

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

OSNI ANTONIO STEIN JUNIOR

**IMPLICAÇÕES DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS NA
CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS DE UMA
OPERADORA DE SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO
SANTO**

VITÓRIA
2018

OSNI ANTONIO STEIN JUNIOR

**IMPLICAÇÕES DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS NA
CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS DE UMA
OPERADORA DE SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO
SANTO**

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: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame

VITÓRIA
2018

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

S819i Stein Junior, Osni Antonio
Implicações das condições socioeconômicas na capacidade funcional dos idosos de uma operadora de saúde no estado do Espírito Santo / Osni Antonio Stein Junior. - 2019.
72 f. : il.

Orientadora: 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, 2019.

1. Incapacidade funcional. 2. Saúde do idoso – Espírito Santo (Estado). 3. Saúde suplementar - idoso. 4. Nível socioeconômico – idosos – Espírito Santo (Estado). 5. Política Pública de Saúde. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 614

OSNI ANTONIO STEIN JUNIOR

**IMPLICAÇÕES DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS NA
CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS DE UMA
OPERADORA DE SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO
SANTO**

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 19 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora

Profa. Dra. Maria Carlota de Rezende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Profa. Dra. Christiane Lourenço Mota
Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Às minhas mães, Ana Luzia e Najet, ao meu pai, Osni, à minha irmã, Cyntia, à minha namorada, Luciana, e aos meus professores, que me inspiraram e em quem eu me espelho. Vocês pavimentaram este caminho do ser e do saber, prometo não os decepcionar.

AGRADECIMENTOS

Nada disso seria possível se o Senhor, meu Deus, não me sustentasse. Toda honra e agradecimentos a Ti.

Aos meus pais, Ana Luzia, Najet e Osni, que sempre me incentivaram, investiram e me apoiaram a todo instante, mesmo quando o desemprego bateu à porta, mesmo quando Deus levou a minha maior inspiração, mesmo quando eu achei que não era capaz. Apoio em todas as tormentas, qualquer que seja o seu tamanho.

À minha irmã, Cyntia, e a minha namorada, Luciana, que nunca duvidaram da minha capacidade e a todo instante me ofereceram um ombro amigo e um sorriso fácil quando os meus objetivos estavam turvos.

Aos meus amigos e irmãos de vida, Leo e Alex, que sempre me impulsionam e me incentivam a ser um profissional e um cidadão melhor.

À minha gerente Marilza Caetano, que confiou em mim e lutou para que fosse possível o meu ingresso neste programa de mestrado. Sem a sua intervenção, esse sonho não estaria se concretizando.

À minha professora e orientadora Luciana Carrupt Machado Sogame, que me guiou, confiou em mim e me incentivou durante essa caminhada.

Aos idosos assistidos pela Santa Casa Saúde de Vitória, que se disponibilizaram e se prestaram a participar desta pesquisa.

À Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Vitória, que acreditou e investiu na minha formação profissional.

E a todos os amigos e pessoas que fazem parte do meu dia-a-dia, que me inspiram e me desafiam a ser um indivíduo melhor.

Que um dia eu possa retribuir esse apoio incondicional que todos vocês me deram, sinto-me privilegiado por tudo isso!

“Tenta. Fracassa. Não importa. Tenta outra vez. Fracassa de novo. Fracassa melhor”.

(Samuel Beckett)

RESUMO

Os avanços da medicina estão causando uma alteração demográfica na nossa sociedade, onde a parcela acima dos 60 anos cresce exponencialmente. Muitos idosos estão contidos em operadoras de saúde, logo são atendidos por redes privadas de saúde, e um dos objetivos destas é preservar a capacidade funcional desse público. Obstáculos sociais se fazem presentes na vida do idoso, podendo torná-los dependentes caso não consigam prover recursos financeiros para combatê-los. Assim, suspeitando-se que as condições socioeconômicas podem influenciar na capacidade funcional, o objetivo desta pesquisa foi verificar se existe associação entre o perfil socioeconômico e a capacidade funcional de idosos assistidos por uma operadora de saúde. Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, realizada com idosos provenientes de uma operadora de saúde. Coletou-se a informação do perfil socioeconômico com o questionário CCEB, e a funcionalidade foi avaliada por meio do Índice de Katz. Como principais resultados obtivemos média de idade de 71 anos, com variação de 60 a 94 anos. Destes, 74% são do sexo feminino. Quanto à classe econômica, 4% são classe B1, 18% classe B2, 33% classe C1, 19% classe C2 e 27% classe D-E. Em relação ao desfecho, do Índice de Katz, 72,9% foram classificados como independentes e 27,1% como dependentes. A presença ou não de cuidador tem relação com o estado funcional do idoso. Houve associação significativa entre a renda do entrevistado e a presença ou não de cuidador na influência da capacidade funcional desses idosos. Visualizamos um grande desafio desses indivíduos para manter um padrão de vida mínimo e digno, uma vez que a terceira idade é caracterizada por declínios na saúde com potenciais gastos, o que pode gerar interferência na sua capacidade funcional com grande potencial de afetar a sua independência.

Palavras-chave: incapacidade funcional; nível socioeconômico; idoso; saúde suplementar.

ABSTRACT

The advances in medicine are causing a demographic change in our society, where the share above 60 years grows exponentially. Many older people are contained in health care providers and are therefore served by private health networks and one of the objectives of these is to preserve the functional capacity of this public. Social obstacles are present in the life of the elderly, and may make them dependent if they can not provide the financial resources to fight them. Therefore, the objective of this research was to verify if there is an association of the socioeconomic profile and the functional capacity of elderly people assisted by a health care provider, considering that socioeconomic conditions may influence functional capacity. This is an observational, cross-sectional study carried out with elderly people coming from a health care provider. The socioeconomic profile information was collected with the CCEB questionnaire and the functionality was evaluated through the Katz Index. As main results we obtained mean age of 70.8 years, with variation from 60 to 94 years. Of these, 74% are female. As for economy class 4% are class B1, 18% class B2, 33% class C1, 19% class C2 and 27% class D-E. Regarding the outcome of the Katz Index, 72.9% were classified as independent and 27.1% as dependent. The presence or not of caregiver is related to the functional state of the elderly. There was a significant association between the income of the interviewee and the presence or not of the caregiver on the influence of the functional capacity of these elderly people. We see a great challenge for these individuals to maintain a minimum and decent standard of living, since the third age is characterized by health declines with potential expenses, which can generate interference in their functional capacity with great potential to affect their independence.

Keywords: Functional Disability; Socioeconomic Level; Old man; Supplementary Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classes Econômicas
.....23

Tabela 2 – Índice de Katz
.....25

Tabela 3 – Comparação das características socioeconômicas com a presença ou ausência de dependência dos idosos atendidos pela operadora de saúde.....45

LISTA DE SIGLAS

ABEP – Agência Brasileira das Empresas de Pesquisa

ABDV's – Atividades Básicas da Vida Diária

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

CF – Capacidade Funcional

CRASI – Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso

EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Programa de Assistência ao Idoso

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

QUALISS – Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.1 JUSTIFICATIVAS.....	17
1.2 OBJETIVOS.....	18
1.2.1 Objetivo Geral	18
1.2.2 Objetivos Específicos	19
1.3 MATERIAL E MÉTODO.....	19
1.3.1 Tipo de Pesquisa	19
1.3.2 Local	20
1.3.3 Característica da Amostra	20
1.3.3.1 Cálculo Amostral	20
1.3.3.2 Critérios de Inclusão.....	20
1.3.3.3 Critérios de Exclusão	21
1.3.4 Coleta de Dados	21
1.3.4.1 Coleta de Dados Pessoais	21
1.3.4.2 Condições Socioeconômicas	22
1.3.4.3 Avaliação da Capacidade Funcional	23
1.3.4.4 Comitê de Ética.....	25
1.3.5 Análise Estatística	26
1.3.5.1 Análise Descritiva.....	26
1.3.5.2 Análise Univariada	26
2 TRAJETÓRIA DOS DIREITOS DOS IDOSOS	27
2.1 VELHICE NA ANTIGUIDADE	27
2.2 LEI ELOY CHAVES: O PRIMEIRO OLHAR PARA O IDOSO NO BRASIL.....	28
2.3 CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA E SEUS DESAFIOS	30
2.4 A CRIAÇÃO DO SUS E A EXPANSÃO DA SAÚDE PÚBLICA.....	32
2.5 POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA E ESTATUTO DO IDOSO	33
2.6 ATENÇÃO AO IDOSO: RECOMENDAÇÕES DA ANS	36
3 ARTIGO DE PESQUISA	40
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55

REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A – TCLE	63
APÊNDICE B – FICHA DE COLETA DE DADOS PESSOAIS	64
ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO DA ABEP	65
ANEXO B – ÍNDICE DE KATZ	66
ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	67
ANEXO D – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA	71

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O anseio pela eternidade é algo que fascina e instiga o ser humano desde os primórdios de sua existência. A vida eterna não é realidade, porém, com o decorrer dos anos e com as evoluções tecnológicas no campo da medicina, a expectativa de vida do brasileiro vem aumentando significativamente (OLSHANSKY et al., 1991). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), em 2004 a expectativa de vida ao nascer era de 71,58 anos, aumentando para 78,64 anos em 2030 (acesso em 27 de nov. 2018). Projeções realizadas no Brasil mostram que o percentual de cidadãos acima dos 65 anos em 2030 representará 13,54% da população, no presente esse público representa 9,22%. Na atual realidade espírito-santense, com dados de 2018, os idosos representam um percentual de 9,16%, chegando a 14,11% em 2030 (acesso em 27 de nov. 2018).

De acordo com a definição do Estatuto do Idoso, é considerado idoso o indivíduo que tenha igual ou mais de 60 anos de idade (BRASIL, 2003). Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza-o com mais de 65 anos. A população mundial idosa aumenta gradativamente, haja vista que a taxa de natalidade e a taxa de mortalidade precoce vêm diminuindo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Gozar de maior longevidade ampara que as pesquisas em saúde, políticas de saúde e ações de saúde pública empregadas têm acarretado resultados positivos no nosso país, contudo mais ações que busquem o aumento da qualidade e expectativa de vida devem ser instituídas.

Refletir sobre o envelhecimento no Brasil nos emerge algumas dúvidas, tal qual se a sociedade brasileira se encontra preparada para receber e saber lidar com esse público senil. Nos dias que correm, há dois mecanismos os quais contribuíram e contribuem muito para a inserção social, proteção e para os cuidados em saúde com o idoso, que são o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Entretanto, para obtermos uma política que atenda o idoso em todos os seus aspectos biopsicossociais, tivemos que passar por políticas anteriores. Em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), sendo regulamentada em

1996, durante um momento no qual uma nova organização do Sistema Único de Saúde (SUS) estava ocorrendo devido às novas demandas sociais e ao crescimento populacional (FERNANDES; SOARES, 2012). Tal política tinha como objetivos garantir à pessoa idosa os seus direitos sociais, assegurando, para que isso ocorresse, a sua autonomia, integração e participação nas atividades da sociedade (BRASIL, 1994).

Com suporte dessa política, foi criada, em 1999, a Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI), que visava a promoção de saúde, prevenção de doenças, manutenção ou reabilitação da capacidade funcional (CF), assistência às necessidades de saúde do idoso, capacitação de mão de obra e apoio ao desenvolvimento de pesquisas e estudos (BRASIL, 1999).

No ano de 2002, ao considerar a nova realidade populacional e suas demandas, ocorreu a implantação de uma reorganização das redes assistenciais dos idosos e a criação, em todas as unidades federativas, dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (CRASI), a fim de cumprir os objetivos propostos anteriormente (FERNANDES; SOARES, 2012). Já em 2006, numa revisão e atualização das portarias nº 1395/GM de 10 de Dezembro de 1999 (PNSI) e nº 702/GM de 12 de Abril de 2002 (reorganização das redes assistenciais) (BRASIL, 2002), é aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de portaria nº 2258, tratando-se da lei vigente até o presente (BRASIL, 2006a).

Outro considerável documento foi aprovado em 2003 pelo congresso brasileiro, intitulado Estatuto do Idoso, sendo sancionado seguidamente pelo presidente da república. O Estatuto rege todas as necessidades de uma pessoa idosa, inclusive sua saúde, dispostas no capítulo de número IV, que discute especificamente o papel do SUS na atenção ao idoso de forma integral (BRASIL, 2003).

O cuidado de forma integral tem como objetivo atender o que é preconizado nos princípios do SUS. Antes organizados de forma vertical, os processos passam a ser organizados de forma horizontal, o que superará a fragmentação das atividades desenvolvidas dentro destas (RODRIGUES, 2001). De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz, o significado legal de integralidade é um pacote de ações articuladas

entre si, com fins preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso específico, sem prejuízos dos serviços assistenciais (acesso em 25 de jul. 2017). Visto isso, a atuação em equipe multidisciplinar investiga o paciente e a comunidade de diversas formas e com diferentes pontos de vista, abordando cada especificidade destes. O cuidado integral ao idoso é dividido em aspectos curativos, preventivos e de reabilitação (VIEGAS, 2010). Esses aspectos só podem ser atingidos com a interação de profissionais de diferentes áreas e saberes, como educador físico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, médico e psicólogo. O profissional de fisioterapia atua nos três aspectos compreendidos, curativo, preventivo e reabilitativo, portanto é peça fundamental e atuante dentro de uma equipe multidisciplinar.

O trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar também está presente nas diretrizes e protocolos estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esta institui que o cuidado multiprofissional é fundamental para a saúde do idoso, objetivando a melhora da funcionalidade desse indivíduo (BRASIL, 2016). Visando cumprir essa legislação, a operadora de saúde Santa Casa de Saúde de Vitória dispõe de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar denominada Prevbem, constituída por educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, médico endocrinologista, médico geriatra e psicólogo. Uma das justificativas para essa recomendação da ANS está em consonância com um dos pontos frisados pela PNSPI: o principal desafio enfrentado pelo idoso é a diminuição de suas habilidades funcionais, sejam físicas (capacidade funcional) e/ou cognitivas, o que afeta consideravelmente as suas atividades básicas da vida diária (ABVD's).

Entendem-se como funcionalidade ou capacidade funcional (CF) os níveis e a complexidade das atividades que um determinado indivíduo consegue ou não realizar (MILÁN-CALENTI et al., 2010). O idoso possui diversas dificuldades inerentes ao processo fisiológico de envelhecimento, o qual compreende, entre outros fatores, a diminuição da massa muscular estriada esquelética (processo chamado de sarcopenia) e a diminuição das funções cognitivas, como memória e raciocínio, por exemplo (ANDREOTI; OKUMA, 1999). Além desses sistemas citados, visão, propriocepção, sistema somatossensorial e sistema vestibular também ficam prejudicados na terceira idade, tornando a pessoa idosa dependente.

Um instrumento amplamente divulgado e utilizado para avaliar a funcionalidade em indivíduos idosos é a Escala de Katz, também denominada Escala de Independência em Atividades Básicas da Vida Diária (ABDV) (KATZ et al., 1963; LINO et al.; 2008). A escala qualifica o idoso de dependente ou independente para ABVD's. Puls et al. (2014) realizaram um estudo que objetivou avaliar a independência e a fragilidade em idosos que realizaram procedimento cirúrgico de implante de válvula aórtica. Para avaliação das ABVD's, os autores utilizaram a escala de Katz, que foi aplicada em 300 sujeitos idosos. O instrumento se mostrou como um preditor independente e significativo de mortalidade por todas as causas a longo prazo por análise multivariada. Ao final os autores concluíram que o instrumento é um bom preditor para curto e longo prazo de resultados adversos. Hopman-Rock et al. (2018) realizaram uma revisão sistemática a pedido da *European Network for Action on Ageing and Physical Activity (EUNAAPA)*, a fim de verificar a confiabilidade dos instrumentos utilizados para avaliar a funcionalidade de idosos por meio das Atividades Básicas da Vida Diária. Eles citam o trabalho de Kosloski et al. (1998), os quais relataram um coeficiente de teste-reteste de 0,82 ($p < 0,05$), o que denota uma confiabilidade razoável. Já no estudo de Reijneveld, Spijker e Dijkshoom (2007), o objetivo foi avaliar a validade e a confiabilidade da referida escala em idosos de realidades diferentes. O instrumento demonstrou boa consistência interna para grupos étnicos diferentes. Os autores concluíram que o índice ou escala de Katz é válido (a) para avaliar as populações pesquisadas.

Além dos fatores intrínsecos do processo de envelhecimento, já citados, existem fatores socioeconômicos e demográficos que podem influenciar na incapacidade dos idosos. Com essa hipótese, Alves, Leite e Machado (2010) realizaram um estudo de caráter transversal a fim de comprovar a influência dos fatores citados anteriormente, na dependência de indivíduos da terceira idade. Para isso, eles utilizaram dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2003, do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Ao final, os autores concluíram que idosos residentes em unidades federativas com maior desigualdade social tendem a apresentar maior incapacidade funcional. Reforçam ainda que idosos os quais possuem planos de saúde apresentaram menor risco de se tornarem dependentes. Estes apresentaram

menor probabilidade de apresentar incapacidade funcional quando comparados aos idosos que utilizam o SUS. Durante a discussão, afirma-se que esse resultado pode ter ocorrido devido ao uso mais frequente dos serviços de saúde contratados.

Alves, Leite e Machado (2010) afirmam que o quesito internação também apresentou associação significativa para a incapacidade funcional. Assim como a presença de doenças crônicas, também apresentaram correlação com a incapacidade funcional. Os referidos autores ainda encontraram associação ao nível de escolaridade e à renda mensal. Além disso, eles citam que indivíduos com mais tempo de estudo e maior renda podem prover diversas vantagens para a saúde por influenciar fatores psicossociais e de comportamento.

Dada a realidade de desigualdade social no Brasil, o acesso a serviços de saúde podem ser dificultados. O baixo poder econômico pode ser um obstáculo tanto ao acesso quanto à implementação da terapêutica ou das medidas preventivas de doenças. Essa dificuldade pode expor o indivíduo a diversas moléstias, o que vai onerar consideravelmente o sistema de saúde, seja público, seja privado (THIEDE; MCINTRYRE, 2008).

Dessa forma, suspeitando-se que as condições socioeconômicas podem influenciar o acesso da pessoa idosa aos serviços de saúde, bem como a terapias e medicamentos, com possível impacto em sua independência, torna-se de suma importância sua avaliação, o que irá demonstrar em qual classe social esta pessoa se encontra e quais obstáculos se fazem presentes em sua vida (ABEP, 2016). Observando essas questões, perguntamo-nos: qual a condição socioeconômica e funcional dos idosos assistidos pela operadora de saúde Santa Casa de Saúde de Vitória? Existe nessa população estudada associação entre essas duas condições?

1.1 JUSTIFICATIVAS

O envelhecimento é algo natural e aguardado na vida de cada ser humano. Porém, o contentamento por chegar a terceira idade é incompleto quando o idoso não goza de um bom estado físico e mental. O aumento da longevidade deve ter seu alicerce sobre uma boa saúde, para que o indivíduo tenha autonomia e possa exercer todas

as suas atividades plenamente. O levantamento das condições propostas nesta pesquisa norteará a instituição Santa Casa de Saúde de Vitória durante a alocação de recursos na saúde do idoso e auxiliará a implantação de medidas preventivas e de promoção da saúde, o que é extremamente recomendado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A minha formação enquanto profissional da saúde e principalmente fisioterapeuta me aproximou muito dos pacientes da terceira idade, uma vez que esse público requer mais cuidados quando comparados a outras faixas etárias. Desde o princípio da minha trajetória profissional, há quatro anos, tenho interesse em desenvolver pesquisa com idosos. Tal desejo partiu da minha convivência no dia a dia, derivando da observação das barreiras que muitas vezes o público idoso encontra para a realização de um tratamento digno de saúde. Os fatores limitantes, como baixo poder aquisitivo e ou incapacidade de locomoção e cognitiva sempre me pareceram atenuantes para uma reabilitação deficitária, logo pretendo pesquisar e demonstrar como a condição socioeconômica pode influenciar a capacidade funcional dessas pessoas.

Destaca-se que ações profiláticas simples podem ser implementadas na tentativa de reduzir custos para o governo, instituições privadas de saúde e familiares. Porém, ações só poderão ser desenvolvidas se estudos demonstrarem onde estão as deficiências e onde a verba deve ser investida, otimizando o investimento.

Dessa forma, saber as condições socioeconômicas e funcional desse público é de grande valia para a formulação de tais ações voltadas às suas necessidades, promovendo e aumentando sua inserção no convívio social.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Compreender a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, discutindo como as condições socioeconômicas podem afetar a funcionalidade dos idosos assistidos pela operadora de saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil de idosos assistidos pela operadora de saúde Santa Casa de Saúde de Vitória quanto a sexo, idade, condições sociais e econômicas;
- b) Verificar a capacidade funcional de idosos assistidos por uma operadora de saúde;
- c) Demonstrar se existe associação entre as condições sociais e financeiras e a capacidade funcional.

1.3 MATERIAL E MÉTODO

A seguir estão descritos os processos e instrumentos que foram seguidos e utilizados nesta pesquisa.

1.3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa aplicada, explicativa e quantitativa. Foi dividida em três momentos, que ocorreram ou não simultaneamente.

Num primeiro momento, foi realizado um levantamento bibliográfico acerca dos objetivos propostos nesta pesquisa. Foi realizada uma pesquisa de artigos nas bases eletrônicas Pubmed, Lilacs e *Science Direct*. As bibliotecas eletrônicas CAPES e Scielo também foram utilizadas. O período dos artigos pesquisados foi de janeiro de 1970 a janeiro de 2018, nos idiomas português, espanhol e inglês e com os descritores “Incapacidade Funcional”, “Nível Socioeconômico”, “Idoso”, “Saúde Suplementar” e “Economia e Organizações de Saúde”. A partir dessas pesquisas bibliográficas foi realizado um apanhado histórico sobre o desenvolvimento da PNSPI e dos direitos dos idosos, situando o leitor sobre fatos marcantes para a criação destas.

A segunda etapa da pesquisa consistiu na busca e análise de documentos, leis, portarias, normas e decretos envolvidos com as políticas de saúde voltadas aos indivíduos da terceira idade.

Na terceira e última etapa deste estudo transversal, foram aplicados os instrumentos e a coleta de dados junto aos pacientes de acordo com o cálculo amostral, sendo analisados posteriormente, demonstrando, assim, a associação entre sua condição socioeconômica e o nível de sua capacidade funcional.

1.3.2 Local

Os pacientes foram avaliados em dois locais distintos, na sede da operadora de saúde da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Vitória, localizada na cidade de Vitória e Vila Velha/E.S.

1.3.3 Característica da Amostra

1.3.3.1 Cálculo Amostral

Foi realizado um cálculo do tamanho de amostra para verificar a associação entre o nível socioeconômico e a escala de capacidade funcional. Foi considerado um tamanho de efeito igual a 0,3, um nível de significância de 5%, poder de 80% e 10 graus de liberdade (6 categorias no nível socioeconômico e 3 na escala). O total de participantes para compor a amostra foi de 181. O cálculo foi realizado no G-Power 3.1.9.2.

Os idosos foram abordados e convidados a participarem da pesquisa na sala de espera do ambulatório da operadora de saúde enquanto aguardavam consulta médica.

1.3.3.2 Critérios de Inclusão

No presente estudo foram incluídos indivíduos com idade igual e ou superior a sessenta anos em processo de senescência, que não estavam restritos ao leito e

que aceitaram e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) para participar do referido estudo.

1.3.3.3 Critérios de Exclusão

Foram considerados inaptos os pacientes que apresentavam alguma doença em estado avançado, como asma grave, insuficiência cardíaca congestiva, doença obstrutiva crônica e câncer ou que corriam risco de óbito devido a algum procedimento/teste realizado pelo pesquisador.

1.3.4 Coleta de Dados

Os pacientes foram convidados a participar desta pesquisa por meio de abordagem na sala de espera da operadora de saúde, onde foram explicados os riscos e os objetivos da pesquisa. Após abordagem e aceitação do paciente em participar, foram solicitadas leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) e posterior aplicação dos questionários e instrumentos face a face. Quando constatada a necessidade de assistência multidisciplinar para o idoso avaliado, este foi encaminhado para o programa Prevbem Bela Idade. Todos os idosos identificados com algum grau de dependência (49 idosos) receberam encaminhamento para o programa de saúde. Eles foram instruídos a levar o encaminhamento até a sede da operadora de saúde e procurar a secretária do programa, que os matricularia e os encaminharia às especialidades necessárias.

1.3.4.1 Coleta de Dados Pessoais

Inicialmente foi aplicada a ficha de coleta de dados pessoais desenvolvida pelo autor, a fim de levantar dados sobre aspectos pessoais que concernem a vida do idoso avaliado. A ficha elaborada para essa coleta compreende idade, ocupação, estado civil, raça, sexo, renda familiar, renda do entrevistado, número de moradores, residência geracional, classe econômica, resultado do Índice de Katz e presença ou não de cuidador (es) (APÊNDICE B).

1.3.4.2 Condições Socioeconômicas

Para levantamento dos dados socioeconômicos do idoso, foi utilizado um questionário disponibilizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), chamado Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ABEP, 2016) (ANEXO A).

O CCEB avalia o poder de compra do público, dividindo-o em classes econômicas definidas como A, B1, B2, C1, C2, D-E. Tal questionário é baseado num sistema de pontos de acordo com a presença e a quantidade dos bens e serviços que o entrevistado possui e no grau de escolaridade dele. Nos bens de consumo, o questionário tem itens como banheiro (s), de 0 a 14 pontos; empregado (s) doméstico (s), de 0 a 13 pontos; automóvel (eis), de 0 a 11 pontos; microcomputador (es), de 0 a 11 pontos; lava louça (s), de 0 a 6 pontos; geladeira (s), de 0 a 5 pontos; freezer (s), de 0 a 6 pontos; lava roupa (s), de 0 a 6 pontos; DVD (s), de 0 a 6 pontos; micro-ondas, de 0 a 4 pontos; motocicleta (s), de 0 a 3 pontos; e secadora de roupa (s), de 0 a 2 pontos. A pontuação de todos os itens varia de acordo com a presença e ou quantidade desses bens na residência.

Já o grau de escolaridade da pessoa de referência é estratificado em Analfabeto/Fundamental I Incompleto, 0 ponto; Fundamental I Completo/Fundamental II Incompleto, 1 ponto; Fundamental II Completo/Médio Incompleto, 2 pontos; Médio Completo/Superior Incompleto, 4 pontos; Superior Completo, 7 pontos.

O último quesito do questionário refere-se ao acesso aos serviços públicos de água encanada e rua pavimentada, tendo como desfecho dicotômico “sim” ou “não”. Ausência de água encanada, 0 ponto; presença, 4 pontos. Ausência de rua pavimentada, 0 ponto; presença, 2 pontos.

Os indivíduos entrevistados são alocados nas classes econômicas acima citadas, de acordo com a pontuação atingida no questionário, e os cortes são os seguintes:

TABELA 1 – Classes Econômicas

Classe	Pontos
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

Fonte: ABEP (2016).

1.3.4.3 Avaliação da Capacidade Funcional

Existem múltiplos instrumentos que mensuram a capacidade funcional do idoso. No presente estudo, foi empregada a Escala de Katz ou Índice de Katz. A referida escala foi desenvolvida no ano de 1963 pelo médico norte americano Sidney Katz. A concepção desse instrumento veio da necessidade de realizar prognósticos e de mensurar os resultados das condutas empregadas nos pacientes em consonância com a melhora da execução das suas atividades básicas da vida diária (ABDV) (KATZ et al., 1963). Inclusive a escala de Katz também é conhecida pelo nome Escala de Independência em Atividades Básicas da Vida Diária (LINO et al., 2008).

A tradução para o português e a adaptação transcultural para a nossa realidade brasileira foram concebidas no ano de 2008 por Lino et al. (2008) na Fundação Oswaldo Cruz. Precedente a isso, a citada escala já fazia parte da prática de diversos profissionais de saúde no Brasil, no entanto com nomenclaturas confusas e que não se empregavam à realidade sociocultural do nosso país (LINO et al., 2008).

A sequência avaliativa da escala foi pensada com base no desenvolvimento primitivo e motor humano, portanto o índice é baseado nas fases motoras humanas e primitivas (KATZ et al., 1963). A sequência dos itens avaliados, seis no total, ficou desta forma: tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação (LINO et al., 2008). Abaixo a singularidade de cada um desses seis itens avaliados encontra-se discorrida, segundo estudo de Katz et al. (1963), com tradução de Lino et al. (2008).

Tomar banho (chuveiro, banheira ou leito) – é considerado independente o indivíduo que toma banho sozinho ou que requer ajudar para lavar apenas uma região do corpo. É considerado dependente o indivíduo que necessita de auxílio para lavar mais de uma região do corpo e ou que precise de ajuda para entrar ou sair da banheira.

Vestir-se – são considerados independentes o indivíduo que pega as vestimentas no roupeiro e veste-as e os que colocam órteses e próteses sozinhos. Amarrar os sapatos é excluído. É considerado dependente o indivíduo que não consegue vestir-se ou que se veste parcialmente.

Uso do vaso sanitário – é considerado independente o indivíduo que se senta e se levanta da privada, ajeita a roupa e realiza a higiene sozinho. Comadre ou similar só podem ser utilizados no período noturno. É considerado dependente o indivíduo que recebe ajuda para ir ao vaso sanitário ou faz uso de comadres e similares controlados por terceiros.

Transferência – é considerado independente o indivíduo que se deita e se levanta da cama sozinho, bem como senta-se e levanta-se de uma cadeira, podendo fazer uso de apoio mecânico para isso. É considerado dependente o indivíduo que requer auxílio para deitar na cama ou sentar e levantar da cadeira e que não faz nenhuma transferência.

Continência – é considerado independente o indivíduo que tem autocontrole da micção e evacuação. É considerado dependente o indivíduo que tenha incontinência parcial ou total de urina e fezes, que faz uso de enemas ou cateteres para controle parcial ou total e que utiliza urinóis ou comadres controladas por terceiros.

Alimentação – é considerado independente indivíduos que levam a comida do prato à boca. Corte prévio da carne e o preparo dos alimentos estão excluídos. É considerado dependente o indivíduo que requer auxílio para levar a comida à boca, que não come nada ou recebe alimentação parenteral.

O paciente avaliado foi caracterizado como independente ou dependente para cada um dos seis itens avaliados, sempre de acordo com a descrição da escala e a desenvoltura do idoso para aquela função (ANEXO B).

Ao final da aplicação do instrumento, o paciente foi classificado segundo interpretações sugeridas por Katz e Akpom (1976) durante uma revisão da escala em 1976 e adaptada por Lino et al. (2008), cuja pontuação varia de 0 a 6 pontos, logo quanto menor a pontuação, maior o nível de independência e quanto maior a pontuação, maior o nível de dependência, conforme tabela a seguir:

TABELA 2 – Índice de Katz

Índice de Katz	Classificação
0	Independente em todas as seis funções
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas
3	Independente em três funções e dependente em três
4	Independente em duas funções e dependente em quatro
5	Independente em uma função e dependente em cinco funções
6	Dependente em todas as seis funções

Fonte: Katz e Akpom (1976).

Os pontos de corte dessa escala para independente/dependente é o proposto na página do *Hartford Institute for Geriatric Nursing* (1998), da seguinte forma: independente, 0 ponto; dependência moderada, de 1 a 3 pontos; muito dependente, de 4 a 6 pontos. Considerando as pretendidas análises dessa pesquisa, os idosos foram alocados em duas categorias: independentes (0 pontos) ou dependentes (de 1 a 6 pontos), desconsiderando o seu grau de dependência.

1.3.4.4 Comitê de Ética

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Foi emitido parecer consubstanciado de número 2.299.120 (ANEXO D).

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foram coletados dados dos pacientes, que são de total responsabilidade do pesquisador. Este tem como prioridade o respeito para com o paciente e o sigilo dos dados obtidos. A proposta para a realização deste estudo foi baseada nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12. Os dados coletados serão mantidos em sigilo e após a finalização da pesquisa serão arquivados em local seguro pelo período de cinco anos.

1.3.5 Análise Estatística

1.3.5.1 Análise Descritiva

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

1.3.5.2 Análise Univariada

Foi realizada usando a associação do desfecho e das variáveis, logo utilizamos o teste de Qui-Quadrado, considerando-se a variável dependente, a capacidade funciona; e a independente, condições socioeconômicas. O resíduo do Qui-Quadrado foi realizado para as variáveis “presença ou não de cuidador” e “renda do entrevistado”, tendo em vista que, após a análise inicial do teste estatístico, identificou $p < 0,05$.

2 TRAJETÓRIA DOS DIREITOS DOS IDOSOS

A atenção ao público da terceira idade nem sempre foi uma prioridade. No passado esse público foi preterido em relação às demais faixas etárias da população. Para chegar aos mecanismos legais que conhecemos hoje, foram necessários muitos anos e muitas pesquisas. Neste capítulo faremos uma abordagem dessa trajetória, apresentando as principais leis que convergem para garantir o direito da pessoa idosa.

2.1 VELHICE NA ANTIGUIDADE

Na literatura poucos trabalhos citam passagens históricas do envelhecimento pelo mundo. Algumas nações possuem registros mais claros quanto ao espaço que o idoso ocupava na sociedade, porém a maioria destas citam pessoas que chegaram a terceira idade consideradas sujeitos bem-sucedidos. Velhos pobres e mulheres não são citados. Diz-se que em muitas sociedades os idosos eram assassinados, principalmente os mais humildes (BEAUVOIR, 1990).

Na China antiga dois personagens chamam atenção devido às suas escrituras sobre o papel do idoso na família chinesa, Lao-Tsé (604-531 a.C.) e Confúcio (551-531 a.C.). Lao-Tsé enxergava a velhice como uma elevação do espírito, conseguindo sua libertação e santificação ao atingir os sessenta anos. Confúcio descreve a organização familiar chinesa na antiguidade, uma vez que a China tradicionalmente respeita seu ancião. Ele relata que todos os moradores de uma residência deveriam respeitar e obedecer ao homem mais velho. Inclusive a mulher idosa, tida como subordinada nesta época, tinha um *status* a ser respeitado. A justificativa para esse respeito é a grande sabedoria adquirida durante os anos (SANTOS, 2001).

Na Grécia antiga existem alguns documentos de importantes filósofos que demonstram como a velhice era vista naqueles tempos. Sócrates afirma que a velhice para alguns indivíduos era um fardo; para outros, esse fardo não seria tão sentido, desde que estivessem preparados (SANTOS, 2001). Homero (VIII a.C.) assegurava que velhice e sabedoria andavam lado a lado, mas que os deuses gregos não gostavam dela (LARA, 1989). Platão acreditava que somente os homens

mais sábios poderiam um dia governar, tendo que passar por diversos conhecimentos ao longo da vida, chegando ao seu ápice aos cinquenta anos, idoso para o período. Afirmava também que os velhos deveriam mandar e os jovens obedecer e acatar. Aristóteles tinha o pensamento igual ao de Platão quanto à evolução intelectual, chegando ao seu ápice aos cinquenta anos, porém ele discorre sobre o declínio fisiológico a partir desta idade, tornando o sujeito frágil e desprotegido (BEAUVOIR, 1990).

Em algumas passagens bíblicas, são citados trechos com ênfase no idoso. Em Provérbios 16:31, discorre-se: “Coroa de honra são as cãs, achando-se elas no caminho da justiça” (BÍBLIA, 2009, p. 147). Nessa passagem a velhice é tida como uma benção, mas em algumas passagens ela é tida como algo penoso, como em Eclesiastes 12:1: “Lembra-te do teu Criador nos dias da tua mocidade, antes que venham os maus dias, e cheguem os anos dos quais venhas a dizer: Não tenho neles contentamento” (BÍBLIA, 2009 p. 174).

2.2 LEI ELOY CHAVES: O PRIMEIRO OLHAR PARA O IDOSO NO BRASIL

Para compreendermos o atual panorama das políticas voltadas à pessoa idosa, devemos voltar ao início do século XX, quando funcionários de uma mesma empresa e empregadores criaram fundos de auxílio mútuo, os quais tinham como objetivo amparar o trabalhador em caso de velhice ou doença.

Até 1922 o governo não possuía nenhum tipo de fundo assistencial voltado ao trabalhador. Em 1923, devido à promulgação da Lei Eloy Chaves, foi criada a Caixa de Aposentadoria e Pensões – CAP – para os trabalhadores das ferrovias. Porém, a participação governamental era inexpressiva, ficando a cargo de empregados e empregadores a gerência do fundo (BATICH, 2004).

A expansão das CAPs era realizada de acordo com a capacidade de mobilização de cada categoria, ou seja, apenas categorias com grande representatividade conseguiam criar os seus fundos, como era o caso dos trabalhadores das ferrovias. Trabalhadores rurais não tinham essa mesma capacidade de mobilização, logo não

possuíam um fundo, apesar de o café ser um importante produto da economia brasileira. O governo só prestava assistência a quem “importunava” (BATICH, 2004). Na década de 1930, houve a grande crise econômica em consequência da quebra da bolsa de valores de Nova York, Estados Unidos da América (EUA), afetando consideravelmente a exportação de café. Devido a isso ocorreu uma mudança no cenário econômico brasileiro, havendo o crescimento do número de indústrias acompanhado de um grande êxodo rural para servirem de mão de obra nessas empresas. O aumento do número de trabalhadores motivou um aumento do conflito entre proletariado e empregados, que buscavam melhorias e garantias trabalhistas. Devido à escalada dos conflitos, o governo assumiu a responsabilidade pela gerência dos fundos de auxílio, aglutinando os trabalhadores por categoria de trabalho e não mais por empresas, e expandindo a seguridade por todo o território nacional. Nesse momento estava sendo gerado o sistema de aposentadorias que conhecemos hoje, garantindo recursos e devido descanso ao trabalhador ao chegar à terceira idade (BATICH, 2004).

Durante a década de 1970, os cuidados com os idosos eram feitos apenas em caráter de caridade e realizados por instituições sem fins lucrativos. Em 1976, sobre a idealização do gerontólogo Marcelo Antonio Salgado do Nascimento e Silva, foram realizados seminários regionais em três capitais brasileiras, São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza, e um nacional, realizado em Brasília. O principal objetivo desses seminários foi criar um diagnóstico sobre a velhice no Brasil (conceituar quem era a pessoa idosa) e discutir políticas de assistência e promoção da saúde voltadas a esse público (RODRIGUES, 2001). Desses seminários realizados, surgiu, sobre a batuta da Secretaria de Assistência Social, um documento intitulado Políticas Para a 3ª Idade – Diretrizes Básicas.

Um ano antes da criação desse documento, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) criou o primeiro programa nacional voltado para os cidadãos idosos, chamado de PAI – Programa de Assistência ao Idoso –, que organizava grupos de convivência nas dependências dos prédios dessa instituição, algo que se assemelha aos centros de convivência na cidade de Vitória. Nessa época qualquer pessoa acima de 70 anos ou pessoa considerada inválida podia receber a assistência do

INPS, mesmo não tendo contribuído financeiramente durante os anos trabalhados (RODRIGUES, 2001).

Somente na década de 80, com o fim da ditadura militar, a previdência estabeleceu diretrizes mais amplas para a proteção social. E em 1988, com a criação da nova Constituição, a assistência social se tornou um direito de cidadania e os serviços públicos de saúde, antes ofertados apenas a trabalhadores, foram expandidos a todos os cidadãos, inclusive aos idosos (BATICH, 2004).

O surgimento e a criação da Previdência Social são uma vitória muito significativa do povo brasileiro, que pôde se aposentar durante a velhice e ao mesmo tempo ser provido de recurso financeiro para o seu sustento, mesmo que este seja insuficiente em grande parte dos casos.

No tópico a seguir serão abordados os novos desafios, em consonância com o novo panorama da sociedade, que vê o público da terceira idade crescer substancialmente.

2.3 CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA E SEUS DESAFIOS

A evolução da humanidade em todos os seus aspectos tornou possível o crescimento da longevidade do indivíduo. A expectativa de vida cresceu substancialmente quando comparada à antiguidade. Segundo o IBGE, expectativa de vida é definida como “o número médio de anos que um indivíduo de idade X esperaria viver a partir desta idade, se estivesse sujeito a uma lei de mortalidade observada [...]” (BRASIL, 2008).

Ao mesmo tempo em que o crescimento da expectativa de vida é algo para ser comemorado, ele nos traz diversas questões problematizadoras, pois uma sociedade que possua grande número de idosos terá uma previdência social mais sobrecarregada e um valor maior com gastos em saúde (HADDAD, 2001).

O aumento proporcional do número de idosos em relação à população total nos países não se dá somente à redução da taxa de mortalidade destes, mas também devido à diminuição da taxa de fecundidade. Esses dois fatores associados tornam a

população de uma nação velha (CARVALHO; GARCIA, 2003). A taxa de fecundidade no Brasil era de 5,8% entre 1965 e 1970, diminuindo para 1,8% entre 2002 e 2005 (BRASIL, 2009). Neste momento o Brasil deve se preparar para um aumento significativo das taxas de dependência dos idosos.

A previdência social tem como papel fundamental suprir a necessidade do trabalhador e de sua família quando este não estiver mais capacitado física e ou psicologicamente de prover seu sustento. No referido texto estamos fazendo menção ao declínio do ser humano devido a processos fisiológicos do envelhecimento, logo, sobre o idoso e a previdência. O crescimento dessa população, que segundo o IBGE representará 14,11% em 2030 (acesso em 27 de nov. 2018), traz consigo algumas características inerentes a cada povo, como política, economia, cultura e sociedade, e esses fatores influenciarão diretamente a qualidade do envelhecimento dessa população (BATICH, 2004).

Um mercado de trabalho excludente e pouco paciente, é o que temos hoje. O idoso por diversas vezes é preterido em relação ao jovem. As empresas acreditam que idosos não têm a competência dos jovens, e que aqueles devem buscar a aposentadoria porque merecem descansar, já fizeram a sua parte e devem ceder espaço ou por que os consideram inúteis. Por outro lado, se deixam a desejar nas capacidades físicas ou cognitivas, o idoso se sobressai na assiduidade, tranquilidade e paciência, qualidades que o ajudam a realizar difíceis tarefas e a tomar decisões complexas com mais clareza, sem afobamento (ZIMERMAN, 2000).

Alguns fatores contribuem para a dificuldade da inserção da pessoa idosa no mercado de trabalho, como a informatização dos sistemas, carência de qualificação e baixo nível educacional (BRASIL, 2004) (SILVA et al., 2007). Esses três quesitos, associados ao preconceito da sociedade, muitas vezes forçam o indivíduo a se aposentar, o que inicialmente é visto como algo bom para o trabalhador, mas que pode gerar crise existencial, angústia, marginalização, isolamento e diminuição dos seus proventos, afetando diretamente sua saúde e qualidade de vida (SILVA et al., 2007). Em observância ao exposto acima, entendo que as políticas econômicas financeiras e de saúde devem ser pensadas e estudadas a fim de precaver um rombo nas finanças do país. Medidas de promoção de saúde, prevenção de

doenças, inserção social e conscientização devem ser realizadas para que ocorra um envelhecimento saudável da população e para que aquelas pessoas que já são consideradas idosas possam ter a assistência de saúde respaldada por lei.

2.4 A CRIAÇÃO DO SUS E A EXPANSÃO DA SAÚDE PÚBLICA

Após as pressões sociais e a organização de movimentos sanitaristas, no ano de 1988 é implantada a nova Constituição Brasileira e um dos pontos frisados é o acesso à saúde a todo cidadão brasileiro, sendo dever do Estado provê-la. É relatado da seguinte forma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1995).

Em 1990 é regulamentada a Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei nº 8142/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), suas funções, obrigações e a participação da sociedade. O artigo 7º da primeira lei citada discorre sobre os princípios e diretrizes do SUS, detalhando o seguinte: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da

população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

Pesquisando sobre o SUS observo que se trata de um sistema abrangente e mutável. Analisando o seu planejamento fica claro os seus objetivos e os meios criados para alcançá-los. Porém, a realidade do sistema é crítica. Estrutura precária e sucateada com o corpo de trabalho mal remunerado tornam o sistema muitas vezes ineficiente, não respeitando as suas diretrizes, estabelecidas durante a sua fundação.

Dadas as dimensões territoriais e populacionais do Brasil, o SUS apresenta grande dificuldade de fornecer um serviço de saúde de qualidade a todos os seus cidadãos. Visto isso, começaram a surgir instituições privadas que pretendiam preencher essa lacuna. Porém, antes de 1998, não existia um órgão que regulasse as operadoras de saúde, logo o mercado de serviços de saúde privados usufruía de uma liberdade quase que incondicional, o que colocava em risco clientes e pacientes. Em observância a esses fatos foi criada no ano de 1998 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sob a Lei nº 9.656/98. A ANS cria normas, controla e fiscaliza as empresas privadas de saúde (operadoras), a fim de garantir o interesse público e dos cidadãos (MALTA; JORGE, 2008).

2.5 POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA E ESTATUTO DO IDOSO

O olhar sobre as necessidades da pessoa idosa no Brasil é recente. Somente em 1994 é que foi pensada uma política nacional para esse público, a qual vem crescendo exponencialmente. Durante muitos anos, acreditava-se que os investimentos em saúde materno-infantil eram mais importantes do que o investimento no público da terceira idade, uma vez que essa nova geração iria contribuir para o crescimento e desenvolvimento da nação. Porém, anos mais tarde

ficou evidente que tal pensamento é um tanto equivocados. Um idoso saudável gera menos custos assistenciais e produz riqueza por mais anos, portanto investir na qualidade de vida, com ações não só curativas, mas também preventivas ao longo da vida e no início da velhice é fundamental para que um sistema de saúde tenha a sua saúde financeira boa (FERNANDES; SOARES, 2012).

Antes de 1994 as ações voltadas ao idoso eram de caráter caritativo e de proteção. Um exemplo disso foi a aposentadoria para os trabalhadores rurais e as pensões vitalícias para necessitados urbanos e rurais acima dos setenta anos, regulamentadas por meio da Lei nº 6179 de 1974 (RODRIGUES, 2001). Já em 1994 é aprovada a Política Nacional do Idoso, que foi promulgada em 1996 e tinha como objetivo garantir os direitos sociais deste, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. No que envolve a área da saúde, tal lei explanava a garantia ao atendimento na saúde em todos os níveis do SUS (recuperação, prevenção, proteção e nas ações de promoção de ações de saúde). Houve também a aplicação de normas geriátricas em serviços de saúde e hospitais, sempre sob a fiscalização do SUS (BRASIL, 1994).

Passados cinco anos da criação da Lei nº 8842/94, foi criada, em 1999, a Lei nº 1395/GM, em 20 de agosto, denominada Política Nacional de Saúde do Idoso, específica para ações de saúde dos idosos (BRASIL, 1999).

Em 2003 tivemos a criação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). O estatuto é dividido em vários temas e capítulos que concernem a vida da pessoa idosa, como do direito à vida; do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade; dos alimentos; do direito à saúde; da educação, cultura, esporte e lazer; da profissionalização e do trabalho; da previdência social; da assistência social; da habitação; do transporte; das medidas específicas de proteção; das entidades de atendimento ao idoso; da fiscalização das entidades de atendimento do idoso; das infrações administrativas; da apuração administrativa de infração às normas de proteção ao idoso; da apuração judicial de irregularidades em entidade de atendimento; do acesso à justiça, entre outros. O estatuto foi criado para regulamentar os órgãos envolvidos na atenção à pessoa idosa, assegurar o seu espaço na sociedade e garantir os direitos a essas pessoas enquanto cidadãos, diminuindo as desigualdades e coibindo o

preconceito, prevendo em lei punição para o indivíduo que agredir física ou moralmente e ou cercear o direito de qualquer pessoa idosa (BRASIL, 2003).

O capítulo IV da 3ª edição e 2ª reimpressão do Estatuto do Idoso, denominado “Do Direito à Saúde”, expressa o seguinte:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2013 p. 13).

O capítulo citado acima é dividido em prevenção e manutenção da saúde do idoso; garantia de acesso gratuito a serviços de saúde, medicamentos, órteses e próteses; proibição de cobrança diferenciada dos planos de saúde devido à idade avançada; idosos deficientes ou com limitação incapacitante devem ter atendimento nas especialidades de que necessita; é vedada a exigência da presença de idosos enfermos em órgãos públicos, assegurando a presença de peritos do INSS no domicílio desses idosos, caso não tenham condições de ir até uma agência desse órgão. Idosos acima de oitenta anos têm preferência perante a outros idosos com idade inferior, salvo em emergências (BRASIL, 2003). O Estatuto do Idoso veio para assegurar os direitos e manter a dignidade desse público. Junto com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006, representa um importante papel norteador nas políticas de saúde para esses indivíduos.

Em 2006 foi criada a lei vigente que assegura os direitos à saúde do idoso, denominada Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por meio da Portaria nº 2528 (BRASIL, 2006a). Tal lei diz respeito às medidas que devem ser tomadas nos diferentes níveis do SUS para atender uma demanda crescente de idosos no nosso país. O objetivo dela é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, por meio de medidas coletivas e individuais. Para que isso ocorra, é necessária a readequação e a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que possibilita a identificação de idosos nos lares e o grau de vulnerabilidade social das famílias em que eles estão compreendidos (BRASIL, 2006a). O Sistema Único de Saúde não era capaz de oferecer um serviço amplo e de qualidade para esse

público, devido a uma organização histórica focada na assistência materno infantil (BRASIL, 2006a). É essencial a participação de governantes de todas as esferas na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, pois há a necessidade de discutir como as ações e as estratégias propostas por essa lei possam ser implantadas na prática (BRASIL, 2006a).

Com a atualização da ESF e a ampliação da atenção básica, os idosos passam a contar com visitas mensais de agentes de saúde, que tem como objetivo identificar possíveis fatores os quais possam atentar contra a saúde desse público. Por meio de informação e orientações realizadas por esses profissionais, diversas moléstias são prevenidas e ou identificadas. O profissional desse eixo deve ter a capacidade de realizar e identificar um panorama multissocial desse idoso, abordando a família e o meio onde esse indivíduo está inserido. Se no passado a saúde do idoso era preterida em relação a outras faixas etárias, hoje isso não mais condiz com a realidade. Possuímos leis e mecanismos que abordam integralmente esse público e sempre num contexto biopsicossocial, considerando diversas esferas que concernem a vida do idoso brasileiro (BRASIL, 2006b).

2.6 ATENÇÃO AO IDOSO: RECOMENDAÇÕES DA ANS

Com o objetivo de inserir o setor de saúde suplementar na atenção ao idoso, a ANS criou um projeto denominado “Idoso Bem Cuidado”. Idosos na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor (BRASIL, 2016).

O cenário da saúde brasileira passou por grandes transições nas últimas décadas. Segundo a ANS, é dividida em transição epidemiológica, mudando o perfil das doenças, antes doenças agudas e hoje doenças crônicas degenerativas; transição demográfica, aumentando significativamente a parcela idosa da população; e transição tecnológica, com a invenção de novos métodos diagnósticos e terapêuticos capazes de identificar e tratar uma gama enorme de doenças (BRASIL, 2016). Porém, uma transição é vital e ainda não se efetivou: a transição do cuidado, em que a rede de assistência se encontra preparada para tratar doenças agudas, de

caráter curativo, não havendo um grande leque de programas de prevenção de doenças e promoção de saúde (BRASIL, 2016).

Os gastos em saúde com idosos é diretamente ligado ao número de anos que este consegue manter-se saudável, logo, quanto mais se postergar o acometimento das doenças crônicas (por meio de programas de prevenção), mais verba será economizada (BRASIL, 2016). Os atuais sistemas de saúde (público e privado) se mostram ineficazes para o perfil epidemiológico apresentado pelos novos idosos, pois focam em atendimentos de caráter curativo, com um modelo centrado na doença já estabelecida (BRASIL, 2016). Devido a isso, do ponto de vista da saúde coletiva, a manutenção da capacidade funcional é o melhor meio para adequação do sistema, devendo ser mantida pelo maior tempo possível (BRASIL, 2016). O que se observam nos centros de saúde são múltiplas consultas, exames e medicações, o que não é saudável nem para o sistema nem para o paciente, gerando grande impacto financeiro no setor e podendo gerar iatrogenia (quando um método terapêutico traz prejuízo ao invés da cura) nos pacientes devido à grande prescrição de medicamentos e exames radiológicos ionizantes desnecessários (BRASIL, 2016).

A Universidade Aberta da Terceira Idade, observando o atual sistema de saúde suplementar, as novas necessidades do público acima de 60 anos e em consonância com o Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar (QUALISS) (avalia a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de saúde), fez uma proposta de reestruturação na assistência ao idoso, nos âmbitos de gestão e economia de saúde (BRASIL, 2016). Resumidamente, essa proposta estabelece os percursos assistenciais que o indivíduo idoso deve realizar dentro de um plano de saúde, sempre de acordo com o seu estado de fragilidade (BRASIL, 2016).

O percurso assistencial é dividido em cinco níveis de hierarquia, são eles: nível 1, acolhimento; nível 2, centro sócio sanitário, ambulatório e centro dia; nível 3, ambulatório geriátrico, atenção domiciliar e reabilitação; nível 4, curta duração: atenção domiciliar, emergência e internação de casos agudos, hospital dia e noite; nível 5, longa duração: unidade de reabilitação, residência assistida e instituição de longa permanência de idosos (BRASIL, 2016). Os três primeiros níveis são

considerados leves, e neles são identificados os riscos, prevendo possíveis doenças crônicas e sua piora (BRASIL, 2016).

O objetivo dessa proposta é priorizar a hierarquização do sistema de atendimento ao idoso (BRASIL, 2016). Nos três primeiros níveis, concentram-se 90% das necessidades da pessoa idosa. A atuação multidisciplinar é incentivada e fundamental para esse sistema. São cruciais ações de educação, promoção de saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação (BRASIL, 2016).

Hoje a operadora de saúde que não articula todos esses cuidados, utilizando para isso uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, tem como principal porta de entrada para seus idosos os pronto atendimentos dos hospitais, locais onde será tratada a doença na sua forma já instalada, onerando demais o sistema e colocando o idoso em estado de vulnerabilidade devido ao ambiente com alto risco infecto contagioso (BRASIL, 2016). Logo, o que a ANS preconiza é a transformação do modelo de atenção à apenas uma doença crônica para um modelo de gestão de perfil de saúde, enxergando o paciente por uma ótica ampla, avaliando todas as suas enfermidades e suas vulnerabilidades sociais (BRASIL, 2016).

Levando em consideração o que é proposto pela ANS, o Santa Casa de Saúde, prezando pela qualidade de vida de seus usuários e por sua sustentabilidade financeira, investiu, formou e qualificou uma equipe multidisciplinar denominada Prevbem Bela Idade para atender o público idoso. A equipe é formada por médico geriatra, médico cardiologista, nutricionista, profissional de educação física, psicóloga, secretária administrativa e fisioterapeuta. O programa foi idealizado segundo as recomendações feitas no documento “Idosos na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor”. As individualidades de cada idoso sempre são respeitadas e levadas em consideração (BRASIL, 2016). Seguindo as recomendações do documento citado anteriormente, há duas formas de o idoso ingressar no programa. A primeira é a identificação de riscos por profissionais da rede assistencial, que encaminham o paciente até a secretária administrativa e esta o encaminha para a médica geriatra, a qual distribui as outras especialidades conforme as suas necessidades. A segunda forma de

entrada no programa se dá por meio da análise de sinistralidade deste paciente. Identificada alta sinistralidade, ele é contatado pela secretária, que o encaminha à médica geriatra, a qual realiza a triagem para as outras especialidades, sempre de acordo com a necessidade. No programa, o idoso é cuidado de forma integral, desde intervenções medicinais até educação quanto a cuidados domiciliares e de saúde. Cada profissional avalia uma possível alta de sua especialidade ou a permanência do paciente no programa. Quando alguma especialidade não compreendida pelo programa é necessária, neurologista por exemplo, o paciente é encaminhado.

O plano de saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória foi criado em 1998, a fim de assistir pacientes com baixo poder aquisitivo e que já eram assistidos pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia, esta que se caracteriza por atendimentos filantrópicos voltados a comunidade em geral. Após vinte anos de sua fundação, possui nove mil vidas, sendo três mil e quinhentas da terceira idade, compreendidas em sua grande maioria nas classes econômicas C e D-E (informação verbal)¹. A operadora está em constante inovação, seguindo veementemente as sugestões e considerações feitas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que regula as operadoras de saúde no Brasil (informação verbal)¹. O Prevbem já existe há cinco anos, sendo que o Bela Idade existe há dois. O idoso é identificado por profissionais da rede assistencial e encaminhado até a secretária do programa. Lá ele é recebido e encaminhado a todas as especialidades conforme explicado anteriormente. Cada profissional realiza sua avaliação e, caso julgue necessário, indica um tratamento para este indivíduo. Se nenhum problema for identificado, o paciente tem alta específica daquela especialidade em questão. Hoje o Prevbem Bela Idade conta com 136 idosos inscritos, que são acompanhados semanalmente pelos profissionais da equipe.

¹ Informação fornecida por Marilza da Graça Caetano, gerente da operadora de saúde desde 1997.

3 ARTIGO DE PESQUISA

Implicações das condições socioeconômicas na capacidade funcional dos idosos de uma operadora de saúde no estado do Espírito Santo

Implications of socioeconomic conditions on the functional capacity of the elderly of a health care provider in the state of the Espírito Santo

Resumo

Objetivo: verificar se existe associação do perfil socioeconômico e a capacidade funcional de idosos assistidos por uma operadora de saúde. *Método:* Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, realizada com idosos de uma operadora de saúde. O cálculo amostral indicou a avaliação de 181 indivíduos. Foi realizada uma análise univariada utilizando o teste de Qui-Quadrado para associação dos desfechos e das variáveis. O valor de p foi fixado em 0,05. *Resultados:* Obtivemos média de idade de 70,8 anos, com variação de 60 a 94 anos. Destes, 74% são do sexo feminino. Em relação ao desfecho, 72,9% foram classificados como independentes e 27,1% como dependentes. Houve associação significativa entre a renda do entrevistado e na presença ou não de cuidador na influência da capacidade funcional. No item “renda do entrevistado”, a categoria “De dois a quatro salários mínimos” teve como valor residual 2,8 para independência, sendo ela a responsável pela associação. No outro item com associação significativa, “presença de cuidador”, o valor residual responsável pela associação foi de 2,3 para independência em indivíduos que não possuem cuidador e obtivemos o mesmo valor de 2,3 para o estado de dependência para indivíduos que possuem cuidador. *Conclusão:* Visualizamos um grande desafio desses indivíduos para manter um padrão de vida mínimo e digno, uma vez que a terceira idade é caracterizada por declínios na saúde com potenciais gastos, o que pode gerar interferência na sua capacidade funcional com grande potencial de afetar a sua independência.

Palavras-Chave: Incapacidade Funcional; Nível Socioeconômico; Idoso; Saúde Suplementar; Economia e Organizações de Saúde.

Abstract

Objective: to verify if there is an association of the socioeconomic profile and the functional capacity of elderly people assisted by a health care provider. *Method:* This is a cross-sectional, observational study performed with the elderly of a health care provider. The sample calculation led to the evaluation of 181 individuals. A univariate analysis was performed using the chi-square test for the association of outcomes and variables. The p value was set at 0,05. *Results:* We obtained mean age of 70.8 years, ranging from 60 to 94 years. Of these, 74% are female. Regarding the outcome, 72.9% were classified as independent and 27.1% as dependent. There was a significant association between the income of the interviewee and the presence or absence of caregiver in the influence of functional capacity. In the income item of the interviewee the category 'From two to four minimum wages' had residual value 2.8 for independence, being responsible for the association. In the other item with a significant association, 'caregiver presence', the residual value responsible for the association was 2.3 for independence in individuals who did not have a caregiver, and we obtained the same value of 2.3 for the dependency state for individuals who have caretaker. *Conclusion:* We observed a great challenge of these individuals to maintain a minimum and decent standard of living, since the third age is characterized by health declines with potential expenses, which can generate interference in their functional capacity with great potential to affect the their independence.

Keywords: Functional Disability; Socioeconomic Level; Old man; Supplementary Health; Economics and Health Organizations.

INTRODUÇÃO

O anseio pela eternidade fascina e instiga o ser humano desde os primórdios de sua existência. A vida eterna não é realidade, porém, com o decorrer dos anos e com as evoluções tecnológicas no campo da medicina, a expectativa de vida do brasileiro vem aumentando significativamente, aumentando substancialmente o público da terceira idade¹. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), em 2004 a expectativa de vida ao nascer era de 71,58 anos, aumentando para 78,64 anos em 2030². De acordo com a definição do Estatuto Nacional do Idoso, é considerado idoso o indivíduo que tenha igual ou mais de 60 anos de idade³.

Além do Estatuto do Idoso, foi implantada em 2006 a lei vigente que assegura os direitos à saúde do idoso, denominada Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por meio da Portaria nº 2528⁴. Tal lei diz respeito às medidas que devem ser tomadas nos diferentes níveis do SUS para atender uma demanda crescente de idosos no nosso país. O objetivo dela é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência⁴. Além do SUS, os idosos estão contidos em operadoras de saúde, logo são atendidos por redes privadas de saúde. Para que o cuidado desse público seja desenvolvido de maneira uniforme em todos os setores assistenciais, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criou o projeto intitulado “Idoso Bem Cuidado”. Em ambos os sistemas, a independência é preconizada, visando à manutenção de uma adequada capacidade funcional.

Funcionalidade ou capacidade funcional (CF) é compreendida como os níveis e a complexidade das atividades que um determinado indivíduo consegue ou não realizar, estando diretamente ligada a independência ou dependência do sujeito⁵. O idoso possui diversas dificuldades inerentes ao processo fisiológico de envelhecimento, que compreendem, entre outras coisas, a diminuição da massa muscular estriada esquelética (processo chamado de sarcopenia) e a diminuição das funções cognitivas, como memória e raciocínio⁶.

Além dos declínios psicofísicos acima, obstáculos sociais característicos da realidade brasileira se fazem presentes, podendo torná-los vulneráveis caso não

consigam prover recursos financeiros (condição socioeconômica) para combatê-los⁷. Um desses fatores é a dificuldade de inserção da pessoa idosa no mercado de trabalho, devido à informatização dos sistemas, à carência de qualificação e ao baixo nível educacional, muitas vezes apresentado por essa população^{8,9}. Esses três quesitos, associados ao preconceito da sociedade, muitas vezes forçam o indivíduo a se aposentar, o que inicialmente é visto como algo bom para o trabalhador, mas que pode gerar crise existencial, angústia, marginalização, isolamento e diminuição dos seus proventos, afetando diretamente sua saúde e qualidade de vida⁹.

Dessa forma, suspeitando-se que as condições socioeconômicas podem influenciar a independência da pessoa idosa, bem como a obtenção de terapias e medicamentos, o objetivo dessa pesquisa foi verificar se existe associação do perfil socioeconômico à capacidade funcional de idosos assistidos por uma operadora de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, realizada com idosos provenientes de uma operadora de saúde. No mês de maio de 2017, a operadora contava com 3.500 idosos. Para a realização da pesquisa e a definição da amostra, esse número de idosos foi considerado e utilizado no cálculo amostral, totalizando um montante de 181 indivíduos. A seleção dos participantes foi de conveniência. Estes eram convidados a participar da pesquisa enquanto aguardavam por consultas no ambulatório da operadora. Após a aceitação, os procedimentos eram explicados e era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os idosos foram avaliados quanto a idade, sexo, ocupação (aposentado; pensionista; aposentado e pensionista; trabalha; aposentado e trabalha; pensionista e trabalha; do lar), estado civil (solteiro; casado; divorciado; viúvo), raça (branca; negra; parda) renda familiar (\leq 1 a um salário mínimo; de um a dois salários mínimos; de dois a quatro salários mínimos; \geq a 5 salários mínimos), renda do entrevistado (\leq 1 a um salário mínimo; de um a dois salários mínimos; de dois a quatro salários mínimos; \geq a 5 salários mínimos), número de moradores na

residência (1; 2; 3; 4 ou mais), residência geracional (monogeracional; bigeracional; trigeracional), presença de cuidador (sim; não) e classe econômica à qual pertence (A-B; C1; C2; D-E). Originalmente as classes socioeconômicas sugeridas pela ABEP são como as descritas anteriormente, porém, para fins de cálculo estatístico, as classes A, B1 e B2 foram aglutinadas apenas em uma classe, sendo ela denominada A-B.

Para o levantamento das classes socioeconômicas, as quais os idosos pertenciam, foi utilizado o questionário desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), denominado Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)¹⁰. Já para a verificação da capacidade funcional, foi utilizado o Índice de Katz¹¹. Ambos os questionários estão descritos abaixo:

a) O CCEB avalia o poder de compra do público, dividindo-o em classes econômicas definidas como A, B1, B2, C1, C2 e D-E. Tal questionário é baseado num sistema de pontos que varia de acordo com a presença e a quantidade de bens e serviços que o entrevistado possui e no grau de escolaridade deste. Quanto maior sua pontuação no questionário, mais alta (maior poder econômico) é sua classe socioeconômica (A > B1 > B2 > C1 > C2 > D-E)¹⁰.

b) A escala de Katz conta com seis funções relacionadas às atividades da vida diária, são elas: tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência de decúbito, alimentação e continência de fezes e urina. Para cada subitem o idoso era considerado independente, consegue realizar sozinho; ou dependente, não consegue realizar ou realiza a função com ajuda de terceiros. O idoso foi considerado independente somente quando conseguia realizar todas as atividades de forma independente, caso precisasse de ajuda, era classificado como dependente^{11, 12}.

Após a coleta foi realizada uma análise descritiva, com dados reportados por meio de tabelas de frequências, para variáveis nominais e medidas de resumo como médias, desvio padrão, mínimo e máximo, para variáveis contínuas. Em seguida foi feita uma análise univariada utilizando o teste de Qui-Quadrado para associação dos desfechos e das variáveis. O valor de p foi fixado em 0,05.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

RESULTADOS

Ao final do período de coleta de dados, foram avaliados 181 idosos. A média de idade encontrada foi de 70,8 anos, com variação de 60 a 94 anos. Destes 181 indivíduos, 74% são do sexo feminino. Em relação ao desfecho do Índice de Katz, 72,9% foram classificados como independentes e 27,1% como dependentes. A tabela 3 apresenta os resultados do perfil socioeconômico e da capacidade funcional.

TABELA 3

Comparação das características socioeconômicas com a presença ou ausência de dependência dos idosos atendidos pela operadora de saúde.

Variáveis	População Geral 181 Idosos		Dependente 49 (27,08%)		Independente 132 (72,9%)		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Idade							
			Média	DP	Média	DP	
			71,02	7,23	70,89	7,31	
Ocupação							
Aposentado (a)	93	51,38%	17	9,4%	76	42%	0,20
Pensionista	25	13,80%	7	3,9%	18	9,9%	
Aposentado (a) e Pensionista	30	16,60%	14	7,7%	16	8,8%	
Aposentado (a) e Trabalha / Pensionista e Trabalha / Trabalha	22	12,15%	6	3,3%	16	8,8%	
Do Lar	11	6,1%	5	2,8%	6	3,3%	
Estado Civil							
Solteiro (a)	15	8,28%	4	2,2%	11	6,1%	0,690
Casado (a)	88	48,61%	21	11,6%	67	37%	
Divorciado (a)	13	7,18%	3	1,7%	10	5,5%	
Viúvo (a)	65	35,91%	21	11,6%	44	24,3%	
Raça							
Branca	86	47,51%	23	12,7%	63	34,8%	0,613
Negra	33	18,23%	7	3,9%	26	14,4%	
Parda	62	34,25%	19	10,5%	43	23,8%	
Sexo							
Masculino	47	26%	8	4,4%	39	21,5%	0,072
Feminino	134	74%	41	22,7%	93	51,4%	
Renda Familiar							
≤ que um salário mínimo	15	8,28%	7	3,9%	8	4,4%	0,106
De um a dois salários mínimos	72	39,77%	19	10,5%	53	29,3%	
De dois a quatro salários mínimos	68	37,56%	19	10,5%	49	27,1%	
≥ que cinco salários mínimos	22	12,15%	2	1,1%	20	11%	
Não Sabe	4	2,2%	2	1,1%	2	1,1%	

Variáveis	População Geral 181 Idosos		Dependente 49 (27,08%)		Independente 132 (72,9%)		
			Média	DP	Média	DP	
Renda do Entrevistado							
≤ que um salário mínimo	40	22,09%	12	6,6%	28	15,5%	
De um a dois salários mínimos	102	56,35%	33	18,2%	69	38,1%	0,045
De dois a quatro salários mínimos	30	16,57%	2	1,1%	28	15,5%	
≥ que cinco salários mínimos	9	4,97%	2	1,1%	7	3,9%	
Número de Moradores							
1	52	28,72%	14	7,7%	38	21%	
2	76	41,98%	22	12,2%	54	29,8%	0,897
3	32	16,67%	7	3,9%	25	13,8%	
4 ou +	21	11,63%	6	3,3%	15	8,3%	
Residência Geracional							
Monogeracional	113	62,43%	30	16,6%	83	45,9%	
Bigeracional	53	29,28%	14	7,7%	39	21,5%	0,85
Trigeracional	15	8,28%	5	2,8%	10	5,5%	
Presença de Cuidador							
Sim	8	4,41%	5	2,8%	3	1,7%	
Não	173	95,59%	44	24,3%	129	71,3%	0,021
Classe Econômica							
A-B	41	22,64%	9	5%	32	17,7%	
C1	59	32,59%	12	6,6%	46	25,4%	0,263
C2	55	30,38%	18	9,9%	37	20,4%	
D-E	26	14,36%	10	5,5%	17	9,4%	

DISCUSSÃO

Haja vista que um baixo poder econômico é um obstáculo à vida de todos os indivíduos, é de fundamental importância a avaliação deste fator e o grau de influência que pode exercer sobre a capacidade funcional, em especial nos idosos,

uma vez que esse público já é afetado por declínios fisiológicos inerentes ao processo de envelhecimento, um obstáculo não contornável, mas muitas vezes diminuído. Ao final da coleta, foi identificado que 27% da população estudada apresentaram alguma dependência.

Como apresentado na Tabela 1, houve associação significativa entre a renda do entrevistado (medida em número de salários mínimos mensais) e a presença ou não de cuidador na influência da capacidade funcional desses idosos. No item “renda do entrevistado”, a categoria “De dois a quatro salários mínimos” teve como valor residual 2,8 para independência, sendo ela a responsável pela associação. Isso significa que indivíduos os quais têm como renda essa faixa possuem boa capacidade funcional, sendo classificados como independentes. Dado que uma maior categoria financeira apresenta melhor capacidade funcional, nota-se que idosos que recebem \geq que cinco salários mínimos mensais não apresentaram associação, o que pode ser explicado pelo baixo número de indivíduos alocados nessa faixa (4,97% do total da amostra).

No outro item com associação significativa, “presença de cuidador”, o valor residual responsável pela associação foi de 2,3 para independência em indivíduos que não possuem cuidador, e obtivemos o mesmo valor de 2,3 para o estado de dependência para indivíduos que possuem cuidador. Logo, a presença ou não de cuidador tem relação com o estado funcional do idoso. A associação e os valores residuais encontrados nesse item não é algo surpreendente, pois a necessidade de um cuidador denota certo grau de dificuldade para a realização de suas atividades diárias. Já a ausência de um cuidador e um alto grau de independência não são necessariamente covalentes, uma vez que indivíduos com baixo poder econômico diversas vezes não possuem condições financeiras de contar com o serviço de um profissional desse tipo, mesmo assim a ausência deste esteve ligada a altos graus de independência e capacidade funcional.

A associação entre a condição socioeconômica e a alteração da funcionalidade foi evidenciada e estudada por vários autores e em diversos países do mundo, o que demonstra diferentes realidades^{13,14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}.

Na Inglaterra, Basta, Matthews, Chatfield e Brayne¹³ avaliaram pessoas que viviam em comunidades com poderes socioeconômicos diferentes na Inglaterra e analisaram se estes apresentavam uma capacidade funcional diferente. Ao final da pesquisa, observaram que indivíduos que vivem em áreas carentes apresentam maior risco de desenvolver uma dependência funcional ($p < 0,001$). Em outro estudo realizado no mesmo país, mas dessa vez no sul de Londres, foram avaliados pacientes após a ocorrência de AVC nos recortes de três meses e três anos. Foi avaliada a associação entre a situação socioeconômica e a capacidade funcional apresentada por cada grupo. Em curto prazo, três meses, houve associação significativa para as mulheres. Pacientes em melhores condições socioeconômicas apresentavam melhor estado funcional quando comparados a pacientes em condições socioeconômicas mais baixas ($p < 0,008$)¹⁴. Num estudo realizado em quatro áreas urbanas (Liverpool, Newcastle, Nottingham e Oxford) e em duas áreas rurais (Cambridgeshire e Gwynedd) inglesas, os pesquisadores objetivaram verificar diferenças no comprometimento funcional nas diferentes regiões. Ao final foi verificado que indivíduos com idades mais avançadas (>80 anos) apresentam maiores incapacidades funcionais¹⁵.

Em outro estudo realizado na Alemanha, os pesquisadores avaliaram idosos pós evento de acidente vascular cerebral (AVC). Eles buscaram a relação entre a capacidade funcional e o nível socioeconômico após três meses da ocorrência do evento. Ao total foram incluídos 1688 pacientes, sendo 40% do sexo feminino e com 50% tendo mais de 70 anos de idade. Ao final das análises, os pesquisadores encontraram que uma menor idade, o grau de independência pré-evento, a gravidade do AVC e a ausência de comorbidades foram determinantes para um melhor estado funcional. Numa análise multivariada, chegaram à conclusão de que idosos com maior grau de escolaridade, ensino superior completo, apresentavam melhor capacidade funcional (*odds ratio* 2,8; IC 95%)¹⁶.

No sul da China, foi realizado um estudo semelhante ao de Grube et al¹⁶. Pesquisadores avaliaram a capacidade funcional em pacientes pós AVC em relação ao seu estado funcional. A pesquisa contou com 425 idosos, sendo que 52,7% viviam abaixo da linha da pobreza. 50% dos idosos sofreram sequelas e necessitavam de ajuda no dia a dia. Quando divididos em classes econômicas, os

indivíduos mais pobres, que recebiam menos que U\$ 39,00 apresentavam maior risco de apresentar comprometimento funcional ($p < 0,001$, OR 2,85 e IC 95%)¹⁷.

Nos Estados Unidos (EUA), Chen, Covinsky, Cenzer, Adler e Williams¹⁸ realizaram um estudo longitudinal no qual procuraram relação com o status social autorrelatado por idosos e o declínio funcional. Ao todo 3005 idosos terminaram o acompanhamento. Ao final da pesquisa, indivíduos que se consideravam pertencer a uma menor classe social apresentavam um maior declínio funcional nas atividades de vida diária em quatro anos quando comparados a indivíduos que se consideravam pertencer a classes econômicas mais altas ($p < 0,01$). Brown, Diaz-Ramirez, Boscardin, Lee e Steinman¹⁹, também nos EUA, demonstraram que uma baixa renda pode afetar não somente o idoso na realização das suas atividades de vida diária, mas também indivíduos de meia idade (45 a 59 anos), futuros idosos. Eles identificaram 1.192 pacientes com dificuldades na realização de suas AVD's e verificaram que 43% desses indivíduos tinham como renda anual \geq U\$32.363, seguidos por 24% dos indivíduos que tinham como renda anual entre U\$32.363 a U\$60.000 dólares, seguido por 20% dos indivíduos que tinham como renda anual U\$60.000 a U\$98.192 e por último 13% dos indivíduos que tinham renda maior do que U\$ 98.192 por ano ($p < 0,001$).

Na Itália, na cidade de Gênova, Poli et al.²⁰ avaliaram 542 idosos da comunidade e tinham como objetivo verificar a existência de correlação entre fragilidade, aspectos sociodemográficos (idade, estado civil e coabitação), socioeconômicos (classe social, nível educacional, renda e prestígio social) e funcionalidade (atividades de vida diária e instrumental). Nas atividades de vida diária, os indivíduos foram avaliados quanto às atividades de banhar-se, alimentar-se, transferir-se da cama ou cadeira, continência e uso do banheiro. Quando o indivíduo não conseguia ou tinha dificuldade para realizar uma das atividades acima, era somado um ponto. Era classificado como dependente todo indivíduo que somasse um ponto ou mais, logo indivíduos que tinham como resultado final 0 eram classificados como independentes. Ao final das análises, a prevalência de indivíduos pré-frágeis foi de 33,3% e de 15,1% para frágeis. A idade foi associada à presença de fragilidade, indivíduos com mais de 79,6 anos apresentaram correlação com a fragilidade ($p < 0,001$). Como esperado, indivíduos considerados dependentes nas atividades de vida diária e instrumentais apresentaram associação com a fragilidade ($p < 0,001$). O

baixo nível educacional, menos de oito anos de estudos, também foi associado a um estado de fragilidade ($p < 0,001$).

Já no Brasil, Tavares, Corrêa, Dias, Ferreira e Pegorari²¹ buscaram avaliar se existia associação entre a síndrome da fragilidade e o status socioeconômico e algumas variáveis de saúde em pessoas idosas. Cerca de 54,3% dos idosos identificados como frágeis estavam na categoria de 1 a 4 anos, sendo que houve associação significativa do seu status socioeconômico com a presença da síndrome da fragilidade ($p < 0,001$). Em relação à renda mensal (em salários mínimos), idosos que possuíam renda mensal menor que um salário mínimo representavam 59% dos indivíduos frágeis, seguidos por pessoas que tinham renda de 2 a 3 salários mínimos, 27,4%, pessoas que não tinham renda mensal, 7,3%, e por pessoas que tinham ≥ 4 salários mínimos, representando 5,5% ($p < 0,001$). No que se refere à renda e ao estado de pré fragilidade, a ordem de prevalência é a seguinte: 52% dos indivíduos que tinham como renda mensal menos de um salário mínimo, de 2 a 3 salários mínimos, 32,1%; ≥ 4 salários mínimos, 8,9%; e sem renda, 7% ($p < 0,001$). Kagawa e Corrente²² realizaram um estudo na cidade de Avaré, interior de São Paulo, no qual buscaram verificar o grau de dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVDs) e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) e se havia associação entre a qualidade de vida e a situação sociodemográfica (idade, gênero, trabalho, renda, escolaridade, estado civil e aposentadoria). Eles avaliaram 365 idosos da comunidade, residentes da zona urbana. Ao final a prevalência de dependência nas ABVDs foi de 8,49% e de AIVDs, 10,96%. Os resultados das associações apresentaram significância para a qualidade de vida e a dependência nas ABVDs (OR=4,995), em que uma baixa qualidade de vida pode ser fator de risco para o estado de dependência nessas atividades. Em relação às AIVDs, a dependência foi associada a não ter qualidade de vida (OR=3,551) e ser do sexo feminino (OR=2,592). A idade menor apresentou-se como um fator protetor para o risco de dependência (OR=0,899). Pessoas idosas com maior escolaridade tendem a se expor menos a risco de doenças e de se submeter a condições ruins de trabalho. Esses idosos ainda se beneficiam de maior número de informações e da capacidade de interpretação destas. Residir em áreas urbanas foi um fator protetor para incapacidade funcional, assim como estar ocupado. O idoso que tem uma ocupação tende a ser mais saudável do que o não ocupado²³.

O presente estudo é do tipo transversal, logo é uma observação da realidade num dado momento. Em se tratando de uma observação, não podemos atribuir às causas pesquisadas os resultados encontrados, apenas vemos que estes estão associados, coexistindo. Outra limitação é a deficiência na literatura de estudos em organizações privadas que poderiam gerar comparações com os nossos resultados.

CONCLUSÃO

Levando em consideração que o salário mínimo no Brasil no ano de 2018 é de R\$ 954,00, visualizamos um grande desafio desses indivíduos para manter um padrão de vida mínimo e digno, uma vez que a terceira idade é caracterizada por declínios na saúde com potencial gasto com medicamentos, consultas e exames, o que pode gerar interferência na sua capacidade funcional com grande potencial de afetar a sua independência. Estudos prospectivos se fazem necessários a fim de demonstrar de forma mais fidedigna o quão os fatores socioeconômicos podem influenciar na capacidade funcional desse público.

REFERÊNCIAS

1 Olshansky SJ, Rudberg MA, Carnes BA, Cassel CK, Brody JA. Trading off longer life for worsening health: the expansion of morbidity health. *J Aging Health* 1991; 3(2): 194-216.

2 Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. *Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação* [online]. Brasília, Brasil; 2018. [capturado em 27 nov. 2018]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

3 Brasil. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, out. 2006.

5 Millán-Calenti JC et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch of Gero and Geri* 2010; 50(3): 306-310.

6 Andreotti RA, Okuma SS. Validação de uma Bateria de Testes de Atividades da Vida Diária Para Idosos Fisicamente Independentes. *Rev Paul De Edu Física* 1999; 13(1): 46-66.

7 Schroder-Butterfill E, Marianti R. A framework for understanding old-age vulnerabilities. *Ageing Soc* 2006; 26(1): 9-35.

8 Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

9 Silva CA, Carvalho LS, Santos ACPO, Menezes MR. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. *Tex e Cont Enfer* 2007; 16(1): 97-104.

10 ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. *Assoc Bras de Empre de Pesqui* 2016; 1: 1-6.

11 Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Jour Ame Med Associ* 1963; 185(12), 94-99.

12 Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Filho STR, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Sau Públi* 2008; 24(1): 103-112.

13 Basta NE, Matthews FE, Chatfield, MD, Brayne C. Community-level socioeconomic status and cognitive and functional impairment in the older population. *Euro Jour Publi Health* 2007; 18(1): 48-54.

14 Chen R, Crichton S, McKeivitt C, Rudd AG, Sheldenkar A, Wolfe CDA. Association between socioeconomic deprivation and functional impairment after stroke. *AHA Journals* 2015; 46(3): 800-805.

15 Matthews FE, Miller LL, Brayne C, Jagger C. Regional differences in multidimensional aspects of health: findings from the MRC cognitive function and ageing study. *BMC Public Health* 2006; 6(90): 1-9.

16 Grube MM et al. Association between socioeconomic status and functional impairment 3 months after ischemic stroke. *AHA Journals* 2012; 43(12): 3325-3330.

17 Ouyang F et al. Association between socioeconomic status and post-stroke functional outcome in deprived rural southern China: a population-based study. *BMC Neurol* 2018; 18(1): 1-9.

18 Chen B, Covinsky KE, Cenzer IS, Adler N, Williams BA. Subjective social status and functional decline in older adults. *J Gen Intern Med* 2012; 27(6): 693-699.

19 Brown RT, Diaz-Ramirez LG, Boscardin WJ, Lee SJ, Steinman MA. Functional impairment and decline in middle age: a cohort study. *Ann Intern Med* 2017; 167(11): 761-768.

20 Poli S et al. Frailty is associated with socioeconomic and lifestyle factors in community-dwelling older subjects. *Aging Clin Exp Res* 2017; 29(4): 721-728.

21 Tavares DMS, Corrêa TAF, Dias FA, Ferreira PCS, Pegorari MS. Frailty syndrome and socioeconomic and health characteristics among older adults. Col Med 2017; 48(3): 125-130.

22 Kagawa CA, Corrente JE. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. Rev Bras Geriatr Gerontol 2015; 18(3): 577-586.

23 Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade de idosos no Brasil: análise multinível. Rev Saúde Pública 2010; 44(3): 1-11.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente nossos idosos foram preteridos dentro da nossa sociedade. Por muitas décadas, esses indivíduos que contribuíram imensamente para o desenvolvimento da nação não gozaram de leis e ações específicas que os protegessem e lhes garantissem os seus direitos enquanto cidadãos. Porém, com o desenvolvimento das políticas citadas nesta pesquisa, essa realidade começou a mudar. Tais mudanças não ocorreram somente na área da saúde, mas em todas as áreas, tornando o idoso um ser participante e fundamental na sociedade em que ele está inserido.

O Estatuto do Idoso foi um marco nas políticas públicas voltadas para esse público. A partir do seu decreto, o idoso teve assegurado os seus direitos como cidadão. Esse mecanismo veio de uma necessidade da população brasileira, a qual sofre, inclusive nos dias de hoje, uma mudança demográfica considerável, em que a expectativa de vida do brasileiro vem aumentando substancialmente, o que faz com que indivíduos idosos ocupem uma fatia mais significativa da população. Defendo a posição de que o idoso deve ser inserido nas atividades da comunidade, deve ser agente da mudança.

É sabido que, com a chegada da terceira idade, o corpo tende a apresentar alguns declínios fisiológicos. Tais declínios são inerentes à idade, são esperados, e na atualidade muitos têm a oportunidade de contemplá-los. Contudo, não são somente os declínios fisiológicos que ficam acentuados nessa fase da vida, pois o número de doenças crônico-degenerativas cresce exponencialmente. Sabemos que o cuidado e a prevenção ao longo da vida são fundamentais para se gozar de uma velhice saudável, mas, dada a nossa realidade socioeconômica e cultural, nem sempre tais medidas são realizadas. Visto isso, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Tal instrumento não é o primeiro, mas sim uma derivação e uma atualização de leis anteriores. Como o próprio nome diz, é voltada especificamente à saúde.

Antes do ano de 1994, as ações no âmbito da saúde em relação a esse público eram de caráter caritativo e curativo, ou seja, a assistência a esse público, que

possui grandes demandas, era realizada já com a doença instalada, o que tornava a terapia onerosa financeiramente e muitas vezes sem grande resolubilidade. No ano de 2006, com a criação da PNSPI, as ações de saúde voltadas a esses indivíduos foram modernizadas, indo ao encontro das reais necessidades apresentadas. As medidas preconizadas nessa lei dizem respeito ao SUS e têm como objetivos recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos nossos idosos, lançando mão para isso de medidas coletivas e individuais.

Na época em que a PNSPI foi criada, a Estratégia Saúde da Família, um importante instrumento de monitoramento e acompanhamento do SUS, inicialmente não conseguia cobrir grande parte do território nacional, entretanto hoje a realidade é outra. A ESF atua assegurando o direito do idoso a prevenir doenças e promover saúde, o que aumenta consideravelmente a qualidade de vida e diminui os gastos do estado. A ANS enquanto agência reguladora também preconiza tais cuidados.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (regula as operadoras), visando à proteção do usuário, à qualidade do serviço prestado ao idoso e à saúde financeira do sistema, propôs medidas por meio do documento intitulado “Idoso Bem Cuidado”. Tal documento dita medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, especificamente para os idosos contidos no segmento privado de saúde no Brasil.

Na pesquisa de campo, o público alvo foi idosos assistidos por uma operadora de saúde, logo por uma instituição privada. Como principais resultados obtivemos média de idade de 71 anos, com variação de 60 a 94 anos. Destes, 74% são do sexo feminino. Quanto à classe econômica, 4% são da classe B1, 18% da classe B2, 33% da classe C1, 19% da classe C2 e 27% da classe D-E. Em relação ao desfecho do Índice de Katz, 72,9% foram classificados como independentes e 27,1% como dependentes. A presença ou não de cuidador tem relação com o estado funcional do idoso. Houve associação significativa entre a renda do entrevistado e a presença ou não de cuidador na influência da capacidade funcional desses idosos.

Dentro da operadora em questão, o público acima dos sessenta anos de idade é bem grande. Assim como no sistema público, essa faixa etária utiliza bastante os serviços, sendo assim, é necessário que haja a transição do cuidado. O sistema é

muito bem preparado para doenças agudas, já instaladas, mas isso não é verdade quando se discute o cuidado da população idosa ao se considerar os aspectos preventivos. Os gastos com saúde são diretamente ligados ao número de anos em que o idoso consegue se manter saudável, logo quanto mais conseguirmos postergar o surgimento das doenças crônicas, melhor será a qualidade de vida e, conseqüentemente, a inserção social dos idosos.

Para que as ações tenham sucesso, é fundamental a implantação de uma equipe multidisciplinar. A operadora de saúde, onde os dados foram coletados, possui uma equipe desse tipo, chamada Prevbem Bela Idade. O objetivo inicial dessa equipe foi mudar a porta de entrada do usuário, que era o pronto-socorro, o que onera bastante a instituição. O segundo objetivo foi recuperar usuários perdidos na rede. Estes utilizam pouco os serviços, porém, num futuro não muito distante, poderá ser um frequentador assíduo, caso as medidas preventivas não sejam tomadas. E o terceiro grande objetivo foi oferecer todos os serviços/especialidades dentro de um mesmo local, com integração em tempo real da equipe, onde o paciente é o centro das atenções, utilizando para isso o modelo biopsicossocial em vez do modelo biomédico (doença centralizador). Passados três anos de programa, podemos afirmar que a sua implantação foi um sucesso. Os idosos avaliados que apresentavam necessidades e ainda não faziam parte do Prevbem Bela Idade foram encaminhados para posteriores cuidados.

Durante a coleta de dados, tivemos a oportunidade de conversar e conhecer o íntimo desse público. A simplicidade das perguntas muitas vezes “nos saltou aos olhos”. Foi observado que pequenas medidas são suficientes para mudar o estado de saúde desses indivíduos. Isso denota que medidas de prevenção não são caras de serem implantadas e, em contrapartida, apresentam um alto poder de economizar recursos e de promover a saúde.

Grande parte dos idosos recebiam um salário mínimo mensal e ao mesmo tempo tinham um alto custo com medicação. No início da pesquisa, pensamos que o baixo poder econômico influenciaria fortemente a capacidade funcional desses indivíduos, o que não foi observado. Uma característica diferente desse público avaliado é que todos estão contidos numa instituição privada de saúde, onde possuem boa

assistência. Talvez esse seja o fator diferenciador desses sujeitos que avaliamos. Isso nos faz supor que, caso os idosos usufruam de uma boa oferta de serviços de saúde e de qualidade, a tendência é que sofram menos com as doenças e os declínios próprios da idade, tornando-se independentes e produtivos por mais anos.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa**. v.1, n.1, p. 1-6, 2016.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 1-11, 2010.

ANDREOTTI, R. A.; OKUMA, S. S. Validação de uma Bateria de Testes de Atividades da Vida Diária Para Idosos Fisicamente Independentes. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 46-66, 1999.

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

BEAUVOIR, S. **A Velhice**: o mais importante ensaio contemporâneo sobre as condições de vida dos idosos. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BÍBLIA. N.T. Eclesiastes. Português. **Bíblia Sagrada**. Versão de João Ferreira de Almeida. Barueri: Ed. Gráfica das Bíblias, 2009.

BÍBLIA. N.T. Provérbios. Português. **Bíblia Sagrada**. Versão de João Ferreira de Almeida. Barueri: Ed. Gráfica das Bíblias, 2009.

BRASIL. 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.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 9, de 9 de novembro de 1995. **Lex: legislação federal e marginália**, São Paulo, v.59, p.1966, out./dez. 1995.

BRASIL. Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Portaria nº 702/GM, de 12 de Abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002.

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

BRASIL, RIO DE JANEIRO. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro, 2004. 604f.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006a.

BRASIL, BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 19. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006b. 192 f.

BRASIL, RIO DE JANEIRO. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Rio de Janeiro, 2008. 93f.

BRASIL, RIO DE JANEIRO. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados**. Rio de Janeiro, 2009. 33f.

BRASIL, BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2013. 72f.

BRASIL, RIO DE JANEIRO. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Idosos na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor**. Rio de Janeiro, 2016. 134 f.

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

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Integralidade em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>> Acesso em: 25 jul. 2017.

HADDAD, E.G. de M. **O direito a velhice**: os aposentados e a previdência social. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

HOPMAN-ROCK, M. et al. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. **Aging Clinical and Experimental Research**.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das unidades federativas**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

KATZ, S. et al. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 185, n. 12, p. 94-99, 1963.

KATZ, S; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. **International Journal of Health Services**, Chicago, v. 6, n. 3, p. 493-508, 1976.

KOSLOSKI, K et al. The effect of cognitive impairment on measures of ADL/IADL. **Journal of Clinical Geropsychology**, v. 4, p. 169-180, 1998.

LARA, T.A. **Caminhos da razão no Ocidente**: a filosofia nas suas origens gregas. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação Transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

MILLÁN-CALENTI, J. C. et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, La Coruña, v. 50, n. 3, p. 306-310, 2010.

MALTA, D.C.; JORGE, A.O. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1535-1542, 2008.

OLSHANSKY, S.J. et al. Trading off longer life for worsening health: the expansion of morbidity health. **Journal of Aging and Health**, Chicago, v. 3, n. 2, p. 194-216, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, Suíça: Family, Women's and Children's Health (FWC), 2015.

PULS, M. et al Impact of frailty on short-and long-term morbidity and mortality after transcatheter aortic valve implantation: risk assessment by Katz Index of activities of daily living. **EuroIntervention**, Paris, v. 10, n. 5, p. 609-619, 2014.

REIJNEVELD, S. A.; SPIJKER, J.; DIJKSHOORN, H. Katz' ADL index assessd functional performance of Turkish, Moroccan, and Dutch elderly. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, p. 382-388, 2007.

RODRIGUES, N. C. Política Nacional do Idoso – Retrospectiva Histórica. **Estudos Interdisciplinares em Envelhecimento**, v. 3, n. 1, p. 149-158, 2001.

SANTOS, S.S.C. Envelhecimento: visão de filósofos da antiguidade oriental e ocidental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.2, n.1, p. 88-94, 2001.

SILVA, C. A. et al. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 97-104, 2007.

THIEDE, M.; MCINTRYRE, D. Information, communication and access to health care: a conceptual note. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-73, 2008.

VIEGAS, S.M.F. **A integralidade no cotidiano da estratégia da saúde da família em município do Vale do Jequitinhonha**. 2010. 282 f. Tese (Escola de Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ZIMERMAN, I. G. **Velhice**: Aspectos Biopsicossociais. 1. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FUNCIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS PELA OPERADORA DE SAÚDE SANTA CASA DE SAÚDE DE VITÓRIA”**. Esse estudo tem como objetivo central compreender a Política Nacional da Pessoa Idosa, discutindo a condição social, econômica e funcional do idoso compreendido na operadora de saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

O estudo deverá durar uma hora, para a aplicação da ficha de coleta de dados, informação sobre os dados que serão colhidos nesta ficha, aplicação do questionário sócio econômico e do instrumento de avaliação da capacidade funcional e explicação do que se trata. Os questionários serão realizados através de entrevistas face a face e de testes motores.

Todos os procedimentos serão esclarecidos antes e durante a pesquisa. O risco decorrente de sua participação na pesquisa é mínimo e inerente ao procedimento realizado, sendo minimizados com a presença a todo instante do pesquisador ao lado do paciente evitando risco de quedas. Quando você aceitar participar, estará contribuindo para a ampliação do conhecimento científico que poderá trazer benefício assistencial e político a pessoa idosa.

O Sr.(a) não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo e depois de consentir em sua participação se o Sr.(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O Sr.(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o Sr. (a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo e-mail osni.stein.jr@gmail.com, telefone (27) 99757-9049, com a colaboradora luciana.sogame@emescam.br, telefone (27) 3334-3500, endereço: Avenida Nossa Senhora da Penha, nº 2190, Santa Luzia, Vitória/E.S., C.E.P. 29.045-402 ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa – EMESCAM no endereço Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402 pelo telefone (27) 3334-3586.

Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, RG _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Vitória, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Impressão do dedo
polegar do participante
(caso necessário)

APÊNDICE B – Ficha de Coleta de Dados Pessoais

Ficha de Coleta de Dados Pessoais			
Identificação:		Nº Prontuário	
Idade:		Data:	
Ocupação			
() Aposentado () Pensionista () Aposentado e Pensionista () Sem fonte de renda () Trabalha () Do lar			
Estado Civil			
() Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado (a) () Viúvo (a)			
Raça			
() Amarela () Branca () Índigena () Negra () Parda			
Sexo			
() Feminino () Masculino			
Renda Familiar			
() ≤ que um salário mínimo		() Até dois salários mínimos	
() Até quatro salários mínimos		() ≥ que cinco salários mínimos	
Renda do Entrevistado			
() ≤ que um salário mínimo		() Até dois salários mínimos	
() Até quatro salários mínimos		() ≥ que cinco salários mínimos	
1- Número de Moradores			
() 1	() 3	() 5	() 7
() 2	() 4	() 6	() +7
2- Residência Geracional			
() Monogeracional		() Bigeracional	
() Tetrageracional		() Maisdo que quatro gerações	
3- Classe Econômica			
() A		() B2	
() B1		() C1	
		() C2	
		() D-E	
4- Índice de Katz			
() 0		() 3	
() 1		() 4	
() 2		() 5	
		() 6	
Cuidador (s)			
() Sim () Não			
Se a resposta for sim, responda:			
Idade:			
Horas diárias de cuidados:		É familiar? () Sim () Não	
Local:			

ANEXO A – Questionário Socioeconômico da ABEP

Critério de Classificação Econômica Brasil						
Bens de Consumo e Serviço						
Pontuação →	0	1	2	3	4 ou +	
Banheiros	0	3	7	10	14	
Empregados Domésticos	0	3	7	10	13	
Automóveis	0	3	5	8	11	
Microcomputador	0	3	6	8	11	
Lava Louça	0	3	6	6	6	
Geladeira	0	2	3	5	5	
Freezer	0	2	4	6	6	
Lava Roupa	0	2	4	6	6	
DVD	0	1	3	4	6	
Micro-Ondas	0	2	4	4	4	
Motocicleta	0	1	3	3	3	
Secadora de Roupa	0	2	2	2	2	
Grau de Escolaridade						
Analfabeto / Fundamental I Incompleto					0	
Fundamental I Completo / Fundamental II Incompleto					1	
Fundamental II Completo / Médio Incompleto					2	
Médio Completo / Superior Incompleto					4	
Superior Completo					7	
Acesso a Serviços Públicos						
					Não	Sim
Água Encanada					0	4
Rua Pavimentada					0	2
Pontuação Final → _____ Classe Econômica: () A () B1 () B2 () C1 () C2 () D-E						
Data: __/__/____		Local:		Assinatura:		

Fonte: ABEP, 2016.

ANEXO B – Índice de Katz

Índice de Katz	
Área de Funcionamento	Independente/Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)	
Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho).	() I
Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como por exemplo as costas ou um MMII).	() I
Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.	() D
Vestir-se (pega roupas , inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)	
Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda.	() I
Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	() I
Recebe ajuda para pegar as roupas, ou vestir-se ou permance parcial ou completamente sem roupa.	() D
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)	
Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã).	() I
Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação e micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite.	() D
Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas.	() D
Transferência	
Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio como bengala ou andador).	() I
Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda.	() D
Não sai da cama.	() D
Continência	
Controla inteiramente a micção e evacuação.	() I
Tem "acidentes" ocasionais.	() D
Necessita de ajuda para manter o controle de micção e evacuação; usa catéter ou é incontinente.	() D
Alimentação	
Alimenta-se sem ajuda.	() I
Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão.	() I
Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluídos intravenosos.	() D

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES SÓCIO ECONÔMICAS E FUNCIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS PELA OPERADORA DE SAÚDE SANTA CASA DE SAÚDE DE VITÓRIA

Pesquisador: OSNI ANTONIO STEIN JUNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75093517.8.0000.5065

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.299.120

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado que pretende fazer um estudo com os idosos assistidos pela operadora de saúde da Santa Casa de Vitória, para saber se as condições sócio econômicas influenciam o acesso da pessoa idosa aos serviços de saúde e conseqüentemente a sua funcionalidade, pois acredita-se que pessoas com maior poder aquisitivo possuam maior qualidade de vida, maior inserção social, mais acesso a serviços de saúde e melhores condições de tratamento, o que pode ocorrer o inverso disso com indivíduos com poder aquisitivo baixo. Trata-se de uma pesquisa aplicada, explicativa e quantitativa. Será dividida em três momentos, que podem ou não ocorrer simultaneamente, a saber: pesquisa bibliográfica e documental; estudo transversal para verificar a associação das condições sócio econômicas com a capacidade

funcional. Os pacientes serão avaliados em dois locais distintos, na operadora de saúde da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Vitória e na

clínica Vitória Grand Fisio. A amostra será de 206 idosos a serem avaliados. Os pacientes incluídos serão convidados a participar desta pesquisa através de ligação telefônica. Inicialmente a secretária do Santa Casa Saúde irá entrar em contato com os idosos ou seus familiares, para agendar a consulta com o pesquisador, que após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido irá aplicar os

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: 2.299.120

questionários e instrumentos face a face. Após a avaliação e aplicação dos instrumentos, o idoso será encaminhado, quando necessário, para a reabilitação e atendimento com equipe multidisciplinar. Para avaliação do perfil destes pacientes será aplicado uma ficha de coleta de dados elaborado pelo autor, seguido da aplicação do questionário "Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)" da ABEP. A capacidade funcional será avaliada através da MIF (medida de independência funcional), que é um instrumento traduzido e validado no Brasil e indicado pelo Ministério da Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Compreender a Política Nacional da Pessoa Idosa, discutindo como as condições sócio econômicas podem afetar a funcionalidade dos idosos assistidos pela operadora de saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Secundários:

- a) Caracterizar o perfil de idosos assistidos pela operadora de saúde Santa Casa Saúde de Vitória quanto a sexo, idade, condições sociais e econômicas;
- b) Verificar a capacidade funcional deste idoso;
- c) Demonstrar se existe associação das condições sociais e financeiras com a capacidade funcional;
- d) Realizar um panorama histórico sobre as políticas voltadas para o idoso, especificamente o Plano Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos os pesquisadores citam na plataforma que os riscos decorrentes da participação na pesquisa é mínimo e inerente ao procedimento realizado e no TCLE esclarecem que o risco de queda decorrente do exame será minimizado com a presença a todo instante do pesquisador ao lado do paciente, bem como demais riscos como o sigilo sobre a identidade dos participantes da pesquisa, etc.

Quanto aos benefícios os pesquisadores ressaltam que o levantamento das condições propostas nesta pesquisa irão nortear a instituição Santa Casa de Misericórdia de Vitória durante a alocação de recursos na saúde do idoso e auxiliar na implantação de medidas preventivas e promoção da saúde deste, o que é extremamente recomendado

pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Especificamente para o idoso participante do

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: 2.299.120

projeto, em sendo detectado alguma déficit funcional o mesmo será encaminhado para o programa de atenção multidisciplinar desta instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante pois trata-se de um tema atual e que trará elementos importantes para a atuação da equipe multidisciplinar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados o projeto completo, Folha de rosto, Carta de anuência, cronograma e todos os termos estão em conformidade com os princípios éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados 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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_973338.pdf	25/08/2017 10:46:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoOsni.doc	25/08/2017 10:39:06	OSNI ANTONIO STEIN JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	25/08/2017 10:38:31	OSNI ANTONIO STEIN JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoOsni.PDF	24/08/2017 10:45:47	OSNI ANTONIO STEIN JUNIOR	Aceito

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: 2.299.120

Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartadeAnuenciaAssinada.PDF	23/08/2017 15:17:32	OSNI ANTONIO STEIN JUNIOR	Aceito
--	-----------------------------	------------------------	------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 26 de Setembro de 2017

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: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ANEXO D – Normas da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Orientação para preparação de manuscritos

Leia atentamente as orientações para preparação de manuscritos e baixe o modelo [clikando aqui](#).

Preparação de manuscritos

Os artigos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Título e Título Curto

O artigo deve conter Título completo e título curto em português e inglês. Para artigos em espanhol, os títulos devem ser escritos em espanhol e inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão ter títulos em inglês e português.

Um bom título permite identificar o tema do artigo.

Ver exemplos no link, no final desta página.

Nota de rodapé

Os casos de estudos com financiamentos deverão ser indicados na nota de rodapé, na 1ª página do artigo. De acordo com o exemplo abaixo:

Exemplo: Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). É PRECISO INFORMAR O Nº DOS PROCESSOS E O TIPO DE SUBSÍDIO.

Resumo

Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras

Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivo, método, resultado e conclusão com as informações mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave

Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo

A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimento.

Deve ser digitado em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Ver exemplos no link, no final desta página.

Introdução

Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Método

Deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

Resultados

Devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão

Deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos

Podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências

Máximo de 35 referências para artigos originais e de 50 para artigos de revisão.

Solicitamos que ao menos 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos e que sejam normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Trata-se de uma norma taxativa da RBGG, passível de exclusão do artigo de nossos sistemas.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Ver exemplos no final da página.

Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos devem ter fonte: 10, centralizados, espaçamento entre linhas: simples, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento. O número máximo do conjunto de tabelas e figuras é de cinco. O tamanho máximo da tabela é de uma página.

Gráficos devem ter fonte: 11, centralizados, indicando em seu título o fenômeno estudado, as variáveis teóricas usadas, a informação do local do evento/coleta, ano do evento. No corpo do texto, não devem haver repetição de valores que já constam nos gráficos/tabelas.

Devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word porém de forma editável, em tons de cinza ou preto, com respectivas legendas e numeração.

Trabalhos feitos em outros softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês.

Ver exemplos no final da página.

Pedimos aos autores que utilizem o Chelist abaixo, de acordo com o tipo de estudo feito:

> CONSORT – para ensaios clínicos controlados e randomizados (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)

- > CONSORT CLUSTER – extensão para ensaios clínicos com conglomerados (<http://www.consort-statement.org/extensions?ContentWidgetId=554>)
- > TREND – avaliação não aleatorizada; o artigo deve tratar sobre saúde pública (<http://www.cdc.gov/trendstatement/>)
- > STARD – para estudos de precisão diagnóstica (http://www.stard-statement.org/checklist_maintext.htm)
- > REMARK – para estudos de precisão prognóstica (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362085/>)
- > STROBE – para estudos epidemiológicos observacionais (estudo de coorte, caso controle ou transversal) (<http://www.strobe-statement.org/>)
- > MOOSE – para metanálise de estudos epidemiológicos observacionais (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)
- > PRISMA – para revisões sistemáticas e metanálises (<http://www.prisma-statement.org/statement.htm>)
- > CASP – para revisões integrativas (<http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>)
- > COREQ – para estudos qualitativos (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>)

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à **aprovação por comitê de ética** em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte “Método”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS, ICMJE e WHO - <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/> , cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE - <http://www.icmje.org/> . O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.