

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PRISCILA TADEI NAKATA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ATENDIMENTO A IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
ACORDO COM O RISCO FAMILIAR**

Porto Alegre  
2012

PRISCILA TADEI NAKATA

**ATENDIMENTO A IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
ACORDO COM O RISCO FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENFUFGRS) como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Porto Alegre

2012

Dedico esse trabalho a minha família, especialmente a meu pai Helio Tadei Nakata e a Estela Maris Nakata, principais responsáveis pela realização deste sonho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a toda a minha família pelo apoio incondicional a todos os meus planos e sonhos.

A Carla Kottwitz que me apresentou ao Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e na Comunidade (NEESFAC), no qual desenvolvi meus primeiros aprendizados na área da pesquisa.

Agradecimento especial à Francine Melo da Costa, responsável pelos primeiros ensinamentos na área da pesquisa, que me foram tão valiosos na produção deste trabalho e à enfermeira Lenice Inês Koltermann, pelos seus valiosos ensinamentos desde o segundo semestre da faculdade.

Aos meus colegas Bruna Rocha, Maitê Miranda e Rafael Frigotto pelas demonstrações de amizade durante esses quatro anos de convivência.

Ao meu namorado Luiz Henrique Zago pela companhia durante os momentos de produção deste trabalho, tornando-os muito mais tranquilos e prazerosos.

A professora e orientadora Idiane Rosset Cruz pela dedicação, disponibilidade, carinho e principalmente atenção com a qual orientou este trabalho.

A professora Erica Mallmann Duarte pela parceria e pelo incentivo ao desenvolvimento de muitos trabalhos, dos quais derivou o presente estudo.

## RESUMO

O objetivo deste estudo é caracterizar os idosos com 70 anos ou mais de uma Estratégia de Saúde da Família, quanto a aspectos sociodemográficos, situação de saúde e atendimentos de acordo com a situação de Risco Familiar. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, quantitativo e retrospectivo, referente ao ano de 2011. O estudo incluiu, a priori, todos os idosos com 70 anos ou mais (119), cadastrados na Estratégia da Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS. Os dados foram coletados por meio de um instrumento que incluiu variáveis sociodemográficas, de risco familiar, de saúde e de atendimentos, obtidas através da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica e dos prontuários dos idosos. Para análise descritiva dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.0. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Obteve-se uma amostra final de 109 idosos. A maioria foi do sexo feminino (64,1%), alfabetizados (77,1%), aposentados (67,9%) e sem plano de saúde (67%), com média de idade de 77,2 ( $\pm 5,04$ ) anos. A proporção de idosos de famílias em situação de risco correspondeu a 61,5%. A média de doenças crônicas não transmissíveis foi de 2,71 ( $\pm 1,4$ ), sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais prevalente (70%). Observou-se que do total de atendimentos (270), 86,3% foram consultas e 13,7% foram visitas domiciliares, de médicos ou enfermeiros. A média geral de consultas foi 2,14 ( $\pm 2,4$ ) e de visitas domiciliares foi de 0,34 ( $\pm 0,90$ ), sendo que 67% dos atendimentos foram para idosos de famílias em risco. Dentre os atendimentos de enfermagem (8,1%), a maior parte (68,4%) foi realizada por meio de consultas a idosos de famílias em risco. Dentre os principais motivos das consultas, destaca-se o acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis com (51,1%). Em relação aos motivos das visitas domiciliares, 84,8% delas também foram devido ao acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis. Concluiu-se que o reduzido número de atendimentos a idosos por parte da enfermagem, requeira uma adequação do planejamento assistencial de forma a contemplar as necessidades de cuidado, especialmente àqueles mais velhos e em situação de vulnerabilidade social. Sendo a enfermagem uma profissão que participa ativamente desse planejamento poderá utilizar-se dos achados deste estudo para priorizar ações em saúde voltadas a essa faixa etária na Atenção Básica.

**Descritores:** vulnerabilidade social; assistência a idosos; saúde da família.

## ABSTRACT

This study aims to characterize the elderly at the age of 70 or older through a Family Health Strategy, demographic aspects, health situation and care according to the Family Risk situation. This is a descriptive and exploratory study of the quantitative nature and retrospective approach, throughout the year 2011. The study included, at first, all elderly people at the age of 70 or older registered in the unit (119). The data were collected from Nossa Senhora de Belém Family Health Strategy in Porto Alegre, RS. The instrument included demographic variables, such as family risk, health, attendance, obtained through plug A from Information System of Basic Care and records of the family of the elderly. For descriptive analysis of the data, the *Statistical Package for the Social Sciences* program (SPSS) 18.0 was used. This study was approved by the Ethics Committee on Research from of the Municipal Health Office of Porto Alegre. It was obtained a final sample from 109 elderly. Most were women (64,1%), (77,1%) literate, (67,9%) retired people, (67%) without health insurance, at the average age of 77,2 ( $\pm 5,04$ ). The proportion of elderly at a risk situation corresponded to 61.5%. The average number of chronic non- contagious diseases was 2.71 ( $\pm 1.4$ ) for each elderly. Systemic arterial hypertension was the most prevalent disease (70%) in the elderly. It was noted that of the total number of attendances (270), 86, 3% was through appointments and 13, 7% was through home visits, such as doctors or nurses. The overall average of appointments was 2, 14  $\pm$  2, 4 and home visits 0, 34  $\pm$  0,90. It was also noticed that 67% of the total number of appointments were for elderly from families at risk. Among the nursing care cases (8,1%), most (68.4%) was directed to the elderly of families at risk. Among the main reasons of the appointments, it is pointed out the monitoring of chronic non-contagious diseases (51.1%) and when it comes to reasons for home care visits, it is pointed out the clinical symptoms of diseases already installed (84,8%). It was concluded that the reduced number of nursing appointments for the elderly required an adjustment in planning so as to assure the care needs, especially to those who are older and socially vulnerable. Since nursing is a profession that actively participates in the planning, it will be possible to use the information in this study to prioritize health actions towards this age group in Basic Attention.

**Descriptors:** social vulnerability; old age assistance; family health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Tabela 1** Caracterização sociodemográfica dos idosos com 70 anos ou mais cadastrados na Estratégia de Saúde Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS – 2012. **22**
- Tabela 2** Proporção de doenças crônicas não transmissíveis registradas nos prontuários dos idosos com 70 anos ou mais atendidos na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS-2012. **23**
- Tabela 3** Distribuição dos idosos com 70 anos ou mais de acordo com o risco familiar e atendimentos por microárea (MA). Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS – 2012. **24**
- Gráfico 1** Motivo pelos quais os idosos buscaram por consultas no ano de 2011, na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, 2012. **25**
- Tabela 4** Distribuição do número de atendimentos aos idosos com 70 anos ou mais em 2011 de acordo com o risco familiar. Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS – 2012. **26**
- Gráfico 2** Distribuição mensal do número de atendimentos realizados no ano de 2011 aos idosos com 70 anos ou mais na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS – 2012. **27**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
2.1 Geral	11
2.2 Específicos	11
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>12</b>
3.1 Envelhecimento e políticas públicas de atenção ao idoso	12
3.2 O idoso no contexto da situação de risco familiar	14
3.3 O trabalho do enfermeiro no atendimento ao idoso na Estratégia de Saúde da Família	15
<b>4 MÉTODOS</b>	<b>17</b>
4.1 Tipo de estudo	17
4.2 Campo	18
4.3 População e amostra	18
4.4 Instrumento e variáveis	19
4.5 Coleta de dados	20
4.6 Análise dos dados	21
4.7 Aspectos éticos	20
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>22</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>29</b>
6.1 Caracterização sociodemográfica e situação de saúde	29
6.2 atendimentos de acordo com a situação de risco familiar	32
6.3 Motivos, número e tipo dos atendimentos	34
<b>7 CONCLUSÕES</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO A – Escala de avaliação do risco familiar de Coelho e Savassi</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO B – Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO C – Parecer de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ)</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO D - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre</b>	<b>51</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem, também, ocorrendo de forma acentuada em todas as regiões do Brasil. Como consequência desse envelhecimento, vivenciamos a transição demográfica, que ocorre, principalmente, devido à queda da fecundidade e ao aumento da longevidade, resultando em um aumento expressivo da população idosa (CARVALHO; WONG, 2008).

Os idosos com 60 anos ou mais, representam, de acordo com o censo de 2010, 11,3% da população brasileira, com considerável incremento do grupo com 70 ou mais de idade. Há estimativas de que, em 2050, cheguem a 19% da população do Brasil (IBGE, 2010). O RS é um dos estados com maior proporção de pessoas idosas, ou seja, 13,1%, sendo que no município de Porto Alegre essa proporção representa 15,01% da população, dos quais 7,2% possuem 70 anos ou mais (PORTO ALEGRE, 2011).

Essa mudança no perfil etário da população vem acompanhada da transição epidemiológica, em que se verifica um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), evidenciadas pelo deslocamento da carga de morbidade e mortalidade da população mais jovem para a população idosa (BRASIL, 2010).

A alta prevalência dessas doenças, aliadas a outras patologias comuns ao processo de envelhecimento, contribui para o surgimento de complicações de saúde que acometem grande parte dos idosos, exigindo dos serviços de saúde maior atenção a essa faixa etária. Para tal, políticas direcionadas a população idosa vêm sendo reformuladas a fim de suprir as crescentes demandas das necessidades de saúde específicas desse grupo etário (MORAES, 2012).

Essas políticas surgem vinculadas à implantação de estratégias de mudança do modelo assistencial a fim de atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas destaca-se o Pacto em Defesa da Vida, que propõem o fortalecimento e qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a promoção, informação e educação em saúde, que enfatiza os cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006b). Uma das prioridades desse pacto é a atenção à saúde do idoso, na qual a ESF é uma das principais portas de entrada para os serviços públicos de saúde.

Nessa perspectiva a ESF destaca-se como um serviço da Atenção Básica que deve assistir integralmente o idoso, prestando-lhe cuidados que visem a promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de agravos. Esse serviço deve planejar um atendimento com base nos problemas de saúde prevalentes e condições de risco às quais a população está exposta. Para tal torna-se necessário o reconhecimento de aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos das famílias atendidas em determinada área (SAITO, 2008).

O trabalho do enfermeiro na ESF não se restringe apenas à assistência direta às famílias. Muitas vezes, esse profissional é coordenador do serviço, responsabilizando-se pelo planejamento das ações de saúde da Unidade. Assim, esse profissional deve lançar mão de mecanismos que possam auxiliar na identificação do perfil de saúde das famílias adscritas, a fim de sistematizar a assistência com base nas prioridades dos indivíduos e das famílias, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade. O atendimento aos idosos dessas famílias, muitas vezes dependentes de cuidados de um familiar, requer em geral maior atenção e qualificação. Esse atendimento também visa contemplar a assistência integral proposta pelo Estatuto do Idoso, no momento em que aborda problemas de saúde que afetam, sobretudo essa faixa etária (BRASIL, 2003).

A participação da autora do presente estudo como monitora no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que utiliza as Unidades de Saúde da Família como espaços de formação de graduandos na área da saúde (OPAS, 2011), oportunizou a participação em um estudo para identificação do Risco Familiar das famílias adscritas na ESF Nossa Senhora de Belém. Considerando-se os resultados desse estudo, surgiu o interesse em dar continuidade ao mesmo, investigando os idosos dessas famílias e explorando as condições de saúde e o atendimento dessa parcela da população no referido serviço, através da presente pesquisa. É possível que o idoso pertencente às famílias em risco tenha a sua saúde mais comprometida, sendo mais vulnerável às doenças e suas complicações, demandando assim, maior atenção dos serviços e dos profissionais da saúde. O presente estudo utiliza o conceito de família em risco como sendo aquela família, na qual se identifica, no grupo como um todo ou, em um indivíduo da mesma, a presença de características que as coloquem sob maior ou menor probabilidade de exposição a fatores prejudiciais à saúde, que possam vir a causar agravos de ordem física, psicológica ou social (COELHO; SAVASSI, 2002).

Esta pesquisa visa contribuir para a identificação de idosos cujo estado de saúde

e situações familiares necessitem de uma abordagem de assistência mais específica, bem como para o planejamento de ações direcionadas a este grupo no referido serviço. A priorização do atendimento aos idosos vulneráveis vai ao encontro do proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a qual afirma que este grupo etário e heterogêneo deve ser atendido de acordo com as suas necessidades individuais (BRASIL, 2006). Sendo, portanto, a enfermagem uma profissão que abrange atividades assistenciais, administrativas e educacionais, poderá utilizar-se desses achados para fortalecer e qualificar o atendimento ao idoso vulnerável.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Caracterizar os atendimentos em saúde dos idosos com 70 anos ou mais em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de acordo com a situação de Risco Familiar no ano de 2011.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Caracterizar esses idosos, quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos e situação de saúde.

Classificar esses idosos quanto à situação de risco familiar e de atendimentos.

Identificar os motivos pelos quais eles buscaram por atendimentos, bem como o número e o tipo desses atendimentos de acordo com a situação de Risco Familiar.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

Nesse capítulo serão abordados tópicos referentes à temática do estudo, a fim de aprofundar o conhecimento nessa área. Para tal, optou-se em dividir este capítulo em três subitens que contemplam o processo de envelhecimento bem como as políticas públicas de atenção aos idosos, o idoso no contexto de situação de risco familiar e o processo de trabalho do enfermeiro no atendimento ao idoso na ESF.

#### **3.1 Envelhecimento e políticas públicas de atenção ao idoso**

O envelhecimento ou senescência é um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos. No entanto, as representações sociais em torno desse assunto associam-no ao aparecimento de doenças, estresse emocional ou condições sociais desfavoráveis, relacionando o fato de ser idoso com o surgimento da senilidade. Esta por sua vez é caracterizada como uma condição patológica, na qual o idoso passa a depender de assistência (BRASIL, 2007). Entretanto, vários aspectos têm contribuído para que a velhice seja vista como uma conquista. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) o processo crescente de envelhecimento é resultado dos investimentos das políticas públicas e deve ser considerado como uma conquista da humanidade, sendo que pela primeira vez na história haverá mais idosos do que menores de 15 anos no mundo (KALACHE, 2012).

No entanto, essa conquista vem acompanhada de desafios, pois o processo de envelhecimento, apesar de ser um fenômeno mundial, não ocorre de maneira homogênea nos diferentes países e mesmo dentro de um mesmo país. Nos países desenvolvidos, este já iniciou e ainda vem ocorrendo em um cenário econômico social mais favorável do que nos países em desenvolvimento, que comportam 80% do contingente de idosos do mundo (LEBRÃO, 2007).

Estima-se que o Brasil atinja o ranking de sexto país com o maior contingente de idosos em 2025 e que 22,71% da população brasileira seja idosa em 2050, ao passo em

que as crianças (zero a 14 anos) representarão apenas 13,15% do total da população (MORAES, 2012).

Estudos mostram que os idosos, quando comparados aos jovens, são hospitalizados com maior frequência, apresentam tempo médio de hospitalização maior, assim como taxas de reinternações hospitalares mais elevadas (LOYOLA FILHO et al., 2004; LIMA-COSTA et al., 2003). Na Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios (PNAD) no ano de 2008, 82,3% dos idosos realizaram consultas médicas nos 12 meses anteriores à pesquisa e 13,5% deles tiveram pelo menos uma internação hospitalar (IBGE, 2010b). Esses aspectos acabam por impactar a estrutura de gastos em saúde, gerando a necessidade de maior atenção à essa faixa etária, pois o aumento destes altera o perfil de mortalidade e de morbidade, que por sua vez influencia na utilização dos serviços de saúde. Os postos de saúde, aos quais se incluem Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família, têm sido os serviços da Rede Básica mais utilizados pelos idosos (PASKULIN et al., 2011; IBGE, 2008).

Essa demanda repercute nas políticas públicas de saúde, historicamente centradas na área materno infantil. No cenário internacional, na década de 80, iniciou-se uma mobilização no sentido de criação de políticas direcionadas aos idosos, por meio da Primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual foi proposto o Plano Internacional sobre Envelhecimento. Este plano foi utilizado como base para os programas desenvolvidos posteriormente no Brasil. No ano de 2002, ocorreu a Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento que deu continuidade a atenção ao idoso, por meio do Plano de Ação Internacional (MORAES, 2012).

No cenário nacional, a partir da década de 90 foram se sucedendo várias políticas de atenção ao idoso como a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) e o Estatuto do Idoso em 2003 (BRASIL, 2003). Em 2006 foi divulgado o Pacto pela Saúde – o qual inclui o Pacto pela Vida- que pela primeira vez, no SUS, a atenção à saúde da pessoa idosa passa a ser uma prioridade a ser pactuada entre as três esferas governamentais. No mesmo ano foi estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que visa a integralidade da atenção definindo que o idoso terá como principal porta de entrada os serviços de saúde da Atenção Básica, especialmente a ESF e, ainda, destaca a

importância da avaliação para determinar o risco da população adscrita para o planejamento do atendimento prioritário às famílias vulneráveis (BRASIL, 2006).

### **3.2 O idoso no contexto da situação de risco familiar**

O idoso apresenta características inerentes à sua faixa etária que o torna mais vulnerável, como a diminuição da acuidade auditiva e visual, risco para desenvolvimento de depressão e maior risco de quedas (BRASIL, 2007), bem como comprometimento dos principais sistemas funcionais gerando incapacidades cognitivas, instabilidade funcional, imobilidade, incontinência e incapacidade comunicativas (MORAES, 2012).

Além disso, as DCNT - principais fontes de carga de doenças, responsáveis por 72% das mortes em 2007 no Brasil (SCHMIDT et al., 2011) - são a principal causa de morte entre os idosos. Essas doenças quando associadas a idades cronológicas mais avançadas, determinam maior suscetibilidade ao comprometimento dos sistemas funcionais anteriormente citados, com crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte (BRASIL, 2001).

O termo vulnerabilidade tem sido utilizado para se referir aos idosos suscetíveis a desenvolver incapacidades ou com condições sociais desfavoráveis. Assim como, vulnerabilidade social, nesse estudo, refere-se às condições nas quais as famílias estão expostas a fatores de risco, de natureza pessoal, social, ou ambiental, que aumentam as chances de seus membros desenvolverem perturbações psicológicas (BRASIL, 2012b), que podem vir a dificultar o cuidado ao idoso.

Utiliza-se também o termo situações de risco como aquelas em que uma pessoa ou grupo de pessoas estão sob perigo, com maior possibilidade ou chance de adoecer e/ou morrer (BRASIL, 2009).

### **3.3 O trabalho do enfermeiro no atendimento ao idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

A ESF é um serviço da Atenção Básica em Saúde baseado nos princípios do SUS, que propõe mudança das práticas e do modelo assistencial na organização do atendimento à população. O Ministério da Saúde preconiza que a Atenção Básica especialmente a Saúde da Família deve oferecer a pessoa idosa, familiares e seus cuidadores uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio, no domicílio (BRASIL, 2009b). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que 35% das pessoas com 60 anos ou mais, no Brasil, estão cadastradas nas ESFs (IBGE, 2008).

Esse serviço deve ser composto por uma equipe multiprofissional, na qual cada equipe deve se responsabilizar por no máximo 4000 pessoas. Número este baseado no grau de vulnerabilidade das famílias adscritas (BRASIL, 2012), buscando alcançar a equidade no atendimento. Cada equipe é composta de no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser ampliada com dentista e auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2009).

As atribuições do enfermeiro, direcionadas aos idosos nesse serviço, incluem a atenção integral à promoção da saúde e prevenção de agravos, a realização da consulta de enfermagem e a assistência domiciliar quando necessário. Contempla também a orientação ao idoso, familiares e cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos e a inclusão da família cuidadora no atendimento ao idoso, visando o retardo de danos ou agravos à saúde destes, buscando com isso contemplar os cuidados necessários e as demandas locais (BRASIL, 2007).

Portanto, no cotidiano de trabalho das equipes das ESFs, é preciso organizar o planejamento das ações de saúde de modo que sejam priorizados o atendimento ao idoso mais vulnerável. Para tal, é necessário conhecer as reais necessidades dos idosos atendidos, assim como a distribuição do atendimento, a situação familiar e as características socioambientais na qual ele está localizado.

O planejamento, instrumento de gestão que visa melhorar a qualidade vida e a efetividade do trabalho, requer um prévio diagnóstico composto de levantamento de

dados, análise e reflexão dos mesmos para a identificação de prioridades (BRASIL, 2009). Um dos critérios que vem sendo utilizado para a identificação de prioridades e necessidades de saúde é a avaliação do risco familiar (COELHO; SAVASSI, 2002; NASCIMENTO et al., 2010), que pode ser desenvolvida pelo enfermeiro na ESF, para auxiliar na priorização das visitas domiciliares.

A visita domiciliar (VD) é um instrumento de trabalho que representa a possibilidade da construção de um vínculo entre o usuário e o sistema de saúde, além de possibilitar o conhecimento da realidade na qual o idoso está inserido. O Ministério da Saúde preconiza maior frequência das VDs aos idosos com história de queda nos últimos seis meses, diabetes ou hipertensão sem acompanhamento, idosos que não fazem acompanhamento regular de saúde, que morem sozinhos que refiram muitas DCNT e condição de saúde ruim, acamados ou com dificuldades de se deslocar até o serviço de saúde (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, o papel do enfermeiro no atendimento ao idoso na ESF vai além da assistência direta na unidade, pois inclui a participação na identificação de prioridades da população atendida para posterior planejamento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, pautadas nas reais necessidades dos idosos adscritos ao serviço.

## 4 MÉTODOS

A presente investigação está inserida no estudo maior intitulado “Avaliação das famílias em risco da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém do município de Porto Alegre/RS”, no qual foi utilizado a Escala de Risco Familiar (COELHO; SAVASSI, 2002) (ANEXO A) para identificar as famílias da área em situação de vulnerabilidade social. Essa escala é composta por 13 sentinelas, identificadas com base nas informações da ficha “A” do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 1998) (ANEXO B). As 13 sentinelas de risco que compõe a referida escala se dividem em duas abordagens: 11 de caráter individual como número de acamados, número de deficientes físicos, número de deficientes mental, e número de casos de desnutrição grave na família, as quais correspondem a três pontos para cada ocorrência; drogadição e desemprego que correspondem a dois pontos para cada ocorrência; analfabetismo, idade menor de 6 meses e maior de 70 anos, número de hipertensos e diabéticos que correspondem a 1 ponto para cada ocorrência na Escala. E, duas de caráter socioambiental: baixas condições de saneamento que corresponde a três pontos, e a relação morador por cômodo, pontuando três se for maior que um, dois se igual a um e zero se menor que um. Estes itens somarão uma pontuação total, posteriormente classificada em graus de risco: Escore de 0 a 4 (sem risco), escore 5 ou 6 é classificado como R1 (risco menor), escore 7 ou 8 como R2 (risco médio) e escore maior que 9 como R3 (risco máximo). Para fins desse foi considerado risco uma pontuação igual ou superior a cinco.

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de natureza quantitativa e retrospectiva. O estudo descritivo é designado para documentar condições ou características de indivíduos ou grupos. É considerado exploratório quando se investiga a relação ou distribuição entre variáveis, embora não se possa estabelecer relação entre

causa e efeito. Elementos descritivos e exploratórios são frequentemente combinados para melhor elucidar determinadas questões de pesquisa (PORTNEY; WATKINS, 2008). Nos estudos retrospectivos são utilizados dados previamente coletados ou registrados (HULLEY et al., 2008). Nesta pesquisa foram observados dados referentes ao ano de 2011, em prontuários de famílias de uma ESF.

## **4.2 Campo**

O presente estudo foi desenvolvido na ESF Nossa Senhora de Belém, fundada em 2008 no bairro Belém Velho, por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e o Hospital Divina Providência. Este serviço pertence ao Distrito Sanitário Glória e à Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal do Município de Porto Alegre. O serviço conta com uma equipe ampliada de saúde, composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo e uma assistente de saúde bucal.

Atualmente essa ESF atende 3266 habitantes (963 famílias) distribuídos em cinco microáreas, sendo a microárea 1 a com melhores condições de saneamento básico e condições socioeconômicas e a microárea 3 a com as piores condições tanto de saneamento básico quanto socioeconômicas (SIAB, 1998). De acordo com o planejamento estratégico referente ao ano de 2011, existem 353 idosos (60 anos ou mais) cadastrados na unidade (LOVATTO et al., 2011) e dentre esses, 119 possuem 70 anos ou mais.

A escolha do local deu-se ao fato de o mesmo ter sido espaço de atuação de monitores, preceptores e tutores do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde) do Ministério da Saúde. As atividades do programa proporcionou um primeiro contato com os problemas de saúde mais prevalentes nas famílias atendidas e a construção de um vínculo entre alunos, equipe de saúde e comunidade.

## **4.3 População e amostra**

Por tratar-se de um estudo descritivo considerou-se inicialmente toda a população de idosos com 70 anos ou mais cadastrada no referido serviço como elegível a participar do estudo, ou seja, os 119 idosos.

Critérios de inclusão: ser idoso com 70 anos ou mais, participante do estudo maior e cadastrado na unidade até a data limite de 31 de dezembro de 2010, para que fosse contemplado no período do presente estudo (2011).

Critério de exclusão: idosos de 70 anos ou mais identificados no estudo maior que migraram da área de abrangência da ESF ou que foram a óbitos anteriormente ou durante o ano de 2011.

Justifica-se a escolha da faixa etária de 70 anos ou mais utilizada nessa pesquisa, por esta ser uma sentinela de risco na escala de Coelho e Savassi aplicada no estudo maior e também por representa uma faixa etária na qual há maior predisposição a doenças e agravos e por consequência maior vulnerabilidade (SANTOS; PAVARINI, 2011).

A amostra final correspondeu 109 idosos considerando os critérios de exclusão e inclusão.

#### **4.4 Instrumento e variáveis**

O instrumento para a coleta de dados (APÊNDICE A) foi composto por variáveis de identificação, sociodemográficas, de risco familiar, de saúde e de atendimento na ESF.

Variáveis sociodemográficas: número do prontuário de família, microarea (MA), data de nascimento, idade, sexo, alfabetização (conforme critério utilizado pelos ACSs no preenchimento da ficha A que considera alfabetizado aquele que escreve um bilhete simples e analfabeto quem sabe escrever apenas o nome ou não sabe escrever), tipo de renda e se possui plano de saúde.

Variável de risco familiar: situação de risco familiar (com risco, ou sem risco) com o escore relativo à pontuação da Escala de Risco Familiar (COELHO; SAVASSI, 2002), aplicada no estudo maior.

Variáveis relativas à situação de saúde: diagnósticos médicos de doenças crônicas não transmissíveis registrados nos prontuários dos idosos. Para a coleta dessa variável foram considerados todos os idosos que tinham algum registro dessas doenças, independente de terem sido atendidos na unidade no ano de 2011. Nos casos em que não houveram diagnósticos registrados nas consultas no referido ano, foram investigadas as consultas anteriores para busca dessa informação.

Variáveis referentes ao atendimento: número de consultas médicas e de enfermagem realizadas no ano de 2011, motivo principal de cada consulta médica referente à queixa principal do paciente, e mês em que ocorreu cada uma dessas consultas, número de VDs, mês em que ocorreu cada uma, motivo da visita e profissional que realizou.

#### **4.5 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada pela aluna pesquisadora do presente estudo, primeiramente mediante consulta na ficha “A” do SIAB (BRASIL, 1998), a qual contempla as variáveis sociodemográficas e de saúde. A ficha compreende uma série de informações que tornam possível a identificação da realidade na qual as famílias estão inseridas tais como: dados de identificação, demográficos e de situação de saúde de todos os indivíduos que constituem a família.

Após, foram coletadas as informações referentes à situação de risco familiar desses mesmos idosos, mediante consulta à Escala de Risco Familiar aplicada no estudo maior, que também está anexada aos prontuários de família.

As informações referentes ao atendimento dos idosos ( $\geq 70$  anos) foram coletadas mediante consulta ao prontuário individual dos idosos anexados aos prontuários de família.

Para a operacionalização da coleta de dados foi desenvolvida uma planilha composta por todos os prontuários que foram analisados nos quais constam: número de prontuário família, nome do idoso, data de nascimento constante na ficha A, data de preenchimento da ficha A e idade atual do idoso.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados foram digitados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 18.0. As variáveis contínuas foram descritas utilizando-se média ou mediana e desvio padrão. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas. Para a apresentação dos resultados optou-se pela utilização de tabelas e gráficos.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O presente estudo foi aprovado pela coordenação da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENFUFGRS) (ANEXO C).

O estudo maior intitulado “Avaliação das famílias em risco da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém do município de Porto Alegre/RS”, no qual este está inserido foi aprovado pela COMPESQ e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo processo nº 001.036704.11.3. 16 (ANEXO D).

Os pesquisadores do presente estudo se comprometem com a confidencialidade das informações, por meio do termo de compromisso para utilização dados secundários (ANEXO E), conforme resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução da presente investigação e poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas.

## 5 RESULTADOS

Identificou-se que a população de pessoas com 70 anos ou mais adscrita na unidade na qual se desenvolveu o presente estudo correspondeu a 119 idosos. Considerando-se os critérios de exclusão (quatro idosos foram cadastrados em 2012, dois faleceram antes do início de 2011 e quatro mudaram da área de abrangência da ESF), obtiveram-se 109 idosos na amostra final.

Em relação aos aspectos sociodemográficos a média de idade dos idosos foi de 77,2 anos ( $\pm 5,04$  anos), variando entre 71 e 97 anos. Na tabela 1 são apresentadas características sociodemográficas desses idosos.

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica dos idosos com 70 anos ou mais cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS – 2012.

Características sociodemográficas	Idosos com $\geq 70$ anos	
	N= 109	(%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	71	(64,1)
Masculino	38	(34,9)
<b>Idade</b>		
70 a 79 anos	85	(78)
80 anos ou mais	24	(22)
<b>Alfabetização</b>		
Alfabetizado	84	(77,1)
Não alfabetizado	25	(22,9)
<b>Renda</b>		
Não possui	17	(15,6)
Aposentado	74	(67,9)
Outras/Trabalhos	9	(8,3)
Não consta informação	9	(8,3)
<b>Plano de Saúde</b>		
Não	73	(67)
Sim	36	(33)
<b>Total</b>	109	(100)

Fonte: Elaborado pela autora. Dados retirados da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Observou-se a predominância de idosos do sexo feminino (64,1%), alfabetizados (77,1%), aposentados (67,9%) e sem plano de saúde (67%) (Tabela 1).

Quanto à situação de saúde, a tabela 2 apresenta as DCNT mais prevalentes entre os 90 (82,6%) idosos que possuíam registros de atendimento na unidade de saúde.

Os 19 (17,4%) idosos que nunca receberam atendimento não possuíam fichas individuais de atendimento e, portanto, não possuíam esse dado.

**Tabela 2** – Proporção de doenças crônicas não transmissíveis registradas nos prontuários dos idosos com 70 anos ou mais atendidos na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS- 2012.

<b>Doenças crônicas não transmissíveis</b>	<b>Frequência das doenças registradas nos prontuários dos idosos</b>	
	<b>N= 90</b>	<b>(%)</b>
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)</b>	63	(70)
<b>Dislipidemia</b>	28	(31,1)
<b>Diabetes Mellitus (DM)</b>	26	(28,9)
<b>Artropatias</b>	23	(25,5)
<b>Outras doenças Cardíacas</b>	14	(15,5)
<b>Osteopenia/osteoporose</b>	10	(11,1)
<b>Depressão</b>	9	(10)
<b>Insuficiência Venosa Periférica</b>	9	(10)
<b>Acidente Vascular Cerebral (AVC)</b>	6	(6,7)
<b>Hipotireoidismo</b>	6	(6,7)
<b>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</b>	6	(6,7)
<b>Déficit auditivo</b>	5	(5,5)
<b>Demência</b>	5	(5,5)
<b>Neoplasias</b>	5	(5,5)
<b>Transtornos de ansiedade</b>	3	(3,3)
<b>Glaucoma/catarata</b>	3	(3,3)
<b>Insuficiência renal crônica</b>	3	(3,3)
<b>Doença do Refluxo Gastroesofágico</b>	2	(2,2)
<b>*Outras doenças</b>	21	(23,3)

Fonte: Elaborado pela autora: Dados retirados dos registros médicos dos prontuários dos idosos

\*Doenças registradas apenas uma vez no prontuário dos idosos

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a DCNT mais prevalente, sendo diagnosticada em 70% dos idosos investigados. No entanto, destaca-se que a

dislipidemia (31,1%), o diabetes melittus (28,9) e as artropatias (25,5%) também obtiveram importantes prevalências. Mais de 50% de todos os idosos com uma das cinco doenças mais prevalentes pertenciam às famílias em situação de risco (Tabela 2).

Considerando-se todos os 90 idosos que foram atendidos em algum período na ESF a média de DCNT foi de 2,71 ( $\pm$  1,4) por idoso. Média semelhante ( $2,8 \pm 1,5$ ) foi encontrada para os 75 idosos que foram atendidos apenas no ano de 2011.

A tabela 3 mostra a proporção dos idosos de acordo com a situação de risco familiar e atendimentos por microárea (MA) realizadas na ESF.

**Tabela 3** - Distribuição dos idosos com 70 anos ou mais de acordo com o risco familiar e atendimentos por microárea (MA). Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS – 2012

	MA 1 N (%)	MA 2 N (%)	MA 3 N (%)	MA 4 N (%)	MA 5 N (%)	Total N109 (%)
<b>Idosos (<math>\geq</math> 70 anos)</b>	38 (34,9)	15 (13,8)	19 (17,4)	13 (11,9)	24 (22)	109 (100)
<b>Situação de risco familiar</b>						
Sem risco	26 (68,4)	9 (60)	2 (10,5)	-	5 (20,8)	42 (38,5)
Com risco	12 (31,6)	6 (40)	17 (89,5)	13 (100)	19 (79,2)	67 (61,5)
<b>Idosos atendidos em 2011</b>	28 (73,7)	11 (73,3)	10 (52,6)	8 (61,5)	18 (75)	75 (68,8)
<b>Idosos não atendidos em 2011</b>	10 (26,3)	4 (26,7)	9 (47,4)	5 (38,5)	6 (25)	34 (31,2)
Nenhum atendimento em 2011	6 (60)	2 (50)	6 (66,6)	4 (80)	1 (16,7)	19 (55,9)**
	4 (40)	2 (50)	3 (33,4)	1 (20)	5 (83,3)	15 (44,2)**
*Atendimentos em outros períodos						

Fonte: Elaborado pela autora. Dados retirados dos prontuários dos idosos

\*Referentes aos anos de 2008 a 2010 e 2012.

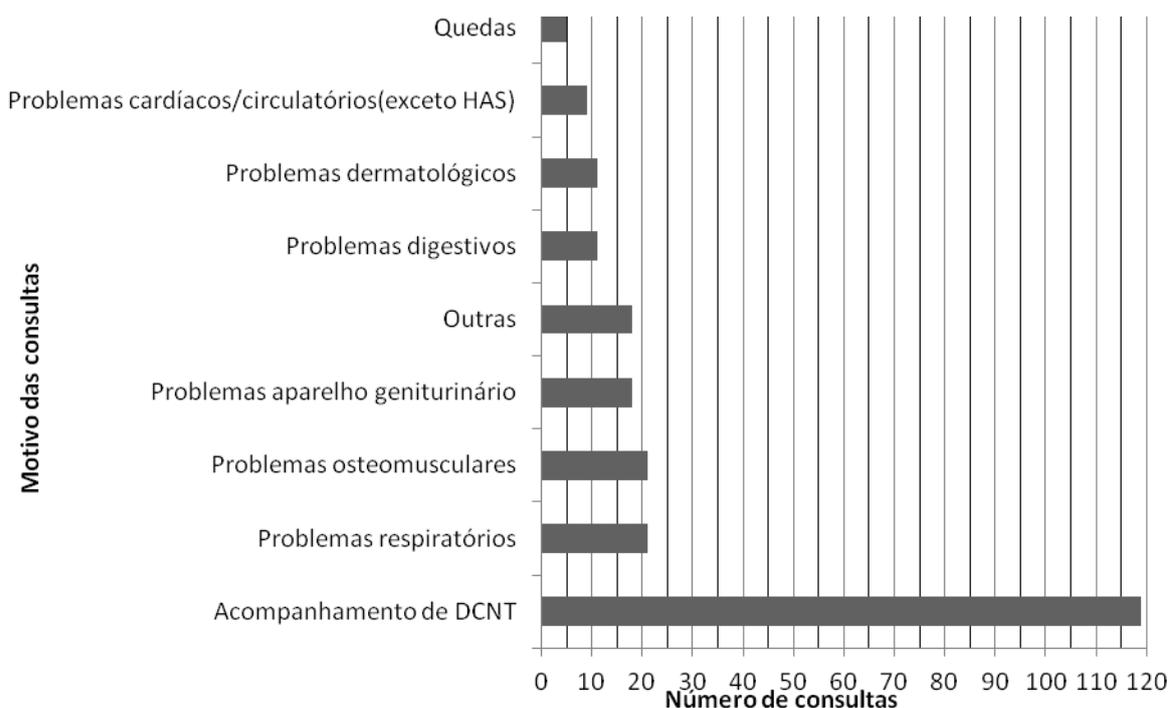
\*\*Porcentagem calculada considerando o total de idosos não atendidos

Observou-se que a maior parte (61,5%) dos idosos com 70 anos ou mais pertence a famílias em situação de risco, sendo que desses, grande parte (53,8%) residem nas microáreas 3 e 5.

Em relação aos idosos não atendidos em 2011, (55,9%) concentram-se em duas das cinco microáreas (MA 1 e MA 3) e 55,9% nunca utilizaram esse serviço. Ressalta-se que 20 (58,8%) desses idosos pertencem às famílias em situação de risco.

Convém destacar ainda, que embora 13,8% dos idosos tenham recebido algum atendimento na unidade de saúde em outros períodos, os mesmos permaneceram o ano de 2011 sem nenhum acompanhamento por parte do serviço.

O gráfico 1 apresenta os principais motivos pelos quais os idosos buscaram por atendimento no referido ano.



**Gráfico 1** - Motivo pelos quais os idosos buscaram por consultas no ano de 2011, Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS, 2012.

Destaca-se que das 233 (100%) consultas realizadas, 119 (51,1%) foram devido ao acompanhamento de DCNT, seguido de queixas devido a problemas respiratórios e problemas osteomusculares, com mesma porcentagem (9,1%).

Dentre o total de consultas, 28 (12%) foram para suprir uma demanda espontânea. Na variável outras foram incluídas os motivos que apareceram com menor frequência, ou seja, foram registradas apenas uma única vez nos prontuários analisados.

Em relação ao motivo pelo qual foram realizadas as VDs observou-se que 28 (84,8%) delas foram devido a sintomas clínicos de doenças já instaladas, as quais incluem o acompanhamento de DCNT, 4 (10,8%) para a realização de curativos e 5 (13,5%) devido a outros motivos.

Em relação ao atendimento dos idosos com 70 anos ou mais no ano de 2011, a tabela 4 apresenta a distribuição dos atendimentos por profissional médico ou enfermeiro, de acordo com a situação de risco familiar e a média geral e por categoria profissional desses atendimentos.

**Tabela 4** – Distribuição do número de atendimentos aos idosos com 70 anos ou mais em 2011 de acordo com o risco familiar. Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS – 2012.

Atendimentos	Família sem risco		Média e DP	Total
	N=	(%)		
<b>Consultas</b>	83	(35,6)	2,14 ± 2,4	233 (86,3)*
Enfermeiro	6	(31,6)**	0,17 ± 0,4	19 (100)
Médico	77	(36)**	1,96 ± 2,1	214 (100)
<b>Visita Domiciliar</b>	6	(12,6)	0,34 ± 0,90	37 (13,7)*
Enfermeiro	3	(100)**	0,03 ± 0,3	3 (100)*
Médico	3	(8,8)**	0,31 ± 0,87	34 (100)
<b>Total</b>	89	(33)	-	270 (100)

Fonte: Elaborado pela autora. Dados retirados dos prontuários dos idosos

\*Porcentagem calculada com base no total de atendimentos

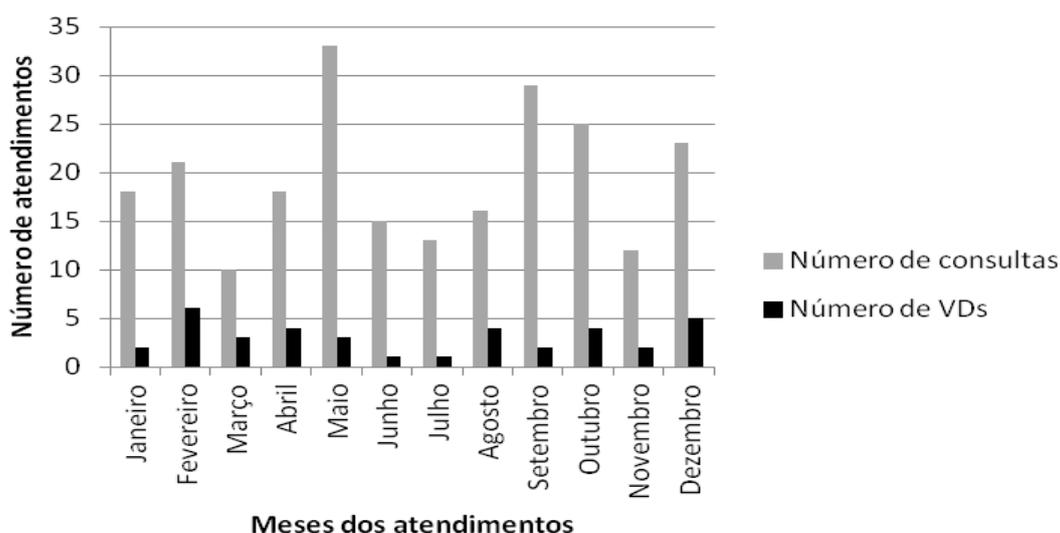
\*\*A porcentagem de cada tipo de atendimento por categoria profissional

Dentre o total de atendimentos realizados aos idosos com 70 anos ou mais no ano de 2011 observou-se que 86,3% foram por meio de consultas (maior média) e 37 (13,7%) por meio de VDs. Observou-se que 67% desses atendimentos foram direcionados a idosos de famílias em risco, sendo que desses, 64,4% foi por meio de consultas e 35,6% por meio de VDs (Tabela 4).

Em relação à distribuição desses atendimentos por categoria profissional, observou-se que o médico realizou a maioria das consultas (91,4%), sendo que destas, (64%) a idosos de famílias em risco. Este profissional também realizou a maioria das VDs (91,9%), sendo que a maioria delas (91,2%) foi a idosos de famílias em risco (Tabela 4).

O enfermeiro realizou 22 (8,1%) dos atendimentos. A maior parte por meio de consultas a idosos de famílias em risco (68,4%). Ressalta-se que 79% de todas as consultas realizadas pelo enfermeiro foi para suprir a demanda espontânea, na qual o idoso procurava o serviço devido, principalmente, a mal estar por pressão arterial sistêmica alterada. Em relação às VDs realizadas pela enfermagem, esta apresentou a menor média (0,03), sendo que do total de três VDs realizadas por este profissional, nenhuma foi a idosos de família em risco (Tabela 4).

O gráfico 2 apresenta a distribuição mensal de consultas e VDs realizadas em 2011 .



**Gráfico 2** – Distribuição mensal do número de atendimentos mensais realizados no ano de 2011 aos idosos com 70 anos ou mais na Estratégia de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, Porto Alegre, RS - 2012

Observou-se maior concentração de consultas nos meses de maio (33), setembro (29), outubro (25) e dezembro (23) que juntos totalizam 110 (47,2%).

Em relação às VDs observou-se que junho (1) e julho (1) foram os meses de menor ocorrência, e dezembro (5) e fevereiro (6) os meses em que ocorreram o maior número de VDs.

## 6 DISCUSSÃO

Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos de forma a melhor abordar a discussão dos resultados.

### 6.1 Caracterização sociodemográfica e situação de saúde

A média de idade encontrada nesse estudo (77,2 anos) aproxima-se da faixa etária de classificação dos idosos mais velhos (80 anos ou mais), subgrupo que mais cresce dentre os idosos no mundo, inclusive na região metropolitana de Porto Alegre (OMS, 2005; KRELLING, 2008). Embora ocorra um aumento do interesse nas pesquisas com os idosos devido ao crescente envelhecimento da população, a maioria dos estudos se propõe a investigar a faixa etária de 60 anos ou mais, ou 80 anos ou mais, embora as publicações relativas a essa última faixa etária tenham apresentado maior crescimento apenas em âmbito internacional (ROSSET et al., 2011).

Dessa forma, são escassos os estudos que se propõem a investigar o perfil dos idosos com 70 anos ou mais, faixa etária do presente estudo, que requer atenção dos serviços de saúde, pois observa-se que a partir dos 75 anos, as chances de desenvolver um dano crônico aumentam consideravelmente (IBGE, 2010).

Além disso, estudos evidenciaram diferença significativa entre as faixas etárias, mostrando que deixar de realizar atividades habituais, aumento da polifarmácia e aumento da procura por vacinação é maior a partir dos 70 anos (SILVA et al.; 2012; CAMPOS et al., 2012). Esses fatores demonstram que o aumento da idade contribui para maior utilização dos serviços de saúde, acarretando a necessidade de maior atendimento e atenção aos idosos por parte dos profissionais de saúde (SCHIMIDT et al., 2011; LUBITZ et al., 2003).

A maior proporção de idosos do sexo feminino (64,1%), encontrada neste estudo corrobora outros resultados de investigações sobre o envelhecimento, cujos dados apontam para a feminização da velhice (CARVALHO; WONG, 2008; CAMARANO,

2006; PASKULIN et al., 2011; SOUZA, 2006; IBGE, 2010; KRELLING, 2008; SILVEIRA et al., 2008). A predominância de mulheres atendidas pode ser parcialmente atribuída a maior procura dessas pelos serviços de saúde, a maior expectativa de vida, bem como maior cuidado com a saúde do que os homens (IBGE, 2010; IBGE, 2010b).

Os dados secundários coletados não forneceram informações detalhadas sobre a escolaridade, mas foi possível identificar 77,1% de idosos alfabetizados, ou seja, sabem escrever pelo menos um bilhete simples. O conhecimento do grau de escolaridade auxilia a equipe de saúde a identificar idosos que requeiram a implementação de ações que visem maior assistência no cuidado à saúde, como orientações para assegurar a correta administração de medicação. Estudos mostram que a escolaridade maior influencia positivamente no cuidado à saúde (VILELA et al., 2006; MARIN; CECÍLIO, 2009; SILVA ET AL., 2012).

Estudos demonstram a relação da baixa escolaridade, idade avançada e sexo feminino (SALGADO, 2002; SANTOS; PAVARINI, 2011), com o pior estado de saúde e com consequente maior utilização dos serviços da rede básica (SILVA et al., 2010; PASKULIN et al., 2011).

É comum nos estudos de caracterização de idosos, estes possuírem a aposentadoria como única fonte de renda (IBGE, 2010; SOUZA, 2006, MARIN; CECÍLIO, 2009; KRELLING, 2008), o que vem ao encontro do resultado da presente investigação, na qual a maioria (67,9%) enquadrrou-se nessa perspectiva. Como geralmente parte dessa aposentadoria já está comprometida com gastos em medicação, limitando ainda mais os recursos financeiros para sua sobrevivência (SOUZA et al., 2006), é possível que esses idosos careçam de recursos financeiros para cuidar adequadamente da sua saúde. Estudo mostra que rendas mais baixas influenciam a maneira pela qual os idosos autogerenciam a saúde, (SILVA et al., 2010), estando associada com maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde da rede básica (RIBEIRO et al., 2006; TRAVASSOS et al., 2006).

A parcela de idosos sem plano de saúde (67%) encontrada neste estudo assemelha-se aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) realizada no ano de 2003 e no ano de 2008, nos quais 70,2% e 70,3% da população com 65 anos ou mais não estavam cobertos por planos. Possuir ou não plano de saúde pode influenciar na procura por atendimento pelos idosos na atenção básica. Estudo demonstrou que ter plano de saúde foi o principal motivo pelos quais essa faixa etária

não procurava esses serviços (PASKULIN et al., 2011). Apesar de estudo mostrar que há tendência de idosos mais velhos utilizarem menos ainda esses serviços por maior interesse em ter plano privado (BÓS; BÓS, 2004), um levantamento realizado em oito países mostrou que conforme aumenta a idade diminui a porcentagem de idosos cobertos por planos privados, pois é comum as operadoras onerarem o valor dos planos, pelo fato de essa faixa etária representar maiores gastos em saúde. No Brasil, estima-se que 5,8% dos idosos de 60 a 69 anos tenham planos de saúde, porém essa porcentagem passa para 3,5% nas idades e 70 e 79 anos, chegando a 1,9% nos idosos com 80 anos ou mais, representando maior dificuldade na aquisição de plano de saúde, conforme aumenta a idade (ANS, 2010).

A caracterização sociodemográfica dos idosos adscritos em uma ESF auxilia no melhor atendimento por parte da equipe, pois permite conhecer o perfil dos idosos adscritos, já que estes apresentam características inerentes a sua faixa etária, as quais podem contribuir para o não atendimento dos mesmos, como dificuldade de locomoção, falta de auxílio de um familiar para acompanhá-lo, ou mesmo o não comparecimento às consultas médicas devido a comprometimento cognitivo para lembrar data e horário do agendamento.

O diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 70% dos idosos vai ao encontro de estudos que revelam que idade avançada está associada com aumento da prevalência de HAS (BOTELHO, 2007, BRASIL, 2007). Isso mostra a necessidade de uma mudança nos serviços de saúde a fim de investir não só na prevenção, mas também na avaliação da adesão ao tratamento dos danos crônicos, visto o aumento estimado da população idosa (SANTOS; RIBEIRO, 2011; IBGE, 2010).

Dislipidemia (31,1%) e diabetes mellitus (28,9%) também constituem a gama de cronicidades comuns aos idosos investigados, as quais também requerem especial atenção por parte dos serviços de saúde (BRASIL, 2007). Estas doenças, somadas à HAS representam um forte fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, responsáveis pela maior causa de mortes entre os idosos (SCHIMDT et al., 2011) e também por 40% das mortes por acidente vascular cerebral (BRASIL, 2007).

Artropatias compõem o quarto grupo de doenças mais prevalentes (25,5%). Apesar de essas doenças serem comuns nos estudos que investigam o perfil de saúde dessa faixa etária (SANTOS; RIBEIRO, 2011; ALVES et al., 2007, ARAUJO et al.,

2006; IBGE, 2010; SILVEIRA et al., 2008), ainda há uma lacuna no desenvolvimento de ações de prevenção das mesmas na ESF, o que pode contribuir para o surgimento de complicações relacionadas à incapacidade funcional do idoso.

O fato de mais de 59% dos idosos com uma das cinco DCNT mais prevalentes pertencerem às famílias em situação de risco, pode refletir em um maior prejuízo a saúde desses. O controle dessas doenças depende, além do atendimento dos serviços de saúde - para acompanhamento médico e boa adesão ao tratamento - também da reeducação alimentar e práticas de exercícios (SOUZA et al., 2006), que por sua vez requerem o apoio da família.

A média de DCNT por idoso de 2,71 encontrada no presente estudo assemelha-se a de outras investigações nas quais mais de 54% (MARIN; CECÍLIO, 2009) e de 28% (IBGE, 2010b) dos idosos referiram ter mais de uma DCNT. O maior número dessas doenças pode estar relacionado à dependência funcional do idoso. Portanto, o acúmulo dessas cronicidades, bem como comorbidades associadas, passa a exigir mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde da família, que devem responder às novas necessidades, uma vez que essas doenças exigem o cuidado compartilhado, com maior autonomia dos sujeitos e maior qualidade nos serviços preventivos (OPAS, 2011).

## **6.2 atendimentos de acordo com a situação de risco familiar**

O fato de 61,5% dos idosos investigados pertencer a uma família em situação de risco demonstra a necessidade de maior planejamento com base na classificação do risco familiar, de forma a priorizar o atendimento e as necessidades dessa parcela populacional (COELHO; SAVASSI, 2002), já que idosos, muitas vezes, dependem dos cuidados de um familiar (GONÇALVES et al.; 2008). Objetivando identificar nessas famílias potenciais problemas que podem interferir negativamente no cuidado aos idosos, buscando melhorias no cuidado à saúde de ambas as partes.

A heterogeneidade na distribuição da população idosa adscrita a um mesmo território de atuação da ESF, ratificada por 53,8% dos idosos pertencentes às famílias em situação de risco estarem concentrados em duas (MA 3 e MA 5) das cinco microáreas, reforça a necessidade de atendimentos diferenciados com base nas

necessidades específicas de cada indivíduo e família, a fim de se alcançar a equidade proposta pelo SUS (BRASIL, 1990). De fato, essas microáreas apresentam piores condições de infraestrutura e saneamento básico quando comparadas às demais (MA 1, MA 2 e MA 4).

Em contrapartida, identificou-se que mais de 50% dos idosos não atendidos no ano de 2011, concentraram-se nas MA 1 e na MA 3. Destaca-se que no caso da MA 1, o não atendimento dos idosos esteja relacionado com o fato desta ser a microárea mais urbanizada e com famílias em melhores condições socioeconômicas, e por isso menos dependentes dos serviços públicos (BRASIL, 1998). Isso demonstra a necessidade de ampliar o acesso aos serviços da rede básica aos que necessitam. A consolidação da Saúde da Família como principal porta de entrada dos serviços da rede básica, depende dentre outros fatores, não apenas da territorialização - atendimento da população previamente delimitada -, mas também da problematização desse território, afim de que esse serviço atue como espaço de saúde e não somente de atenção às doenças (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

No entanto, a identificação dos idosos de famílias em risco por si só, não promove melhorias à saúde dessa população. A problematização do contexto no qual os idosos se inserem é capaz de contribuir para a qualificação de intervenções comprometidas com as reais condições de vida dessas famílias (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010).

No sentido de viabilizar a criação dessas intervenções, dando caráter regional à Atenção Primária à Saúde, foi pactuado o compromisso em facilitar a equidade e universalidade dos serviços, por meio da identificação e do desenvolvimento de programas específicos para populações vulneráveis (MORAES, 2012).

Embora o modelo seguido pela Saúde da Família priorize o atendimento à população mais vulnerável e com maior risco de morte (ANDRADE et al., 2004), ainda há obstáculos à real implantação desse modelo no cotidiano dos profissionais desse serviço.

Estudo realizado em três Estados brasileiros afirma que há dificuldade na identificação de necessidades de saúde das populações adscritas, o que reflete de forma negativa no atendimento, devido à falta do uso dessas informações no planejamento da oferta dos serviços e ações de saúde (OPAS, 2011).

Considerando-se que cerca de 60% dos idosos não atendidos na unidade de saúde no ano de 2011 pertenciam a famílias em situação de risco, apesar de 13,8% destes terem sido atendidos em outros períodos, é relevante o fato de eles ficarem um ano sem acompanhamento da ESF. O não atendimento pela equipe de saúde a esses idosos de famílias em situação de risco pode ser atribuído, em parte, ao fato de esta família apresentar menor disponibilidade de alguém para transportá-lo até o local da consulta ou mesmo lembrá-lo das datas das mesmas. Determinantes sociais podem influenciar no acesso aos serviços de saúde, demonstrando que o acesso requer, além de expansão e qualificação, também melhorias nas condições de vida dos indivíduos e família (PASKULIN et al., 2011).

Por tratar-se de uma faixa etária mais vulnerável, a investigação de aspectos da família - principal responsável pelo cuidado ao idoso dependente - merece maior atenção dos serviços de saúde. A família vem sofrendo transformações na sua composição - como o número de filhos cada vez menor e o aumento da mulher no mercado de trabalho (IBGE, 2010; ORTIZ et al., 2011), que reduzem a disponibilidade de prestar apoio aos idosos. Isso reforça a necessidade de desenvolvimento de mecanismos de avaliação da família do idoso, por parte da ESF - serviço com maior vínculo com os usuários (BRASIL, 2009) - a fim de gerar subsídios para o planejamento de ações de saúde efetivas capaz de atingir não só essa faixa etária, mas a família como um todo.

### **6.3 Motivos, número e tipo dos atendimentos**

O principal motivo pelo qual aproximadamente 51% dos idosos buscaram por consultas médicas na ESF durante o ano de 2011 foi o acompanhamento de DCNT, a qual inclui renovação de medicação de uso contínuo. Este dado vai ao encontro de outro estudo que associou dano crônico com maior atendimento pelos serviços públicos (PASKULIN et al., 2011). No entanto, apesar dos esforços para fortalecer a ESF como espaço de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde (BRASIL, 2006), a maior parte do atendimento a essa parcela populacional ainda ocorre por doença já instalada. Isso, muitas vezes, dificulta a caracterização da ESF como uma reorganização do

modelo assistencial não mais pautado na assistência curativa e individual, pois esse serviço, na prática continua sendo organizado para o atendimento de casos agudos de doenças e manutenção de receitas de diversos agravos (MENDES; OLIVEIRA, 2007; MATUMOTO et al., 2012).

Com igual porcentagem (9,1%) estão a busca por consultas devido a problemas respiratórios – segunda principal causa de internações hospitalares no Brasil (BRASIL, 2010) e a problemas osteomusculares, bastante prevalente nos idosos (IBGE, 2010b). Esses dados vêm ao encontro de estudos que também se mostraram esses problemas como prevalentes nessa faixa etária (MORAES et al., 2007; ALVES et al., 2007; ARAUJO et al.; 2006, IBGE, 2010).

A expressiva parcela de visita domiciliar (84,8%) devido a sintomas clínicos de doenças já instaladas, nas quais está incluído o acompanhamento de DCNT, reforça a necessidade de um planejamento da equipe de saúde, a fim de que esse momento de aproximação entre usuário e serviço possibilite maior interação com a família, bem como o levantamento de necessidades de saúde, que possam servir como base para o desenvolvimento de intervenções e promoção da saúde do idoso. Da mesma forma que demonstrado em outros estudos, as VDs, frequentemente se aproximam do atendimento realizado na unidade de saúde (COELHO; SAVASSI, 2002; MENDES; OLIVEIRA, 2007).

A média de consultas anual de (2,14) foi similar a outros estudos no qual o idoso utilizava o serviço de uma a três vezes em seis meses ou pelo menos uma vez nos últimos 12 meses (PASKULIN et al., 2011; IBGE, 2010b; SILVEIRA et al., 2008).

A predominância de 67% de atendimentos, no ano de 2011, a idosos de família em risco, considerando que desses, a maior parte (82,9%) foi referente a consultas médicas, demonstra maior vulnerabilidade desse grupo. Apesar da inexistência de uma ação programática nesse serviço que vise o atendimento específico ao idoso e suas necessidades de cuidado, com base no proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o atendimento realizado na ESF contempla o proposto pela política de atenção ao idoso (BRASIL, 2006), na qual deve haver prioridade no atendimento de idosos em situação de risco.

Apesar de praticamente 90% das VDs realizadas pelo médico terem sido a idosos pertencentes a uma família em situação de risco, é preciso considerar que ainda não há na prática um planejamento dessa atividade na unidade de saúde. Isso reforça a

necessidade de organização da sistematização dessas visitas. Estudos demonstraram, na prática, os benefícios do desenvolvimento de instrumentos que visem facilitar essa sistematização, afim de que as VDs sejam priorizadas aos indivíduos e famílias com maior necessidade das mesmas, mas sem que isso acarrete prejuízo à assistência da demais população adscrita, buscando assim a possibilidade de concretizar a promoção da saúde (COELHO; SAVASSI, 2002; MENDES; OLIVEIRA, 2007).

Convém destacar que apesar de 68,4% dos atendimentos de enfermagem serem realizados por meio de consultas a idosos de famílias em risco, foi escassa a participação desse profissional nas consultas (8,1%) e nas VDs (8,1%). Estudos atribuem a diminuição dos atendimentos de assistência direta ao paciente por parte da enfermagem, devido ao aumento das atividades gerenciais desta categoria (MATUMOTO et al., 2012; GUEDES et al., 2007) , o que pode acarretar no menor tempo disponível para este profissional sair da unidade para realizar as VDs.

A maior parte (79%) de consultas de enfermagem, devido a demanda espontânea, demonstra que apesar da atenção à saúde dos idosos, ser uma das prioridades previstas no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), há poucas evidências que permitam comprovar a existência no cotidiano de trabalho da ESF de ações práticas de enfermagem que visem a promoção da saúde desse grupo etário. O atendimento do enfermeiro na rede básica ainda está historicamente voltado ao atendimento de mulheres e crianças (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010).

A maior concentração de consultas nos meses de verão pode ser indicativa de maior disponibilidade desses idosos – ou mesmo do familiar que o acompanha - em comparecerem aos serviços de saúde. Estudo demonstrou que dentre as justificativas do não comparecimento do paciente à unidade de saúde estão a dificuldade de mobilidade, comum nos idosos, que passam a depender de ajuda de familiar para esse deslocamento (ARAUJO et al., 2006). Da mesma forma, é possível que o menor número de VDs nos meses de inverno encontrado neste estudo, deva-se a menor disponibilidade dos profissionais em realizar as visitas nesse período.

A carência de um planejamento que permita a sistematização das VDs aos idosos dificulta atender ao preconizado pelo Ministério da Saúde como, maior frequência dessas aos que moram sozinhos, estejam acamados, tenham sofrido quedas ou internações hospitalares nos últimos seis meses (BRASIL, 2009b).

## 7 CONCLUSÕES

Embora as características sociodemográficas e de saúde encontradas neste estudo mostrem similaridade aos resultados de outros estudos que investigam o perfil desses idosos, é preciso considerar a influência de fatores como determinantes da saúde e do atendimento desses nos serviços de saúde da Atenção Básica do SUS. Dentre esses determinantes estão o contexto no qual o idoso está inserido, bem como as possíveis condições de vulnerabilidade social de suas famílias, que possam vir a dificultar e/ou prejudicar o cuidado que este requer.

A maioria de atendimentos a esses idosos, no ano de 2011, de consultas médicas, devido a doenças já instaladas, com destaque para as DCNT, bem como baixo número de VDs realizados pelo enfermeiro, demonstra a necessidade de uma maior atenção por parte dos serviços de saúde a essa faixa etária, tanto na monitoração da adesão ao tratamento a essas doenças, quanto no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, compromissadas com as necessidades de cada idoso.

O fato de maior parte dos idosos não atendidos no ano de 2011, nunca terem utilizado a ESF, pertencerem às famílias em situação de risco, pode ser um preditivo de maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde por parte desses. Nesse contexto, a avaliação do risco familiar, busca, entre outros aspectos, contribuir para a identificação de idosos com dificuldade de acesso aos serviços, bem como gerar subsídios para a sistematização dos atendimentos na unidade, em especial à realização das VDs aos mais necessitados. Apesar da maioria dos atendimentos ter sido a idosos de famílias em risco, destaca-se que não há um planejamento no atendimento dessa parcela populacional, que ainda ocorre por livre demanda.

Apesar da existência de políticas de atenção ao idoso que reforcem a importância da promoção da saúde e prevenção de agravos, ainda faltam evidências que permitam identificar a ESF, na prática, como transformadora do modelo assistencial vigente. Um dos aspectos observados neste estudo foi a alta prevalência de atendimentos médicos e a baixa participação da enfermagem nesses, indicando que o grande número de atividades gerenciais e administrativas delegadas ao enfermeiro, possam acarretar menos tempo para a assistência e direcionamento do cuidado a esses idosos.

O grande aumento da população idosa e a decorrente necessidade de cuidados de saúde inerentes a essa faixa etária, a qual muitas vezes é suprida pela família, configuram-se como um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde. Dentre as responsabilidades das equipes das ESFs, encontra-se o planejamento de saúde direcionado aos idosos e suas famílias, que vise o equilíbrio entre ações preventivas e curativas, bem como um olhar mais atento desses profissionais na identificação dos cuidados necessários. Acredita-se que a participação do enfermeiro no desenvolvimento de mecanismos de identificação de idosos de famílias em situação de risco auxilie na priorização e qualificação do atendimento desse grupo etário.

Os resultados do presente estudo serão apresentados à equipe de saúde da ESF no qual foi desenvolvido, buscando ampliar o conhecimento dos idosos com 70 anos ou mais adscritos ao serviço, bem como suscitar o desenvolvimento de novas investigações sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L.C et al.; A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.8,p . 1924-30, 2007.

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; FONSECA, C.D. **A Estratégia de Saúde da Família**. In: DUNCAN, B; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, E.R.J (Org). *Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseada em evidências*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.88-101.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo**. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro: ANS, 44p, 2010.

ARAÚJO, F.E et al.; Características das VDs realizadas pelo médico de uma equipe de PSF- Tiradentes/MG. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de fora, v.9, n.1, p.15-19, 2006.

BOTELHO, M.A. Idade avançada, características biológicas e multimorbilidade. Dossier : comorbidade de doenças crônicas em MGF. **Revista Portuguesa de Clínica Geral, Lisboa**, n.23, p. 191-5, 2007.

BRASIL. Presidência da República. 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**. Brasília: Diário Oficial da União, 1994.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução 196/96). **Diário Oficial da União**, 10 out. 1996. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/res196/96.htm>>. Acesso em 09 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. **Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso**. Diário Oficial da União, Brasília: 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Anuário estatístico de saúde do Brasil 2001** [texto na Internet]. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2002. [citado 2003 Fev 9]. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/saude/aplicações/anuario2001/index.cfm>>. Acesso em 3 de maio. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília (DF); 2003. Disponível em <<http://www.assistenciasocial.al.gov.br/legislacao/legislacao-federal/est.%20de%20idoso.pdf>>. Acesso em 09 mai 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pacto pela saúde. Portaria n° 325/GM, de 21 e de fevereiro de 2008: **estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação**. Brasília (DF); 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.528 de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica n°19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 192p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 84p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção básica. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 260p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 44p. Disponível em <HTTP://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencoesaudepessoaidosaenvelhecimento12.pdf>. Acesso em 21 jun 2011.

\_\_\_\_\_. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990: **dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências** [Internet]. Brasília (DF); 1990 [citado 2011 fev 05]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p.110.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Básica. **Coordenação geral de Atenção Domiciliar. Melhor em casa. A segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, v.2,cap. 7, 2012b.

BÓS A., BÓS A. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privado e público por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.1, n.38, p. 113-120, 2004.

CAMARANO, A.A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição.** In: FREITAS, E.V et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro. Editora: Guanabara Koogan, p. 88-105, 2006.

\_\_\_\_\_. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?.** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMPOS, E.C et al. Fatores relacionados à vacinação contra gripes em idosos: estudo transversal, Cambé, Paraná, - Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.5, p.878-888, 2012.

CARVALHO, J.A .WONG, L.L.R.;. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.23, n.1, p. 5-26, 2008.

COELHO, F.L.G.; SAVASSI, L.C.M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de organização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v.1, n.2, p.19-26, 2002.

GUEDES, H.M; PAULA, L.D; COELHO A.B. Resultados alcançados com a Estratégia saúde da família após cinco anos de implantação em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.11, n.4, p.363-368, 2007.

GONÇALVES L.H.T et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis. **Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis**, v.15, n.4, p.570-7, 2006.

HULLEY et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica.** In: \_\_\_\_\_ CUMMINGS, S.R.; NEWMAN, T. B. Delineando estudos de coorte. São Paulo: Artmed, p.115- 125, 2008.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003: acesso e utilização de serviços de saúde.** Brasília: IBGE;2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>. >. Acesso em 20 de outubro, 2012.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Síntese de Indicadores Sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira.** Estudos e Pesquisas, n.27, Rio de Janeiro, 2010, 317p.

\_\_\_\_\_. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008.** Rio de Janeiro, 2010b, 256p.

KALACHE, A. **Políticas públicas para um país que envelhece**. In: BERZINS, M.V; BORGES, M.C.B. 1ºed. São Paulo: Martinari, 2012. 304p.

KRELLING, N.H. Trabalho e emprego. Envelhecimento, trabalho e renda: uma análise na região metropolitana de Porto Alegre. Indicadores econômicos. **Fundação de Economia e Estatística**, Porto Alegre, v.36, n.1, p.67-76, 2008.

LEBRÃO. M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.17, p. 135-140, 2007.

LIMA-COSTA, M.F.F et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n.3, p. 745-57, 2003.

LOVATTO, C.E et al.; Planejamento Estratégico da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém. Hospital Divina Providência, Porto Alegre, 2011.

LOYOLA FILHO, A.I et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.13, n.4, p. 229-38, 2004.

LUBITZ, J; CAIL, K.R; LENTZNER, H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly, N. **Engl J Med**, n.349, v. 11, p. 1048-55, 2003.

MARIN, M.J.S; CECÍLIO, L.C.O. Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 63-76, 2009.

MATUMOTO S ET AL.; Produção de atendimentos de enfermeiras em unidades da rede básica de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.4, 2012.

MORAES, E. N. **Atenção à Saúde do idoso: Aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012. 98p.

MORAES, S.M, et al.; Estudo de demanda de uma Unidade Básica de Saúde em Pelotas/RS. **Revista de Saúde UCPEL**, Pelotas, v.1, n.1, 2007.

MENDES, A.O; OLIVEIRA, F.A. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Revista Brasileira de Medicina, família e comunidade**. Rio de Janeiro, v.2, n.8, 2007.

NASCIMENTO, F.G et al . Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010 .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Panamericana da Saúde (OPAS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília; 2005.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados dos laboratórios de inovação em quatro capitais brasileiras.** Brasília: OPAS, 2011, p.137.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **United Nations. Departamento f economic and social Affairs. World populations prospects: the 2008 revision.** New York, 2009.

PASKULIN, L.M.G; VALER, D.B;VIANNA, L.A.C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre, RS, BRASIL. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2935-2944, 2011.

PORTO ALEGRE. OBSERVAPOA. **Porto Alegre em análise: sistema de gestão e análise de indicadores.** [2011].Disponível em:<http://bancoestatistico.procempa.com.br/>

PORTNEY, L.G.;WATKINS, M.P. **Foundations of Clinical Research. Applications to practice.** 2 ed. Herdcover, 2008.

RAMOS, L.R. **Epidemiologia do envelhecimento.** In: FREITAS, E.V. et al(eds). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002. p. 72-8.

RIBEIRO, M.C.S.A ET AL.; Perfil sóciodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS-PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**,Rio de Janeiro, 2006, v.11, n.4, p.1011-1022.

ROSSET, I. et al.; Tendência dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter)nacional. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.1, p.264-71, 2011.

SAITO, R.X.S. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. In: OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X.S. **Políticas de Saúde: Princípios, diretrizes e Estratégias para a estruturação de um Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Martinari, 2008.p.21-60.

SALGADO C.D.S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinar sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v.4, p.7-19, 2002.

SANTOS, A. A; PAVARINI, S. C. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n.4, p. 520-526, 2011.

SANTOS, M.B; RIBEIRO, S.A. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSE de Maceio, AL. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.613-624, 2011.

SANTOS, A.L; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.387-406, 2010.

SILVA, A.L et al.; Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p. 1033-1045, 2012.

SILVA, H. S; LIMA, A. M. M; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.14, n.35, p. 867-877, 2010.

SILVEIRA, S.R et al.; Análise do perfil dos idosos atendidos por um programa de saúde da família do bairro Araçás em Vila Velha-ES. **Ensaio e Ciência: ciências biológicas, agrárias e de saúde**, São Paulo, v.12, n.2, 2008.

SCHMIDT M.I et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**. 2011; 377 (9781): 1949 - 61.

SOUZA, L.M; MORAIS, E.P; BARTH, Q.C.M. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2006, v.14, n.6.

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

VILELA, A.B.A ET AL.; Perfil da família cuidadora de idosos doentes e/ou fragilizados do contexto sócio cultural de Jequié – BA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.55-69, 2006.

**APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

<b>Prontuário de família</b>		PRONTUA
<b>Microarea</b>	(1) (2) (3) (4) (5)	MICROAR
<b>Risco familiar</b>	(1) 0 a 4 – Sem risco (2) 5 a 6 – Risco mínimo (3) 7 a 8 – Risco médio (4) Maior que 9 – Risco máximo	RISCOFA
<b>Data de nascimento</b>		DATANAS
<b>Idade</b>		IDADE
<b>Sexo</b>	(1) Feminino (2) Masculino	SEXO
<b>Alfabetização</b>	(0) Não (1) Sim	ALFABET
<b>Renda</b>	(0) Não possui (1) Sim, aposentado (2) Sim, outras rendas/trabalhos (3) Outras situações (4) Não consta a informação	RENDA

**DADOS DE SAÚDE**

<b>Plano de saúde</b>	(0) Não (1) Sim	PLANOSA
<b>Diagnósticos Médicos prévios em 2011</b>		
<b>Total de Doenças crônicas</b>	(0) zero (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco (6) Seis (7) mais de seis	TOTDCNT

**ATENDIMENTOS NA ESF**

<b>CONSULTAS NO ANO DE 2011</b>		
<b>Número da Consulta:</b>		
<b>Data:</b>		
<b>Mês</b>	(1) Jan (2) Fev (3) Mar (4) Abr (5) Mai (6) Jun (7) Jul (8) Ago (9) Set (10) Out (11) Nov (12) Dez	MESCON
<b>Profissional</b>	(1) Enfermeiro (2) Médico	PROFISCON
<b>Motivo (QP)</b>		
<b>(QP)</b>	(1) Acompanhamento de DCNT	MOTCON
	(2) Problemas respiratórios	

	(3) Problemas cardíacos e circulatórios	
	(4) Problemas aparelho geniturinário	
	(5) Problemas digestivos	
	(6) Problemas osteomusculares	
	(7) Quedas	
	(8) Problemas dermatológicos	
	(9) Outros	
	(10) Não se aplica	

<b>VISITA DOMICILIAR</b>		
<b>Número da VD:</b>		<b>NUMEVD</b>
<b>Data:</b>		
<b>Mês</b>	(1)Jan (2)Fev (3)Mar (4)Abr (5) Mai (6) Jun (7)Jul (8) Ago (9) Set (10) Out (11) Nov (12) Dez	<b>MESVD</b>
<b>Profissional</b>	(1) Enfermeiro (2)Médico	<b>PROFISVD</b>
<b>Motivo VD</b>	(1)Sintomas clínicos (2)Acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis (3)Realização procedimentos:curativos (4)Outras. Quais	<b>MOTVD</b>

<b>Total de consultas médicas</b>	<b>TOTCM_</b>
<b>Total de consultas de enfermagem</b>	<b>TOTCE_</b>

<b>Total de VD enfermagem</b>	<b>TOTVDE_</b>
<b>Total de VD Médicas</b>	<b>TOTVDM_</b>

## ANEXO A – Escala de avaliação do risco familiar de Coelho e Savassi, 2002

Dados da ficha A		Pontuação das variáveis	Pontuação avaliada
Acamado		3	
Deficiência Física		3	
Deficiência Mental		3	
Baixas condições de saneamento		3	
Desnutrição grave		3	
Drogadição		2	
Desemprego		2	
Analfabetismo		1	
Menor de 6 meses		1	
Maior de 70 anos		1	
Hipertensão		1	
Diabético		1	
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3	
	Se igual a 1	2	
	Se menor que 1	0	
Escore total			



EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

## ANEXO C – Parecer de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ)

Projetos

<https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/ComissaoUnidade/for>

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Idiane Rosset Cruz

**Projeto Nº:** 23586

**Título:** ATENDIMENTO A IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ACORDO COM O RISCO FAMILIAR

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

Trata-se de um estudo aninhado em projeto já aprovado pelo CEP da Secretaria de saúde de Porto Alegre(documento anexo). Está adequado metodologicamente, referencias atualizadas, cronograma e orçamento exequivel no tempo proposto. Aprovado

**ANEXO D – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria  
Municipal de Saúde de Porto Alegre**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa**

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

**Pesquisador (a) Responsável:** Idiane Rosset Cruz  
**Registro no CEP:** 684 Processo Nº 001.036.704.11.3  
**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – ESF Nossa Sr<sup>ta</sup> de Belém  
**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo Nº. **001.036.704.11.3**, referente ao projeto de pesquisa: “**Avaliação das famílias em risco da Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora de Belém do município de Porto Alegre/RS**”, cujo objetivo geral é avaliar as famílias em risco da área adscrita à ESF Nossa Senhora de Belém e os objetivos específicos : atualizar as informações da ficha A di SIAB nos prontuários das famílias; identificar as famílias em risco da referida área e classificá-las de acordo com o grau de risco e respectivas microáreas; discutir com a equipe de saúde os resultados encontrados e possíveis problemas associados; planejar e propôs ações de saúde voltadas a minimizar os problemas mas prevalentes nas famílias de risco e caracterizar o atendimento dos idosos com mais de 70 anos pertencentes ou não às famílias em risco, quanto às variáveis sociodemográficas, consultas realizadas e motivo do atendimento.

De acordo com os procedimentos internos estabelecidos nesta instituição, bem como as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.ºs 196/96, 251/97 e 292/99, este Comitê de Ética em Pesquisa considera **APROVADO** o referido projeto.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar com o relatório final todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas, juntamente com o formulário disponível no site e CD com trabalho concluído;
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 06/08/2012.

  
Maria Mercedes Bendati  
Coordenadora do CEP

## ANEXO E – Termo de compromisso de utilização de dados secundários

## Termo de Compromisso para Utilização de Dados

## Título do Projeto

AVALIAÇÃO DAS FAMÍLIAS EM RISCO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
NOSSA SENHORA DE BELÉM DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações que serão coletadas em prontuários de família da Unidade de Saúde Nossa Senhora de Belém de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
ÉRICA ROSALBA MALLMANN DUARTE	<i>[Assinatura]</i>
IRIANE ROSSET GAZ	<i>[Assinatura]</i>
LENICE INES KOLTERMANN	<i>[Assinatura]</i>
Brunilla Wolff Moura	Brunilla W. Moura
Brunilla Tadei Nakata	Brunilla Tadei Nakata
Kellym Rocha de Saeggs	Kel Saeggs