar que o NASF não representa uma porta de entrada para o sistema, mas um apoio às equipes da ESF. (BRASIL, 2010c; 2012c)

De acordo com Silvestre e Costa Neto (2003), cabe aos profissionais de saúde da família, mas de todos os indivíduos, perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam eles físicos, psicológicos ou sociais, individual ou coletivamente, contextualizando sempre, o indivíduo e seu ambiente. Para isso, eles devem ser capazes de identificar os problemas de saúde mais prevalentes em seu território de atuação, conhecer detalhadamente a realidade das famílias nos âmbitos físicos, psíquicos, demográficos e sociais e por meio dessas informações traçarem, em conjunto com as famílias, um diagnóstico psicossocial que detecte possíveis situações de vulnerabilidade.

A partir desse diagnóstico, será possível planejar, organizar e desenvolver ações, que devem ser avaliadas constantemente para mensurar seus resultados. No entanto, tal processo exige dos profissionais uma visão sistêmica e integral dos indivíduos e da família, além de que, é necessário um trabalho mais voltado para a saúde do que a doença e, obviamente, por meio do trabalho interdisciplinar.

A ESF representa um espaço privilegiado para atenção ao idoso, pois o retorno ao modelo de cuidados domiciliares demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados nas questões de saúde do idoso. E haja vista que, como preconizado pela PNSPI, esse cuidado deve basear-se essencialmente na família e na atenção primária, e esta se dá através da ESF, encontramos nesta um importante meio de aproximação com este idoso e sua família. (BRASIL, 2006b; 2012c)

No que tange às competências, habilidades e atribuições da equipe de atenção à saúde da família voltada à pessoa idosa, podemos destacar: conhecimento da realidade das famílias às quais são responsáveis; identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns àqueles idosos; execução dos procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa, respeitando as competências de cada integrante da equipe; criação de vínculo de confiança, afeto e respeito através da valorização das relações com o idoso e seus familiares; prestação de assistência integral à população idosa; realização de visitas domiciliares; garantia de acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência¹⁵; promoção de ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais ou informais existentes na comunidade; e, coordenação, participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde da população idosa. (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003)

Nas equipes de Saúde da Família, destaca-se o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por representarem o elo de comunicação entre os profissionais de saúde e a população. Estes são responsáveis por realizarem o cadastramento, mobilizações de apoio e suportes sociais e intersetoriais. Atuam ‘abrindo’ o serviço para as demandas e necessidades da comunidade e participando ativamente da construção das agendas das equipes. Preferencialmente, esses profissionais são moradores do território, ou das proximidades, em que trabalham, o que permite o compartilhamento mais fidedigno da realidade social e cultural da população atendida junto às equipes. (BRASIL, 1999b)

Quanto às funções do ACS voltadas ao idoso, estão a identificação de fatores de risco para eventuais doenças, desenvolvimento de ações educativas em parceria com o restante da equipe, levantamento de casos de suspeita de violência contra ao idoso, identificação de fatores que

¹⁵Sistema de Referência e Contra-Referência: Consiste em um mecanismo administrativo, no qual os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso dos indivíduos a todos os serviços existentes na rede de atenção à saúde. O início desse sistema ocorre nas unidades básicas de saúde, que quando necessário, “referencia” o usuário para uma unidade de maior complexidade, após finalizado o atendimento necessário esse usuário é “contra-referenciado” de volta para a unidade básica de saúde, onde será dada a continuidade no atendimento. (COSTA et al., 2014)

possam vir a causar acidentes domésticos, estímulos a mudanças de hábitos de vida e participação na supervisão da adesão dos idosos e seus familiares nos tratamentos propostos pelos profissionais de saúde. (GARCIA et al., 2006)

Estudos vêm mostrando que a atenção prestada aos idosos pelas equipes da ESF, nos municípios brasileiros, vem crescendo continuamente, porém, ainda enfrentam grandes desafios frente às particularidades dessa população. Uma pesquisa realizada por Mota, Aguiar e Caldas (2011), apontou para a dificuldade em abordar questões características da atenção aos longevos com os componentes das equipes, o que revela uma insuficiente capacitação dos profissionais nas demandas à saúde do idoso.

Resultado similar foi encontrado por Castro e Vargas (2005), Oliveira e Tavares (2010) e Muniz et al. (2014) que apontaram a necessidade de qualificação profissional e treinamento das equipes sobre o processo de envelhecimento, Oliveira e Tavares (2010) salientaram ainda que muitas vezes o contato inicial (quicá o único) que alguns profissionais têm com o idoso aconteceu no período de graduação e/ou pós-graduação, e por vezes, apenas com abordagens conceituais.

4.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

O estado do Espírito Santo é composto por 78 municípios e possui uma população de 3.578.067 habitantes. De acordo com o Ministério da Saúde, 100% dos municípios capixabas contam com a ESF, são cerca de 689 equipes implantadas cobrindo uma proporção estimada de 60,52% da população. (BRASIL, 2015a)

A capital do estado – Vitória – é um arquipélago costeiro composto por diversas ilhas e uma porção continental. Sua fundação data de 8 de setembro de 1551, sendo considerada a terceira cidade mais antiga do Brasil. O município, com 327.801 habitantes, concentra grande parte das atividades econômicas do estado e representa um importante núcleo urbano, além de ser o centro da chamada Região Metropolitana da Grande Vitória – RMGV (Figura 6), em conjunto com seis outros municípios: Vila Velha; Guarapari; Serra; Cariacica; Viana; e Fundão, que juntos abrigam 1.687.704 habitantes, mais de um terço da população capixaba. (ESPIRITO SANTO, 2012; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, c2014)

Figura 6 – Região Metropolitana da Grande Vitória



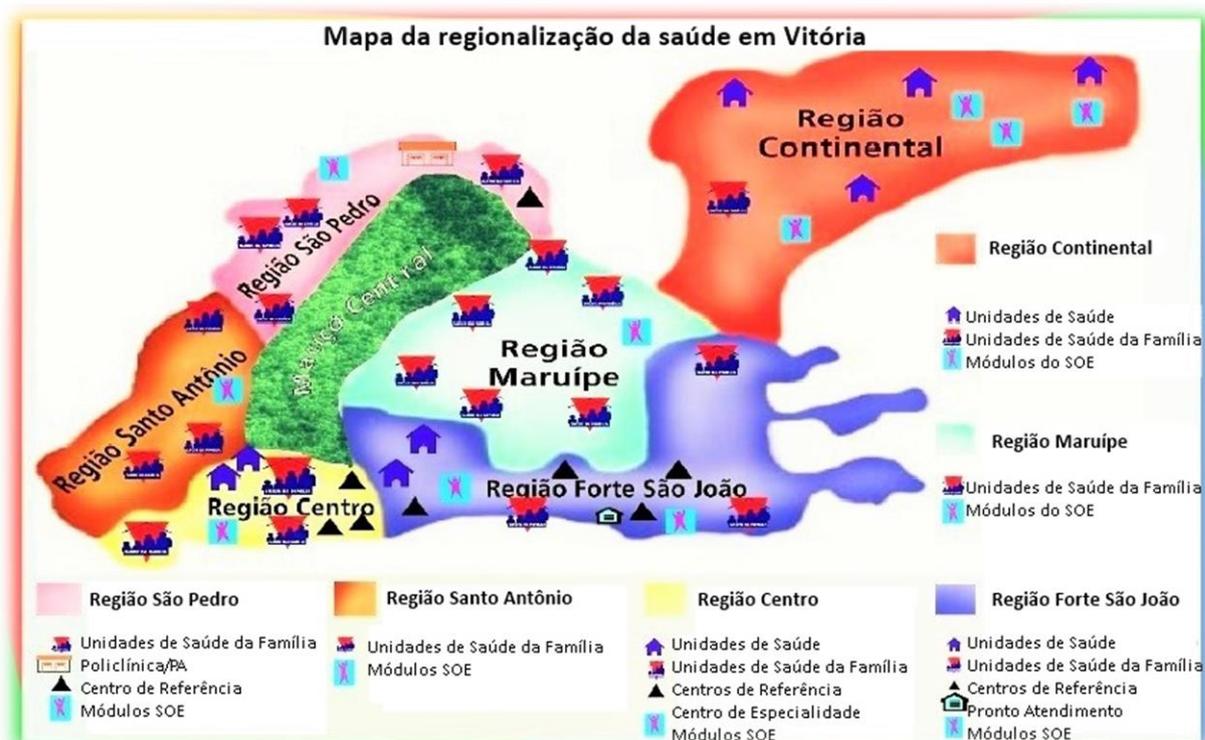
Fonte: IJSN, 2006

No que tange a saúde, para uma melhor compreensão da situação atual da saúde no município, faz-se necessário um breve retrospecto sobre a evolução da oferta da ESF ao longo dos anos até a atualidade.

No ano de 1994 teve início o chamado processo de territorialização, ou organização territorial de saúde no município de Vitória, onde foram delimitadas as áreas de abrangência de cada unidade de saúde. No ano seguinte, com a necessidade de municipalizar os serviços de saúde,

a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) implantou um sistema integrado de serviços de saúde, de base territorial, e criou as seis Regiões de Saúde, que permanece até a atualidade, denominadas: Região Continental; Região Maruípe; Região Centro; Região Santo Antônio; Região São Pedro; e Região Forte São João (Figura 7). (BARCELOS et al., 2013; VITÓRIA [2014?])

Figura 7 – Mapa da regionalização da saúde no município de Vitória



Fonte: VITÓRIA, 2010.

Com o intuito de se adequar à Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 e acompanhando a tendência nacional de adesão à nova concepção de saúde, centrada na promoção de qualidade de vida e não mais apenas na doença, o município de Vitória inicia, em 1998, a implantação de equipes da ESF através do projeto “Saúde da Família – uma estratégia para o novo milênio” (ALVARENGA, 2005; SILVA, 2007). Entretanto, a implantação da ESF em Vitória foi vinculada a outro projeto em vigor no município, o Projeto Terra¹⁶, cuja característica era a

¹⁶ Foi um projeto municipal, iniciado na década de 1990, de cunho administrativo, cujo objetivo era a intervenção social das áreas de morro e palafitas com o intento de urbanizá-los, prover saneamento básico, incentivo a melhoria nas habitações, preservação ambiental e implementação de programas sociais, buscando o desenvolvimento da comunidade. (SILVA, 2007)

intersetorialização do governo municipal, voltado para as políticas de desenvolvimento social, urbanização e infraestrutura. (BARCELOS et al., 2013)

A Região de Saúde escolhida para receber a implantação das primeiras equipes da ESF foi a Região de São Pedro, em decorrência da sua relação com o Projeto Terra, mas principalmente por possuir maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e apresentar indicadores desfavoráveis. (ALVARENGA, 2005; BARCELOS et al., 2013)

Ainda segundo Alvarenga (2005), as primeiras equipes da ESF implantadas a partir de 1998 foram compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O treinamento dos primeiros médicos e enfermeiros deu-se por meio de assessoria do Canadá, através de convênio firmado com a SEMUS. De acordo com Barcelos et al. (2013) grande parte dos médicos que compunham as equipes não possuíam uma formação generalista. Dessa forma, para garantir a qualidade da implantação da estratégia, foi ministrado, pela Escola de Saúde Pública do Ceará, o “curso de extensão em facilitadores de educação permanente”, formando assim equipes de educação permanente para médicos da ESF no município de Vitória.

A conversão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais em Unidades de Saúde da Família (USF)¹⁷ deu-se de forma gradativa ao longo dos anos. Gradativamente também, e com o intuito de ampliar a estratégia, ocorreu a integração de outros profissionais de saúde, como assistentes sociais, odontólogos e psicólogos, nas equipes da ESF. (BARCELOS et al., 2013)

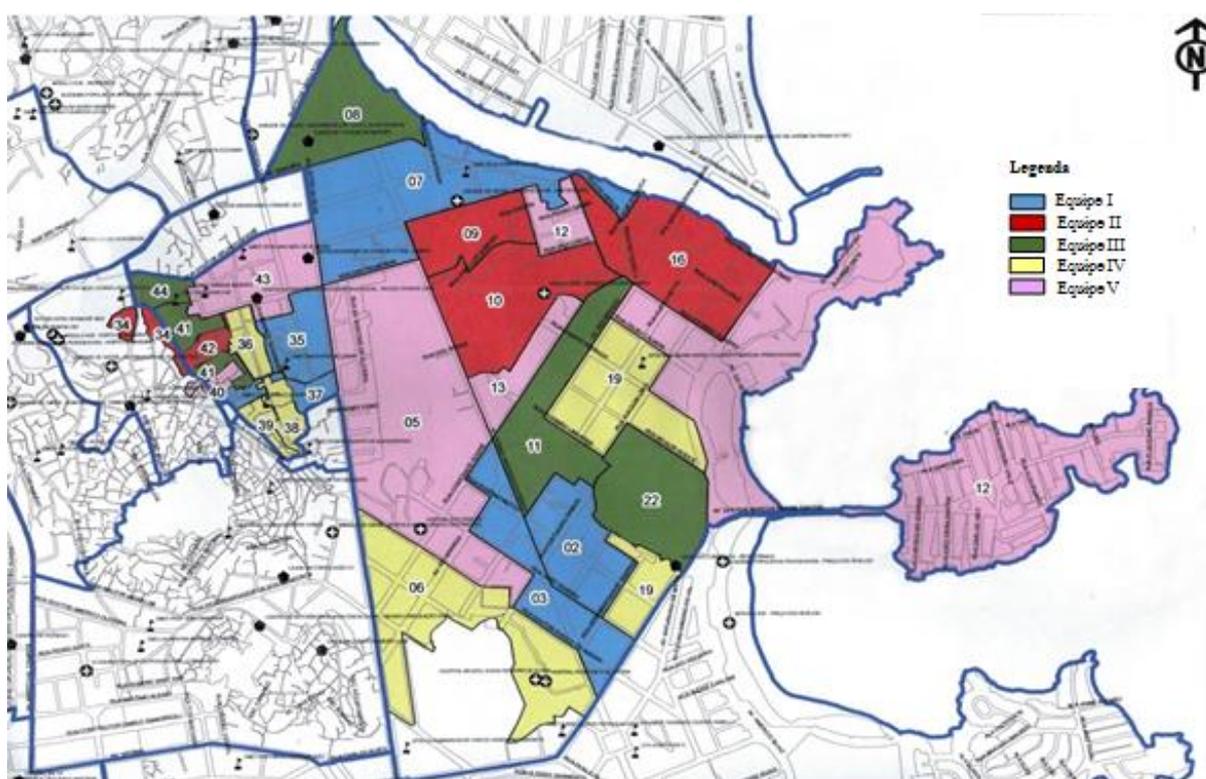
As 6 Regiões de Saúde de Vitória são subdivididas em 27 territórios de abrangência. O objetivo dessa divisão é que, a partir de diagnósticos situacionais estabelecidos pelas equipes de saúde, sejam possíveis a incorporação das necessidades de cada território no planejamento das ações de saúde e o direcionamento, com maior eficácia, de medidas sanitárias preventivas. (VITÓRIA, 2010; [2014?])

Trinta unidades de saúde estão distribuídas pelas 6 Regiões de Saúde e compõem a rede física da atenção básica do município, 23 delas aderiram à ESF, o que possibilita ao município uma cobertura de 67,31% de assistência da ESF. (BRASIL, 2015b; VITÓRIA, [2014?])

¹⁷ As UBS diferenciam-se das USF, pois estas contam com equipes da ESF em conformidade com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e citadas anteriormente, enquanto as UBS contam com equipes compostas por médicos (clínicos e especialistas), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e profissionais de apoio técnico. A demanda nas UBS dá-se de forma espontânea e/ou por meio de encaminhamento de outros serviços, além de não haver adstrição de clientela e a delimitação territorial se restringir apenas às ações de vigilância à saúde. (ELIAS, 2006)

Dentre as unidades que aderiram à ESF, temos a Unidade de Saúde da Família Dr. José Moysés, situada no bairro Santa Luiza, que faz parte da Região de Saúde Forte São João, e representou o campo de realização deste estudo. Em 2014, essa USF abrangia a população dos bairros de Santa Luiza, Santa Lúcia, Barro Vermelho, Praia do Canto, Ilha do Frade e Itararé¹⁸. (VITÓRIA, [2014?])

Figura 8 – Organização de Micro áreas por equipes de saúde na USF Dr. José Moysés.



Fonte: USF Dr. José Moysés

Cada uma das 5 equipes que compunham a USF Dr. José Moysés, contava com um médico, um enfermeiro, cinco agentes de saúde e uma variação de dois a quatro auxiliares de enfermagem por equipe. A USF dispunha ainda de três profissionais dentistas, três técnicos em higiene dental e três auxiliares de consultório dentário, que se dividiam entre as equipes, bem como com uma

¹⁸ Em abril de 2014, período posterior ao início da realização da presente pesquisa, a USF Dr. José Moysés deixou de abranger o bairro de Itararé, que conta atualmente com sua própria USF. Cabe salientar que com a referida divisão, duas equipes da ESF foram remanejadas para a nova USF, permanecendo três equipes na USF Dr. José Moysés.

assistente social, um psicólogo e dois médicos especialistas¹⁹ (pediatra e ginecologista), que atendiam as demandas de toda população adstrita.

Em 2012²⁰ as ações de saúde desenvolvidas na USF, consistiam em: visitas domiciliares multiprofissionais de periodicidade semanal, ou sempre que se fazia necessário, por cada médico e/ou enfermeiro das equipes, juntamente com outros profissionais; o Grupo de Apoio ao Tratamento do Tabagismo (GATT), que acontecia uma vez por semana e propiciava aos participantes um espaço dinâmico e de sociabilização; ações de integração da ESF com o programa bolsa família que ocorriam mensalmente, usualmente coordenadas pela assistente social da USF; e diversas ações temáticas de acordo com o período anual, como por exemplo, ação educativa para mulheres em maio, ações de prevenção do câncer de mama e próstata em outubro e novembro, e ações regulares do grupo de hipertensão e diabetes (hiperdia).

Ademais, devido à integração docente-assistencial, através da parceria Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM²¹, encontrava-se em atividade neste período o Projeto de Saúde Mental, originalmente realizado por professor e alunos da EMESCAM, e implantado na USF com periodicidade semanal.

O contingente de idosos adscritos a USF Dr. José Moysés representava cerca de 20% do total da população registrada, entretanto, apesar das particularidades e necessidades demandadas por esse extrato populacional, até o ano de 2012 não havia nenhum grupo ou ação específica para os idosos na USF em questão.

Dessa forma, em razão desse alto número de idosos e a necessidade de dispender uma maior atenção a essa população, foi firmado em agosto de 2012, através do PRO PET Saúde²² do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, uma parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA), a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) e a

¹⁹ São médicos especialistas que dão suporte às equipes de atenção primária, com o objetivo de ampliar o campo de atuação.

²⁰ Ano de inserção do projeto de extensão, PRO-PET Saúde, que deu origem à presente pesquisa, na referida USF.

²¹ Desde a sua fundação, no ano de 2006, a USF Dr. José Moysés representou um estimado campo de ensino para realização de estágios e atividades acadêmicas dos cursos de fisioterapia (interrompida em 2010), enfermagem e medicina da EMESCAM. Segundo relato da atual diretora da referida USF, a partir de 2015 foi interrompido a parceria de integração docente-assistencial entre a USF e a EMESCAM.

²² PRO-PET Saúde – é uma aposta interministerial que visa promover a formação de grupos de aprendizagem para o desenvolvimento de atividades em áreas específicas do SUS através do incentivo à integração do ensino-serviço-comunidade.

EMESCAM, para realização do PRO PET Saúde – EMESCAM, cujo foco foi a atenção ao idoso, e o local de implantação foi a USF Dr. José Moysés.

O advento do PRO-PET Saúde do Idoso na Unidade de Saúde Dr. José Moysés, propiciou a realização de inúmeras ações em prol da população idosa do território adstrito a essa unidade. Dentre elas cabe ressaltar as visitas domiciliares mais frequentes e dinâmicas, que eram realizadas por profissionais e discentes de fisioterapia, enfermagem, medicina e serviço social, em conjunto com os ACS, com uma periodicidade semanal, sempre com uma visão interdisciplinar. Nessas ocasiões, foram possíveis identificar e, por vezes solucionar, situações de risco para quedas, violência contra o idoso, presença de polifarmácia indevida e/ou automedicação, além de representar um importante meio de transmitir informações e orientações aos idosos e seus familiares quanto a higiene, alimentação, prática de atividades físicas e sociabilização. Por meio dessas visitas foi possível também proporcionar maior vínculo e segurança à essa população em relação à ESF e ao sistema de saúde.

Para os idosos ativos, que tinham condições de se conduzirem à unidade ou à EMESCAM, foram realizados circuitos de palestras, sobre diversos temas de interesse dos idosos, seguidos de confraternização, oferecendo a esse idoso um campo de aprendizagem e sociabilização. Essas palestras eram realizadas mensalmente e abordavam questões relacionadas ao processo de envelhecimento, envelhecimento ativo, direitos dos idosos, alimentação saudável, diabetes e hipertensão, Doença de Alzheimer, dentre muitos outros. Na maioria das vezes, o tema abordado era escolhido pelos próprios idosos. E haja vista que essas ações foram realizadas em parceria com graduandos, docentes e profissionais da rede, pode ser vista também como um meio de atualização desses profissionais nos assuntos referentes à terceira idade.

Além disso, outro ponto de atenção de especial importância para os idosos, e que permanece mesmo com a finalização do PRO-PET Saúde do Idoso, é o grupo Bem Estar, realizado no setor de fisioterapia da EMESCAM. Neste grupo, os idosos têm acesso a um serviço especializado em promoção do envelhecimento ativo e saudável, que consiste na realização de fisioterapia preventiva em grupo, três vezes por semana, orientados pelos alunos de graduação em fisioterapia, e coordenado por um professor responsável. As atividades realizadas consistem em exercícios de equilíbrio, marcha, postura, alongamentos e dança. Esse espaço representa uma grande oportunidade para os idosos se manterem ativos e independentes, além de propiciar a sociabilização e o bem-estar biopsicossocial a esses longevos.

Cabe ressaltar que, salvo as parcerias firmadas entre a SEMUS e instituições de ensino superior, não existem fisioterapeutas na rede de atenção básica do município de Vitória, e que foi apenas através do PRO-PET Saúde do Idoso – EMESCAM que os profissionais da atenção primária, usuários e estudantes de fisioterapia tiveram a oportunidade de vivenciar e se beneficiar mutuamente com a inserção dessa modalidade profissional na USF Dr. José Moysés.

A seguir passo a apresentar o perfil dos idosos restritos ao lar adscritos à referida USF e que representaram os sujeitos da presente pesquisa.

4.2 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. JOSÉ MOYSÉS: DISCUTINDO O PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E FUNCIONAL DE IDOSOS RESTRITOS AO LAR

Em fevereiro de 2014, 4.832 idosos estavam cadastrados na USF Dr. José Moysés. Destes, 298 eram considerados restritos, revelando uma prevalência de 6,2% de restrição ao lar entre os idosos adscritos à referida USF. Tal prevalência é consideravelmente inferior à encontrada em Belo Horizonte por Ursine, Cordeiro e Moraes (2011), que identificou 22,4% de idosos restritos, e também às prevalências encontradas em inquéritos internacionais. Estudos realizados por Musich et al. (2015) em cinco regiões dos Estados Unidos revelaram uma prevalência de 19,6% de idosos restritos, assim como os estudos de Umegaki et al. (2015) na cidade de Nagoya, Japão, onde a prevalência de restrição ao lar entre os idosos foi de 14,4%.

Entretanto, a discrepância encontrada pode ser justificada devido a possível subestimação da restrição ao lar no presente estudo, uma vez que a referida condição foi aqui inquirida através do registro da Ficha A e de relatos dos ACS, enquanto que nos estudos citados, tal questionamento foi realizada diretamente ao idoso. Outro ponto de especial relevância, é que o item utilizado para classificar a restrição ao domicílio em grande parte dos estudos internacionais diz respeito a frequência com que o idoso sai de casa, independente da necessidade de auxílio de terceiros, diferentemente do critério utilizado na presente pesquisa. O que nos leva a crer que a prevalência de idosos restritos, seja maior do que o estimado.

Para a caracterização do perfil dos idosos restritos ao lar, 178 indivíduos compuseram a amostra deste estudo. Uma representação de 60% da população estimada de idosos restritos adscritos à referida USF em fevereiro de 2014.

Damos especial destaque para a elevada incidência de óbito na população estudada, onde, no curto período de 10 meses, 7% da população total de idosos restritos vieram à óbito. Ursine, Cordeiro e Moraes (2011), ao pesquisarem idosos restritos ao lar na Região Metropolitana de Belo Horizonte, relataram a ocorrência de três óbitos, 0,9% de sua amostra, no período de três meses de realização da pesquisa. Apesar da diferença quanto aos números encontrados, esse dado nos remete ao preocupante fato da frequente ocorrência de óbitos nessa população e corrobora com estudos de Herr, Latouche e Ankri (2013), que mostram que idosos restritos tem 3,45 o risco de morrer quando comparado àqueles não restritos ao lar.

Como explanado nas sessões anteriores, segundo a PNSPI, a ESF é crucial para o suporte de assistência à saúde desse idoso, seja ele restrito ou não. Devendo esta, dar especial enfoque para os familiares destes indivíduos, haja vista que eles são os principais atores desse cuidado.

Outro ponto relevante é o fato de que 8% das famílias não permitiram a realização do estudo. Mesmo quando esclarecidos sobre a motivação e possíveis benefícios advindos com a realização da pesquisa, os familiares restringiram o acesso ao idoso, alegando, por vezes, que não viam a necessidade de seu familiar ser entrevistado, uma vez que os benefícios desta não se reverteriam naquele idoso em particular. Obviamente, foi respeitado o direito da família de não participar da pesquisa, entretanto este fato nos alude à necessidade de se estabelecer estratégias para que a comunidade venha a perceber a importância da realização de pesquisas, e dessa forma precautelar, para que em uma próxima abordagem essas famílias não venham a abster-se de participar.

Quanto aos idosos incluídos no presente estudo, a média de idade encontrada foi de $83,82 \pm 7,81$, com variação de 63 a 103 anos. Esse dado ratifica os achados de estudos recentes, e retratam o resultado do crescente aumento da expectativa de vida da população mundial (ORNSTEIN et al., 2015a; SUZUKI et al., 2014; HERR et al., 2013). Na estratificação da amostra quanto ao nível social do bairro em que residiam, não houve diferença entre as médias de idade encontradas ($p = 0,87$), como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a idade

Variáveis	Amostra Total n= 178		Bairros Nobres n= 114		Bairro Popular n= 64		P
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Idade	83,82	7,81	84,55	7,93	82,52	7,48	0,87
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	
4º Idade (>80 anos)							
Sim	129	(72)	89	(78)	40	(63)	0,02*
Não	49	(28)	25	(22)	24	(38)	

* $p < 0,05$

DP = Desvio Padrão; USF = Unidade de Saúde da Família

Ainda em relação à idade, 72% da população estudada apresentava-se na faixa etária acima de 80 anos, ou seja, classificados na chamada 4º idade. Resultados similares foram encontrados em pesquisas como a de Umegaki et al. (2015), que também classificaram a maioria dos idosos restritos de seu estudo na faixa etária de 80 anos ou mais. Ao se analisar essa variável nos grupos estudados, observou-se que os bairros nobres apresentam uma maior porcentagem de idosos na 4º idade quando comparados ao bairro popular, 78% vs. 63% ($p = 0,02$), corroborando com estudos de Scott (2011), que também encontrou uma maior proporção de idosos com mais de 80 anos em bairros nobres no nordeste do Brasil.

Quanto ao sexo, observado na tabela 2, 80% da população estudada foi do sexo feminino, corroborando com Ursine, Cordeiro e Moraes (2011) ao relatarem que 73% dos idosos restritos ao lar estudados em Belo Horizonte eram do sexo feminino, e com Choi et al. (2012), que encontraram uma frequência de mais de 76% de idosas do sexo feminino entre os longevos restritos ao lar da cidade do Texas, Estados Unidos. Na divisão da amostra, não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,34$) em relação ao sexo dos idosos de ambos os grupos, o que confirma o resultado encontrado por Parahyba e Veras (2008).

Tabela 2 – Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto ao sexo

Variáveis	Amostra Total n= 178		Bairros Nobres n= 114		Bairro Popular n= 64		P
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	
Sexo							
Masculino	35	(20)	20	(18)	15	(23)	0,34
Feminino	143	(80)	94	(82)	49	(77)	

USF = Unidade de Saúde da Família

O predomínio do sexo feminino entre a população idosa não é visto como surpresa. Dados do IBGE mostram que as diferenças na expectativa de vida entre os sexos vêm crescendo com o decorrer dos anos, e que cada vez mais as mulheres são maioria na população de idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002; 2010), ressaltando a realidade posta da feminilização do envelhecimento.

Outro ponto que vem sendo observado, e que fortalece essa realidade é que ao se analisar estudos em que os idosos são mais ‘jovens’ percebe-se uma divisão mais homogênea entre os sexos, mesmo que o sexo feminino ainda mantenha sua primazia (MORROW-HOWELL et al., 2014; MUSICH et al., 2015; ORNSTEIN et al., 2015b), e entre aqueles em que a população estudada é mais envelhecida, o predomínio do sexo feminino é cada vez mais e mais evidenciado (MAI et al., 2014; ORNSTEIN et al., 2015a; WAJNBERG et al., 2013).

Em relação a etnia, uma grande parcela da população estudada (74%), se autodeclarou branco (tabela 3). Musich et al. (2015), encontraram que grande parte da população estudada em sua pesquisa, se declarou branco, entretanto, na proporção de 48%, resultado consideravelmente discrepante do revelado pela presente pesquisa. E que se faz mais discrepante ainda quando se leva em consideração que o estudo de Musich et al. foi realizado nos Estados Unidos, país que apresenta uma proporção notadamente grande (75%) de indivíduos declarados brancos (HUMES; JONES; RAMIREZ, 2010).

Tabela 3 – Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a raça

Variáveis	Amostra Total	Bairros		p
	n= 178	Nobres n= 114	Bairro Popular n= 64	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Raça				
Branco (a)	132 (74)	96 (84)	36 (56)	0,00**
Pardo (a)	32 (18)	11 (10)	21 (33)	
Negro (a)	10 (6)	4 (4)	6 (9)	
Amarelo (a)	4 (2)	3 (3)	1 (2)	

** $p \leq 0,000$

USF = Unidade de Saúde da Família

Cabe salientar que, o Brasil é um país marcadamente miscigenado, com apenas 46% de sua população autodeclarando-se branca, realidade que também é observada no estado do Espírito Santo, onde segundo o IBGE, cerca de 43% da população capixaba se autodeclararam brancas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009; 2013b). Além disso,

o estado do Espírito Santo apresenta em sua história, e até a atualidade com a preservação da cultura quilombola, uma forte influência africana, especialmente nas cidades litorâneas como é o caso da capital, Vitória. Dessa forma, esperava-se uma distribuição racial mais igualitária entre a população estudada.

Na análise diferenciada entre as populações de distintas condições sociais assistidas pela USF Dr. José Moisés, encontramos significativa diferença ($p < 0,00$) na distribuição racial dos idosos estudados (tabela 3), com os indivíduos residentes em bairros nobres predominantemente da raça branca (84% vs. 56%), e aqueles residentes no bairro popular apresentando melhor distribuição entre as miscigenações brasileiras (42% de pardos e negros).

De acordo com o IBGE, as diferenças sociais entre as pessoas que se autodeclaram brancas e aqueles pardos e negros vem diminuindo consideravelmente ao longo dos anos, mas permanece mantendo-se elevada, evidenciando ainda uma grande diferença nas condições sociais da população brasileira. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013b)

Esse fato nos remete à discussão relacionada às desigualdades raciais nas condições sócio demográficas dos nossos idosos, fato este bastante discutido por Silva et al. (2012) e Oliveira; Thomaz e Silva (2014). Uma suposição que pode ser levantada, corroborando com os achados da presente pesquisa e com os autores supracitados, é o fato de que a privação de direitos sociais e a diferenciação de acesso aos cuidados de saúde ao longo dos ciclos de vida pode estar interferindo na sobrevivência e na distribuição racial dos longevos na sociedade brasileira.

Quanto a escolaridade, descrito na tabela 4, encontramos o que parece ser um fato de especial relevância e que ainda traduz a realidade de muitos idosos brasileiros: 52% da população estudada é analfabeta ou apenas alfabetizada, sem possuir escolaridade formal. Pilger, Menon e Mathias (2011) e Ursine, Cordeiro e Moraes (2011) encontraram resultado similar em idosos de diferentes estados brasileiros. Entretanto, ao consultar estudos internacionais, encontramos que Vu et al. (2013), ao pesquisarem longevos na cidade de Boston, nos Estados Unidos, identificaram que mais de 53% dos idosos estudados haviam terminado o ensino médio e que cerca de 32% haviam se graduado no ensino superior, evidenciando uma significativa diferença com a realidade encontrada no Brasil.

Tabela 4 – Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a escolaridade

Variáveis	Amostra Total	Bairros	Bairro	<i>p</i>
	n= 178	Nobres n= 114	Popular n= 64	
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Escolaridade				
Analfabeto	43 (24)	17 (15)	26 (41)	
Até 4 anos	50 (28)	36 (32)	14 (22)	
De 5 a 8 anos	41 (23)	24 (21)	17 (26)	0,00**
De 9 a 11 anos	27 (15)	22 (19)	5 (8)	
Acima de 11 anos	17 (10)	15 (13)	2 (3)	

** $p \leq 0,000$

USF = Unidade de Saúde da Família

Na análise dos grupos quanto à escolaridade encontramos que, como já esperado, de fato os menores níveis de escolaridade se concentraram na população do bairro popular, onde grande parte desses idosos relata ser analfabeto (41%), enquanto o mesmo ocorreu em apenas 15% dos idosos residentes em bairros nobres ($p < 0,00$), corroborando com a literatura que confirma associação entre analfabetismo e/ou menores níveis de escolaridade com condições sociais menos favorecidas. (GEIB, 2012; LIMA-COSTA et al., 2003)

Através do exposto, e considerando que a alfabetização é um fato essencial para o processo contínuo de aprendizagem e, até mesmo, de inserção social dos idosos em convívios intergeracionais, torna-se claro o entendimento da importância das diversas iniciativas e ações do Estado cuja finalidade é a alfabetização de jovens, adultos e idosos, bem como o quanto isso pode, quando efetivado, proporcionar melhoria na qualidade de vida social dos longevos. E quanto à estratificação da amostra, os achados reforçam a evidente necessidade de um olhar mais atencioso sobre a educação da população mais carente.

Com relação à situação conjugal, passível de ser observado na tabela 5, 63% da população estudada eram viúvos, não havendo diferença estatística na segmentação dos grupos ($p = 0,85$). O fato de a maioria dos idosos se declararem viúvos é reforçado por diversos estudos, como por Ursine, Cordeiro e Moraes (2011), que relataram que 44% dos idosos estudados eram viúvos, e por Gellis et al. (2012) com idosos restritos ao lar, residentes na cidade de New York, onde 85% de indivíduos eram viúvos.

Tabela 5 – Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a situação conjugal

Variáveis	Amostra Total	Bairros	Bairro	p
	n= 178	Nobres n= 114	Popular n= 64	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Situação Conjugal				
Casado (a)	43 (24)	26 (23)	17 (27)	0,85
Solteiro (a)	12 (7)	9 (8)	3 (5)	
Viúvo (a)	113 (63)	72 (63)	41 (64)	
Divorciado/Separado (a)	10 (6)	7 (6)	3 (5)	

USF = Unidade de Saúde da Família

No tocante a variável ‘onde passou a maior parte da vida’, retratado na tabela 6, verificamos que 75% dos idosos declaram ter vivido mais tempo em áreas urbanas, e na estratificação dos grupos observamos que uma porcentagem muito maior de idosos dos bairros nobres, em relação ao popular, relataram ter passado a maior parte da vida na cidade ($p < 0,01$), entretanto, em ambos os casos esse relato permanece sendo a maioria. Este dado vem de encontro com o disposto por Kalache (1998, apud COSTA; PORTO; SOARES, 2003), que afirma que tanto no cenário nacional quanto internacional, a população idosa que vive em áreas urbanas aumentou consideravelmente.

Tabela 6 – Características sócio demográficas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a onde passou a maior parte da vida

Variáveis	Amostra Total	Bairros	Bairro	p
	n= 178	Nobres n= 114	Popular n= 64	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Onde passou a maior parte da vida				
Campo	29 (16)	11 (10)	18 (28)	< 0,01*
Cidade	133 (75)	95 (83)	38 (59)	
Ambos	16 (9)	8 (7)	8 (13)	

* $p < 0,05$

USF = Unidade de Saúde da Família

Após estudos, em 2002 o IBGE concluiu que estabelecer residência em áreas urbanas pode beneficiar a sobrevivência de mulheres idosas, especialmente aquela que é viúva. Este fato pode ser justificado em razão da proximidade com os filhos e a outros facilitadores do cotidiano (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002). Reforçando com os achados da presente pesquisa, uma vez que, como já explanado, encontramos uma grande contingência de idosas do sexo feminino (80%), que relatam ter passado a maior parte da vida em áreas urbanas, e que se declararam viúvas.

No que diz respeito ao inquérito sócio econômico, exposto nas tabelas de 7 a 10, faz-se necessário ressaltar que nos deparamos com um certo constrangimento dos entrevistados em responder aos questionamentos, em especial aqueles relacionados à renda familiar.

Em relação à ocupação do idoso, disposto na tabela 7, foi possível observar que, como esperado, os entrevistados eram majoritariamente aposentados e/ou pensionistas (97%), corroborando com estudos de Morrow-Howell et al. (2014), Pilger, Menon e Mathias (2011) e Sudré et al. (2014). As diferenças entre os grupos estudados novamente se evidenciaram aqui, com os idosos do bairro popular em sua maioria aposentados (75% vs. 58%), enquanto os idosos dos bairros nobres, em grande parte das vezes mesclam sua fonte de renda entre a aposentadoria e as pensões, 21% vs. 2% ($p < 0,01$).

Tabela 7 – Características sócio econômicas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a ocupação

Variáveis	Amostra Total n= 178		Bairros Nobres n= 114		Bairro Popular n= 64		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Ocupação							
Aposentado	114	(64)	66	(58)	42	(75)	0,01*
Pensionista	33	(19)	20	(18)	13	(20)	
Aposentado e Pensionista	25	(14)	24	(21)	1	(2)	
Sem renda fixa	6	(3)	4	(4)	2	(3)	

* $p < 0,05$

USF = Unidade de Saúde da Família

Já na questão relacionada ao valor advindo dessa ocupação (tabela 8), percebemos uma evasão de 22% entre os entrevistados. E dentre os respondentes, observamos uma parcela notadamente grande que relatou receber apenas o equivalente a um salário mínimo (SM) ou menos (40%), configurando um perfil de baixa renda da população estudada, resultado similar ao encontrado por Sudré et al. (2014) ao entrevistarem 352 idosos adscritos a USFs em Cuiabá.

Tabela 8 – Características sócio econômicas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a renda

Variáveis	Amostra Total n= 178		Bairros Nobres n= 114		Bairro Popular n= 64		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Renda do Idoso							
Não possui renda	3	(2)	3	(3)	0	(0)	0,00**
Até 1 SM	67	(38)	27	(24)	40	(63)	
Entre 1 e 4 SM	46	(26)	26	(23)	20	(31)	
Entre 4,1 e 7 SM	13	(7)	11	(10)	2	(3)	

Entre 7,1 e 10 SM	4 (2)	4 (4)	0 (0)
Acima de 10 SM	6 (3)	6 (5)	0 (0)
Não respondeu	39 (22)	37 (32)	2 (3)

** $p \leq 0,000$

USF = Unidade de Saúde da Família; SM = Salário Mínimo

Levando-se em consideração o todo, outra vez podemos reverter a discussão para a questão da feminilização do envelhecimento. Ao realizarmos uma estratificação da amostra quanto ao sexo com o intuito de comparar a distribuição de renda, não encontramos associação estatística ($p=0,23$), entretanto acreditamos que ainda assim não podemos ignorar o histórico da tradição doméstica e da pouca inserção das mulheres no mercado de trabalho a até alguns anos atrás, o que poderia ser um dos fatores associados ao fato destas possuírem uma renda relativamente baixa. Essa suposição ganha força, ao se analisar também a variável ocupação entre os sexos masculino e feminino, onde tornou-se evidente o fato de as mulheres receberem mais auxílio de pensões em relação aos homens (39% vs. 6%), com significância estatística de $p < 0,00$. O que nos leva a conjecturar sobre a possibilidade de renda destas advir, ainda que indiretamente, dos maridos.

Ao observar os grupos separadamente, notou-se que o maior número de idosos com baixa renda concentrou-se no bairro popular (63%), enquanto o que se destacou nos bairros nobres foi a abstenção ao questionamento (32%) ($p < 0,00$). Vale ressaltar ainda que 9% dos residentes em bairros nobres relataram ter renda superior a 7 SM, o que representa 100% dos relatos à essa faixa salarial. Estes achados não se configuraram em surpresa, uma vez que ao se estudar bairros de classes sociais tão distintas (ditos nobres e populares), obviamente espera-se encontrar discrepâncias significativamente relevantes. O disposto vem para evidenciar e fortalecer a importante diferença entre a distribuição de renda apresentada por populações que residem em áreas tão próximas, e que por vezes contam com os mesmos serviços, como é o caso dos serviços de saúde prestados pela USF Dr. José Moisés.

Apesar da baixa renda relatada, destaca-se que 86% deles relatam contribuir de forma ativa, para a renda familiar (tabela 9). Neste item, não houve diferença entre os idosos de bairros nobres e popular ($p = 0,36$). Desta forma, entendemos que o aspecto da renda não deve ser ignorado, uma vez que evidencia-se cada vez mais a participação dos idosos nas responsabilidades financeiras do contexto familiar, independentemente do valor da renda que este recebe, podendo até mesmo chegar a prover a única fonte de renda de seu domicílio, como o evidenciado por Geib (2012) e Tavares et al. (2011).

Tabela 9 – Características sócio econômicas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a contribuição para a renda familiar

Variáveis	Amostra Total	Bairros	Bairro	p
	n= 178	Nobres n= 114	Popular n= 64	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Contribuição para a renda familiar				
Sim	153 (86)	100 (88)	53 (83)	0,36
Não	25 (14)	14 (12)	11 (17)	

USF = Unidade de Saúde da Família

Quanto à renda familiar, descrito na tabela 10, se faz extremamente relevante salientar o fato de que 42% das famílias entrevistadas, quase metade da população inquirida, se absteve de responder a esse questionamento. Parte dessa evasão pode ser justificada pelo real desconhecimento desse dado por parte dos idosos ou familiar/cuidador presente no momento da entrevista. Entretanto, vale ressaltar também que o desconforto de uma determinada parcela de familiares quanto a revelar sua renda, pode ter sido causado pelo alto poder aquisitivo destas. O que se torna mais evidente ao observar os grupos estudados, onde 59% vs. 11% das famílias/idosos dos bairros nobres deixaram de responder ao questionamento em relação àqueles do bairro popular ($p < 0,00$).

Tabela 10 – Características sócio econômicas de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a renda familiar

Variáveis	Amostra Total	Bairros	Bairro	p
	n= 178	Nobres n= 114	Popular n= 64	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Renda Familiar				
Até 1 SM	13 (7)	2 (2)	11 (17)	0,00**
Entre 1 e 4 SM	51 (29)	12 (11)	39 (61)	
Entre 4,1 e 7 SM	22 (12)	17 (15)	5 (8)	
Entre 7,1 e 10 SM	6 (3)	4 (4)	2 (3)	
Acima de 10 SM	12 (7)	12 (11)	0 (0)	
Não respondeu	74 (42)	67 (59)	7 (11)	

** $p \leq 0,000$

USF = Unidade de Saúde da Família; SM = Salário Mínimo

Dentre os respondentes da amostra total, 36% alegaram ter renda familiar menor ou igual a 4 SM, corroborando com os achados de Silva et al. (2012) no contexto familiar de idosos no município de São Paulo. Todavia, essa realidade muda drasticamente na comparação dos grupos, onde nota-se entre os respondentes dos bairros nobres uma distribuição mais homogênea, mas com maior concentração de relatos de renda acima de 7 SM (15%), obviamente divergindo da população do bairro popular, onde a maioria expressiva de 78% dos idosos/famílias relataram uma renda familiar de 4 SM ou menos ($p < 0,00$).

Apesar da alta parcela de abstenção ressaltada anteriormente, e sua provável associação com o alto poder aquisitivo da população, 10% dos indivíduos estudados alegaram que a renda familiar era estimada entre 7 e 10 SM ou acima de 10 SM, quase que 100% destes respondentes estavam concentrados entre os idosos dos bairros nobres. Este dado diverge da literatura (SILVA et al., 2012), porém, é plausivelmente justificado pela característica social de uma dada parcela da população estudada, e nos aponta para um visível “abismo social” existente entre as populações de bairros geograficamente tão próximos.

Em relação ao arranjo familiar (tabela 11), constatamos que a população estudada majoritariamente (90%) relata ter filhos, dado este que vem de encontro com os achados de Lottmann, Lowenstein e Katz (2013) ao comparar a população idosa de Israel e Alemanha e identificar que, respectivamente, 94% e 73% relataram ter filhos e com Louvison et al. (2008) ao estudarem idosos em São Paulo e identificarem que, também, 90% destes relataram ter filhos.

Tabela 11 – Arranjo familiar de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a presença de filhos

Variáveis	Amostra Total	Bairros	Bairro	<i>p</i>
	n= 178	Nobres n= 114	Popular n= 64	
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Filhos				
Sim	161 (90)	99 (87)	62 (97)	0,03*
Não	17 (10)	15 (13)	2 (3)	

* $p < 0,05$

USF = Unidade de Saúde da Família

A comparação desta variável entre os grupos analisados mostrou-se estatisticamente significativa ($p = 0,03$), com os idosos dos bairros nobres apresentando uma menor prevalência de filhos. Este fato pode ser justificado também pelo alto nível de instrução apresentado por essa população²³, uma vez que, como posto pelo IBGE, o declínio da fecundidade vivenciado pelo Brasil nas últimas décadas é maior entre as mulheres com elevado nível de instrução. (CARVALHO; GARCIA, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

Quanto à presença de cuidador, retratado na tabela 12, constatou-se que 83% dos idosos entrevistados relataram contar com este tipo de auxílio, reforçando os achados de Viana et al.

²³Ver tabela 4.

(2014) em estudo realizado com idosos de uma UBS de Betim, Minas Gerais, onde foi encontrado a presença de cuidador em 81% dos casos.

Um fato de especial relevância foi que, ao observar separadamente os grupos deste estudo encontramos uma inversão das proporções, onde a população dos bairros nobres predominantemente possui cuidador (92%), enquanto 67% dos idosos do bairro popular não contam com esse auxílio ($p < 0,00$). Essa realidade reflete talvez uma população mais ativa e independente, que não necessita e/ou que não tenha condições financeiras para manter um cuidador, diferentemente do apresentado pelo grupo dos bairros nobres.

Tabela 12 – Arranjo familiar de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a presença de cuidador

Variáveis	Amostra Total n= 178		Bairros Nobres n= 114		Bairro Popular n= 64		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Cuidador							
Sim	148	(83)	105	(92)	21	(33)	0,00**
Não	30	(17)	9	(8)	43	(67)	

** $p \leq 0,000$

USF = Unidade de Saúde da Família

A questão financeira é um fator de relevante importância ao se discutir a questão do cuidador, uma vez que como levantado por Creutzberg (2000) nas classes populares, quem assume o cuidado do idoso que necessita é majoritariamente o familiar, não havendo meios financeiros de terceirizá-lo, uma vez que há casos em que a familiar subsiste basicamente com a renda advinda da aposentadoria do longevo. Todavia, levanta-se ainda a questão de que mesmo naquelas famílias em que há outras fontes de renda, este é justamente o ‘problema’, os familiares exercem funções laborais que na maioria das vezes exigem que estes passem a maior parte do dia fora de casa, e neste caso, o idoso passa a ‘não possuir’ cuidador.

Ainda sobre o arranjo familiar, foi constatado também que grande parte dos idosos, 63%, vivem com uma ou duas pessoas na mesma residência, e que 53% coabitam em residências multigeracionais (tabela 13). Resultados similares foram encontrados por Pilger, Menon e Mathias (2011) ao estudarem as características sócio demográficas e de saúde de idosos em um município do Paraná; por Ursine, Cordeiro e Moraes (2011) na Região Metropolitana de Belo Horizonte, e também por Santos e Pavarini (2009) ao estudarem idosos de um município do estado de São Paulo.

As mudanças epidemiológicas ao longo dos anos, refletindo as quedas nas taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida, propicia a percepção da significativa alteração estrutural pela qual as famílias vêm passando, onde as mesmas estão se tornando menores e assumindo cada vez mais idosos em sua composição. Por sua vez, o fato de os idosos estarem vivendo mais, os possibilita à convivência intergeracional com netos, bisnetos, trinnetos, quiçá, tetranetos. (CARVALHO; GARCIA, 2003)

Tabela 13 – Arranjo familiar de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés quanto a quantidade de moradores na residência e presença de Residência Multigeracional

Variáveis	Amostra Total n= 178		Bairros Nobres n= 114		Bairro Popular n= 64		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Quantidade de moradores							
Uma pessoa (vive sozinho)	19	(11)	11	(10)	8	(13)	0,01*
Dois	67	(38)	51	(45)	16	(25)	
Três	44	(25)	28	(24)	16	(25)	
Quatro	28	(16)	11	(10)	17	(27)	
Cinco	8	(4)	4	(3)	4	(6)	
Seis ou mais	12	(6)	9	(8)	3	(4)	
Residência multigeracional							
Sim	94	(53)	64	(56)	44	(69)	0,01*
Não	84	(47)	50	(44)	20	(31)	

* $p < 0,05$

USF = Unidade de Saúde da Família

Na estratificação da amostra, as diferenças entre os dois grupos também foram significantes em relação a quantidade de moradores e residência multigeracional, com 62% dos idosos do bairro popular convivendo com duas ou mais pessoas na mesma residência, enquanto nos bairros nobres as residências são compostas em 55% dos casos pelo idoso e outro morador, ou apenas o idoso ($p < 0,01$). Quanto a coabitação, em ambos os grupos a maioria dos idosos apresentam residência multigeracional, entretanto a maior concentração destas se encontra no bairro popular, 69% vs. 56%, ($p < 0,01$).

Este fato também não deve ser visto como surpresa, uma vez que, como explanado anteriormente, o declínio na taxa de fecundidade foi observado principalmente na sociedade com melhores índices de renda e escolaridade, (CARVALHO; GARCIA, 2003; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) o que nos leva a esperar que, por consequência, aquele (a) jovem em especial, hoje idoso, venha a possuir famílias menores,

diminuindo assim sua possibilidade de coabitar com um grande número de pessoas e diferentes gerações.

Outro ponto a ser considerado é justamente o alto poder aquisitivo das referidas famílias, onde é de se esperar que, uma vez financeiramente independentes, os filhos destes idosos tendem a manter sua própria residência. Diferente da população com menor poder aquisitivo que por vezes necessitam coabitar nas mesmas residências devido a impossibilidade de manter uma residência para si e ainda auxiliar seu familiar idoso, ou pelo fato de a renda deste idoso ser necessário para o conjunto familiar.

No que tange a funcionalidade dos idosos pesquisados, aferida através da MIF e disposta na tabela 14, encontramos que menos da metade (48%) da população de idosos restritos ao lar estudada apresentavam dependência funcional, e dentre estes, na estratificação quanto ao grau de comprometimento, 45% foram classificados com dependência modificada B, ou seja, são indivíduos que necessitam de pouca ajuda (assistência de até 25%) para realização das atividades de vida diária (AVD). Este dado diverge do que vem sendo disposto na literatura, que evidencia uma associação direta entre estar restrito ao lar e apresentar comprometimento funcional. (LOPES et al., 2007; ORNSTEIN et al., 2015a; QIU et al., 2010)

Tabela 14 – Nível de dependência funcional de idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés

Variáveis	Amostra Total		Bairros		p	
	n= 178		Nobres n= 114			Bairro Popular n= 64
	n	(%)	n	(%)		n (%)
Dependência funcional (MIF)						
Sim	85	(48)	63	(55)	22 (34)	0,01*
Não	93	(52)	51	(45)	42 (66)	
Graduação da dependência funcional (MIF)						
Dependência completa (assistência total)	14	(16)	12	(19)	2 (9)	0,02*
Dependência modificada A (assistência de até 50%)	33	(39)	26	(41)	7 (32)	
Dependência modificada B (assistência de até 25%)	38	(45)	25	(40)	13 (59)	

* $p < 0,05$

USF = Unidade de Saúde da Família; MIF = Medida de Independência Funcional

Outros estudos, como o de Wachholz, Santos e Wolf (2013), que encontraram uma prevalência de mais de 66% de idosos dependentes em sua amostra, e Lopes et al. (2007), que ao aplicarem a MIF nos idosos de seu estudo encontraram baixas pontuações, revelando assim uma população dependente, também evidenciam resultados discordantes com os encontrados no presente estudo. Entretanto, não foram encontrados estudos que utilizaram a MIF como

instrumento de aferição do nível de independência funcional em idosos restritos ao lar para que se pudesse realizar comparações mais fidedignas.

Destaca-se que ao se estudar os grupos separadamente, notou-se que 55% dos idosos residentes nos bairros nobres foram classificados como dependentes, enquanto a frequência de indivíduos independentes cresceu significativamente no grupo do bairro popular (66%) ($p < 0,01$). Essa diferença mostrou-se ainda mais evidente na estratificação entre os dependentes, onde 60% dos idosos dependentes dos bairros nobres foram classificados como necessitando de 50% ou mais de assistência para realização das AVDs, enquanto 59% dos idosos dependentes do bairro popular foram classificados com o nível mais leve de dependência, necessitando de assistência de até 25% para realização das AVDs ($p = 0,02$). Mais uma vez, estes achados vão contra a literatura posta que associa piores condições de saúde e funcionalidade com piores níveis sócio econômicos. (LIMA-COSTA; MATOS; CAMARANO, 2006; LIMA-COSTA et al., 2003; NORONHA; ANDRADE, 2005)

É incontestável a associação entre condições sócio econômicas deficitárias e pior acesso aos serviços de saúde, como disposto na literatura (GEIB, 2012; LOUVISON et al., 2008; NORONHA; ANDRADE, 2005; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006), entretanto, em relação a funcionalidade hipóteses podem facilmente serem levantadas para justificar os melhores níveis apresentados pela população mais carente. E todas elas perpassam pela realidade da baixa renda e escolaridade dessa população.

Inicialmente, supõe-se que integrando uma família de baixa renda, por vezes esse idoso, mesmo aposentado, ainda necessita realizar pequenos trabalhos informais (mesmo em domicílio) para aumentar a renda familiar. O estímulo proporcionado pela realização de uma atividade laboral, por menor que seja, pode auxiliar na manutenção da independência funcional.

Outro ponto a ser levantado, é o fato de o cuidador não fazer parte da realidade de grande parte da população do bairro popular. Na ausência de alguém que poderia vir a realizar a maior parte das AVDs pelo idoso, o que seria um facilitador do dia-a-dia, mas também um possível motivo para acomodação e conseqüente precipitador do declínio funcional, este idoso é 'forçado' a continuar a realizar suas próprias tarefas, postergando assim o processo de dependência funcional.

Além disso, por se tratar de uma população com baixos níveis de escolaridade, é possível que a maior parte das atividades laborais realizadas ao longo da vida estejam relacionadas com

serviços que exijam esforços físicos, o que por si já atuaria como um fator protetor para o declínio funcional.

Diante do exposto, podemos afirmar que em linhas gerais o perfil dos idosos restritos ao lar apresentado no presente estudo retrata a realidade apresentada em outras regiões, nacional e internacionalmente, inclusive na estratificação social da amostra. Entretanto, algumas características pontuais divergem dos estudos internacionais, como por exemplo, a distribuição racial e o nível de escolaridade dos nossos idosos, que se mostrou inferior ao encontrado em outros estudos.

Em relação a funcionalidade, a realidade evidenciada nos leva a conjecturar sobre a imprescindível necessidade de se voltar um olhar mais atento à essa população e suas particularidades.

Uma vez que estes apresentam uma funcionalidade preservada ou minimamente comprometida, faz-se necessário a realização de ações que objetivem proporcionar-lhes um envelhecimento digno, ativo e saudável no convívio em sociedade, revertendo (quando possível) e postergando ao máximo o processo de restrição ao domicílio, que conseqüentemente acarretará o isolamento social, dentre outros males da inatividade. Compreendemos, portanto, a relevância dessa temática na agenda de planejamento das intervenções em saúde da pessoa idosa.

CAPÍTULO 5

5 ARTIGO DE PESQUISA

Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos restritos ao lar de uma Unidade de Saúde da Família em Vitória-ES

Prevalence and associated factors with functional dependency in homebound elderly of a Family Health Unit in Vitoria-ES

La prevalencia y los factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores restringido a la casa de una Unidad de Salud de la Familia en Vitoria, ES

Gracielle Pampolim

Christiane Lourenço

Vanezia Gonçalves da Silva

Maria Carlota de Rezende Coelho

Luciana Carrupt Machado Sogame

Abstract

Objective: to identify the prevalence of homebound elderly and the influence of sociodemographic and economic characteristics on functional dependency (FD) of homebound elderly. **Methods:** cross-sectional study with 178 homebound elderlies assisted by a family healthcare unit in Vitória, ES, Brazil. Functional Independence was measured by the Functional Independence Measurement (FIM) and the sociodemographic and economic variables were collected by a questionnaire developed by the authors. Binary Logistic Regression was used to determine the influence of the sociodemographic and economic characteristics on the risk of being functional dependent. **Results:** The results showed that 48% of elderly were FD, 80% were female, 72% belonged to the fourth age, 74% were white, 63% were widowed, 78% had retired, 90% had children, 83% had caregiver, 52% had low education and 40% had low income. Logistic regression indicated that having a caregiver increased 40 times the chance of being functional dependent (OR = 40.2; 95% CI 4.8–355.4) and on the other hand, having between 1 to 8 years of education decreased the chance of being FD (OR = 0.2; 95% CI 0.04–0.9). **Conclusion:** the prevalence of FD was very high in this sample (48%), and since the presence of caregiver were the strongest and significant predictor of FD, we suggest that orientations and support should be offered to caregivers, mediated by Family Healthcare Strategy, in order to achieve better functional recovery and independence of homebound elderly.

Keywords: Homebound Elderly; Functional Dependence; Family Health Strategy.

Resumo

Objetivo: verificar prevalência e influência dos fatores sócio demográficos e econômicos na dependência funcional (DF) em idosos restritos ao lar. **Métodos:** Estudo transversal com 178 idosos restritos ao lar assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Vitória-ES. Aferiu-se DF foi aferida através da Medida de Independência Funcional e coletou-se variáveis para caracterização o perfil dos idosos. Utilizou-se a Regressão Logística Binária para determinar o nível de predição da DF. **Resultados:** Verificou-se que 48% dos idosos apresentavam DF, 80% eram do sexo feminino, 72% na 4ª idade, 74% brancos, 63% viúvos, 78% aposentados, 90% com filhos, 83% com cuidador, 52% com baixa escolaridade e 40% com baixa renda. A presença de cuidador se comportou como preditor da DF (OR=40,2; IC95% 4,8–355,4) e a escolaridade entre 1 e 8 anos se mostrou como fator de proteção (OR=0,2; IC95% 0,04–0,9). **Conclusão:** A prevalência de DF foi de 48%, a presença de cuidador se mostrou um forte e significativo preditor e a escolaridade entre 1 e 8 anos como fator de proteção à DF. Propõe-se o estabelecimento de ‘suporte’ para o cuidador mediado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família para manutenção/recuperação da funcionalidade dos longevos.

Palavras chave: Idoso restrito ao lar; Dependência Funcional; Estratégia Saúde da Família.

Introdução

A reestruturação demográfica mundial vem evidenciando um expressivo envelhecimento populacional¹. O Brasil viveu esse processo de forma acelerada nas últimas décadas, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa é que até 2060 a população brasileira com 60 anos ou mais chegará a atingir mais de 30%².

Essa alteração de perfil demográfico mudou também o perfil de morbidades da população, com as doenças crônicas figurando mais que os processos agudos. Desse modo, entra em discussão a manutenção do bem-estar do indivíduo, englobando suas vertentes sociais, físicas e mentais, o que no idoso pode ser trabalhado através da manutenção de sua Capacidade Funcional³.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), alega que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Com o intuito de postergar esse processo, e tendo em vista seu foco centrado na prevenção de doenças e promoção de saúde, a PNSPI

designa a Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal elo entre o sistema de saúde e os longevos⁴.

A complexa interação entre os vários sistemas responsáveis pela manutenção da funcionalidade no idoso, fez com que a análise da dependência funcional (DF) se tornasse um importante marcador da condição de saúde destes. Não há um consenso na literatura quanto a forma de avaliação do nível de DF, porém, todos se alicerçam nas Atividades de Vida Diária (AVD) como base para essa avaliação. Um destes instrumentos, é a Medida de Independência Funcional (MIF) que tem como uma de suas principais vantagens o fato de não abranger apenas as atividades motoras, como a maioria dos instrumentos utilizados, mas também os aspectos cognitivos da funcionalidade, como memória e comunicação⁵.

A capacidade funcional vem sendo amplamente estudada na população idosa brasileira⁶⁻⁸, estima-se que a prevalência de DF em idosos no Brasil esteja entre 19 e 23%^{9,10}. Entretanto, quando se trata de idosos restritos ao lar, a literatura mostra-se consideravelmente escassa. Ursine, Cordeiro e Moraes¹¹ alegam que há a possibilidade de o reduzido número de estudos ser uma das causas do lento avanço na sistematização de ações direcionadas para essa população, uma vez que a magnitude do problema não vem sendo explorado adequadamente, fazendo com que essa população fique *invisível* aos olhos do sistema.

Para que novas ações sejam desenvolvidas para a prevenção da DF em idosos restritos ao lar é necessário primeiro determinar que fatores podem predizer a DF. Portanto, este estudo objetivou verificar a prevalência e a influência dos fatores sócio demográficos e econômicos na dependência funcional em idosos restritos ao lar assistidos por uma Unidade de Saúde da Família de Vitória (Espírito Santo).

Métodos

Trata-se de uma análise secundária do banco de dados do estudo denominado “*Perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos restritos ao lar e acamados de uma unidade de saúde da família do Município de Vitória- ES*”, realizado pelo PRO-PET Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programa de Ensino pelo Trabalho para a Saúde), vinculado à EMESCAM (Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória) e à Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo e Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Caracteriza-se por um estudo transversal de abordagem quantitativa com amostra de conveniência e coleta de dados realizada no período de abril a novembro de 2014.

Amostragem

Em fevereiro de 2014, a Unidade de Saúde da Família (USF) Dr José Moysés possuía cinco equipes de saúde da família, responsáveis por 23.080 indivíduos cadastrados, e destes, 4.832 eram idosos dos quais 298 eram restritos ao lar. Participaram da pesquisa 178 idosos que atenderam os critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, restritos ao lar, de ambos os sexos, que assinaram o TCLE, possuíam condições cognitivas para responder ao questionário e/ou a presença de um familiar ou cuidador para tal, e residiam no território adstrito à USF. Considerou-se restrito ao lar todo aquele indivíduo incapaz de sair de casa sem acompanhante¹¹, e utilizou-se os dados obtidos na Ficha A e o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a classificação destes.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM sob o protocolo número 567.990.

Variáveis Estudadas

Os dados foram obtidos por meio de entrevista face a face, realizadas na residência dos idosos por acadêmicos dos cursos de fisioterapia, enfermagem e medicina da EMESCAM, previamente treinados pela pesquisadora principal, e acompanhados por ACS. Os fatores sócio demográficos e econômicos foram obtidos através de questionário semiestruturado incluindo variáveis idade, sexo, raça, escolaridade, situação conjugal, presença de filhos e cuidador, local de residência, ocupação, renda individual e familiar, contribuição para a renda familiar, onde passou a maior parte da vida, quantidade de moradores com quem vive e presença de residência multigeracional.

A DF foi avaliada através da escala Medida de Independência Funcional (MIF), que é um instrumento que integra o *Uniform Data System for Medical Rehabilitation Report*, de aplicação clara e precisa que é extensamente utilizada e aceita internacionalmente como uma forma confiável de avaliação funcional¹².

Traduzida e validada para a população brasileira por Riberto et al.¹³, a MIF tem por objetivo quantificar o grau de solicitação de cuidados exigidos para a realização de tarefas de vida diária. São avaliados 18 itens, divididos em dois domínios (motor e cognitivo) e seis dimensões (autocuidado, controle dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social).

O Ministério da Saúde adotou a MIF como uma das principais escalas para avaliação da funcionalidade do idoso, compondo a lista de instrumentos de avaliação da atenção básica no país. A MIF é utilizada principalmente em lesões neurológicas e sua utilização na população idosa vem crescendo consideravelmente^{14,15}.

A avaliação dá-se por meio de observação do entrevistador e/ou informações fornecidas pelo entrevistado/cuidador, e a pontuação vai de 1 (dependência total) a 7 (independência total), com os scores totais variando entre 18 e 126 pontos. Uma vez que a avaliação foi feita no próprio domicílio do idoso, não houve a necessidade de se utilizar nenhum recurso especial para simular condições de vida diária, entretanto vale ressaltar que, como orientado pelo Ministério da Saúde, quando um item não pôde ser avaliado/respondido, foi concedido a pontuação 1. O resultado total da MIF determinou a presença ou não de DF^{7,13,16}. Foram considerados Dependentes aqueles indivíduos com pontuação ≤ 103 pontos^{16,17}.

Análise Estatística

A normalidade dos dados foi verificada utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov. O Teste-*t* Independente e o Chi-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer (quando uma ou mais frequência esperada foi inferior a 5) foram aplicados para comparar as variáveis contínuas e categóricas, respectivamente, entre ambos os grupos pesquisados.

Para determinar o quanto as variáveis sócio demográficas e econômicas são capazes de prever a dependência funcional foi realizado a Regressão Logística Binária no qual a variável dependente foi DF (0 independente; 1 dependente) e as variáveis independentes foram fatores os sócio demográficos selecionados com base na análise univariada, onde as variáveis que apresentaram $p < 0,15$ foram consideradas para inclusão no modelo de Regressão Logística.

As variáveis selecionadas foram incluídas pelo método hierárquico obedecendo a ordem decrescente do p . Dessa forma, o primeiro item adicionado foi a presença de cuidador (modelo 1), seguido por local de residência (modelo 2), onde passou a maior parte da vida (modelo 3), sexo (modelo 4), renda familiar (modelo 5), nível de escolaridade (modelo 6), idade (modelo 7) e renda do idoso (modelo 8). O teste de Chi-quadrado de Omnibus ($p < 0,05$) e o teste de Hosmer e Lemeshow ($p > 0,05$) foram usados para determinar o “fit” do modelo, enquanto que o R^2 de Nagelkerke’s foi usado com índice de variância explicada, onde quanto maior é o valor de R^2 , melhor é o modelo.

A análise inferencial foi conduzida utilizando o software SPSS (IBM 22). Adotou-se nível de significância de $p < 0,05$ para todas as análises.

Resultados

A US Dr José Moysés possuía 298 são restritos ao lar em fevereiro de 2014. Foram incluídos no estudo 178 idosos, o que representa 60% do total da população de idosos restritos ao lar. Foram excluídos os idosos aos quais houve impossibilidade de acesso por recusa ou restrição da família (25); o idoso que não tinha condições para responder ao questionário (déficit cognitivo) e não possuía cuidador apto para tal (1); os casos de óbito (21) e/ou migração para outra região (21) durante a realização da pesquisa; aqueles que não foram entrevistados em decorrência da data estipulada para finalização da coleta de dados (18); e os idosos em que os dados estavam incompletos (MIF não aplicada, variáveis sem resposta) (34).

A características sócio demográficas e econômicas de todos os participantes incluídos, bem como dos grupos de idosos dependentes e independentes estão distribuídos na tabela 1.

Tabela 1

Características sócio demográficas e econômicas de idosos restritos ao lar, adstritos à uma Unidade de Saúde da Família

Variáveis	Independentes n= 93		Dependentes n= 85		p
	Média	DP	Média	DP	
Idade	82,98	7,05	84,74	8,51	0,13 ¹
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	
4º Idade (>80 anos)					
Sim	65	(70)	64	(75)	0,42 ²
Não	28	(30)	21	(25)	
Sexo					
Masculino	13	(14)	22	(26)	0,04²
Feminino	80	(86)	63	(74)	
Raça					
Branco (a)	68	(73)	64	(75)	0,88 ³
Pardo (a)	17	(18)	15	(18)	
Negro (a)	5	(5)	5	(6)	
Amarelo (a)	2	(3)	1	(1)	
Escolaridade					
Analfabeto	23	(25)	20	(24)	0,12 ²
Até 4 anos	28	(30)	22	(26)	
De 5 a 8 anos	26	(28)	15	(18)	
De 9 a 11 anos	11	(12)	16	(19)	
Acima de 11 anos	5	(5)	12	(14)	
Situação Conjugal					
Casado (a)	19	(20)	24	(28)	0,64 ³
Solteiro (a)	7	(8)	5	(6)	
Viúvo (a)	61	(66)	52	(61)	

Divorciado/Separado (a)	6 (6)	4 (5)	
Filhos			
Sim	85 (91)	76 (89)	0,65 ²
Não	8 (9)	9 (11)	
Cuidador			
Sim	64 (69)	84 (99)	< 0,001²
Não	29 (31)	1 (1)	
Local de Residência			
Bairros Nobres	51 (55)	63 (74)	< 0,01²
Bairro Popular	42 (45)	22 (26)	
Ocupação			
Aposentado	58 (62)	51 (60)	
Aposentado e trabalha	2 (2)	3 (4)	0,75 ³
Aposentado e Pensionista	15 (16)	10 (12)	
Pensionista	16 (17)	17 (20)	
Sem renda fixa	2 (2)	4 (5)	
Renda do Idoso			
Não possui renda	1 (1)	2 (2)	
Até 1 salário mínimo	42 (45)	25 (29)	
Entre 1,1 e 4 SM	24 (26)	22 (26)	
Entre 4,1 e 7 SM	8 (9)	5 (6)	0,14 ³
Entre 7,1 e 10 SM	1 (1)	3 (4)	
Acima de 10 SM	3 (3)	3 (4)	
Não respondeu	14 (15)	25 (29)	
Renda Familiar			
Até 1 SM	11 (12)	2 (2)	
Entre 1,1 e 4 SM	31 (33)	20 (24)	
Entre 4,1 e 7 SM	10 (11)	12 (14)	0,05 ³
Entre 7,1 e 10 SM	2 (2)	4 (5)	
Acima de 10 SM	7 (8)	5 (6)	
Não respondeu	32 (34)	42 (49)	
Contribuição para a renda familiar			
Sim	77 (83)	76 (89)	0,20 ²
Não	16 (17)	9 (11)	
Onde passou a maior parte da vida			
Campo	21 (23)	8 (9)	
Cidade	66 (71)	67 (79)	0,04²
Ambos	6 (6)	10 (12)	
Quantidade de moradores			
Uma pessoa (vive sozinho)	13 (14)	6 (7)	
Dois	34 (37)	33 (39)	
Três	20 (22)	24 (28)	0,59 ³
Quatro	15 (16)	13 (15)	
Cinco	3 (3)	5 (6)	
Seis ou mais	8 (8)	4 (5)	
Residência multigeracional			
Sim	51 (55)	43 (51)	0,57 ²
Não	42 (45)	42 (49)	

¹ Student's *t* Test² Pearson Chi-Square Test (X^2)³ Fisher's Exact Test

USF = Unidade de Saúde da Família; DP = Desvio Padrão; SM = Salário Mínimo

Nesta amostra, 48% (85/178) dos idosos foram classificados como dependentes funcionais (tabela 1). E ao comparar as características sócio demográficas e econômicas do grupo de idosos classificados como dependentes ou independentes, observamos algumas diferenças significativas. O grupo dependente apresentou menor proporção de mulheres ($p = 0,04$), uma menor proporção relatou ter passado a maior parte da vida no campo ($p = 0,04$) e uma maior proporção mora em bairro nobre ($p < 0,01$). A diferença mais significativa foi observada para a variável presença de cuidador, visto que 99% dos dependentes possuem cuidador comparado a 69% dos independentes ($p < 0,001$). Observamos também uma tendência na diferença da renda familiar, onde uma maior proporção de idosos independentes possuem renda familiar menor ou igual a 4 salários mínimos ($p = 0,05$).

Dos 8 modelos de Regressão Logística analisados, o que apresentou o melhor “fit” foi o 7º (Omnibus teste: $\chi^2 [13] = 56.4$, $p = 0,00$; Hosmer e Lemeshow: $\chi^2 [8] = 8.6$, $p = 0,39$), descrito na tabela 2.

Tabela 2

Regressão Logística Binária entre as variáveis sócio demográficas e econômicas e a presença de dependência funcional em idosos restritos ao lar, adstritos a Unidade de Saúde da Família			
Variáveis Independentes	OR	IC95%	<i>p</i>
Presença de Cuidador	40,2	4,8 – 355,4	< 0,01*
Residir em Bairro Popular	0,7	0,3 – 1,9	0,51
Ter passado a maior parte da vida no campo	0,5	0,2 – 1,2	0,13
Sexo Masculino	2,6	0,9 – 6,7	0,05
Renda Familiar			
Entre 1 e 4 SM	0,3	0,05 – 2,3	0,26
Entre 4 e 7 SM	1,1	0,4 – 3,1	0,85
Entre 7 e 10 SM	2,7	0,3 – 23,6	0,37
Acima de 10 SM	0,4	0,1 – 1,4	0,14
Escolaridade			
Analfabeto	2,5	0,5 – 12,7	0,28
Até 4 anos	0,2	0,04 – 0,9	0,04*
De 5 a 8 anos	0,2	0,04 – 0,9	0,04*
De 9 a 11 anos	0,3	0,06 – 1,4	0,13
Idade	1,0	0,9 – 1,1	0,21

OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança

* $p < 0,05$

Esse modelo explicou 36% da variância, e das 7 variáveis adicionadas na equação, a variável presença do cuidador foi um forte e significativo preditor da dependência funcional. Ter cuidador aumentou em 40,2 vezes a chance de ser dependente ($p < 0,01$). O sexo masculino se mostrou um significativo preditor (OR = 2,6), embora sem significância estatística ($p = 0,05$).

Ter nível de escolaridade até 8 anos surgiu como fator protetor (OR = 0,2) para a variável dependente ($p = 0,04$), onde houve diminuição de DF em 80% dos idosos com nível de escolaridade até 4 anos ou de 5 a 8 anos.

Discussão

Os resultados do presente estudo mostram uma prevalência de 48% de DF entre os idosos restritos ao lar e apontam a presença de cuidador como principal fator associado a esse desfecho. De acordo com a Organização Mundial de Saúde³, nos idosos a DF tem como causas mais frequentes as sequelas provenientes de doenças crônico-degenerativas ou de causas externas, como as quedas e/ou o medo destas.

A prevalência encontrada diverge do que vem sendo disposto na literatura, que evidencia uma associação direta entre estar restrito ao lar e apresentar comprometimento funcional^{18,19}, e prevalências mais elevadas de DF¹⁸. Entretanto, vale ressaltar que, como relatado por Fialho et al.²⁰, a comparação de prevalências de DF é extremamente dificultada em razão da diversidade de procedimentos e instrumentos utilizados. São encontrados estudos que utilizam como ‘ponto de corte’ o comprometimento em uma tarefa de vida diária²¹, bem como outros que consideram várias atividades e/ou utilizam instrumentos específicos para aferição, como é o caso da MIF^{8,15}. Outro ponto a ser ressaltado é que a restrição ao lar pode estar associada a uma deficiência de locomoção, mas tal vertente não pode ser afirmada, pois ao se avaliar essa dimensão na MIF, por vezes o item subir e descer escadas não pôde ser avaliado e foi-lhe atribuído a pontuação 1, conforme critério do Ministério da Saúde, o que poderia subjugar tal avaliação.

Em estudos que aplicaram a MIF e cujo corte utilizado foi o mesmo empregado nesta pesquisa, Macêdo et al.¹⁶ observaram uma prevalência de 14,9% de DF em idosos com déficit cognitivo, enquanto Ricci, Kubota e Cordeiro¹⁷ identificaram altos índices de DF em idosos em assistência domiciliária, e ressaltaram a confiabilidade da MIF na avaliação da DF em idosos, tanto por meio do relato do cuidador quanto por aplicação direta do examinador.

Todavia, independente da classificação empregada, os resultados encontrados nos levam a questionar a real condição de restrição ao lar atribuída à população estudada, uma vez que de acordo com a literatura, o principal motivo para esta condição é a dependência¹¹, que como observado, estava ausente na maioria dos idosos estudados. Tais resultados são alarmantes e permite-nos questionar se não estariam os idosos sendo errônea e precocemente classificados como restritos ao lar, quando na verdade estes apresentam funcionalidade preservada para o

convívio social, demonstrando assim uma necessidade de maior atenção a essa população, tendo como pressuposto o disposto na PNSPI⁴ que visa o envelhecimento digno, ativo e saudável.

Quanto às características sócio demográficas e econômicas, o perfil encontrado foi de uma população feminina (80%), na chamada 4ª idade (72%), autodeclarados brancos (74%), de baixa escolaridade (52%) e renda (40%), viúvos (63%), aposentados (78%), com filhos (90%) e cuidador (83%), contribuindo para a renda familiar (86%), convivendo em residências multigeracionais (53%) e coabitando com duas ou mais pessoas na mesma residência (51%), além de residir em bairros nobres (64%) e relatar ter passado a maior parte da vida na cidade (75%). Em linhas gerais o perfil dos idosos restritos ao lar descrito é similar ao encontrado em outros estudos, nacional e internacionalmente^{11,19,22-24} ressaltando pontos como a feminilização do envelhecimento e a população cada vez mais envelhecida. Entretanto, algumas características pontuais divergem dos estudos internacionais, como por exemplo a distribuição racial, que mostrou a um alto índice da raça branca mesmo quando comparado a países como os Estados Unidos²², e o nível de escolaridade dos nossos idosos, que figurou consideravelmente inferior ao encontrado por outros autores²⁴.

Na análise multivariada, que permitiu identificar a influência das variáveis estudadas no desfecho de DF, foi observado que a presença do cuidador aumentou em mais de 40 vezes a chance de ser dependente (IC95% 4,8–355,4). Corroborando com estudos de Lage et al.²⁵ ao analisarem idosos internados em um serviço de emergência em São Paulo, onde identificaram associação positiva entre ter cuidador e ser mais dependente e Gratão et al.⁸, também em São Paulo, que encontraram associação entre ter cuidador e apresentar baixas médias na MIF. Em ambos os casos, e também na presente pesquisa, a natureza do estudo empregado foi seccional, dificultando o estabelecimento de relações causais e impossibilitando a afirmação de que os idosos estão ficando dependentes devido a presença do cuidador, ou se os cuidadores estão fortemente presentes devido a uma dependência pré-instalada. Cabe ressaltar ainda, que não foi inquirido a presença de morbidades, o que, em casos graves, poderia justificar a presença de cuidador.

Em todo caso, hipóteses podem ser levantadas para justificar tais achados, dentre elas: (I) tendo ou não algum nível de dependência prévia, a presença do cuidador pode causar certo comodismo no indivíduo idoso, uma vez que tendo alguém para realizar a maior parte das AVDs por ele, e levando-se em conta que estas tornam-se mais difíceis com o avançar da idade, o idoso delega essas funções ao cuidador e gradativamente deixa de fazê-las; (II) tendo em vista

que, como disposto na literatura, a maior parte dos cuidadores são familiares, geralmente esposas ou filhas⁸, estas podem estar adotando uma postura protetora e tomando para si a realização das AVDs destes idosos, talvez por receio de acidentes e/ou pela agilidade no processo, visto que por vezes o tempo dispendido no cuidado é dividido com outras atividades laborais fora do domicílio²⁶.

Ao se pensar na funcionalidade não como um problema instalado e irremediável, mas como o processo dinâmico e multifatorial³, cuja ocorrência e evolução são passíveis de serem prevenidas, modificadas ou amenizadas²⁵, entende-se que independente do fator causal e/ou das hipóteses levantadas, a realidade apresentada e encontrada na literatura sugere um despreparo por parte do cuidador para com as particularidades do ‘ser idoso’⁸ e principalmente no manejo com as doenças crônicas e na manutenção da funcionalidade dos longevos²⁶. No processo de cuidado, é fundamental que o cuidador, quando possível, atue apenas como supervisor e incentivador, auxiliando ou executando algo pelo idoso apenas quando estritamente necessário²⁵. Em todo momento, o cuidado deve estar focado na manutenção da capacidade funcional, objetivando manter a autonomia e independência e proporcionando ao idoso uma vivência digna, como preconizado pela política de saúde do idoso vigente no Brasil⁴.

Entretanto, para que este processo realmente aconteça é necessário que este cuidador/familiar esteja devidamente capacitado para realizar este cuidado, e para isso é de fundamental importância que os profissionais de saúde estejam lado a lado com este cuidador/familiar orientando-o e auxiliando-o. Tendo em vista a complexidade do cuidado ao idoso e com o intuito de evitar e/ou postergar o desenvolvimento de incapacidades e DF nessa população, a PNSPI⁴, determina a Estratégia Saúde da Família como um importante facilitador desse processo, focando na prevenção de doenças e promoção de saúde, e criando um elo entre o sistema (por meio dos profissionais de saúde), os idosos e seus cuidadores/familiares.

Estudos vêm mostrando que a atenção prestada aos idosos pelas equipes da ESF, nos municípios brasileiros, vem crescendo continuamente²⁷⁻²⁹, e se mostra mais benéfica aos pacientes quando comparada àquela prestada em unidades de saúde que não possuem a ESF³⁰ porém, ainda enfrentam grandes desafios frente às particularidades dessa população²⁷⁻²⁹. Pesquisa realizada por Mota, Aguiar e Caldas²⁷, apontou para a dificuldade em abordar questões características da atenção à população idosa com os integrantes das equipes de saúde, o que revela o escasso preparo dos profissionais de saúde no que tange as demandas do idoso.

Resultado similar foi encontrado por Oliveira e Tavares²⁸ e Muniz et al.²⁹ que também apontaram a necessidade de qualificação profissional e treinamento das equipes sobre o processo de envelhecimento. Tendo posto, ressalta-se que apenas apontar a ESF como unidade de cuidado e comunicação, não é suficiente, faz-se necessário dotar estes profissionais de habilidades e competências para que possam assumir este papel.

Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de que as gestões municipais de saúde levem essa temática nas agendas de discussão de saúde, para que processos de capacitação sejam implantados e dessa forma os profissionais da ESF possam prestar uma adequada atenção aos familiares/cuidadores e idosos de seu território, colaborando assim para os apelos nacionais e internacionais em prol do envelhecimento ativo e saudável no contexto familiar e social.

Outro achado desta pesquisa diz respeito à escolaridade, um importante indicador socioeconômico. A literatura evidência uma associação entre baixos níveis de escolaridade e presença de DF^{7,23}. Porém, no presente estudo observamos que um baixo nível de escolaridade, até 8 anos de estudo, figurou significativamente como fator de proteção para a DF (OR = 0,2; IC95% 0,04–0,9). Já a ausência de escolaridade aumentaria a chance de ter DF (OR 2,5; IC95% 0,5-12,7) porém não houve significância estatística nessa associação, uma vez que o fator analfabeto foi protetor para alguns indivíduos da amostra.

É incontestável a associação entre condições sócio econômicas deficitárias e pior acesso aos serviços de saúde, entretanto, em relação a funcionalidade, podemos plausivelmente suscitar diversas hipóteses que justifiquem este achado, especialmente quando associamos este aos achados da análise univariada, que evidenciou que os idosos residentes em bairro popular ($p < 0,01$) e que passaram a maior parte da vida no campo ($p = 0,04$) apresentaram-se menos dependentes, além de levantar uma tendência para o mesmo desfecho em famílias com rendas mais baixas ($p = 0,05$).

Como explanado anteriormente, a literatura aponta o familiar como principal fonte de cuidado para a população idosa, entretanto, em se tratando de idosos de baixa escolaridade e provavelmente com condições sociais desfavoráveis, é de se esperar, como o disposto por Caldas³¹, por vezes o familiar não possui condições financeiras para contratar um cuidador e também não pode realizar o cuidado por si mesmo em decorrência da impossibilidade de abandonar o mercado de trabalho, parcial ou integralmente. Dessa forma, é possível que sem a presença constante de alguém para prover cuidados e facilitar as AVDs, os idosos passem mais

tempo sozinhos e tenham a necessidade de realizar suas próprias tarefas, postergando, assim, o declínio funcional e mantendo-se mais tempo independentes.

Outro ponto a ser levantado, e que também perpassa a realidade social apresentada pelo grupo de idosos independentes deste estudo, é que por se tratar de uma população com baixos níveis de escolaridade e que passaram a maior parte da vida no campo, é possível que a maior parte das atividades laborais realizadas ao longo da vida estejam relacionadas a serviços que exijam mais esforços físicos, o que por si já atuaria como um fator protetor para o declínio funcional, uma vez que é sabido que a prática regular de atividades físicas pode proporcionar um envelhecimento mais saudável. Tal suposição ganha força ao se analisar estudos como o de Yang e Kanavos³² que relatam que a população rural é mais propensa a classificar sua saúde como boa ou excelente e reportam menos limitações físicas quando comparadas a população urbana.

Quanto ao sexo da população estudada, na regressão logística foi encontrada uma tendência para o sexo masculino em ser duas vezes mais dependente que o feminino (OR 2,6; IC95% 0,9–6,7). Essa falta de significância pode decorrer da diferença significativa nas proporções de idosos do sexo masculino (20%) e do feminino (80%). Macêdo et al.¹⁶ também observaram uma tendência à maior DF para os idosos do sexo masculino porém sem significância estatística, também, devido a menor proporção de idosos do sexo masculino (35 vs. 134). Todavia, este dado é discordante da maior parte dos estudos encontrados^{10,25} que apontam um maior índice de dependência em mulheres sob a alegação de que estas vivem por mais tempo e conseqüentemente convivem com mais morbidades. De fato, os idosos do sexo masculino no presente estudo eram em média 3,5 anos mais jovens que as mulheres, o que pode sugerir que se os homens vivessem mais provavelmente eles seriam mais dependentes que as mulheres da mesma idade.

Considerando-se que a capacidade funcional é vista como o novo paradigma da atenção à saúde da população idosa, ressaltamos a necessidade de que sua avaliação seja incorporada na rotina dos profissionais de saúde, especialmente aqueles da ESF que estão diretamente ligados à assistência dos idosos restritos ao lar. O que não parece ser laborioso, tendo em vista a facilidade da sua investigação por meio de uma infinidade de instrumentos disponíveis e sugeridos pelo Ministério da Saúde.

Acredita-se que os resultados apresentados neste estudo possam servir como base de avaliação diagnóstica, e que através destes possam se estabelecer planejamentos de intervenções e a elaboração de ações estratégicas para o acompanhamento dos idosos restritos ao lar e auxílio e orientação aos cuidadores. Almejando sempre o cumprimento do proposto na PNSPI com o intuito de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência funcional dos longevos no contexto familiar e social, e respeitando assim os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Ressaltamos que o modelo de Regressão Logística explicou apenas 36% da variância de DF, restando ainda outros 64% que podem ser justificados por morbidades associadas, limitações geográficas e outras variáveis que não foram analisadas neste estudo.

Por fim, cabe ressaltar que a principal limitação encontrada neste estudo foi a sua natureza seccional que impossibilita o estabelecimento de relações causais, além da precariedade de estudos brasileiros envolvendo idosos restritos ao lar, especialmente utilizando a MIF como instrumento de aferição, situação que resultou em labor na comparação dos resultados. Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de novos estudos com foco neste extrato populacional e que possam utilizar de abordagens longitudinais.

Conclusão

Através do exposto concluímos que a prevalência de dependência funcional identificada foi de 48%, e que a presença de cuidador se mostrou um forte e significativo preditor deste desfecho, enquanto a escolaridade figurou como fator de proteção.

Os resultados mostram a necessidade de se estabelecer suporte para os cuidadores, munindo-os do saber necessário para o cuidado com o idoso. De acordo com a PNSPI, tal suporte deve ser mediado pelas equipes da ESF, objetivando a manutenção/recuperação da funcionalidade dos longevos.

Colaboradores

G. Pampolim, participou da confecção do projeto, análise e interpretação dos resultados e redação do manuscrito, V.G. Silva participou da elaboração do projeto tronco e coordenou o trabalho de coleta de dados, C. Lourenço participou da análise e interpretação dos resultados e revisão final do texto, M.C.R. Coelho participou da interpretação dos resultados e revisão final

do texto, e L.C.M. Sogame orientou o trabalho participando de todo o processo de construção e revisão final do texto.

Agradecimentos

Este artigo é resultado da dissertação de mestrado de G. Pampolim apresentada ao Programa de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM/Vitória-ES e recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo – FAPES.

Referências

1. World Health Organization. World health statistics 2014: a wealth of information on global public health. Geneva: WHO; 2014.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD 2012. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.
3. World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. Geneva: WHO; 2002.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 20 nov 2006.
5. Talmelli LF da S, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RAP. Functional independence level and with Alzheimer’s disease. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4):932–8.
6. Mattos I, do Carmo C, Santiago L, Luz L. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2014;14(1):47.
7. Alves LC, Leite IDC, Machado CJ. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. Rev Saúde Públ. 2010;44(3):468–78.
8. Gratão ACM, Talmelli LF da S, Figueiredo CL, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues ARP. Functional dependency of older individuals and caregiver burden. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):134–41.
9. Guerra RO, Alvarado BE, Zunzunegui MV. Life course, gender and ethnic inequalities in functional disability in a Brazilian urban elderly population. Aging Clin Exp Res. 2008;20(1):53–61.
10. Parahyba MI, Simões CC da S. [Disability prevalence among the elderly in Brazil]. Cienc Saúde Coletiva. 2006;11(4):967–74.

11. Ursine PGS, Cordeiro HA, Moraes CL. [Prevalence of housebound elderly people in the urban region of Belo Horizonte (Minas Gerais, Brazil)]. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2953–62.
12. Galloway R V, Granger C V, Karmarkar AM, Graham JE, Deutsch A, Niewczyk P, et al. The Uniform Data System for Medical Rehabilitation: report of patients with debility discharged from inpatient rehabilitation programs in 2000-2010. *Am J Phys Med Rehabil*. 2013;92(1):14–27.
13. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Potiguara P. [Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure]. *Acta Fisiatr*. 2004;11(2):3–7.
14. Naruishi K, Kunita A, Kubo K, Nagata T, Takashiba S, Adachi S. Predictors of improved functional outcome in elderly inpatients after rehabilitation: a retrospective study. *Clin Interv Aging*. 2014;9:2133–41.
15. Petitpierre NJ, Trombetti A, Carroll I, Michel JP, Herrmann FR. The FIM instrument to identify patients at risk of falling in geriatric wards: a 10-year retrospective study. *Age Ageing*. 2010;39(3):326–31.
16. Macêdo AML, Cerquiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Functional assessment of elderly with cognitive deficit. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):358–63.
17. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. [Agreement between observations on the functional capacity of home care elderly patients]. *Rev Saúde Públ*. 2005;39(4):655-62.
18. Lopes AB, Gazzola JM, Lemos ND, Riccid NA. Functional independence and factors that influence it in the scope of home care to elderly people. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2007;10(3):285–300.
19. Ornstein KA, Leff B, Covinsky KE, Ritchie CS, Federman AD, Roberts L, et al. Epidemiology of the Homebound Population in the United States. *JAMA*. 2015;175(7):1180–6.
20. Fialho CM, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. [Disability and use of health services by the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a population-based study]. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(3):599-610.
21. Doubova (Dubova) S, Pérez-Cuevas R, Espinosa-Alarcón P, Flores-Hernández S. Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health*. 2010;10(1):104.
22. Musich S, Wang SS, Hawkins K, Yeh CS. Homebound older adults: Prevalence, characteristics, health care utilization and quality of care. *Geriatric Nursing*. 36(6):2015;445-50.

23. Sudré MRS, Reiners AAO, Azevedo RC de S, Floriano LA. Socioeconomic and health conditions of the elderly assisted by Family Health Teams. *Cienc Cuid Saúde*. 2014;14(1):933–40.
24. Vu LN, Dean MJ, Mwamburi M, Au R, Qiu WQ. The association between executive function and mortality in homebound elders. *J Am Geriatr Soc*. 61(12):2013;2128–34.
25. Lage JSS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Functional Capacity and Profile of Elderly People At Emergency Units. *REME*. 2014;18(4):861–5.
26. Nardi E de FR, Sawada NO, Santos JLF. The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver's burden. *Rev Latino-Am Enf*. 2013;21(5):1096–103.
27. Mota LB, Aguiar AC, Caldas CP. [The Family Health Strategy and healthcare for the elderly: experiences in three Brazilian cities]. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):779-86.
28. Oliveira JCA, Tavares DMS. Elderly attention to health strategy in the family: action of nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):163-70.
29. Muniz EA, Freitas CASL, Albuquerque IMN, Linhares MSC. [home nursing of the elderly in the context of the Family Health Strategy: analysis of scientific production]. *SONARE*. 2014;13(2):86-91.
30. De Carvalho VCHS, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013;13(1):605.
31. Caldas CP. [Aging with dependence: family needs and responsibilities]. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):733–81.
32. Yang W, Kanavos P. The less healthy urban population: income-related health inequality in China. *BMC Public Health*. 2012;12(1):804.

CAPÍTULO 6

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em decorrência da queda nas taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida da população, vem sendo verificado ao longo dos anos um crescente envelhecimento populacional. Observado inicialmente, de forma gradual e acompanhada de melhorias sociais, nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional tem figurado cada vez mais na realidade de países em desenvolvimento, entretanto, sem estar associado a melhores condições de vida e saúde. Este fato incitou movimentos internacionais acerca da necessidade de se estabelecer direitos básicos a essa população.

No Brasil, o caminho percorrido pela população idosa até a conquista de direitos legais por meio de políticas públicas, foi longo e laborioso. Até meados da década de 1970, a assistência ao idoso no país dava-se quase que unicamente por meio de ordens religiosas ou entidades caritativas. Quando começaram a surgir, as ações do Estado voltadas para este extrato populacional se restringiam a assuntos trabalhistas, e ainda com uma visão de vulnerabilidade e dependência.

Todavia, fortemente estimulado pelo acelerado envelhecimento populacional, e seu impacto social e econômico, que culminaram em discussões internacionais acerca do tema, começaram a surgir as primeiras políticas e programas sociais voltados para essa população no Brasil.

O advento da Constituição Cidadã de 1988 representou um grande passo para a concessão dos direitos ao idoso, inclusive no setor saúde, visto que esta passou a ser vista como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Como resposta ao disposto nesta, houve a criação do Sistema Único de Saúde, que representa, não apenas ao idoso, mas a todos os cidadãos brasileiros, um grande avanço no setor saúde, e da LOAS que garantiu direitos básicos de proteção social ao idoso sem a exigência de contribuição previdenciária, fortemente presente nas ações governamentais anteriores.

Entretanto, foi apenas a partir de 1990 que começaram a surgir políticas públicas voltadas diretamente para a população idosa. Como é o caso da PNI (1994) que assegura e/ou reafirma os direitos do idoso nos campos sociais, culturais e de saúde; e da PNSI (1999) que regulamentou a atenção a saúde do idoso no país, porém, com uma visão voltada para a assistência médico-centrada e na redução de custos.

O início do século XXI foi marcado pela inserção do conceito de envelhecimento ativo e saudável nas pautas de discussões nacionais e, principalmente, internacionais. Dessa forma, e como resposta aos planos firmados na II Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento (2002), em 2006 a política de saúde do idoso implantada no Brasil passa por uma importante revisão, se adequando ao novo foco internacional, e passando a ser centrada na promoção e proteção da saúde.

A partir de então, é possível observar na atual política que rege a saúde do idoso no Brasil uma notável preocupação com a manutenção e recuperação da funcionalidade deste indivíduo, neste foco, as ações propostas objetivam mantê-lo funcionalmente ativo, com autonomia e inserido na comunidade. Para isso, a PNSPI prioriza o retorno aos cuidados domiciliares, centrado na família e no contexto social, e proporcionado pela criação de vínculos entre o idoso e o setor de saúde por meio da ESF.

Para a efetivação dessa política, ações estratégicas vêm sendo desenvolvidas, tais como a distribuição das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa e do Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que visam orientar e facilitar a prática diária dos profissionais de saúde com os longevos. A nível local, é observado um esforço do estado do Espírito Santo e do Município de Vitória em seguir as diretrizes dessa política, porém, acredita-se que ainda há muito a ser feito para se garantir a essa população os direitos conquistados por lei.

Levantada pela PNSPI como principal elo de comunicação entre o idoso e o sistema de saúde, a ESF apresenta características que a transformam em um espaço altamente privilegiado para a atenção à população. Através das visitas domiciliares e da aproximação com as famílias e a comunidade, propiciadas pela dinâmica de trabalho das equipes de saúde da ESF, é possível identificar e atuar diretamente nos fatores comprometedores do envelhecimento ativo e saudável. Especialmente, quando se leva em consideração a prioridade e preconização das ações de prevenção de doenças e promoção de saúde que rege essa estratégia.

Todavia, nota-se, através da revisão de literatura realizada e da vivência in loco no campo de pesquisa, que ainda há muito a ser feito no sentido de orientar as práticas das equipes de saúde para a atenção ao idoso.

Levando-se em consideração que o idoso apresenta peculiaridades advindas com o processo de envelhecimento, entende-se que estes demandam uma atenção e cuidados específicos. Para isso,

é necessário que os profissionais de saúde, responsáveis por prestar e/ou orientar os familiares (os principais atores deste cuidado), estejam capacitados e mantenham-se atualizados no que tange às especificidades dos idosos e ao processo de envelhecimento, para que, dessa forma, seja possível ofertar uma atenção realmente eficiente e eficaz, como proposto na PNSPI.

A pesquisa de campo que norteou este estudo, e cujo objetivo foi traçar o perfil sócio econômico, demográfico e funcional dos idosos restritos ao lar adscritos à USF Dr. José Moysés, mostrou uma prevalência de 6,2% de restrição ao lar entre os idosos da referida USF em fevereiro de 2014. O perfil apresentado pela população estudada foi em sua maioria mulheres, na chamada quarta idade, brancas, de baixa escolaridade, viúvas, que passaram a maior parte da vida na cidade, com filhos, convivendo com cuidadores e em residências multigeracionais, onde habitam duas ou três pessoas, contando com o idoso. Quanto às características econômicas, como esperado, o status ocupacional majoritariamente encontrado foi o de aposentado, e no tocante a renda, a maioria apresentou baixa renda individual, e ainda assim relatam contribuir ativamente para a renda familiar, que por sua vez, também figurou-se baixa.

Contudo, notou-se drásticas heterogeneidades nos perfis comparativos entre os bairros assistidos pela USF pesquisada. Os idosos dos bairros nobres apresentaram-se mais envelhecidos, predominantemente brancos, com melhor nível de escolaridade e renda, menos filhos, mais cuidadores e coabitando em residências menos populosas, quando comparados àqueles do bairro popular. Ressaltando o abismo social existente entre indivíduos que residem em regiões geograficamente tão próximas; que por vezes compartilham dos mesmos serviços ofertados; mas apresentam realidades tão diferentes.

O perfil sócio econômico e demográfico encontrado na população estudada é semelhante ao disposto na literatura, e vem fortalecer o conceito de feminilização do envelhecimento. Entretanto, torna-se extremamente necessário salientar a escassez de estudos nacionais que abordem questões relacionadas ao idoso restrito ao lar. Ainda que não seja vasta, é facilmente encontrado na literatura pesquisas de idosos fragilizados, institucionalizados, hospitalizados e até mesmo ativos, porém a população restrita ao lar ainda é pouco pesquisada nacionalmente, o que pode vir a tornar essa população, que tanto carece de atenção, invisível aos olhos da sociedade científica e do governo.

No que tange a funcionalidade, encontramos que a maioria dos idosos restritos ao lar são funcionalmente independentes (52%). Foi observado uma prevalência de 48% de dependência funcional, e dentre estes 45% apresentaram comprometimento mínimo (dependência modificada B [assistência de até 25%]). Este fato confirma a hipótese levantada na vivência do PET Saúde e que justificou a realização deste estudo, e nos leva a questionar a real condição de ‘restrição ao lar’ dos idosos pesquisados, visto que funcionalmente, eles apresentam-se aptos para o convívio em sociedade.

Uma hipótese a ser levantada com base na análise do perfil e da funcionalidade desses idosos, é a possível influência do cuidador no processo de desenvolvimento de dependência funcional, uma vez que o grupo dos bairros nobres, que apresentou uma frequência expressivamente maior de cuidador (92% vs. 33%) também foi o grupo que apresentou uma maior prevalência de dependência funcional (55% vs. 34%), e em graduações mais elevadas (60% vs. 41%). Outro achado, que surge para fortalecer essa hipótese, encontra-se no artigo de pesquisa que apontou a presença de cuidador como um forte e significativo preditor de dependência funcional, aumentando em mais de 40 vezes a chance de o idoso apresentar dependência.

Neste sentido, questiona-se se não poderia o cuidador, ainda que com o intuito de ajudar, estar acelerando o processo de dependência funcional? Ou este estaria surgindo como resposta à uma dependência já instalada?

Além disso, mesmo não figurando como preditores, ser do sexo masculino e morar em bairros nobres mostraram-se significativamente associados com a presença de dependência funcional, assim como ter escolaridade de 1 a 8 anos e ter passado a maior parte da vida no campo foram apontados como fatores de proteção para este desfecho.

A realidade apresentada evidencia a necessidade de uma maior atenção à população idosa restrita ao lar, além de um olhar mais minucioso, por parte dos profissionais de saúde, sobre princípios da ESF e o disposto na PNSPI, para que seja realmente proporcionado a essa população um envelhecimento digno, ativo e saudável. Preceitos básicos que lhe são concedidos por lei.

Ademais, independente do fator causal e tendo em vista que o familiar/cuidador é o principal ator do cuidado ao idoso (e não apenas daquele restrito ao lar), ele também merece e carece de uma atenção focalizada nas suas necessidades e realidade. Cabe aos profissionais de saúde (em especial aqueles da ESF que possuem vínculo direto com as famílias), orientar, elucidar,

auxiliar e acompanhar o cuidado realizado, sempre com vistas a postergar ao máximo o processo de dependência e restrição ao lar, e sempre tendo como intuito proporcionar o que é predito na PNSPI.

Através do exposto, cabe salientar a necessidade da realização de novas pesquisas, cujo objeto de estudo seja os idosos restritos ao lar, em outras regiões do Brasil, para que dessa forma possam ser traçados perfis mais fidedignos à realidade nacional, viabilizando as comparações com outros estudos e norteando as ações de saúde voltadas para esta população. Acredita-se também que a heterogeneidade da população estudada, é um ponto relevante desta pesquisa e deve ser levada em consideração ao se estabelecer ações para esse extrato populacional.

A principal limitação observada neste estudo foi a sua natureza seccional, a qual não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis independentes e a dependência funcional. Tornando claro a necessidade de novos estudos, com abordagens temporais diferenciados, para que se possa estabelecer relações causais e obter as devidas respostas aos questionamentos levantados. Vale ressaltar, no entanto, que o desenho original do estudo que deu origem a esta pesquisa não teve como foco analisar os determinantes para a restrição do idoso ao convívio domiciliar ou o desenvolvimento de dependência funcional.

Entretanto, a metodologia empregada foi capaz de responder satisfatoriamente aos objetivos propostos, e a realidade desvendada levantou novos questionamentos como de ‘por que este idoso está restrito ao lar?’ ou ‘quais fatores realmente levam a dependência funcional?’, a serem respondidas em abordagens futuras.

Outro ponto a ser ressaltado, é que as diretrizes do Pacto pela Vida e da PNSPI reconhecem o idoso como um dos focos prioritários do sistema de saúde e levantam as questões da funcionalidade como crucial ao se falar em envelhecimento. Entretanto, além de estarem despreparados para a atenção a essa população, as equipes da ESF, especialmente em Vitória, não contam com o a presença do fisioterapeuta, cuja categoria profissional está íntima e inteiramente relacionada com os aspectos cinéticos funcionais.

Face ao exposto, torna-se claro a relevância da exposição dessa temática no meio científico e nas agendas de planejamento das intervenções em saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, L. M. C. A. **A prática médica no programa de saúde da família e sua contribuição para mudança do modelo tecnoassistencial em saúde: limites e possibilidades.** 2005. 106f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, Washington, v. 8, n. 1-2, p. 85-91, jul./aug. 2000.

BARCELOS, M. R. B. et al. A trajetória da Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória, ES. **Rev Bras Pesq Saúde**, Vitória, v. 15, n. 4, p. 69-79, out./dez. 2013.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec**, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 30, p. 380-398, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. **Atenção primária e promoção de saúde.** Brasília, DF: CONASS, 2007b.

_____. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012a.

_____. Decreto nº 1.389, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 out. 1999b.

_____. 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, 2003.

_____. Lei nº 3807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 set. 1960.

_____. Lei nº 5.890, de 08 de junho de 1973. Altera a legislação da previdência social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jun. 1973.

_____. Lei nº 6.179, de 11 de novembro de 1974. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dezembro 1974.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [2015]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 dez. 1993.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. _____. **Cadernos de atenção básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. _____. **Curso de Autoaprendizado: redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. _____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. _____. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. _____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. _____. **Política nacional de atenção básica – PNAB**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. _____. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Estado Espírito Santo.** 2015a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>> Acesso em: 21 jul. 2015.

_____. _____. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Município Vitória/ES.** 2015b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>> Acesso em: 21 jul. 2015.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Capacitação para controle social nos municípios: Assistência social e programa bolsa família.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010a.

_____. Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o programa de ensino pelo trabalho para a saúde – PET – Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008.

_____. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a política nacional de saúde do idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999a.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jan. 2006b.

_____. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 2006d.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro. In: CAMARANO, A.A. (Org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. cap. 1, p. 25-59.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.A. (Org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. cap. 8, p. 253-292.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569–584, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai-jun. 2003.

CARVALHO, M. C. B. N. M. **O diálogo intergeracional entre idosos e crianças: projeto “era uma vez... atividades intergeracionais”**. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2007.

CASTRO, M. R.; VARGAS, L. A. A interação/atuação da equipe do programa de saúde da família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. **Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 329-351, 2005.

CHOI, N. G. et al. Self-reported antidepressant use among depressed, low-income homebound older adults: class, type, correlates, and perceived effectiveness. **Brain Behav**, v. 2, n. 2, p. 178–186, Mar. 2012.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. Aging index development in Brazil, regions, and federative units from 1970 to 2010. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443–458, 2012.

CORREA, M. R. Linhas cartográficas: a velhice e a terceira idade. In: _____. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. cap. 2, p. 41-86.

COSTA JUNIOR, A. G.; COSTA, C. E. M. **Breve relato histórico das políticas públicas de saúde no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=professores&id=170>> Acesso em: 18 fev. 2015.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. - Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <www.proec.ufg.br> Acesso em: 6 dez. 2015.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out./dez. 2014.

CREUTZBERG, M. **Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar**. 2000. 204f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. c2015. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>> Acesso em: 25 fev. 2015.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, set. 2006.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. cap. 2, p. 59-82.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes de saúde da pessoa idosa**. Vitória, ES: SESA, 2008.

_____. _____. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Vitória, ES: SESA, 2012.

ESQUENAZI, D.; SILVA, S.R.D. da; GUIMARÃES, M.A.M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento e quedas em idosos. **Rev HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 11-20, abr./jun. 2014.

GARCIA, M. A. A. et al. A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. **Rev APS**, v. 9, n. 1, p. 4-14, jan./jun. 2006.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GELLIS, Z. D. et al. Outcomes of a Telehealth Intervention for Homebound Older Adults With Heart or Chronic Respiratory Failure: A Randomized Controlled Trial. **The Gerontologist**, v. 52, n. 4, p. 541-552, Jan. 2012.

GOLDMAN, S. N.; FALEIROS, V. P. Participação social e cidadania. In: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (Org.) **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. cap. 15, p. 331-336.

GOVERNO do ES institui política de atenção à saúde dos idosos. 2012. Disponível em: <<http://www.es.gov.br/Noticias/151965/governo-do-es-institui-politica-de-atencao-a-saude-dos-idosos-.htm>> Acesso em: 24 fev. 2015.

HERR, M. et al. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. **Eur J Pub Health**, Stockholm, v. 24, n. 5, p. 1-6, Nov. 2013.

HERR, M.; LATOUCHE, A.; ANKRI, J. Homebound status increases death risk within two years in the elderly: results from a national longitudinal survey. **Arch Gerontol Geriat**, v. 56, n. 1, p. 258-264, 2013.

HUMES, K. R.; JONES, N. A.; RAMIREZ, R. R. **Overview of race and hispanic origin: 2010 U.S. Census Bureau**. Washington, DC. 2010. Disponível em: <<http://www.census.gov/population/race/>> Acesso em: 8 nov. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário estatístico do Brasil, volume 71**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Espírito Santo >> Vitória >> Histórico**. c2014. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/9SQ>> Acesso em: 17 jul. 2015.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>> Acesso em: 23 mar. 2015.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a.

_____. **Síntese dos indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Síntese dos indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013b.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo**. Vitória: ES, 2013.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745–757, mai./jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 941–950, dez. 2006.

LOPES, A. B. et al. Functional independence and factors that influence it in the scope of home care to elderly people. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 285–300, 2007.

LOPES, A.; LEMOS, R. Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na sociologia portuguesa. **Revista da FLUP**, Porto, [n. 2], p. 13-31, 2012.

LOTTMANN, R.; LOWENSTEIN, A.; KATZ, R. A German-Israeli Comparison of Informal and Formal Service Use Among Aged 75+. **J Cross Cult Gerontol**, v. 28, n. 2, p. 121–136, Jun. 2013.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saúde Públ**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733–740, 2008.

MACEDO, A.M.L. et al. Functional assessment of elderly with cognitive deficit. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 358-363.

MAI, A. et al. Diurnal profiles of pedometer-determined physical activity in chronically ill and mobility-limited older adults: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1268-1279, 2014.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010.

MORROW-HOWELL, N. et al. An investigation of activity profiles of older adults. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 69, n. 5, p. 809–21, Oct. 2014.

MOTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia de saúde da família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr. 2011.

MOTA, L. O. **Envelhecimento e inclusão social: o projeto agente experiente**. 2007. 110 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2007.

MUNIZ, E. A. et al. Assistência domiciliar ao idoso no contexto da estratégia saúde da família: análise da produção científica. **SONARE**, Sobral, v. 13, n. 2, p. 86–91, jun./dez. 2014.

MUSICH, S. et al. Homebound older adults: Prevalence, characteristics, health care utilization and quality of care. **Geriatric Nursing**, v. 36, n. 6, p. 445–450, Nov./Dec. 2015.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. S4–S6, 2008.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. cap. 12, p. 435-472.

NORONHA, K. V. M. D. S.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Pan Am J Public Health**, v. 17, n. 5-6, p. 410–418, 2005.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; THOMAZ, E. B. A. F.; SILVA, R. A. The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1–15, jul. 2014.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Elderly attention to health strategy in the family: action of nurses. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 763-770. 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional para o envelhecimento**. Brasília, DF: Secretaria especial dos direitos humanos, 2003.

ORNSTEIN, K. A. et al. Epidemiology of the Homebound Population in the United States. **JAMA internal medicine**, Chicago, v. 175, n. 7, p. 1180–1186, Jul. 2015a.

_____. Significant unmet oral health needs of homebound elderly adults. **J Am Geriatr Soc**, Baltimore, v. 63, n. 1, p. 151–157, Jan. 2015b.

OTTONI, M. A. M. **A trajetória das políticas públicas de amparo ao idoso no Brasil**. 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2012.

PAIM, J. S. Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da república. In: VIEIRA-SILVA, L. M. (Org). **Saúde Coletiva: textos didáticos**. Salvador: Centro editorial e didático da UFBA, 1994. p. 47-59.

_____. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs). **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. cap. 20, p. 587-603.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1257–1264, 2008.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-317, 2007.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, v. 2, n. 2, p. 47–55, jun. 2006.

PEREIRA, P. A. P. Centralização e exclusão social: duplo entrave à Política de Assistência Social. **Ser Social**, Brasília, n. 03, p. 119-133, jul./dez. 1998.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. D. F. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. **Rev Lat Am Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 1230–1238, Set./Oct. 2011.

POLIGNARO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2005. Disponível em <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>> Acesso em: 18 fev. 2015.

QIU, W. Q. et al. Physical and mental health of homebound older adults: an overlooked population. **J Am Geriatr Soc**, Baltimore, v. 58, n. 12, p. 2423–2428, Dec. 2010.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev Saúde Públ**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211–224, 1987.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev Saúde Públ**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, Ago. 2005.

RIBERTO, M. Core sets da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 938-946, set./out. 2011.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

_____. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-76. 2004.

RODRIGUES, N. C. Política Nacional do Idoso – retrospectiva histórica. **Estud Interdiscip Envelhec**, Porto Alegre, v. 3, p. 149-158. 2001.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 536-545, 2007.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

ROZENDO, A.; JUSTO, J. S. Velhice e terceira idade: tempo, espaço e subjetividade. **Rev Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 143-159, jun. 2011.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. L. O genograma para caracterizar a estrutura familiar de idosos com alterações cognitivas em contextos de pobreza. **Rev Min Enferm**, Minas Gerais, v. 13, n. 4, p. 525–533, out./dez. 2009.

- SANTOS, E. K. A. et al. **Especialização em saúde da família modalidade a distância - Saúde do idoso: Enfermagem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em:
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/213/Modulo_8_Enfermagem_Completo.pdf?sequence=1> Acesso em: 25 fev. 2015.
- SAQUETTO, M. et al. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. **Rev Bioét**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 518-524, 2013.
- SAÚDE do idoso. [201-]. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/saude-do-idoso>> Acesso em: 24 fev. 2015.
- SCOTT, P. Vulnerabilidade masculina, curso de vida e moradia urbana: um dilema para homens adultos de bairros populares. In: GOMES, R (Org.). **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. cap. 3, p. 75-110.
- SILVA, A. et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2181–2190, ago. 2012.
- SILVA, M. C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p 43-60, 2005.
- SILVA, V. G. **A prática do enfermeiro na estratégia de saúde da família no Município de Vitória – ES**. 2007. 178 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ/Minter FAESA, Rio de Janeiro, 2007.
- SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, mai./jun. 2003.
- SIQUEIRA, M. D. **Vivendo bem até mais que 100: envelhecimento, saúde e políticas públicas para idosos no Brasil**. 2014. 214 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- SUDRÉ, M. R. S. et al. Características socioeconômicas e de saúde de idosos assistidos pelas Equipes de Saúde da Família. **Cienc Cuid Saúde**, v. 14, n. 1, p. 933–940, jan./mar. 2014.
- SUZUKI, R. et al. Prognosis-related factors concerning oral and general conditions for homebound older adults in Japan. **Geriatr Gerontol Int**, Tokio, v. 15, n. 8, p. 1001–1006, Nov. 2014.
- TALMELLI, L. F. S. et al. Functional independence level and cognitive deficit in elderly individuals with Alzheimer's disease. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 4, p. 932-938, 2010.

TAVARES, V. O. et al. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. **Textos&Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 94–108, jan./jul. 2011.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. DE; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975–986, dez. 2006.

UMEGAKI, H. et al. The prevalence of homebound individuals in the elderly population : a survey in a city area in Japan. **Nagoya J Med Sci**, v. 77, n. 3, p. 439–446, 2015.

URSINE, P.G.S.; CORDEIRO, H.A.; MORAES, C.L. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2953-2962, jun. 2011.

VIANA, S. O. et al. Perfil dos indivíduos avaliados em domicílio pela fisioterapia nas unidades básicas de saúde de betim. **Rev APS**, v. 16, n. 3, p. 278-286, jul./set. 2014.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2010**. Vitória, ES: SEMUS, 2010. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/2_relatorio_gestao_2010.pdf> Acesso em: 13 ago. 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Uma análise de cenário da política de saúde do idoso no município de Vitória**. Vitória, ES: SEMUS, [2014?].

VU, L. N. et al. The association between executive function and mortality in homebound elders. **J Am Geriatr Soc**, Baltimore, v. 61, n. 12, p. 2128–2134, Dec. 2013.

WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513–526, set. 2013.

WAJNBERG, A. et al. Symptom burden in chronically ill homebound individuals. **J Am Geriatr Soc**, Baltimore, v. 61, n. 1, p. 126–131, Jan. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. Geneva: WHO, 2002.

_____. **World health statistics 2014: a wealth of information on global public health**. Geneva: WHO, 2014.

APÊNDICES & ANEXOS

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de coleta de dados

PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E ECONÔMICO			
IDADE		BAIRRO	
_____ ANOS		<input type="checkbox"/> Nobres	<input type="checkbox"/> Popular
SEXO		RAÇA	
<input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Branco/a	<input type="checkbox"/> Negro/a
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Pardo/a	<input type="checkbox"/> Amarelo/a
ESCOLARIDADE		SITUAÇÃO CONJUGAL	
<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> de 9 a 11 anos	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Viúvo/a
<input type="checkbox"/> até 4 anos	<input type="checkbox"/> acima de 11 anos	<input type="checkbox"/> Solteiro/a	<input type="checkbox"/> Divorciado\Separado/a
<input type="checkbox"/> de 5 a 8 anos			
FILHOS		CUIDADOR	
<input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não			
OCUPAÇÃO		RENDA DO IDOSO*	
<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Aposentado e pensionista	<input type="checkbox"/> Não possui renda	<input type="checkbox"/> entre 4,1 e 7 SM
<input type="checkbox"/> Pensionista		<input type="checkbox"/> até 1 SM	<input type="checkbox"/> entre 7,1 e 10 SM
<input type="checkbox"/> Sem fonte de renda		<input type="checkbox"/> entre 1,1 e 4 SM	<input type="checkbox"/> acima de 10 SM
RENDA FAMILIAR*		CONTRIBUIÇÃO PARA RENDA FAMILIAR	
<input type="checkbox"/> até 1 SM	<input type="checkbox"/> entre 7,1 e 10 SM	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> entre 1,1 e 4 SM	<input type="checkbox"/> acima de 10 SM		
<input type="checkbox"/> entre 4,1 e 7 SM			
ONDE PASSOU A MAIOR PARTE DA VIDA			
<input type="checkbox"/> Campo		<input type="checkbox"/> Cidade	
<input type="checkbox"/> Ambas			
ARRANJO FAMILIAR			
<i>Quantas pessoas vivem na casa? (Contando com você)</i>		<i>Residência Multigeracional?</i>	
<input type="checkbox"/> Uma (vive só)	<input type="checkbox"/> Duas	<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Três	<input type="checkbox"/> Quatro	<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Cinco	<input type="checkbox"/> Seis ou mais		

* Corte salarial com base no salário mínimo vigente no ano de 2014 (R\$ 724,00)

APÊNDICE B – Termo de consentimento para utilização de dados**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Eu, Profª. Ma. Vanézia Gonçalves da Silva, pesquisadora responsável pelo estudo intitulado *“Perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos restritos ao lar e acamados de uma unidade de saúde da família do Município de Vitória- ES”* declaro para os devidos fins, que cederei à pesquisadora Gracielle Karla Pampolim Abreu, o acesso ao banco de dados da pesquisa referida acima para serem utilizados no estudo *“Política nacional de saúde da pessoa idosa: discutindo a capacidade funcional em idosos restritos ao lar e ao leito”*, que está sob a orientação da Profª. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Vitória, 27 de Novembro de 2014.

Vanézia Gonçalves da Silva

ANEXOS

ANEXO A – Questionário sócio demográfico dos idosos



PREFEITURA DE VITÓRIA
Secretaria Municipal de Saúde



**QUESTIONÁRIO PERFIL
SÓCIO-DEMOGRÁFICO
DOS IDOSOS**

Equipe:	Micro-área:	Família:
1) Entrevistado (relação de vínculo ou parentesco):		
2) Sexo <input type="checkbox"/> a- Masculino <input type="checkbox"/> b- Feminino		
3) Idade:	4) Data de nascimento:	
5) O/a sr/a. diria que a sua cor ou raça é: <input type="checkbox"/> a- Branca <input type="checkbox"/> b- Parda <input type="checkbox"/> c- Preta <input type="checkbox"/> d- Amarela <input type="checkbox"/> e- Indígena		
6) O/a sr/a. passou a maior parte da sua vida na cidade ou no campo (roça/ colônia/ sertão/ floresta)? <input type="checkbox"/> a- Na cidade <input type="checkbox"/> b- No campo/ áreas rurais <input type="checkbox"/> c- Em ambos		
7) Vou ler uma lista de religiões para que o/a sr/a. me indique qual é a sua. <input type="checkbox"/> a- Católica <input type="checkbox"/> b- Evangélica <input type="checkbox"/> c- Espírita Kardecista <input type="checkbox"/> d- Umbanda <input type="checkbox"/> e- Candomblé <input type="checkbox"/> f- Judaica <input type="checkbox"/> g- Acredita em Deus mas não tem religião <input type="checkbox"/> h- É Ateu/ não acredita em Deus/ É agnóstico <input type="checkbox"/> i- Outras: _____		
8) Atualmente qual é a sua situação conjugal? (Anote a situação de fato) <input type="checkbox"/> a- Casado(a) <input type="checkbox"/> b- Amigado(a) <input type="checkbox"/> c- Solteiro(a) <input type="checkbox"/> d- Viúvo(a) <input type="checkbox"/> f- Possui namorado <input type="checkbox"/> e- Desquitado(a)/ divorciado(a)/separado(a)		
9) O/a sr/a. tem filhos? <input type="checkbox"/> a- Tem filhos. Quantos? _____ Quantos vivos? _____ <input type="checkbox"/> b- Não tem filhos		
10) Quantos anos o/a sr/a. Estudou? (Do primário em diante) _____		
11) Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com o/a sr/a., de quanto foi aproximadamente a renda familiar em sua casa no mês passado? (em salários mínimos) _____		
12) Renda do idoso: _____		
13) Quem administra a renda do idoso? _____		
14) Renda per capita? _____		
15) Qual dessas pessoas contribui para a renda familiar? (responda quantitativamente)		

<input type="checkbox"/> a- O idoso	<input type="checkbox"/> b- Filho	<input type="checkbox"/> c- Filha
<input type="checkbox"/> d- Genro/ nora	<input type="checkbox"/> e- Nora	<input type="checkbox"/> f- Neto
<input type="checkbox"/> g- Neta	<input type="checkbox"/> h- Irmão	<input type="checkbox"/> i- Irmã
<input type="checkbox"/> j- Marido/ esposa/ parceiro(a)	<input type="checkbox"/> k- _____	Outros. _____ Qual?

16) Participação atual na População economicamente ativa:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a- Trabalho remunerado | <input type="checkbox"/> b- Trabalho não remunerado |
| <input type="checkbox"/> c- É aposentado(a) e trabalha | <input type="checkbox"/> d- Aposentado |
| <input type="checkbox"/> e- Não trabalha | <input type="checkbox"/> f- Dona-de-casa |
| <input type="checkbox"/> g- Desempregado | <input type="checkbox"/> h- Pensionista / outros benefícios |
| <input type="checkbox"/> f- Sem atividade fixa e sem remuneração | |

17) Esta casa onde o/a sr/a. reside é própria, alugada, cedida ou o/a sr/a. mora com parentes?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> a- Própria | <input type="checkbox"/> b- Alugada |
| <input type="checkbox"/> c- Cedida | <input type="checkbox"/> d- Mora com parente |

18) (se própria) A casa está financiada, já foi paga ou o/a sr/a. recebeu de herança?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a- Financiada | <input type="checkbox"/> b- Já paga |
| <input type="checkbox"/> c- Herança | <input type="checkbox"/> d- Não sabe/ não respondeu |

19) Aqui na casa em que o/a sr/a mora, contando com o/a sr/a, quantas pessoas vivem atualmente, de forma permanente?

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a- Vive só | <input type="checkbox"/> b- Duas | <input type="checkbox"/> c- Três | <input type="checkbox"/> g- Mais de 6 |
| <input type="checkbox"/> d- Quatro | <input type="checkbox"/> e- Cinco | <input type="checkbox"/> f- Seis | |

20) Qual a relação de vínculo ou parentesco que o/a sr/a. tem com as pessoas que moram com o/a sr/a.? (responda quantitativamente)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> a- Filho(a) | <input type="checkbox"/> b- Neto(a) | <input type="checkbox"/> c- Genro/ nora |
| <input type="checkbox"/> d- Irmão(ã) | <input type="checkbox"/> e- Sogro(a) | <input type="checkbox"/> f- Agregados não parentes |
| <input type="checkbox"/> g- Outros parentes | <input type="checkbox"/> h- Cuidador | <input type="checkbox"/> i- Ninguém/ mora sozinho(a) |
| <input type="checkbox"/> j- Marido/ esposa/ parceiro(a) | <input type="checkbox"/> k- Empregado(a) doméstico(a) residente | |

21) Qual é a idade das pessoas que moram com o/a sr/a.? (responda de forma quantitativa)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a- Até 5 anos | <input type="checkbox"/> b- Mais de 5 a 10 anos |
| <input type="checkbox"/> c- Mais de 10 a 20 anos | <input type="checkbox"/> d- Mais de 20 a 30 anos |
| <input type="checkbox"/> e- Mais de 30 a 40 anos | <input type="checkbox"/> f- Mais de 40 a 50 anos |
| <input type="checkbox"/> g- Mais de 50 a 60 anos | <input type="checkbox"/> h- Mais de 60 a 70 anos |
| <input type="checkbox"/> i- Mais de 70 a 80 anos | <input type="checkbox"/> i- Mais de 80 a 90 anos |
| <input type="checkbox"/> j- Mora sozinho | |

22) Qual dessas pessoas está mais próximo do/a sr/a., lhe dá mais atenção, mais lhe acompanha? (responda quantitativamente)

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> a- Filho | <input type="checkbox"/> b- Marido/ esposa/ parceiro(a) |
| <input type="checkbox"/> c- Filha | <input type="checkbox"/> d- Neto |
| <input type="checkbox"/> e- Neta | <input type="checkbox"/> f- Irmão |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> g- Irmã | <input type="checkbox"/> h- Empregada |
| <input type="checkbox"/> i- Genro | <input type="checkbox"/> j- Nora |
| <input type="checkbox"/> k- Outros parentes | <input type="checkbox"/> l- Todos cuidam igualmente |
| <input type="checkbox"/> m- Nenhuma | <input type="checkbox"/> n- Outra que não mora na casa |

ANEXO B – Medida de Independência Funcional - MIF

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF		
NIVEIS	7 Independência Total (em segurança, em tempo normal)	SEM AJUDA
	6 Independência Modificada (ajuda técnica)	
	5 Supervisão	COM AJUDA
	4 Dependência Mínima (pessoa > 75%)	
	3 Dependência Moderada (pessoa > 50%)	
	2 Dependência Máxima (pessoa > 25%)	
	1 Dependência Total (pessoa > 0%)	
MIF COGNITIVO		
<i>Comunicação</i>		
A. Compreensão		
B. Expressão		
<i>Cognição Social</i>		
C. Interação Social		
D. Resolução de problemas		
E. Memória		
Total MIF Cognitivo		_____/35
MIF MOTOR		
<i>Auto-Cuidados</i>		
A. Alimentação		
B. Higiene pessoal		
C. Banho (lavar o corpo)		
D. Vestir-se acima da cintura		
E. Vestir-se abaixo da cintura		
F. Uso do vaso sanitário		
<i>Controle dos esfíncteres</i>		
G. Controle de urina		
H. Controle de fezes		
<i>Transferências</i>		
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas		
J. Vaso sanitário		
K. Banheira ou chuveiro		
<i>Locomoção</i>		
L. Marcha/cadeira de rodas	m c	--
M. Escadas		
Total MIF Motor		_____/91
TOTAL		_____/126

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
		Poço ou nascente	
Número de cômodos / peças		Outros	
Energia elétrica		DESTINO DE FEZES E URINA	
DESTINO DO LIXO		Sistema de esgoto (rede geral)	
Coletado		Fossa	
Queimado / Enterrado		Céu aberto	
Céu aberto			

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS
Hospital	Cooperativa
Unidade de Saúde	Grupo religioso
Benzedeira	Associações
Farmácia	Outros - Especificar:
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA
Televisão	Ônibus
Outros - Especificar:	Caminhão
	Carro
	Carroça
	Outros - Especificar:

OBSERVAÇÕES

ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo tema é “Perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos acamados e restritos ao lar”. O projeto será executado pela equipe do Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde. O objetivo geral do estudo é traçar o perfil sócio demográfico e de saúde dos idosos restritos ao lar e acamados pertencentes ao território da Unidade de Saúde da Família José Moisés para identificar possíveis demandas de atenção a saúde.

A participação do Sr(a) consiste em responder algumas perguntas sobre sua situação de saúde, além de ser submetido a uma avaliação física, sem a utilização de métodos invasivos (agulhas, cateteres, entre outros). Faremos perguntas tais como, quantos filhos o Sr(a) tem.

As informações obtidas serão utilizadas para fins científicos, apresentação em eventos e/ou publicação em periódicos e/ou livro.

O (a) Sr (a) não é obrigado a participar, podendo vir a desistir a qualquer momento, sem se justificar ou se preocupar que isso venha a trazer algum prejuízo para sua relação com os pesquisadores e com o serviço de saúde. Sua privacidade será mantida em absoluto sigilo, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado que permita sua identificação não serão divulgados. A sua participação não acarretará risco para sua saúde, porém podendo causar pequenos desconfortos ou incômodos, durante a realização das entrevistas. Desta forma, a coleta de dados precisará acontecer em mais de um momento, previamente agendado e acordado com o Sr(a) visando diminuir estes riscos. No entanto visamos como benefício o conhecimento adquirido sobre o assunto abordado à contribuição para o crescimento científico, o que ajudará no planejamento de ações para melhora da qualidade da assistência realizada pela equipe da Estratégia de Saúde da Família. Mediante a identificação de algum problema de saúde, dentro da avaliação proposta, o Sr(a) receberá encaminhamento para acompanhamento pela equipe de saúde responsável pelo seu território.

O(a) Sr(a) poderá assistir à exposição feita pelos pesquisadores durante a apresentação do trabalho.

Eu _____, portador do RG _____ declaro ter sido informado e orientado quanto ao teor da pesquisa acima descrita. Estou ciente sobre o objetivo da pesquisa e que não há nenhum valor econômico envolvido, a pagar ou receber, pela minha participação. Portanto, manifesto o meu livre consentimento em participar como voluntário do projeto de pesquisa aqui mencionado.

Assinatura do entrevistado

Assinatura e RG do responsável pelo entrevistado

Pesquisador responsável: _____

Vitória, _____, 2014

Pesquisadora responsável: Vanézia Gonçalves da Silva

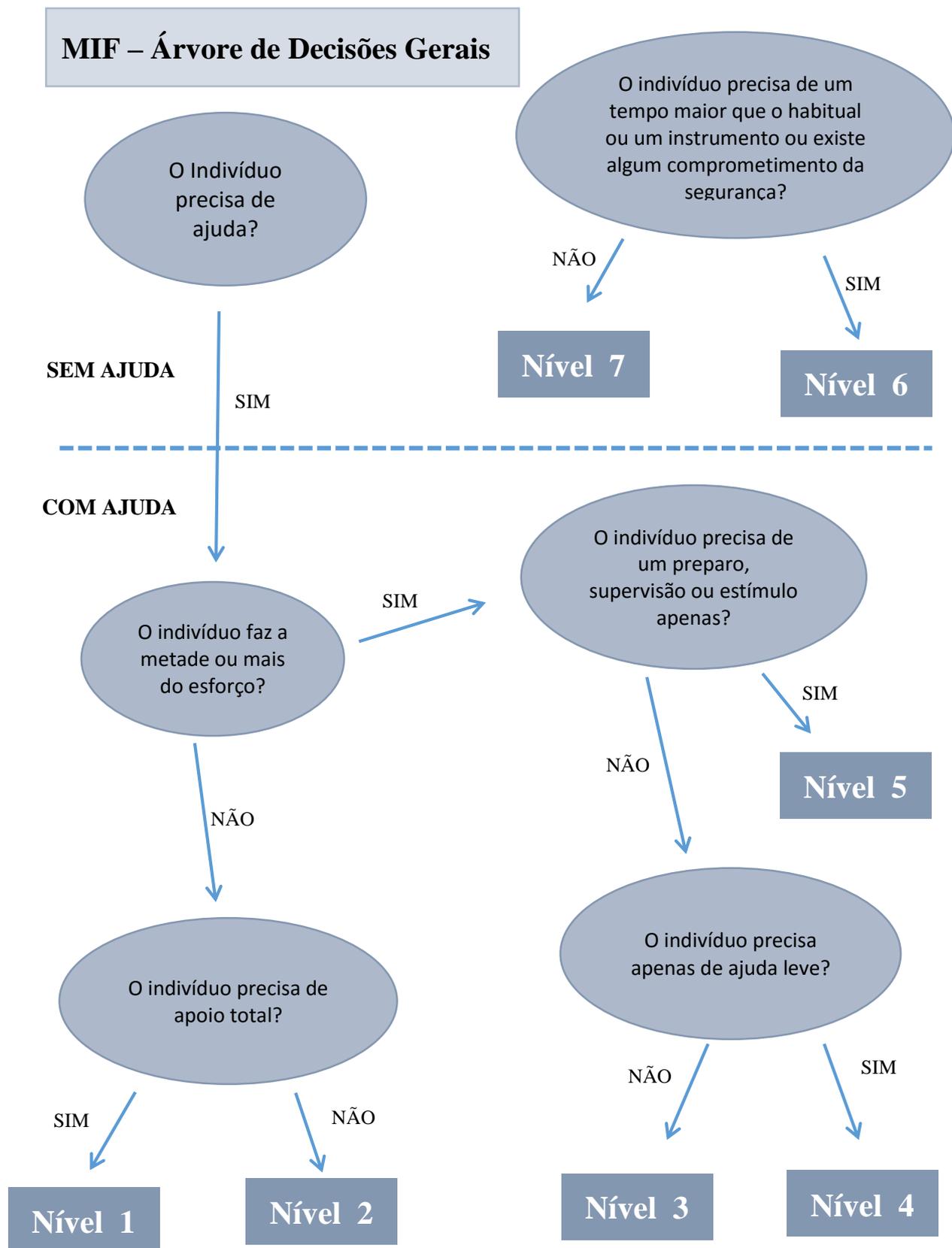
e-mail: vanezia.silva@emescam.br

Prédio Central, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória, 29045-402, ES, Tel. (27) 3334-3573, CI- 1344562-SPTC, CPF- 08026031733, Tel: 27-99279399

Em caso de dúvidas ou maiores informações entre em contato com: Comitê de ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP: End: Prédio central, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória, 29045-402, ES, Tel (27) 3334-3586, email: comitê.etica@emescam.br.

Funcionamento: 2º a 6º feira das 07:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00.

ANEXO E – Árvore de decisões gerais para aplicação da MIF



Fonte: Adaptado de BRASIL (2007b, p. 158.)

ANEXO F – Emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil sócio-demográfico e de saúde dos idosos restritos ao lar e acamados de uma Unidade de Saúde da Família do Município de Vitória- ES

Pesquisador: Vanezia Gonçalves da Silva

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 14983414.7.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 918.025

Data da Relatoria: 11/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda a projeto que foi aprovado pelo CEP em 25 de Março de 2014. O projeto relaciona-se ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) e ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), para o período 2012/2014. Consiste em estudo observacional, transversal, descritivo, de 215 idosos acamados e restritos ao lar, adscritos no território da Unidade de Saúde José Moisés. O projeto prevê entrevista e avaliação física sem métodos invasivos, bem como obtenção de informações através de consulta a prontuários. A emenda apresenta modificações na equipe de pesquisa e nos objetivos/metodologia, bem como ampliação de cronograma (o cronograma original previa encerramento do projeto em 29/08/2014, mas a coleta de dados só foi concluída em novembro/2014), além de vincular o projeto a dissertação de mestrado. Avaliado em 09/12/2014, ficou pendente por não contemplar no cronograma as etapas a serem desenvolvidas para elaboração da dissertação de mestrado (estende-se até fevereiro/2016) e por citar a resolução 196/1998 em riscos e benefícios.

Objetivo da Pesquisa:

Na emenda, o objetivo primário permanece o mesmo (traçar o perfil sócio-demográfico e de saúde dos idosos restritos ao lar e acamados adscritos ao território da Unidade de Saúde da Família José

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 918.025

Moysés). Dos objetivos secundários, dois foram retirados, pois seu cumprimento mostrou-se inviável em campo, e foi acrescentado, "analisar a política nacional de saúde da pessoa idosa". Este último objetivo está relacionado à vinculação do projeto à dissertação de mestrado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Permanecem os mesmos do projeto original. Respondendo às pendências apontadas pelo CEP, a pesquisadora corrigiu resolução 196/1996 por resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante. A emenda justifica-se pelas mudanças metodológicas. O cronograma foi corrigido na resposta às pendências, estendendo-se até a conclusão das etapas relacionadas à dissertação de mestrado à qual o projeto foi vinculado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São os do projeto original.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há. As pendências apontadas pelo CEP foram corrigidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi aprovado pelo CEP: projeto aprovado. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicadas ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
 Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 918.025

VITÓRIA, 17 de Dezembro de 2014

Assinado por:
PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ANEXO G – Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil sócio-demográfico e de saúde dos idosos restritos ao lar e acamados de uma Unidade de Saúde da Família do Município de Vitória- ES

Pesquisador: Vanezia Gonçalves da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14983414.7.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 567.990

Data da Relatoria: 25/03/2014

Apresentação do Projeto:

Segunda apresentação de projeto de pesquisa relacionado ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) e ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), para o período 2012/2014. Ambos os programas envolvem profissionais dos serviços de saúde e docentes e discentes da área de saúde em atividades assistenciais e de ensino e pesquisa. As instituições que participam do projeto são a Emescam, a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Trata-se de proposta para realização de estudo observacional, transversal descritivo, com 215 idosos acamados e restritos ao lar, adscritos no território da Unidade de Saúde de José Moisés. Os dados necessários serão coletados mediante realização de entrevista e avaliação física sem métodos invasivos, dos idosos e/ou responsáveis que concordarem em participar. O projeto define "idoso" como a pessoa de 60 anos ou mais, "idoso acamado" como aquele que não sai do leito sozinho e como "idoso restrito ao lar" aquele que só sai de casa acompanhado. Eventualmente haverá complementação das informações através de consulta aos prontuários dos participantes da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traçar o perfil sócio-demográfico e de saúde dos idosos restritos ao lar e acamados adscritos ao

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**



Continuação do Parecer: 567.990

território da Unidade de Saúde da Família José Moysés.

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar a população de estudo segundo variáveis epidemiológicas.
2. Avaliar a capacidade funcional do idoso no desempenho das atividades de vida diária e das atividades instrumentais de vida diária.
4. Identificar a função cognitiva do idoso.
5. Identificar a presença de quadro depressivo no idoso.
6. Avaliar a sobrecarga dos cuidadores (Zarit) dos idosos.
7. Descrever a percepção do estado de saúde na visão do idoso e/ou cuidador.
8. Investigar as causas da restrição ao domicílio segundo a percepção do idoso e/ou do cuidador.
9. Identificar o histórico de queda e risco domiciliar para quedas.
10. Identificar a presença de polifarmácia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto prevê risco mínimo e propõe minimiza-lo mediante entrevistas ocorram de forma fracionada, com horários e datas pré-agendadas em consenso com o entrevistado. Os benefícios esperados são coletivos, pois a identificação das principais necessidades de saúde da população estudada viabilizará a condução de ações e estratégias de trabalho para a população alvo e suas famílias, visando melhorias em sua qualidade de vida. São também individuais, pois a equipe de saúde da família poderá elaborar um plano terapêutico que melhor atenda às necessidades dos idosos que participarem da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto foi amplamente reformulado. Ao lado de fundamentação teórica embasando a hipótese sob investigação e os métodos propostos, foi reduzido o número de instrumentos de avaliação, que incluem, além do questionário estruturado para dados sócio-demográficos: Escala de avaliação da medida de independência funcional (MIF), Escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de TINETTI, Mini exame do estado mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS), Avaliação da sobrecarga dos cuidadores (Zarit), Avaliação da Polifarmácia no Idoso. A classificação dos participantes da pesquisa será efetuada com base nos parâmetros previstos na validação destes instrumentos e os dados resultantes serão estudados por técnicas de estatística descritiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto correta, assinada pelo diretor da Emescam. Carta de anuência correta, da Secretaria

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 567.990

Municipal de Saúde de Vitória. TCLE adequado, porém em duas páginas com margens grandes (cita o objetivo principal da pesquisa, descreve os procedimentos aos quais o idoso será submetido, informa riscos e benefícios e contém dados de identificação e/ou contato do participante/responsável, do pesquisador e do CEP Emescam). Cronograma prevê início de coleta de dados para 01/06/2014.

Recomendações:

Formatar o TCLE para uma página ou, caso isso não seja possível ou prejudique visualização adequada do texto, acrescentar em cada página campos para assinatura do participante da pesquisa/responsável e do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

EM CUMPRIMENTO ÀS RESOLUÇÕES DA CONEP, POR NÃO HAVER IMPLICAÇÕES ÉTICAS NESTE PROJETO, SEGUIMOS FAVORÁVEL AO PARECER DO RELATOR, E MANTEMOS ESTE PROJETO APROVADO.

VITORIA, 25 de Março de 2014

Assinador por:
PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br