



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLEIDINALVA MARIA TEIXEIRA AGUIAR

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS ATENDIDOS NA
ESTRÁTEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PIAUÍ**

TERESINA

2014

CLEIDINALVA MARIA TEIXEIRA AGUIAR

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS ATENDIDOS NA
ESTRÁTEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PIAUÍ**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Orientadora: Profa Dra. Cristina Maria Miranda de
Sousa.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: A saúde da família no ciclo
vital.

TERESINA

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

A282pAGUIAR, Cleidinalva Maria Teixeira.

Perfil sóciodemográfico de idosos atendidos na estratégia saúde da família em um município do estado do Piauí / Cleidinalva Maria Teixeira Aguiar. Orientador(a): Prof. Dr. Cristina Maria Miranda de Sousa. - Teresina, 2014.

65p

Dissertação (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2014.

1. Inquérito demográfico; 2. Envelhecimento;
3. Estratégia saúde da família; 4. Saúde do idoso; I. Título.

CDD 614.052 6

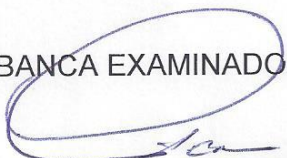
CLEIDINALVA MARIA TEIXEIRA AGUIAR

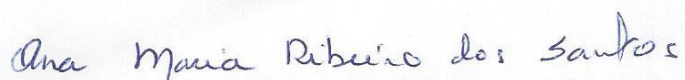
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS ATENDIDOS NA
ESTRÁTEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PIAUÍ

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para a obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Data da Aprovação: 10/07/2014

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa - UNINOVAFAPI (Presidente)


Prof. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos - UFPI (1ª Examinadora)


Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim - UNINOVAFAPI (2ª Examinadora)


Prof. Dra. Maria Eliete Batista Moura – UNINOVAFAPI (Suplente)

A Deus e a Nossa Senhora, pela presença constante em minha vida, dando-me a fé necessária para prosseguir.

Aos meus pais José das Graças e Lourdes, o exemplo de vida dado por vocês torna público ao mundo e declara o quanto sou abençoada por chamá-los de papai e mamãe. Amo muito vocês.

Ao meu esposo Francisco João, que compartilhou comigo todos os momentos dessa trajetória, com admiração e respeito, pelo seu amor, companheirismo e dedicação. Muito obrigada por fazer dos nossos dias os mais felizes da minha vida. Te amo!

Às minhas filhas, Valéria e Vitória, sementes abençoadas por Deus e enraizadas na minha vida, que me fizeram acreditar na possibilidade da força e plenitude da alma humana. Amo vocês!!!

AGRADECIMENTOS

Ao Centro Universitário UNINOVAFAPI, pelo seu importante papel social para o Estado do Piauí;

À Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, em nome da Prof^a. Dr^a. Maria Eliete Batista de Moura;

À Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Miranda de Sousa, por ter acolhido e defendido este trabalho como minha orientadora, e por ter sido força propulsora para a superação dos obstáculos durante todas as suas etapas;

À Prof^a. Dr^a. Camila Aparecida Pinheiro Landim, por guiar-me na construção deste projeto tão bonito, pelo incentivo e confiança, pelo exemplo de profissionalismo e pela participação fundamental neste grande momento da minha vida;

Ao Prof. José Flamarion Moura do Vale, pela análise estatística deste trabalho e, principalmente, pela paciência nas inúmeras vezes em que busquei sua orientação;

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família e aos membros da Banca Examinadora, especialmente a Prof^a. Dr^a. Ana Maria Ribeiro dos Santos, por sua dedicação à pesquisa;

Ao Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima, pelos importantes conhecimentos passados sobre pesquisa científica.

À Secretaria de Saúde de Alto Longá-PI, em especial, a Dr^a. Luciane Leal Sousa, que permitiu a realização da coleta de dados desta pesquisa;

À Gelsemânia, funcionária do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, sempre de prontidão para atender a todos e, principalmente, pela paciência nas inúmeras vezes em que busquei informação;

Aos meus irmãos, José Ronaldo e Ednalva, amigos de todas as horas, dos quais tenho orgulho;

Aos meus sobrinhos e afilhados, por alegrarem a minha vida;

Aos meus tios, pelo carinho e dedicação;

Aos verdadeiros amigos, entrelaçados à minha alma com sinceridade, por laços consanguíneos ou não, com os quais participo de etapas divinas e essenciais de crescimento e aperfeiçoamento existencial, por acreditarem e dividirem comigo a felicidade desta conquista.

A TODOS VOCÊS, MUITO OBRIGADA!

RESUMO

A população idosa tem apresentado um crescimento de modo acelerado desde a segunda metade do século passado em números absolutos e relativos. O envelhecimento está associado a várias alterações estruturais e fisiológicas, podendo levar o idoso a uma vida dependente, diminuindo sua qualidade de vida. O levantamento de informações sobre o perfil de idosos atendidos pela ESF pode possibilitar o planejamento de ações que intervenham de modo positivo na saúde dessa população, o que reflete na elaboração de estratégias de assistência adequadas às dificuldades e limitações de cada indivíduo, respeitando sua cultura, estilo de vida e condições econômicas. O objetivo geral desse trabalho foi investigar o perfil sociodemográfico de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Piauí. Os objetivos específicos foram descrever o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, segundo as variáveis qualitativas nominais e ordinais e quantitativas discretas; discutir a distribuição numérica, percentual, médias, desvio-padrão, medianas e valores máximos e mínimos das variáveis descritas encontradas pelos resultados do perfil sociodemográfico da população estudada; e, elaborar um folder sobre as ações necessárias para um envelhecimento digno e saudável. Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa, realizado junto à análise documental dos prontuários obtidos na Secretaria de Saúde de Alto Longá, Piauí, nos meses de dezembro/2013 a janeiro/2014. A amostra estimada perfaz um total de 279 idosos. Para a obtenção dos dados, utilizou-se um formulário. A análise dos dados foi realizada por meio do software estatístico SPSS, versão 19.0. Os dados foram dispostos em tabelas e descritos por meio de proporções numéricas, percentuais, médias, desvio padrão, valores mínimos, máximos e medianas. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Dos 279 (100%) prontuários dos idosos investigados, 162 (58,1%) eram do sexo feminino, 217 (77,7%) casados, 209 (74,9%) aposentados, 243 (87,1%) possuíam entre 1 à 2 salários mínimos, 199 (71,3%) idosos sem escolaridade/alfabetizado e 160 (57,3%) viviam com 3 a 5 pessoas no domicílio. Quanto à idade, a menor foi 60 anos e a maior, 97 anos, com mediana de 67 anos. Constatou-se que a população estudada é de alta relevância e magnitude, tanto estatisticamente quanto socialmente. Espera-se que este estudo possa subsidiar novas pesquisas direcionadas à caracterização de idosos, permitindo traçar estratégias adequadas para um envelhecimento saudável, com qualidade de vida.

Palavras-chave: Inquéritos Demográficos. Envelhecimento. Idoso. Estratégia Saúde da Família. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The elderly population has been growing so fast since the second half of the last century in absolute and relative numbers. Aging is associated with several structural and physiological changes, which may lead the elderly to a dependent life, decreasing their quality of life. The gathering of information on the profile of elderly assisted by the FHT can enable the planning of actions that intervene positively on the health of this population, which reflects the development of appropriate assistance strategies to the difficulties and limitations of each individual, respecting their culture, lifestyle and economic conditions. The aim of this study was to investigate the sociodemographic profile of elderly treated in the Family Health Strategy in a municipality in the state of Piauí. The specific objectives were to describe the sociodemographic profile of the study participants according to nominal and ordinal quantitative and qualitative discrete variables; discuss the numerical distribution, percentage, mean, standard deviation, median, and maximum and minimum values of the variables described by the results found in the sociodemographic profile of the study population; and prepare a brochure about the conditions for a dignified and healthy aging actions. This is a prospective descriptive study with a quantitative approach, performed by the documentary analysis of records obtained at Health High Longá, Piauí, in the month of December/2013 January/2014. The estimated sample amounted a total of 279 elderly. To obtain these data, we used a form. Data analysis was performed using the statistical software SPSS, version 19.0. Data were tabulated and described by means of numerical proportions, percentages, means, standard deviation, minimum, maximum and median values. The level of statistical significance was 5% ($p \leq 0.05$). Of the 279 (100%) of older records investigated, 162 (58.1%) were female, 217 (77.7%) were married, 209 (74.9%) were retired, 243 (87.1%) had between 1 to 2 minimum wages, 199 (71.3%) elderly uneducated / illiterate and 160 (57.3%) lived with 3-5 people in the household. Regarding age, the lowest was 60 and the highest 97 years with a mean of 67 years. It was found that the studied population is of high relevance and magnitude, both statistically and socially. It is hoped that this study may support further research aimed at characterizing the elderly, enabling you to trace appropriate strategies for healthy aging, quality of life.

Keywords: Population Surveys. Aging. Aged. Family Health Strategy. Health of the Elderly.

RESUMEN

La población mayor ha crecido tan rápido desde la segunda mitad del siglo pasado, en números absolutos y relativos. El envejecimiento está asociado con varios cambios estructurales y fisiológicos, que pueden llevar a los ancianos a una vida dependiente, disminuyendo su calidad de vida. La recopilación de información sobre el perfil de los ancianos acompañados por el ESF puede permitir la planificación de las acciones que intervienen positivamente en la salud de la población, lo que refleja el desarrollo de estrategias de asistencia apropiadas a las dificultades y limitaciones de cada persona, respetando su cultura, estilo de vida y las condiciones económicas. El objetivo de este estudio fue investigar el perfil sociodemográfico de los ancianos tratados en la Estrategia de Salud de la Familia en un municipio en el estado de Piauí. Los objetivos específicos fueron: describir el perfil sociodemográfico de los participantes en el estudio en función de variables discretas cuantitativas y cualitativas nominales y ordinales; discutir la distribución numérica, porcentaje, media, desviación estándar, la mediana y los valores máximos y mínimos de las variables descritas por los resultados encontrados en el perfil sociodemográfico de la población estudiada; y preparar un folleto sobre las condiciones para una vida digna y saludable acciones envejecimiento. Se trata de un estudio descriptivo prospectivo con enfoque cuantitativo, realizado por el análisis documental de los registros obtenidos en la salud de alta Longá, Piauí, en los meses de diciembre de 2013 y enero de 2014. La muestra estimado ascendió un total de 279 personas de edad avanzada. Para obtener estos datos, se utilizó un formulario. Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS, versión 19.0. Los datos se tabularon y se describen por medio de proporciones numéricas, porcentajes, medias, desviación estándar, mínimo, máximo y los valores medianos. El nivel de significación estadística fue de 5% ($p \leq 0,05$). De los 279 (100%) de los documentos más antiguos investigados, 162 (58,1%) eran mujeres, 217 (77,7%) estaban casadas, 209 (74,9%) eran jubilados, 243 (87,1%) tenían entre 1 a 2 salarios mínimos, 199 (71,3%) personas mayores sin educación / analfabetos y 160 (57,3%) vivían con 3-5 personas en el hogar. En cuanto a la edad, el más bajo fue de 60 y los mayores 97 años con una media de 67 años. Se encontró que la población estudiada es de gran relevancia y magnitud, tanto estadística como socialmente. Se espera que este estudio puede apoyar nuevas investigaciones para caracterizar a los ancianos, lo que le permite trazar estrategias adecuadas para un envejecimiento saludable, la calidad de vida.

Palabras clave: Encuestas Demográficas. Envejecimiento. Anciano. Estrategia de Salud Familiar. Salud del Anciano.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 Contextualização do Problema.....	09
1.2 Objetivos.....	11
1.3 Justificativa e relevância.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Envelhecimento populacional: aspectos conceituais e epidemiológicos.....	13
2.2 Proteção social e políticas públicas de amparo ao idoso.....	22
2.3 Considerações sociais e históricas da Estratégia Saúde da Família.....	28
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	31
3.1 Tipo de Estudo.....	31
3.2 Local do Estudo.....	32
3.3 População – base e amostra.....	32
3.4 Variáveis do Estudo.....	33
3.5 Coleta de Dados.....	34
3.6 Organização e análise dos dados.....	35
3.7 Aspectos Éticos.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
4.1 Manuscrito - Perfil sociodemográfico de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Piauí.....	37
4.2 Produto - Leque com informações sobre o Envelhecimento Ativo.....	51
5 CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE.....	58
ANEXOS.....	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A população idosa tem apresentado um crescimento de modo acelerado desde a segunda metade do século passado em números absolutos e relativos. Este crescimento acelerado da pessoa idosa, denominado envelhecimento populacional, é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, pois desperta preocupação em diversas áreas sociais e econômicas, como a saúde, a previdência, a educação e o mercado de trabalho.

O envelhecimento populacional é um fenômeno preocupante e de ordem mundial, caracterizado por mudanças na estrutura etária da população, as quais decorrem, principalmente, da redução nas taxas de fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida (MORAES, 2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento populacional ocorre rapidamente, especialmente em países em desenvolvimento, e informa que em 2050 poderá haver mais idosos que crianças na população mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2008).

No Brasil, as estimativas apontam que, em 2025, o país poderá ocupar o sexto lugar no mundo em relação ao número de idosos, devido ao aumento significativo da longevidade (MORAES, 2012; BRASIL, 2010a). Os censos demográficos demonstram considerável diminuição da fecundidade no País, o que reflete aumento sucessivo da população adulta e, conseqüentemente, do número de idosos (BRASIL, 2010b).

As mudanças do processo de transição demográfica têm ocorrido devido aos grandes avanços tecnológicos e científicos experimentados nas últimas décadas, além do crescente processo de urbanização, o que contribuiu para uma inversão na pirâmide etária brasileira, que apresenta atualmente uma base estreita composta por jovens e um ápice alargado representado por idosos (MEIRA et al., 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, o aumento significativo da população de idosos, vem sendo motivo de grande preocupação, especialmente no que tange ao atendimento das necessidades básicas deste segmento etário e que implica o desenvolvimento de ações específicas relativa aos idosos, para a promoção de seu

bem estar físico, psicológico e social, bem como à preservação da boa qualidade de vida, considerada o principal desafio imposto pela longevidade frente às ameaças de restrição da autonomia e independência entre idosos (BRASIL, 2009; IRIGARAY, TRENTINI, 2009).

Entretanto, é importante ressaltar que nos países em desenvolvimento como o Brasil, o processo de envelhecimento ocorreu de maneira acelerada e em um contexto de desigualdades sociais (MOREIRA, 2000). Ao contrário dos países desenvolvidos, nos quais o envelhecimento populacional ocorreu de forma gradual, sendo acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação (CHAIMOWICZ, 1997).

Diante da atual transição demográfica e, conseqüentemente, epidemiológica, da população idosa brasileira, em 1994, foi aprovada a Lei nº. 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). Essa lei foi regulamentada em 1996 pelo decreto nº. 1948 de 03 de julho de 1996 (BRASIL, 1996).

Ainda no ano de 1994, o Ministério da Saúde assumiu a implantação de um novo modelo assistencial de saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito de reverter o modelo assistencial predominante no país, por meio da modificação do foco de atenção baseado no modelo biomédico, hospitalocêntrico. Segundo o novo modelo, a família passou a ter um papel fundamental nesse processo e o domicílio passou a ser um cenário de assistência, promoção à saúde e prevenção de doenças. Este programa tem como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso, e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão; (a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica) (BRASIL, 2006).

O levantamento de informações sobre o perfil de idosos atendidos pela ESF pode possibilitar o planejamento de ações que intervenham de modo positivo na saúde dessa população, o que reflete na elaboração de estratégias de assistência adequadas às dificuldades e limitações de cada indivíduo, respeitando sua cultura, estilo de vida e condições econômicas (BRASIL, 2006).

Diante dessas considerações, surgiu a seguinte questão norteadora para este estudo: “Qual o perfil sociodemográfico de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Piauí?”. Assim, o estudo tem como objeto o perfil sociodemográfico de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Piauí.

1.2 Objetivos

Objetivo Geral

- ✓ Investigar o perfil sociodemográfico de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Piauí.

Objetivos Específicos

- ✓ Descrever o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, segundo as variáveis qualitativas nominais e ordinais e quantitativas discretas;
- ✓ Discutir a distribuição numérica, percentual, médias, desvio-padrão, medianas e valores máximos e mínimos das variáveis descritas encontradas pelos resultados do perfil sociodemográfico da população estudada;
- ✓ Elaborar um folder sobre as ações necessárias para um envelhecimento digno e saudável.

1.3 Justificativa e relevância

Tendo em vista o crescente número de idosos na população mundial e brasileira, que acarreta profundas transformações socioeconômicas, implicando no aumento da prevalência de condições crônicas, diminuição da qualidade de vida e elevados custos financeiros para o sistema de saúde, torna-se necessário um maior conhecimento do perfil sociodemográfico da população idosa atendida pela Estratégia Saúde da Família, possibilitando o planejamento de ações que intervenham de modo positivo na saúde e na qualidade de vida dessa população.

Portanto, os profissionais da Saúde da Família que tem como objetivo a elaboração de estratégias de assistência adequada às dificuldades e limitações de cada idoso, respeitando sua cultura, estilo de vida e condições econômicas, necessitam ter conhecimento do perfil sociodemográfico da população idosa para

um melhor direcionamento na implementação e execução de estratégias necessárias para um envelhecimento digno e saudável a nível local.

Diante disso, surgiu o interesse pelo objeto desse estudo em investigar o perfil sociodemográfico dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Piauí, na qual há proximidade profissional da pesquisadora, para melhorar a qualidade da atenção à saúde dessa população.

Para a comunidade científica objeto desse tema, o estudo torna-se extremamente relevante e possibilitará ser utilizado como subsídios para embasar pesquisas futuras da mesma temática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento populacional: aspectos conceituais e epidemiológicos

O envelhecimento populacional é um fenômeno recente na história da humanidade e vem acompanhada de significativas transformações demográficas, biológicas, sociais, econômicas e comportamentais. Considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “uma história de êxito das políticas da saúde públicas e sociais”, é, portanto, “a maior conquista e triunfo da humanidade no último século” (BERZINS, 2009, p. 20).

A partir desta compreensão, o envelhecimento é uma vitória, posto que, o problema somente se apresenta, caso as noções mundiais se neguem a elaboração e execução de políticas e programas para a promoção do envelhecimento de forma digna e sustentável, que abarque as necessidades do grupo etário dos indivíduos brasileiros com idade correspondente a 60 anos ou mais. Assim, tais políticas e programas devem abranger os direitos, as necessidades, as preferências e a capacidade dos idosos, norteando-se pelo reconhecimento da importância das experiências individuais desses sujeitos (BERZINS, 2009).

Vale ressaltar que a transição da sociedade rural para a sociedade industrial trouxe um enorme aumento nas horas trabalhadas. Antes da industrialização os artesãos não trabalhavam mais do que quatro horas por dia e até mesmo os escravos não ultrapassavam cinco horas de trabalho. Essa realidade foi transformada pelo capitalismo, que expandiu a jornada de trabalho a limites físicos praticamente insuportáveis para o homem. Essa jornada, que começava de madrugada e se estendia até o final da tarde, era ou ainda é, a mola propulsora do modo de produção capitalista, cujo ritmo frenético de trabalho não trouxe benefícios para o homem, sobretudo, porque veio diminuir ainda mais sua qualidade de vida, fato este que podemos constatar até os dias de hoje (ALMEIDA, 2010).

Portanto, com o ritmo exaustivo de trabalho, era difícil chegar aos 40 anos. Esta baixa expectativa de vida se devia, entre outras coisas, à insalubridade dos locais de trabalho e, conseqüentemente, às doenças causadas por esses ambientes, à má qualidade da alimentação e ao próprio desgaste físico e mental sofrido pelos trabalhadores (BRASIL, 2009).

Diante das projeções que apontam a superação da população idosa, estima-se que até o ano de 2050, torna-se relevante a adoção de políticas públicas que habilitem os idosos e respaldem a sua promoção de cidadania na sociedade brasileira, estabelecendo novos papéis sociais de participação e inclusão e promovendo o desenvolvimento da independência e autonomia na vida social, tendo em vista que “as pessoas idosas contribuíram e continuam a contribuir com a sociedade onde vivem. A este segmento deve ser preservado o direito de igual oportunidade e tratamento em todos os aspectos da vida” (BERZINS, 2009, p.21).

Desse modo, os idosos revelam experiências capazes de gerar riqueza, onde o maior significado das atividades que essas pessoas realizam envolve mais do que valor econômico. O estabelecimento da garantia de melhores níveis de vida para esta população é fator fundamental. Neste entendimento, considerando o novo perfil demográfico, o aumento do número de idosos e de anos vividos nesta categoria social, no Brasil “seria insensatez desconsiderar que o aumento no número de idosos acrescenta a visibilidade à velhice, cercada de preocupações e de programas de atenção e proteção antes inexistentes” (ALMEIDA, 2010, p. 52).

Com o aumento do número de pessoas idosas no País pode-se verificar maior visibilidade para este segmento, assegurando-lhes condições de cidadania, com a melhora das ações para a consolidação dos direitos cabíveis as mesmas, garantindo, dessa forma, o espaço social para o ser que envelhece, pois “passa a ser objeto de cuidado e atenção especiais... que indica uma reviravolta importante na relação de nossa cultura com a velhice” (BIRMAN, 1995, p 35-6).

Constituindo-se, pois, um início de reconhecimento social, pois é fato que na realidade brasileira, os idosos ocupam posição de menor destaque porque são considerados cidadãos de segunda categoria, determinada pela condição de sujeitos improdutivos, estereótipo negativo construído culturalmente, havendo predominância ainda na sociedade do entendimento do envelhecimento como algo que se degenera. Aos idosos, imprime-se uma imagem improdutiva, decadente e superada, não obstante na atualidade ser possível desenhar uma imagem otimista e diferenciada da velhice, ainda age sobre as mentalidades, pensamentos depreciativos “sinônimo de pobreza no aspecto econômico; e na atividade no laboral; marginalidade da vida social e cultural; enfermidade no âmbito da saúde” (DUARTE, 2002, p.36).

Sob este entendimento, ampliam-se as possibilidades de serem transformados tão somente numa referencia ou categoria analíticas e menos como um ser social, um cidadão construtivo e participativo. Importante e essencial é tomar em consideração os fatores sociais de um processo diferencial do envelhecimento. Esses fatores do tipo micro como macrosocial favorecem ou dificultam durante o curso da vida dos idosos, sendo principalmente os fatores sociais que contribuem de forma significativa para a modelagem biográfica de cada pessoa e cujos resultados cumulativos ou compensatórios, vão se apreciando no transcurso dos anos e imprimem o rumo típico da velhice (DUARTE, 2002).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em vinte anos é possível que a população idosa brasileira represente cerca de 13% da população total. As projeções do Ministério da Saúde sugerem que até 2025, o contingente populacional total brasileiro alcançará um crescimento proporcional a cinco vezes, enquanto a população idosa crescerá dezesseis vezes, o que colocará o país no 6º lugar na lista de um contingente de idosos no mundo correspondente a 34 milhões de pessoas. Os dados evidenciam que a população brasileira está envelhecendo em um ritmo acentuado e que a diminuição da taxa de fecundidade e de mortalidade são alguns dos motivos para este vasto crescimento deste segmento da população em relação a outras faixas etárias (KERKOSKI, BORCWSTGJ, SILVA, 2010).

A preocupação acentua-se em relação ao crescente número de idosos no Brasil especialmente quando se tem em vista que o país não está preparado para lidar com essa realidade já que a assistência, para este segmento da sociedade, ainda não é consideravelmente suficiente para lhe garantir um nível de qualidade de vida mais digno o que lhe é direito (CAMARANO, KANGO, MELLO, 2010).

O envelhecimento populacional não deve ser limitado à compreensão do envelhecer apenas em termos biológicos. Estudiosos reconhecem como essencial compreender o envelhecimento contextualizado em múltiplas dimensões, entre as quais se ressaltam a cronológica, a socioeconômica, a política e a cultural, além da biológica. Embora haja no envelhecimento um sentido relativamente claro da noção de decadência na dimensão biológica, somente este fato natural biológico é insuficiente para definir a velhice (BERZINS, 2009; MERCADANTE, 2009).

Posicionando-se a este respeito, o envelhecimento é um fenômeno que além de ser natural transcende a um processo físico, sendo também um processo cultural

determinado por amplas variações que considerados em sua totalidade podem se constituir em pontos explicativos para o envelhecimento (MERCADANTE, 2009).

Dessa forma, o envelhecimento constitui-se em um processo natural que o ser humano passa e dentro deste processo contém a fase da velhice que não se esgota nesta etapa, que por sua vez é vital do processo do envelhecimento em que todo e qualquer ser humano tenderá a passar por ela, e está mais associada ao estado de espírito do indivíduo do que tempo de idade cronológica, fazendo parte do processo de envelhecer, que se constitui em um estado que caracteriza a condição do idoso (BERZINS, 2009; MERCADANTE, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, o aumento significativo da população de idosos, vem sendo motivo de grande preocupação, especialmente no que tange ao atendimento das necessidades básicas deste segmento etário e que implica o desenvolvimento de ações específicas relativa aos idosos, para a promoção de seu bem estar físico, psicológico e social, bem como à preservação da boa qualidade de vida, considerada o principal desafio imposto pela longevidade frente às ameaças de restrição da autonomia e independência entre idosos (BRASIL, 2009; IRIGARAY, TRENTINI, 2009).

Autores sugerem como desejável que o processo de envelhecimento seja um trajeto com abrangência da qualidade e manutenção da autonomia dos sujeitos, tendo em vista a preservação da oportunidade de os mesmos, na idade mais avançada, continuarem a participar da sociedade de forma ativa e assim maximizar as possibilidades de inclusão social (LIMA, SILVA, GALHARDONI, 2008).

Na literatura gerontológica, o processo de envelhecimento é referido como um evento progressivo e multifatorial, e a velhice uma etapa da vida vivenciada como experiência potencialmente bem-sucedida, que de forma heterogênea é experimentada com qualidade de vida inferior ou superior pelos sujeitos (TEIXEIRA, NERI, 2008; LIMA, SILVA, GALHARDONI, 2008).

Estudos utilizam os termos envelhecimento e velhice para se referirem a estes dois aspectos específicos que fazem parte do curso de vida humano. Neste viés, Lima, Silva e Galhardoni (2008) consideram o envelhecimento como um processo que se constitui no plano individual e no plano coletivo. Respectivamente, no primeiro plano, tal processo implica múltiplas trajetórias de vida; e no segundo, dar-se seu construto sob uma diversidade de influências de ordem sociocultural e realização de ações que se paralela ao curso da vida e cujo acompanhamento

ocorrem até a fase do ciclo vital, conhecida como velhice e correntemente denominado de Terceira Idade (LIMA, SILVA, GALHARDONI, 2008).

Conforme afirmam alguns estudos que investigam indicadores de qualidade de vida e bem-estar na Terceira Idade, o processo de envelhecimento não quer dizer que a pessoa está passando por uma experiência negativa associada à deterioração orgânica com implicações diretas sobre o seu bem-estar psicológico e físico que o fará chegar a fase mais tardia de seu ciclo vital com o acompanhamento de múltiplas condições crônicas e outras patologias (LIMA, SILVA, GALHARDONI, 2008, p. 797).

Na proposta de envelhecimento ativo do Ministério da Saúde, são elencados alguns parâmetros que dão índices relacionados à sustentação para pensamentos negativos sobre a velhice: associação de doenças crônicas à Terceira Idade e maiores deficiências relacionadas a estas enfermidades; à medida que envelhecem, os indivíduos não podem mais participar ativamente nas esferas sociais, econômicas, culturais e políticas da sociedade, em atividades laborais remunerada ou não, na vida doméstica intra-familiar e comunitária; a etapa da velhice é uma experiência que produz gastos elevados com tratamentos médicos, serviços de assistência médica e medicamentos (BRASIL, 2009).

Os pressupostos acima sinalizam para um conceito de envelhecimento e velhice que além de estreita relação com doenças, rotula os idosos com estereótipos relacionados à inatividade, a aposentadoria, perda de contatos sociais, indo de encontro a teorias formuladas por estudiosos de gerontologia, tal como a teoria do desengajamento social, a qual "... sugere que, com o progressivo aumento da idade as pessoas tendem a se desvincular da sociedade, dos contatos sociais, dos contextos de decisão e de algumas tarefas sociais que antes eram exigidas" (LIMA, SILVA, GALHARDONI, 2008, p. 801).

Assim, postula que ao tempo que vai envelhecendo, o sujeito vai se desengajando das atividades sociais, o que pressupõe a inaptidão do idoso para a realização de várias tarefas e papéis sociais, devido às limitações que vão sendo adquiridas durante o processo de envelhecimento, mas que por serem experimentados em maior ou menor grau de intensidade, considera-se que isso não deve ser a única marca do idoso e nem parâmetro para a perda de papéis sociais e conseqüentemente da sua exclusão no âmbito da vida social (LIMA, SILVA, GALHARDONI, 2008).

Estudos apontam que existem alterações fisiológicas frequentemente observadas nas pessoas idosas, que nem sempre são considerados fatores patológicos em si, mas torna-os mais vulneráveis a algumas condições clínicas e doenças comuns como a gripe, uma vez que, mesmo sendo um processo natural, o processo de envelhecer, além de produzir modificações de natureza anatômica que vão se tornando mais perceptivas no corpo à medida que a idade avança, submete o organismo a alterações funcionais com repercussões na condição de saúde do idoso (KERKOSKI; BARGNSTEIN; SILVA, 2008).

Assim, pode-se dizer que não existe uma maneira padrão de envelhecimento, posto que, este é próprio de cada indivíduo, independente da idade cronológica, sendo o processo fisiológico um evento complexo relacionado às condições biológicas e socioculturais. A dependência funcional é gradativa e pode não atingir todos os domínios do funcionamento dos sujeitos idosos ao mesmo tempo (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Estudos apontam que as manifestações somáticas do envelhecimento são geralmente evidentes e facilmente observáveis, havendo de certa forma muitas discordâncias quanto à verdadeira origem do processo comum a todos os seres vivos. Mas, há consenso entre outros autores com relação ao fato de que o envelhecimento biológico normal leva a diminuição das reservas funcionais do organismo, cujo efeito pode ser observado em todos os aparelhos e sistemas: muscular, ósseo, circulatório, pulmonar, nervoso, endócrino e imunológico, de forma heterogênea (CARVALHO FILHO; PAPALEO NETTO, 2005; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

O envelhecimento pode ser considerado um processo gradual e espontâneo de mudanças biológicas do crescimento durante a infância, a adolescência, a juventude e a idade adulta, além do declínio durante a meia idade e a idade tardia, caracterizado pela diminuição do desempenho motor e de forma gradual dos movimentos sendo a fraqueza muscular um fator que contribui para o declínio da funcionalidade do idoso (CARVALHO FILHO; PAPALEO NETTO, 2005).

No declínio funcional podem ocorrer alterações teciduais celulares, moleculares e enzimáticas, constituindo-se em perdas relacionadas ou descrito por meio da perda de células em alguns tecidos e desorganização estrutural que aumentam progressivamente com o passar dos anos. Os 15% dos componentes orgânicos são responsáveis pela formação das células, tecidos, órgãos, assim como

pela produção de energia. Com o envelhecimento ocorrem alterações das proteínas que compõem o organismo (CARVALHO FILHO; PAPALEO NETTO, 2005).

Como já apontado pelos estudiosos que abordam o processo de envelhecimento, os idosos não constituem um grupo homogêneo e neste sentido, a diversidade tende a aumentar com o avanço na idade. As alterações fisiológicas e morfológicas vinculadas a fisiologia humana são resultantes de um somatório do processo de envelhecimento com as doenças crônicas, necessitando assim, de uma mudança no ambiente, sendo estas vistas como capazes de diminuir o limiar da morbidade, incapacidade e mortalidade que afeta idosos em várias partes do mundo (CARVALHO FILHO; PAPALEO NETTO; 2005, BRASIL, 2009).

A capacidade funcional (ventilatória, força muscular e débito cardíaco), vai aumentando durante a fase de vida infantil e nos primeiros anos da vida adulta atinge o seu máximo. A partir daí entra em declínio. De acordo com o Ministério da Saúde, a velocidade deste declínio é fortemente determinada por fatores associados ao estilo de vida na fase adulta (tabagismo, consumo de álcool, nível de atividade física e dieta alimentar), assim como por fatores externos e ambientais. Caso esse declínio seja acentuado, pode resultar em uma deficiência prematura (PAPALEO NETTO, 2005; BRASIL, 2009).

Com base no parágrafo anterior, pode-se dizer que o estado de vida durante a infância e abrangendo a idade adulta influencia bastante o estado de bem estar na fase idosa da vida. Ao se ter uma vivência desregulada, com uso de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, falta de atividade física, dieta inadequada, entre outros fatores de risco das fases do ciclo de vida, conseqüentemente se chegará a idade mais avançada com uma saúde um pouco mais comprometida, diferente do indivíduo que manteve um estilo de vida mais saudável.

Conforme apontado pelo Ministério da Saúde embora se tenha implementado grandes esforços na promoção da saúde e prevenção de doenças, as pessoas estão sob um risco cada vez maior de desenvolverem doenças (não transmissíveis, infecciosas) e lesões, conforme envelhecem, e que contribuem para aumentar o risco de incapacidades (BRASIL, 2009).

Se durante as fases da vida o indivíduo não tem controle sobre sua saúde, não se abstém do uso do tabaco e do álcool e não pratica exercícios físicos, dentre outros aspectos, isso influenciará em grande parte no alcance de um envelhecimento saudável. O risco de se chegar à fase da velhice com doenças e

com a capacidade funcional mais comprometida é bem maior e não precisa ser necessariamente durante o envelhecimento, pois essas consequências podem se manifestarem precocemente, na idade adulta e se agravar na velhice.

As pessoas em idades mais avançadas da velhice podem manifestar maiores alterações fisiológicas como a deficiência da visão, vibração, declínio da capacidade aeróbia, sistema vestibular, resistência muscular, equilíbrio, controle postural e flexibilidade, apresentando maior gravidade quando associada a enfermidades (PAPALEO NETTO, 2005).

Com o exposto acima, com o aumento da idade ocorrem mudanças fisiológicas e as maiores deficiências se associam as doenças à medida que as pessoas envelhecem. Existem evidências na literatura que é necessário manter uma vida saudável desde a infância para que o indivíduo possa desfrutar da etapa da velhice de forma mais saudável e continuar mantendo este estilo de vida, a qual, além de abranger a manutenção de uma boa saúde física, também vai de encontro ao bem-estar psíquico e social (BRASIL, 2009; CANCELA, 2008; LIMA SILVA, GALHARDONI, 2008).

Muitos problemas podem afetar a saúde integral do idoso, como consequência de suas enfermidades e de seu estilo de vida, como a diminuição da sua capacidade funcional, que condiz na perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas tarefas básicas e instrumentais da vida diária (CAMARANO, KANSO, MELLO, 2008).

Portanto, frente à realidade inquestionável das transformações demográficas que tem sido projetada, sinalizando para o aumento populacional relativo ao contingente de idosos, acentua-se a importância de salvaguardar a garantia de que este seguimento possa ter uma maior sobrevida e neste seguimento uma boa qualidade de vida, cujo conceito está associado à autoestima, e ao bem-estar pessoal, estendendo-se sua abrangência a aspectos tais como a capacidade funcional, o estado emocional, a atividade intelectual, a interação social, o próprio estado de saúde, o seu ambiente de convivência dentre outros (VECHIA *et al.*, 2005; IRIGARAY, TRENTINI, 2009).

As estimativas para o ano de 2025 apontam para um aumento de idosos que ultrapassará os 30 milhões em nível mundial. Com este crescimento progressivo da quantidade de pessoas na terceira idade, o Brasil, em cujas projeções apontam a ocupação da sexta posição em relação a esse contingente populacional, estará

contando com diferentes tipos de velhice que construídos por trajetórias diversas pode se caracterizar pelo acompanhamento de altos níveis de co-morbidades e doenças crônicas ou por saúde e bem-estar, que por sua vez condiz a uma fase da vida em que o idoso mantém bons níveis de habilidades funcionais e cognitivas assim como baixa probabilidade de complicações por doenças (TAHAN, CARVALHO, 2010; LIMA, SILVA, GALHARDONI, 2008).

Segundo dados do Censo Demográfico em 2010 o Brasil alcançou uma população de 190.755.799 habitantes dos quais 14.081.480 estará com 65 anos de idade ou mais. Em algumas regiões do país o número de idosos tem aumentado. Dados do IBGE aponta que em 2010 a proporção de idosos chegou ao percentual de 7,2%. A região nordeste é caracterizada como de condições precárias e com um acentuado número de idosos devido ao intenso processo de migração dos jovens tendo em vista a procura de melhores oportunidades de trabalho em outras regiões brasileiras (IBGE, 2010).

O Nordeste é visto como uma região precocemente envelhecida, por constar em seus estados um grande número de pessoas idosas. O Estado do Piauí não foge a regra, pois de acordo com dados estatísticos de 2008, a população na faixa etária igual ou superior a 60 anos cresceu de 254 mil para 349 mil, representando 11,10% da população total do Estado, destacando-se a capital Teresina como a sexta maior em números de idosos no Brasil. Estima-se que em 2022 o Piauí conte com um aumento do número de idosos cujo valor poderá chegar a 16,6% (PIAUI, 2008). Frente a tantos dados e números é incontestável o fato de que o número de idosos tende a aumentar ainda mais nos anos que seguem, assim, como é certo que o tempo trará várias mudanças físicas e biológicas à medida que vai se avançando no processo de envelhecimento, podendo acentuar algumas limitações para os idosos, o que não significa a estagnação destes, inutilidade ou sedentarismo.

Como enfatizado pelos estudiosos que fundamentam esta abordagem, é importante compreender o envelhecimento como um processo natural a ser percorrido durante o ciclo vital do ser humano e inerente a condição biológica do mesmo, em detrimento de um modelo social que enquadra o idoso como algo em desuso o "velho" com características negativas de degradação física, mental e social. Essa noção é fortemente assimilada à decadência e confundida com incapacidade para o trabalho, trazendo em seu bojo a visão do sujeito idoso associado à improdutividade (BRASIL, 2009).

É fato apontado na literatura gerontológica que ao se aposentar, o idoso passa a ser excluído e desvalorizado socialmente, especialmente quando é visto como um fardo, que desusado e obsoleto, já experimentou a vida como sujeito produtivo e a partir da terceira idade já não tem mais serventia devido as suas limitações físicas e/ou intelectual, restando-lhe ficar em casa a espera da morte, sendo considerado inútil ou até mesmo um problema, quando a sua experiência na fase da velhice é marcada pelo declínio de suas capacidades física, psíquica e social, além do aumento da dependência, doenças com sequelas, perda de sua autonomia e isolamento social (PAPALEO NETTO, 2005).

Tendo em vista a dimensão do fenômeno do envelhecimento populacional e aumento da longevidade, pode-se correlacionar a este contexto a fundamental importância da criação de mecanismos que visem garantir o exercício de viver ativamente e melhor qualidade de vida aos idosos, a fim de contribuir no processo de autonomia e emancipação social relativa a este segmento da sociedade.

2.2 Proteção social e políticas públicas de amparo ao idoso

Em suas mais diversas configurações, a família sempre desempenhou papel de significativa relevância na conformação da proteção social no longo da história da humanidade em diferentes sociedades. A sua importância como eixo central na organização da vida social se estende às sociedades ocidentais modernas sob o regime capitalista, nas quais a partir das conquistas obtidas pelos trabalhadores no campo da proteção social via direitos de cidadania social, a família compor junto com Estado e o mercado a tríade que passou a incumbir-se da gestão dos recursos sociais (MIOTO, 2010).

Emersas com a Constituição Federal de 1988, as políticas de proteção Social no Brasil apontam na direção dos direitos individuais e sociais, abarcando o reconhecimento da diversidade. A Carta Magna consagrou os direitos individuais, os quais delimitam a esfera de autonomia dos indivíduos, estabelecendo as áreas onde estão a salvo da interferência do Estado e mesmo de seus pares (art. 5º) e os direitos sociais, que regulam as relações sociais e culturais, exigindo do Estado uma postura mais ativa no sentido de possibilitar as conquistas, por meio de ações concretas desencadeadas para favorecer o indivíduo, materializando-se o trabalho,

da assistência social e do amparo à criança e ao idoso (MIOTO, 2010; MOTTA FILHO, SANTOS, 2003).

Na literatura que aborda com precisão o tema Direitos Sociais transcreve-se que paralelo aos direitos individuais, que se caracterizam fundamentalmente pela imposição de um não fazer, ou abster-se do Estado, às modernas Constituições impõem aos Poderes Públicos a prestação de uma diversidade de atividades, objetivando o bem-estar e pleno desenvolvimento da personalidade humana, em especial em momentos em que ela se apresenta com maior carência de recursos e menos possibilidade de conquistar tais recursos via trabalho. E através dos direitos sociais, tornam-se obrigações do Estado a assistência direcionada a velhice, aos desempregados, à infância dos doentes, as deficiências de todos os tipos, dentre outros (MOTTA FILHO, SANTOS, 2003).

Os direitos sociais, considerados como direitos fundamentais estão compreendidos no capítulo I do Título II da Constituição Federal de 1988, assim enumerados no art. 6º: educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e a infância e assistência aos desamparados. Estes visam a uma melhoria das condições de existência, mediante prestações positivas do Estado, o qual é imputado o dever de assegurar a criação de serviço de educação, saúde, habitação, dentre outros para a sua realização (MOTTA, FILHO, SANTOS, 2003).

O Estado é uma das instituições fundamentais ao bom funcionamento das sociedades capitalistas contemporâneas. Os sujeitos que as integram, necessitam consumir serviços que não são possíveis de serem obtidos do mercado, como bens e mercadorias. Como em alguns casos esses bens dependem dos serviços públicos estaduais, cabe ao Estado proporcionar a proteção social dos grupos que estão sob sua tutela pela via das políticas públicas, compartilhando este papel com a família a qual pela via de sua condição junto com o Estado como filtros redistributivos de bem-estar, trabalho e recursos (CARVALHO, 2010).

O marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa, apontando na leitura pertinente, é a primeira assembléia mundial sobre o envelhecimento, realizado no ano de 1982 em Viena, primeiro fórum global intergovernamental centrado nas questões do envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um plano global de ação (CAMARANO; PASSINATO, 2008).

No Plano Internacional de Ação adotado na primeira Assembléia Mundial, continha recomendações referentes às áreas de saúde e nutrição; proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem estar social, previdência social, trabalho e educação, cuja maioria recebia pela Organização das Nações Unidas – ONU, tratamento em comissões de natureza econômica ou política. Não havia uma preocupação nas implicações sociais do processo de envelhecimento, pois na verdade, essa não era expressa, e nos direitos humanos se quer recebiam tratamento condizente (CAMARANO; PASSINATO, 2008, ALVES, 1995).

No ano de 1999, comemorou-se o ano Internacional do Idoso, momento no qual os países membros das Nações Unidas receberam incentivos para aplicar os cinco princípios básicos que favoreciam os idosos. A saber, “independência, participação, cuidados, auto realização e dignidade” (CAMARANO; PASSINATO, 2008, p. 258). Neste contexto, a declaração do milênio de 2000, convocou todo o mundo a participar de minimização da pobreza e consagração dos direitos humanos, mesmo sem mencionar explicitamente a questão do envelhecimento. E neste seguimento, na Segunda Assembléia Mundial em Madri; no ano de 2007, foi aprovada nova declaração política e novo plano de ação que norteará a adoção de medidas relativas ao envelhecimento no início do século XXI, fundamentando-se em três princípios básicos. “a participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento da saúde e bem- estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e criação de um entorno propicio e favorável ao envelhecimento” (CAMARANO; PASSINATO, 2008, p 259).

Assim, sobre tais princípios, exprime-se que o primeiro sinalizava para a percepção de que o envelhecimento populacional pode significar uma acumulação de capital humano, social e econômico, podendo-se pensar em adequação das instituições para que a referida população seja uma alavanca do bem-estar da sociedade, em termos políticos, é que para alcançar o segundo princípios urge a necessidade de políticas para promoção da saúde iniciada na infância com prolongamento ao longo da vida, considerando a importância de fatores ambientais, econômicos, sociais, educacionais, dentre outros no surgimento das enfermidades e incapacidades, como também, programas de capacitação de profissionais nas áreas de geriatria, gerontologia e de serviços sociais; e ao alcance de terceiros princípios, devem-se promover políticas públicas voltadas para famílias e a comunidade e que estas sejam concebidas com fundamento na colaboração entre Estado e Sociedade

Civil, para construir um maior acesso ao entorno físico, aos serviços e recursos, inserida a atenção à proteção ambiental (CAMARANO; PASSINATO, 2008).

Desse modo, os idosos podem contribuir para o bem-estar da sociedade, e, simultaneamente, obter os benefícios dos direitos de se realizarem como atores sociais e cidadãos. Esta contribuição dos idosos para com a sociedade encontra-se expressa, principalmente, no artigo 6º do Plano de Madri: “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (CAMARANO; PASSINATO, 2008, p. 266).

Na América Latina, o Brasil destaca-se como pioneiro na implementação de uma política de garantia de renda para a população trabalhadora, fato este que resultou na universalização da seguridade social em 1988. O sistema de proteção social no país remonta ao período colonial, com a criação de instituições de natureza assistencial, podendo-se citar a Santa Casa de Misericórdia de Santos, “representando na época, importante papel por terem-se tornado grandes unidades locais de assistência à saúde” (CHERUBIM, 2002, p. 29).

No período imperial, os montepios civis e militares e outras sociedades beneficentes: “como as Reais Beneméritas Sociedades Portuguesas de Beneficência, por iniciativa da colônia portuguesa, se espalharam por todo o país como entidades filantrópicas, para dar assistência aos integrantes da colônia”. Sendo estes antecedentes do atual sistema. A regularização em 1888 do direito à aposentadoria dos empregados dos Correios, e as políticas previdenciárias de iniciativa estatal para trabalhadores do setor privado, no início do século XX, se junta ao rol de políticas de proteção social no Brasil, país que nos anos de 1930, já contava com uma política de bem-estar social, na qual se inseria previdência social, saúde, educação e habitação (CHERUBIM, 2002, p. 34).

Quanto à consideração do envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas brasileiras, é resultado de influências e pressões da sociedade civil, das associações científicas, de grupos políticos, dentre outros, tendo destaque à criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961, cujo objetivo era estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relativas a estas áreas; a iniciativa do Serviço Social do Comércio – SESC, iniciada

em 1963, por um pequeno grupo de comerciários da cidade de São Paulo, que revolucionou o trabalho de assistência ao idoso, decisiva na deflagração de uma política direcionada aos idosos, que até então só recebiam atendimento asilar. Estas duas iniciativas levadas a cabo nos anos 1960, tiveram impacto no desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para a população em questão (CAMARANO; PASSINATO, 2008; OLIVEIRA; BELTRÃO; PASSINATO, 2008).

No ano de 1970, iniciativas como a prestação de assistência ao idoso, com ações preventivas realizadas em centros sociais do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, da sociedade civil, e a internação custodial dos aposentados e pensionistas a partir de 60 anos; a criação das aposentadorias para s trabalhadores rurais e renda mensal vitalícia – RMV, para os necessitados urbanos e rurais, foram oriundos do governo federal, que em documento editado pelo MPAS, em 1976, estabeleceu algumas diretrizes, tendo como base seminários regionais realizados em três cidades brasileiras, objetivando identificar as condições de vida dos idosos e o apoio assistencial existente para atender suas necessidades (CAMARANO; PASSINATO, 2008).

As principais propostas contidas no documento Política Social para o idoso são as seguintes: Implantação de sistema de mobilização comunitária, visando, dentre outros objetivos, a manutenção do idoso na família; Revisão de critérios para a concessão de subvenção a entidades para abrigar idosos; Criação de serviços médicos especializados para o idoso, incluindo atendimento domiciliar; Revisão de sistema previdenciário e preparação para a aposentadoria; Formação de recursos humanos para o atendimento de idosos; e, Coleta de produção de informações sobre a situação do idoso pelo serviço de processamento de dados da previdência e assistência Social-DATAPREV, em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (CAMARANO; PASSINATO, 2008).

Conforme o exposto, verifica-se que no período pré-constituição de 1988, as políticas do governo federal para a população idosa brasileira consistia em prover renda para os idosos que exerceram atividade de trabalho formal ou informal e de assistência social para a parte dessa população que se encontra necessitado ou dependente, dando aparência do predomínio de vulnerabilidade do segmento nas políticas de proteção ao idoso.

Mudanças nessa visão forma tomando corpo ao longo dos anos 1980, influenciados pelo debate internacional. No Brasil, o momento coincidiu com o

período de democratização, possibilitando um amplo debate no âmbito processual constituinte, resultando na incorporação do tema na Constituição Federal de 1988, cuja alusão direta da proteção social da população idosa pode ser interpretada como um indicador de reconhecimento da importância da questão pela sociedade (CAMARANO; PASSINATO, 2008).

Nos dias atuais, a idéia de que envelhecimento é sinônimo de dependência econômica, ainda apresenta-se com frequência. Esta compreensão atrelada ao idoso e dependência de cunho econômico, vem sofrendo mudanças devido ao papel que o mesmo vem ocupando na sociedade brasileira (BENZINS, 2009).

Desse modo, o idoso em sua totalidade não representa um segmento de dependentes econômicos e um peso para a sociedade, pois a renda dos mesmos, mesmo abaixo do que se teria direito, tem contribuído na economia nacional. “E aqueles que são inativos hoje, já deram suas contribuições, que por sua vez ajudaram na concessão de benefícios a outros” (LEMOS, 2003, p. 116).

A consideração apenas do trabalhador que gera capital produtivo pelo sistema econômico, gera a questão da exclusão do não trabalho; ou seja, o idoso é associado ao aumento da carga sobre a família e o Estado, como pessoas improdutivas. A atividade não remunerada de idosos faz com que estes não possam estar sendo reconhecidos pela produção social que integram a sociedade. “[...] se a aposentadoria rompeu o vínculo com a dimensão pública, rompeu com a dimensão pública formal, e não com a vida social” (MERCADANTE, 2009, p. 70).

A velhice, diferentemente de ser considerada como estágio final de vida, pode ser caracterizada por ganhos fundamentais em nível individual e coletivo, enquanto possibilidade de contribuir por meio de repasse de experiências acumuladas, “uma vida tão longa não resulta em dependência familiar, ao contrario, resulta no desenvolvimento de habilidades práticas e subjetivas para lher dar com os problemas de sobrevivência a longo prazo” (CALDAS; VERAS, 2010, p.277). Entretanto, a velhice nas sociedades modernas, é sinônimo de recusa e banimento. “[...] estranha a alteridade, a modernidade reserva à velhice um lugar nada confortável” (ALMEIDA, 2010, p.41).

O envelhecimento é apresentado atualmente como um fenômeno histórico sem precedentes e ganha importância como objeto de estudo de pesquisa e de elaboração de políticas sociais, como Política Nacional do Idoso, na qual se articula a família como referencia. “[...] a família é um lugar privilegiado de promoção da

saúde, e desempenha papel fundamental no processo de constituição do desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos” (TRAD, 2010, p.110).

A partir das considerações expostas, a organização e a articulação de serviços sociais e políticos são aspectos fundamentais para atender as necessidades das famílias e garantir eficazmente uma estrutura de cuidado e proteção à população idosa. O modelo estratégico de atenção proposto pela Estratégia Saúde da Família (ESF), implantado no Brasil desde 1994, enquadra-se neste propósito.

2.3 Considerações sociais e históricas da Estratégia Saúde da Família

A apresentação da ESF pelo Ministério da Saúde surgiu no contexto de modelo para a reorganização dos serviços de saúde no Brasil, que se aliava a uma tentativa de focar a atenção na prevenção de saúde, posto que, a organização do referido serviço, após promulgada a constituição de 1988, condizia a um perfil centralizado, com predominância dos serviços privados que distanciava-se das reais necessidades de saúde da população brasileira, além de configurar-se como discriminatório e injusto (MARTINI, 2007).

Assim, a estruturação da ESF começa a tomar forma no final de 1993, com a criação de um grupo de trabalho pelo então ministro da saúde, Dr. Henrique Santillo, composto por secretários estaduais e municipais de saúde, universidades, serviços de saúde comunitária do grupo hospitalar Conceição, coordenação do programa médico de família, da secretária de saúde de São Paulo, UNICEF e OPAS, como também colaboradores do próprio ministério. O objetivo deste grupo consistia na discussão da proposta de implementação de um modelo de saúde em conformidade com as necessidades do Brasil, e as atividades do grupo se voltaria para as soluções referentes às necessidades de mudança de um sistema de unidades básicas de saúde, na qual foi identificado como modelo predominante o pronto atendimento, que embasado na queixa conduta, não vinculava os usuários com os serviços (BRASIL, 1997).

Portanto, em oposto a um modelo de assistência restrita a cura de doenças, a ESF contempla as ações de promoção e proteção a saúde do indivíduo, da família e da comunidade, num processo de universalização da saúde, estendendo-se da

proteção ao tratamento precoce da doença e com atendimento realizado na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária, por meio de equipes de saúde. As diretrizes operacionais do programa ressaltam a adscrição da clientela, a integração dos níveis de atenção à saúde, o planejamento local e regional. Com base no pensamento estratégico, o trabalho em equipe, a ação intersetorial e o controle social (MARTINI, 2007; BRASIL, 1997).

O domicílio é considerado o cenário onde as relações sociais criadoras de conflitos e de outros fatores de risco de adoecer, acontecem sempre da mesma forma espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção e manutenção da saúde. A visita domiciliar é uma das atividades de atuação das equipes de Saúde da Família, incluída pelo Ministério da Saúde, segundo o qual o cuidado dispensado à saúde no domicílio propicia a equipe de Saúde da Família, a inserção no cotidiano da pessoa foco dos cuidados, identificando demandas e potencialidades da família, para os quais concorrem fatores como a humanização do cuidado, a ausência de riscos atrogênicos de origem hospitalar, bem como o resgate das maneiras de cuidar pautados nas práticas tradicionais usadas pela população, fundados na sua concepção cultural (ARAÚJO *et al.*, 2000).

O atendimento próximo à população constitui-se uma das principais vantagens da ESF, assim como a educação para prevenir os males e manter a qualidade da saúde. Esse tipo de atendimento às famílias, com foco voltado para a prevenção de doenças é visto como fundamental, além de evitar deslocamentos da população até as unidades de saúde, e diminuir a quantidade de exames e uso de medicamentos desnecessários (BRASIL, 2009).

Dessa forma, verifica-se a consciência da importância da adesão na Estratégia Saúde da Família. As observâncias de cada pessoa, em sua individualidade, em suas necessidades especificam, com aplicação das possibilidades para que possa exercer sua autonomia, constitui-se aspecto humanitário. “Humanizar significa reconhecer as pessoas, que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeito de direitos” (FORTES; MARTINS, 2000, p. 31).

A modificação do modelo assistencialista e a garantia da humanização das relações entre os componentes da equipe de Saúde da Família requer que seja garantido o direito a informação do usuário. Faz-se necessário que a equipe referida esteja imbuída quanto a respeito à autonomia dos usuários que devem ser

estimulados a compartilhar das decisões que digam respeito à sua pessoa, à sua família, à sua comunidade. As decisões devem ser livres, esclarecidas e fundamentadas para que possa aceitar ou recusar o que lhes é proposto (FORTES; MARTINS, 2000).

Portanto, cabe aos componentes da equipe de Saúde da Família a consciência da responsabilidade individual de esclarecer os usuários sobre questões que lhes deixam mais aflitos, assim como cabe aos gestores dos programas darem origem a condições para o estabelecimento de uma cultura institucional de informações e comunicação que considere as condições socioculturais de cada comunidade atendida. Entre as medidas de efetivação da humanização dos serviços de saúde, encontra-se a participação do usuário nas decisões da natureza pública, evitando que sejam assumidas práticas paternalistas e autoritárias, advindas do poder público, mesmo que motivadas pelo princípio da beneficência, contrárias à vontade autônoma das pessoas ou das comunidades, pois a saúde da família deve ser compreendida conforme a proposta da UNICEF, consistindo em “[...] prover bens e serviços de modo diferenciado, para atender às distintas necessidades dos vários grupos populacionais tendo em vista a redução das desigualdades de acesso” (UNICEF, 1998, p. 46).

Verifica-se que a ESF é considerado como estratégia eficaz ao alcance da equidade. A postura que favorece ao cuidar como almeja a estratégia enfoca o cuidar holístico, que contemple o indivíduo, sua família e comunidade, posto que, “constitui uma estratégia de ação da equipe de saúde que tem uma proposta substitutiva, ou seja, de reestruturação do modelo de assistência vigente, tendo em vista a consolidação de outro tipo de assistência à saúde, traduzido por uma maior integração da equipe de saúde com a população” (SILVA; BUSTAMANTE; CARNEIRO, 2000, p. 91).

Dessa maneira, considera-se que a ESF, enquanto estratégia de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) requer uma concepção positiva do processo saúde-doença, colocando os seus atores em uma atuação inter e multidisciplinar para atender ao princípio de integridade do atendimento à população familiar que residem na respectiva área de abrangência. A compreensão das ações voltadas para a promoção e a assistência à saúde, como atualmente estão consubstanciadas na Estratégia Saúde da Família, são constituídas na estratégia de desenvolvimento nacional a ampliação dos direitos e do bem estar social (BRASIL, 2009).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo não-experimental, descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa.

As pesquisas não-experimentais são utilizadas quando o pesquisador deseja explorar acontecimentos, pessoas ou situações na medida em que eles ocorrem naturalmente (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Nestas pesquisas, uma categoria muito utilizada é o estudo descritivo, utilizado para coletar descrições detalhadas de variáveis existentes, valendo-se dos dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou para a elaboração de planos a fim de melhorar as práticas de atenção à saúde. O pesquisador se apoia na fundamentação teórico/prática que demanda uma revisão aprofundada de literatura sobre o objeto do estudo. Tem como finalidade observar, descrever, explorar e documentar aspectos de uma situação (POLIT; BECK, 2006).

Os estudos prospectivos exploram e avançam no tempo, iniciando no presente com o exame de uma causa presumida e prosseguindo no futuro até o efeito presumido (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2006). São considerados estudos significativamente fortes, pois não há ambiguidade quanto à sequência temporal do fenômeno. Além disso, as amostras têm maiores possibilidades de serem representativas e os pesquisadores podem estar em uma posição de impor controles para descartar as explicações concorrentes para os efeitos observados (POLIT; BECK, 2006).

A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto em seu tratamento por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas. Esta abordagem é frequentemente utilizada em estudos descritivos que procuram descobrir e classificar a relação entre as variáveis, como também identificar a relação de causalidade entre fenômenos (RICHARDSON, 1999).

Portanto, a escolha desse tipo de estudo possibilitará investigar o perfil sociodemográfico de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Piauí.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Secretaria de Saúde de Alto Longá, Piauí, município localizado na região nordeste do Brasil, no interior do Estado do Piauí, após a autorização do gestor local para o desenvolvimento desta pesquisa.

Alto Longá é um município brasileiro, situado na mesorregião Centro-Norte Piauiense, localizada a uma distância de 67,9 km da capital Teresina-PI, com uma população de 13.654 habitantes e uma área de 1.621.354 km².

3.3 População-base e amostra

A população-base (Universo) do estudo foi constituída por todos os idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família de Alto Longá-PI, no ano de 2013, perfazendo um total de 1000 idosos.

Para a realização deste estudo, os seguintes critérios de inclusão foram considerados: ser uma pessoa idosa com idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos; possuir o prontuário cadastrado na ESF de Alto Longá-PI; atender ao número estimado da população-amostra estatisticamente calculada para a realização desse estudo.

Foram excluídas dessa pesquisa as demais parcelas da população que não fazem parte da faixa etária determinada, tais como, as crianças, os adolescentes e os adultos; como também os idosos com prontuários não cadastrados na ESF de Alto Longá-PI, no período adotado para a realização desse estudo.

Dessa forma, a população-amostra do estudo foi estimada para o tipo aleatória simples com reposição, com margem de erro inferior a 5%, nível de confiança de 95% e acréscimo de 30% para perdas em casos inconsistentes ou de dados em falta, já que se trata de pesquisa com busca em prontuário.

O número estimado foi realizado pela equação estatística seguinte:

$$n = (Z^2 \times 0,25 \times N) / E^2 \times (N - 1) + Z^2 \times 0,25.$$

Na qual:

- n = tamanho da população-amostra;
- Z = variável normal padronizada associada ao nível de confiança;
- N = tamanho da população-base (Universo);
- E = erro amostral tolerável.

Dessa forma, o quantitativo da população-amostra constituiu 279 idosos, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para o estudo.

3.4 Variáveis do estudo

Uma variável é definida como toda e qualquer característica que, observada em uma unidade experimental, pode variar de uma pessoa para outra. É importante identificar o tipo de variável de um estudo para que sejam adotados os procedimentos estatísticos específicos. Há dois tipos principais de variáveis: qualitativas e quantitativas (CALLEGARI-JACQUES, 2008).

As variáveis qualitativas fornecem dados de natureza não-numérica, onde os dados podem ser categorizados numericamente, porém sem valor quantitativo. Há dois níveis de mensuração para as categorias dessas variáveis: nível nominal (as categorias diferenciam-se uma das outras somente por meio das suas denominações) ou nível ordinal (as categorias são diferenciadas uma das outras com graus de intensidade, possibilitando uma ordenação das várias categorias). As variáveis quantitativas fornecem dados numéricos que expressam quantidades e podem ser classificadas em: discretas (os dados são categorizados em números inteiros) ou contínuas (os dados são categorizados em determinados valores dentro de um intervalo de variação possível) (CALLEGARI-JACQUES, 2008).

O presente estudo foi contemplado com as seguintes variáveis sociodemográficas: gênero, idade, estado civil, número de pessoas no domicílio, nível de escolaridade, renda familiar e ocupação; sendo, segundo Callegari-Jacques (2008), qualitativas (nominais e ordinais) e quantitativas (discretas).

As variáveis sociodemográficas qualitativas nominais foram: gênero, estado civil e ocupação. As variáveis sociodemográficas qualitativas ordinais foram: número de pessoas no domicílio, nível de escolaridade e renda familiar. A idade foi contemplada como uma variável sociodemográfica quantitativa discreta. A seguir, serão descritas essas variáveis:

- Gênero: foi categorizado em feminino e masculino
- Estado civil: foi considerada a situação especial de cada pessoa em relação aos seus direitos e obrigações civis, sendo categorizados em: solteiro, casado, viúvo; separado/divorciado e união consensual.

- Ocupação: foi categorizado em funcionário público, trabalhador com carteira assinada, autônomo, do lar, aposentado, lavrador e outro.
- Número de pessoas no domicílio: foi considerado o número de pessoas que moram no domicílio junto com a pessoa idosa, sendo categorizados em: ≤ 2 pessoas; 3 à 5 pessoas; 6 à 8 pessoas e ≥ 9 pessoas.
- Nível de escolaridade: foi categorizado em segundo grau completo, segundo grau incompleto, primeiro grau completo, primeiro grau incompleto, sem escolaridade/alfabetizado (a pessoa sabe ler e escreve somente seu nome completo), sem escolaridade/analfabetizado (a pessoa não sabe ler e escrever).
- Renda familiar: foi considerado o total de salários mínimos dos membros que moram no domicílio com a pessoa idosa, sendo categorizados em faixas salariais: < 1 salário mínimo; 1 à 2 salários mínimos; 3 à 4 salários mínimos. O valor de um salário mínimo foi igual a R\$ 724,00, referente à vigência da época de realização da pesquisa, segundo a lei nº 12.382 de 23 de dezembro de 2013, que dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de fevereiro de 2014..
- Idade: foi categorizada a partir da data de nascimento (dia/mês/ano), sendo expressa em anos completos, sendo categorizados em faixas etárias: 60 à 64 anos; 65 à 69 anos; 70 à 74 anos; 75 à 79 anos; 80 à 84 anos; 85 à 89 anos; maior ou igual a 90 anos.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, nos meses de dezembro/2013 e janeiro/2014, junto à análise documental dos prontuários obtidos na Secretaria de Saúde de Alto Longá, Piauí.

Para obtenção dos dados referentes às variáveis sociodemográficas definidas para este estudo, foi utilizado um formulário (APÊNDICE A) construído pela própria mestrande, com base no “questionário para caracterização de pessoas com diabetes mellitus: dados sociodemográficos, clínicos e relacionados ao tratamento” (LANDIM, 2009). O tempo do preenchimento de cada formulário foi de aproximadamente 10 minutos.

O acesso à análise documental da Secretaria de Saúde de Alto Longá-PI foi realizado diretamente pela própria gestora da instituição, que disponibilizou os prontuários da população idosa, fornecendo as informações alvos, as quais foram registradas manualmente no formulário específico (APÊNDICE A) e codificado para evitar qualquer tipo de identificação.

Todos os procedimentos de acesso e obtenção das informações foram rigorosamente controlados por um representante institucional durante a integralidade do tempo em que a pesquisadora permaneceu no setor coletando os dados.

3.6 Organização e análise dos dados

Para a organização dos dados coletados, foi criado, primeiramente, um banco de dados no Programa Microsoft Excel, versão XP (Microsoft CO, USA), com dupla digitação dos dados os quais foram, posteriormente, importados para o Programa SPSS “Statistical Package for the Social Science” (versão 19.0 for Windows). Este software possibilitou o processo de análise estatística dos dados.

Os dados relacionados às variáveis sociodemográficas qualitativas nominais e ordinais foram dispostos em tabelas e descritos por meio de proporções numéricas e percentuais. Tais variáveis, quando quantitativas discretas, além da disposição dos dados em tabelas e da descrição em proporções numéricas e percentuais, também foram realizados os cálculos das médias, desvio padrão, valores mínimos, máximos e medianas. A normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov (*K-S test*).

O nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

3.7 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado para o setor administrativo da Secretaria de Saúde de Alto Longá-PI, para que tomasse conhecimento do conteúdo científico-metodológico do estudo, com Termo de Consentimento Institucional em agosto de 2013 (ANEXO A).

Somente após a concessão institucional, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, contemplando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

(CNS), que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com aprovação em seis de dezembro de 2013, sobre o protocolo CAAE nº 21120813.4.0000.5210 (ANEXO B).

Há riscos previsíveis mínimos para os participantes desse estudo, tais como a identificação e a exposição das informações pessoais coletadas. Contudo, para minimizar estes riscos, foi assegurado a privacidade e o anonimato de todos os dados obtidos nos prontuários concedidos na Secretaria de Saúde de Alto Longá-PI, por meio da assinatura do Termo de Compromisso para Utilização dos Dados (TCUD) (APÊNDICE B). As informações coletadas somente serão utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

Os benefícios, mesmo que não imediatos, surgirão por meio da divulgação dos resultados desse estudo, os quais possibilitam o conhecimento do perfil sociodemográfico dos idosos para o planejamento de ações que intervenham de modo positivo na saúde e na qualidade de vida dessa população.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados e discutidos em conformidade com os objetivos propostos no presente estudo, sendo contempladas todas as variáveis sociodemográficas definidas, em propósito à submissão do manuscrito a Revista Ciência & Saúde Coletiva (C&SC) (ANEXO C), ora apresentado.

4.1 Manuscrito 1

Perfil sociodemográfico de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Piauí

Sociodemographic profile of elderly treated in the Family Health Strategy in a municipality in the State of Piauí

Cleidinalva Maria Teixeira Aguiar¹

Cristina Maria Miranda de Sousa²

Ana Maria Ribeiro dos Santos³

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida⁴

Maria Eliete Batista Moura⁵

¹Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Endereço: Rua Governador Raimundo Arthur de Vasconcelos, nº 2631, Bairro: Primavera. Teresina, Piauí, Brasil. Telefone: (86) 3084-1699. E-mail: cleidinalvaguiar@gmail.com.

²Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: cristinamiranda@uninovafapi.edu.br.

³Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Programa de Pós-Graduação/Mestrado/Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: ana.mrsantos@gmail.com.

⁴Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: camila@uninovafapi.edu.br.

⁵Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Grupo de Estudos em Saúde da Família. E-mail: mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br.

RESUMO: O objetivo desse trabalho foi analisar o perfil sociodemográfico de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Piauí. Estudo descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa, realizado junto à análise documental de 279 prontuários obtidos na Secretaria de Saúde de Alto Longá-PI, nos meses de dezembro/2013 a janeiro/2014. A análise dos dados foi realizada por meio do software estatístico SPSS, versão 19.0. O nível de significância estatística adotado foi de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre o protocolo nº 21120813.4.0000.5210. Resultou-se em 162 (58,1%) idosos do sexo feminino, 217 (77,7%) casados, 209 (74,9%) aposentados, 243 (87,1%) possuíam entre 1 à 2 salários mínimos, 199 (71,3%) sem escolaridade/alfabetizado e 160 (57,3%) viviam com 3 a 5 pessoas no domicílio. Quanto à idade, a mediana foi de 67 anos. Constatou-se que a população estudada é de alta relevância e magnitude. Espera-se que este estudo possa subsidiar novas pesquisas direcionadas à caracterização de idosos, permitindo traçar estratégias adequadas para um envelhecimento saudável, com qualidade de vida.

Palavras-chave: Inquéritos Demográficos. Envelhecimento. Idoso. Estratégia Saúde da Família. Saúde do Idoso.

ABSTRACT: The aim of this study was to analyze the demographic profile of elderly treated in the Family Health Strategy in a municipality in the state of Piauí. A prospective descriptive study with a quantitative approach, performed by the documentary analysis of 279 records obtained at Health High Longá-PI, from December 2013 to January 2014. Data analysis was performed using the statistical software SPSS, version 19.0. The level of statistical significance was 5%. The project was approved by the Ethics Committee in Research of the University Center UNINOVAFAPÍ, in accordance with Resolution 466/12 of the National Health Council, on paragraph 21120813.4.0000.5210 protocol. It resulted in 162 (58.1%) older women, 217 (77.7%) were married, 209 (74.9%) were retired, 243 (87.1%) had between 1 to 2 minimum wages, 199 (71.3%) with no schooling / literate and 160 (57.3%) lived with 3-5 people in the household. Regarding age, the median was 67 years. It was found that the studied population is of high relevance and magnitude. It is hoped that this study may support further research aimed at characterizing the elderly, enabling you to trace appropriate strategies for healthy aging, quality of life.

Keywords: Population Surveys. Aging. Aged. Family Health Strategy. Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

A população idosa tem apresentado um crescimento de modo acelerado desde a segunda metade do século passado em números absolutos e relativos. Este crescimento acelerado das pessoas idosas, denominado envelhecimento populacional, é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, pois desperta preocupação em diversas áreas sociais e econômicas, como a saúde, a previdência, a educação e o mercado de trabalho. O envelhecimento populacional é um fenômeno preocupante e de ordem mundial, caracterizado por mudanças na estrutura etária da população, as quais decorrem, principalmente, da redução nas taxas de fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida¹.

No Brasil, as estimativas apontam que, em 2025, o país poderá ocupar o sexto lugar no mundo em relação ao número de idosos, devido ao aumento significativo da longevidade^{1,2}. Os censos demográficos revelam diminuição da fecundidade no País, o que reflete aumento sucessivo da população adulta e, conseqüentemente, do número de idosos³.

De acordo com o Ministério da Saúde, o aumento significativo da população de idosos vem sendo motivo de grande preocupação, especialmente no que tange ao atendimento das necessidades básicas deste segmento etário e que implica o desenvolvimento de ações específicas relativa aos idosos, para a promoção de seu bem estar físico, psicológico e social, bem como à preservação da boa qualidade de vida, considerada o principal desafio imposto pela longevidade frente às ameaças de restrição da autonomia e independência entre idosos⁴.

Entretanto, é importante ressaltar que nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o processo de envelhecimento ocorreu de maneira acelerada e em um contexto de desigualdades sociais⁵. Ao contrário dos países desenvolvidos, nos quais o envelhecimento populacional ocorreu de forma gradual, sendo acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação⁶.

Diante da atual transição demográfica e, consequentemente, epidemiológica, da população idosa brasileira, em 1994, foi aprovada a Lei nº. 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo decreto nº. 1948 de 03 de julho de 1996⁷.

Ainda em 1994, o Ministério da Saúde assumiu a implantação de um novo modelo assistencial de saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito de reverter o modelo assistencial predominante no país, por meio da modificação do foco de atenção baseado no modelo biomédico, hospitalocêntrico. Segundo a estratégia, a família passou a ter um papel fundamental e o domicílio passou a ser um cenário de assistência, promoção à saúde e prevenção de doenças. Tem como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso, e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população⁸.

Em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, que agregou três eixos fundamentais: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica)⁹.

O levantamento de informações sobre o perfil de idosos atendidos pela ESF pode possibilitar o planejamento de ações que intervenham de modo positivo na saúde dessa população, o que reflete na elaboração de estratégias de assistência adequadas às dificuldades e limitações individuais, respeitando cada cultura, estilo de vida e condições econômicas¹⁰. A geração periódica de informações de base populacional constitui-se uma ferramenta necessária para monitorar o acesso aos serviços, permitindo avaliar as políticas públicas de saúde e fornecer subsídios para o seu aperfeiçoamento¹¹.

Diante dessas considerações, surgiu a seguinte questão norteadora: “Qual o perfil sociodemográfico de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Piauí?”. O objetivo desse trabalho foi analisar o perfil sociodemográfico de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Piauí.

MÉTODO

Para o alcance do objetivo proposto, o presente estudo foi caracterizado como descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa, realizado junto à análise documental dos prontuários obtidos na Secretaria de Saúde de Alto Longá, Piauí, nos meses de dezembro/2013 a janeiro/2014. Os seguintes critérios de inclusão foram considerados: ser uma pessoa idosa com idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos; possuir o prontuário cadastrado na ESF de Alto Longá-PI; atender ao número estimado da população-amostra estatisticamente calculada pela seguinte equação estatística: $n = (Z^2 \cdot 0,25 \cdot N) / E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot 0,25$. A amostra estimada foi do tipo aleatória simples com reposição, com margem de erro inferior a 5%, nível de confiança de 95% e acréscimo de 30% para perdas em casos inconsistentes ou dados faltosos, perfazendo um total de 279 idosos.

Para obter o perfil sociodemográfico dos idosos, foram coletadas variáveis qualitativas nominais (gênero, estado civil e ocupação) e ordinais (número de pessoas no domicílio, nível de escolaridade e renda familiar), além de quantitativa discreta (idade)¹¹, por meio de um formulário construído com base no “questionário para caracterização de pessoas com diabetes mellitus: dados sociodemográficos, clínicos e relacionados ao tratamento”¹².

A análise dos dados foi realizada por meio do software estatístico SPSS, versão 19.0. Os dados foram dispostos em tabelas e descritos por meio de proporções numéricas, percentuais, médias, desvio padrão, valores mínimos, máximos e medianas. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹³, sobre o protocolo nº 21120813.4.0000.5210. O estudo foi ainda assegurado pela assinatura dos pesquisadores do Termo de Compromisso para Utilização dos Dados, e a Secretaria de Saúde de Alto Longá, Piauí, o Termo de Consentimento Institucional.

RESULTADOS

Dos 279 (100%) prontuários dos idosos investigados, 162 (58.1%) eram do sexo feminino e 117 (41.9%) masculino. Em relação ao estado civil, observou-se que a maioria eram casados, 217 (77.7%), 35 (12.5%) eram viúvos, 17 (6.3%) solteiros, 06 (2.1%) separado/divorciado e 04 (1.4%) em união consensual. Quanto à ocupação mais prevalente, a maioria, 209 (74.9%), eram idosos aposentados (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição numérica (n) e percentual (%) das variáveis sociodemográficas qualitativas nominais da população do estudo (n=279). Alto Longá, Piauí, Brasil, 2014.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%
Gênero	feminino	162	58.1
	masculino	117	41.9
Estado civil	solteiro	17	6.3
	casado	217	77.7
	viúvo	35	12.5
	separado/divorciado	06	2.1
	união consensual	04	1.4
Ocupação	funcionário público	12	4.3
	trabalha com carteira assinada	02	0.8
	autônomo	37	13.2
	do lar	19	6.8
	aposentado	209	74.9

Fonte: Perfil dos Idosos PI, 2014.

Quanto ao número de pessoas que moram no domicílio junto com a pessoa idosa encontrou-se que 160 (58.3 %) viviam com 3 a 5 pessoas. Em relação ao nível de escolaridade, os resultados mais prevalentes foram: 199 (71.3%) pessoas sem escolaridade/alfabetizado, 40 (14.4%) pessoas sem escolaridade/analfabeto. No que se refere à renda familiar em número total de salários mínimos, 243 (87.1%) pessoas possuíam de 1 à 2 salários mínimos. A seguir, a Tabela 2 mostra as variáveis sociodemográficas qualitativas ordinais: número de pessoas no domicílio, nível de escolaridade e renda familiar.

Tabela 2. Distribuição numérica (n) e percentual (%) das variáveis sociodemográficas qualitativas ordinais da população do estudo (n=279). Alto Longá, Piauí, Brasil, 2014.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n	%
Número de pessoas no domicílio	≤ 2 pessoas	55	19.5
	3 a 5 pessoas	160	58.3
	6 a 8 pessoas	47	16.1
	≥ 9 pessoas	17	6.1
Nível de escolaridade	segundo grau completo	03	1.1
	segundo grau incompleto	00	0.0
	primeiro grau completo	06	2.2
	primeiro grau incompleto	31	11.0
	sem escolaridade/alfabetizado	199	71.3
	sem escolaridade/analfabetizado	40	14.4
Renda familiar	< 1 salário mínimo	28	10.0
	1 a 2 salários mínimos	243	87.1
	3 a 4 salários mínimos	08	2.9

Fonte: Perfil dos Idosos PI, 2014.

Quanto à idade dos 279 (100%) idosos, a menor foi de 60 anos e a maior 97 (70 ± 10.7), com mediana de 67anos. Predominou-se 169 (60.5%) idosos situados na faixa etária entre 60 à 69 anos, seguidos de 64 (23.0%) de 70 à 79 anos. A idade, classificada nesse estudo como uma variável sociodemográfica quantitativa discreta, está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição numérica (n), percentual (%), média $\pm$ dp*, valores mínimo e máximo, mediana da idade da população do estudo (n=279). Alto Longá, Piauí, Brasil, 2014.

VARIÁVEL	CATEGORIAS	n	%	Média $\pm$ dp*	Mín - Máx	Mediana
Idade	60 a 69 anos	169	60.5	70.7 ± 10.7	60 - 97	67 anos
	70 a 79 anos	64	23.0			
	80 a 89 anos	37	13.2			
	≤ 90 anos	09	3.3			

Fonte: Perfil dos Idosos PI, 2014.

Legenda: dp.

Em relação ao gênero, obteve-se que dos 279 (100%) prontuários dos idosos investigados, 162 (58.1%) eram do sexo feminino e 117 (41.9%) masculino. Essa demarcação etária pode estar relacionada às mudanças nas sociedades, sobretudo nas ocidentais que a partir do século XX avançaram devido ao processo industrial, consequenciando a urbanização das cidades, que por sua vez motivou o deslocamento de um grande contingente populacional das

zonas rurais para os centros urbanos em busca de trabalho e melhores condições de vida. Neste processo, interessava o trabalhador com capacidade produtiva para assim, contribuir a obtenção de lucros. Percebido o declínio e perda da capacidade produtiva no decorrer dos anos vividos, o idoso passa a ser sinônimo de inutilidade por contrariar o alcance do objetivo almejado pelo capitalismo principalmente perde o valor de uso, não só em termos biológicos, mas também em termos culturais e sociais¹⁴.

Esse resultado pode indicar que, de maneira geral, os idosos do gênero feminino procuram mais os serviços de saúde do que os idosos do gênero masculino e possuem um maior comportamento de busca para o autocuidado^{15,16}.

No que se refere ao estado civil, constatou-se que a maioria 77.7 % da população era casada. Esse resultado está em concordância com a literatura, segundo a qual a prevalência de pessoas casadas foi de 57% e 68%¹⁷. É importante destacar que as famílias organizadas e estruturadas fornecem um ambiente mais apropriado como apoio para o cuidado da pessoa idosa, influenciando o comportamento desta diante da sua colaboração para obtenção de um envelhecimento bem sucedido¹⁸.

Com relação à ocupação, predominaram-se 74.9% idosos aposentados. Esse resultado deve ser levado em consideração, uma vez que a pessoa que se mantém ativa remuneradamente poderá obter maior satisfação pessoal, interação social, favorecimento na saúde física e mental, contribuindo para a redução da depressão¹⁹.

Um estudo que buscou determinar os diferenciais de saúde dos idosos, segundo sua inserção no mercado de trabalho, após considerar a influência dos fatores sociodemográficos, mostrou que 25% dos idosos eram ativos o trabalho em relação aos aposentados. Aqueles que trabalhavam, sentiam-se mais dispostos, tinham maior escolaridade e maior renda domiciliar. Estes relatam menor prevalência de doenças crônicas²⁰.

Quanto ao número de pessoas que moram no domicílio junto com a pessoa idosa, encontrou-se que 160 (58.3%) viviam com até 3 a 5 pessoas. A ampliação do aprendizado pode favorecer a aquisição de hábitos saudáveis entre os membros da família. Dessa forma, compreende-se o processo de envelhecimento com qualidade de vida para ser bem sucedido, deve estar centrado nos profissionais da equipe multiprofissional, no sistema familiar, na própria pessoa e nos equipamentos sociais¹⁹.

Com relação a escolaridade, 199 (71.3%) dos idosos são sem escolaridade/alfabetizado e 40 (14.4%) são sem escolaridade/analfabetizado.

O envelhecimento independente do nível de escolaridade, podendo a baixa escolaridade acometer pessoas de todos os níveis socioeconômicos, podendo levar a pessoa idosa a um envelhecer mal sucedido. Estudos mostram que a baixa escolaridade pode dificultar o acesso às informações e, dessa forma, prejudicar sua qualidade de vida²⁰.

Quanto à renda familiar, 243 (87.1%) idosos possuíam entre 1 a 2 salários mínimos. Um estudo de caracterização do perfil de 204 pessoas com hipertensão arterial cadastradas no Grupo de Hipertensão do Ambulatório do Hospital de Base de São José de Rio Preto, objetivando implantar um programa de educação a essa população, encontrou que 82.8% das pessoas entrevistadas apresentaram renda familiar inferior a 4 salários mínimos, representando um baixo nível socioeconômico²¹.

A idade foi classificada nesse estudo como uma variável sociodemográfica quantitativa discreta, predominando 169 (60.5%) idosos na faixa etária entre 60 a 69 anos. Segundo estudo realizado por Maberbi e Franco, constatou-se que a frequência de pessoas idosas torna-se cada vez maior na faixa etária entre 60 a 69 anos²².

A média de idade encontrada nesse estudo, (70 ± 10.7), com mediana de 67 anos, deve-se ao processo de transição epidemiológica que está atravessando no Brasil. De 1900 a 2025, a população brasileira terá sido multiplicada por cinco. Pessoas com mais de 60 anos de

idade terá o seu número multiplicado por 15, onde um em cada sete brasileiros fará parte do contingente idoso da população, com uma expectativa de vida ao nascer de aproximadamente 73 anos²³. Essa impressionante e rápida mudança no perfil populacional, por outro lado, coloca as pessoas a uma maior exposição aos fatores de risco que contribuem para o aumento no desenvolvimento de doenças crônicas²⁴.

É importante destacar que a alta expectativa de vida da população brasileira leva ao aumento de pessoas idosas, que incorporam em seu cotidiano crenças, costumes e valores que podem dificultar bom o controle para envelhecimento bem sucedido com qualidade de vida. No entanto, a adoção de mudanças no estilo de vida torna-se uma tarefa importante. Dessa forma, observa-se o quanto é válido manter a pessoa idosa atenta à importância de um envelhecimento saudável, pois são considerados aspectos essenciais da educação em saúde e merecem ser bem refletidos²⁵⁻²⁶.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, este estudo possibilitou identificar o perfil dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família na Secretaria de Saúde do município de Alto Longá-PI, com o predomínio de idosos do gênero feminino, casados, aposentados, com renda familiar entre 1 à 2 salários mínimos, sem escolaridade/alfabetizado e viviam no domicílio entre 3 a 5 pessoas, com mediana de 67 anos.

É possível constatar que essa população estudada é de alta relevância e magnitude. Espera-se que este estudo possa subsidiar novas pesquisas direcionadas à caracterização sociodemográfica de idosos, permitindo traçar estratégias adequadas para um envelhecimento saudável, com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ¹ Moragas, Ricardo Moragas. Gerontologia social: envelhecimento e qualidade / Ricardo Moragas Moragas: Prólogo de Juan J. Lins; [tradução Nara Costa Rodrigues]. – São Paulo: Paulinas, 1997. – (Sociologia atual)
- 2 Brasil. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2010. Envelhecimento Populacional e os desafios para o Sistema de Saúde Brasileiro. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/1apresentao.pdf>. Acessado em: 20 set. 2013.
- 3 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaud e.pdf. Acesso em: 20 mar. 2014.
- 4 Brasil. Estatuto do Idoso. Brasil: Secretaria de Direitos Humanos, 2009. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/estatuto-do-idoso-dignidade-humana-como-foco>. Acesso em: 10 abril . 2014.
- 5 Moreira de M.M. Envelhecimento da População Brasileira – Tese de Doutorado - Cedeplar/UFMG – Belo Horizonte, 1997.
- 6 CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
- 7 Santos, Igor Ribeiro dos; Mota, Eliane Fonseca Campos; Teixeira, Agda Lovato. Análise do programa de saúde da família na cidade de Orizona/GO no atendimento ao idoso, 1997. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/65ra/resumos/resumos/1587.htm>. Acessado em: 20 set. 2013.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da Política Nacional de Humanização. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. 2007. Acessado em: 14 de fev. 2014.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acessado em: 20 mai. 2014.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Planificação da Atenção Primária da Saúde nos Estados. Brasília: MS, 2011. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf. Acessado em: 20 mar. 2014.
- 11 Silva, Zilda Pereira da; Ribeiro, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; Barata, Rita Barradas; Marcia Furquim de Almeida. 11 Ciência & Saúde Coletiva, 16(9):3807-3816, 2011. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços

de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. São Paulo: Artmed, 2008. 255 p.

12 Landim, Camila Aparecida Pinheiro. A competência de pessoas com diabetes mellitus para o auto cuidado em um programa educativo multiprofissional. Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

13 Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466/pdf. Acessado em: 20 fev. 2014.

14 Teixeira, J. S. Qualidade de vida, Saúde e bem estar: representações sociais de idosos de um Centro de Convivência na cidade de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

15 Péres, D. S., Franco, L. J., & Santos, M. A. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 310-317.

16 Péres, D. S., Franco, L. L., & Santos, M. A. (2008). Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16(1), 101-108.

17 Travassos, C. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (10): 2490 – 2502, out, 2007.

18 Brasil. Ministério da Saúde. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família

19 Kinder et al. Depression and the metabolic syndrome in young adults: findings from the third national health and nutrition examination survey. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66: 316-322.

20 Michelson et al. Changes in weight during a 1- year trial of fluoxetine. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (8): 1170-1176.

21 Alves, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial **Interface Comun Saúde Educ.** v. 9, p. 39-52, 2005.

22 Delamater, A. M. Improving patient adherence. **Clin Diabet** , v. 24, p. 71-7, 2006. PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** , v. 22, p. 377-385, 2006.

23 Cesarino, C. B. et al. O autocuidado de clientes portadores de hipertensão arterial em um hospital universitário. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 1, n. 3, p. 146-8, jul.-set, 2004.

24 Heras, R. M. Macias, G. R. Diabetes Mellitus: complicaciones crônicas y fatores de riesgo. Rev. Méd., IMSS, 1996; 6(34).

25 Zarate, T. A. Algunas consideraciones históricas del diagnostico de la diabetes Mellitus. Academia Nacional de Medicina. Gac. Méd. Méx. (1995; 131) (2).

26 Ramos, L. R. et al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 21, p. 211-24, 1987.

4.2 Produto – Leque com informações sobre o Envelhecimento Ativo

Ações necessárias para Envelhecimento Digno e Saudável



Movimente-se



**Participar de reuniões
com a família, igreja
ou comunidade.**



Passear

Se cuide



Instalar corrimão nas
escadas e banheiros



Manter a casa sempre
bem iluminada



Cuidado com tapetes,
e pisos escorregadios.



Tomar seus remédios regularmente



Comer alimentos saudáveis



Tomar suas vacinas



Conversar com um
profissional de saúde
quando necessário.



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAP
PROGRAMA DE MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

5 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, este estudo possibilitou identificar o perfil dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família na Secretaria de Saúde do município de Alto Longá-PI, com o predomínio de idosos do gênero feminino, casados, aposentados, com renda familiar entre 1 à 2 salários mínimos, sem escolaridade/alfabetizado e viviam no domicílio entre 3 a 5 pessoas, com mediana de 67 anos.

É possível constatar que essa população estudada é de alta relevância e magnitude. Espera-se que este estudo possa subsidiar novas pesquisas direcionadas à caracterização sociodemográfica de idosos, permitindo traçar estratégias adequadas para um envelhecimento saudável, com qualidade de vida.

O estudo aponta que os profissionais da Estratégia Saúde da Família precisam de novos olhares para o ser idoso, para que de fato reconheçam as reais necessidades desses sujeitos. Esses profissionais, ao realizarem atividades de promoção e proteção à saúde, devem envolver o idoso, a família e a comunidade, pois essas táticas auxiliam os idosos na formação de conceitos e valores os quais irão fortalecer os fatores protetores.

Dessa forma, a articulação de políticas públicas, o acolhimento dos idosos e sua inserção em amplos espaços constituem desafios presentes na prática cotidiana, uma vez que é preciso incluir mais acesso às informações, conhecimento das políticas públicas sobre idosos, aceitação dessas ações em sua prática, comunicação e integração com outros setores da rede.

Espera-se que este estudo estimule a produção de próximas investigações com o objetivo de auxiliar e orientar os profissionais de saúde que prestam atendimento às pessoas idosas, e contribua para informar as necessidades de atenção e cuidados específicos para que envelhecimento seja bem sucedido, com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V.L.V. de. A Modernidade e Velhice. **Rev. Serviço Social & Sociedade**, ano XXIV N°75 2010.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa Saúde da família; pela integridade de atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Marília, v. 9, p. 39-52, 2005.
- ATAÍDE, M. B. C. **Vivência grupal**: estratégia de engajamento no autocuidado e diabetes. 2004. 210 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.
- BERZINS, M.A.V. da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Rev Serviço Social & Sociedade**, ano XXIV N° 75, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 1948 de 03 de julho de 1996**. Brasília: MS, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: MS, 1997.
- CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística – Princípios e Aplicações**. São Paulo: Artmed, 2008.255p.
- CALDAS, C.P.;VERAS, R. P. O lugar do idoso na família contemporânea e as implicaçõespara a saúde. In:Trad LAB, editor. **Família contemporânea e saúde**: significados,práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2010.
- CAMARANO, A.A.; KANSO, S; MELO, J. L. Quão além dos 60 anos poderão viver os idosos brasileiros. In: CAMARANO, A. A. (Org). **Os novos idosos brasileiros muito além dos anos 60**, Rio de Janeiro: IPEA, 2008. p. 77 – 106.
- CANCELA, D. M. G. O processo de envelhecimento. Portugal: Universidade Lusíada do Porto, 2008 (TRC de Licenciatura em Pedagogia). Disponível em: www.psicologia.com.pt. Acessado em: 19 abr. 2013.
- CARVALHO FILHO, E.T; PAPALEO NETTO, M. **Geriatria**: fundamentos, clínica, terapêutica. 2 ed. São Paulo, Atheneu, 2005.
- CARVALHO, J. P. C.. **A Previdência Rural Universalista e a sua Relevância na Economia dos Municípios do Rio Grande do Norte**. São Paulo: Loyola, 2010.
- CESARINO, C. B. et al. O autocuidado de clientes portadores de hipertensão arterial em um hospital universitário. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 1, n. 3, p. 146-8, jul.-set, 2004.

CHECHANOWSKI, P. S. et al. The patient provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 158, n.1, p.29-35, Jan.2001.

CHERUBIN, Niversindo Antonio. **Administração hospitalar fundamentos**. 3.ed. São Paulo: Loyola, 2002.

DELAMATER, A. M. et al. Psychosocial therapies in diabetes. **Diabetes Care**. Alexandria, v 24, p. 1286-92, 2006.

DUARTE YAO; Cianciarrullo TI. Idoso, família e saúde. In: Gualda DMR; Silva GTR; Cunha/ CKO, Saúde na família e na comunidade. São Paulo, Robe Editorial, 2002.p 231-67. Artigo publicado Rev Rene/ **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**; Vol7 nº1(jan/abr 1999).

FORTES, P.A.C.; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, (nº especial), dezembro, 2000.

GIATTI, L; BARRETO, S.M. Saúde, trabalho e envelhecimento n Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 735-44, 2003.

GOLDSTEIN; SIQUEIRA; VERAS, OLIVEIRA, F. E. B. BELTRÃO, K.I; PASSINATO, M.T. M. **Reforma estrutural da previdência social uma proposta para assegurar proteção social e equidade**, Minas Gerais:IPEA, 1998.

GRANT, R. W. et al. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 26, n.5, p. 1408-12, May 2003.

GUIMARÃES, F. P., M; TAKAYANAGUI, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.15, n.1, p. 37-44, jan. 2002.

IBGE. **Resultado Censo 2008**. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>. Acessado em: 10 out. 2012.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Censo 2010**. Disponível em: <http://www.home/presidência/notícias.visualiza.php?idnotícia=1866&id.pagne=1> acessado em 10 de outubro de 2012

IRIGARAY, T. Q ; TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em pessoas idosas: a importância da dimensão subjetiva**. Estudos de Psicologia: Campinas. v.3 n. 26, p. 297-304, 2009.

KERKOSKI, E; BORENSTEIN, M.S; SILVA, O.M.G.V.da. Percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida. **Rev. Esc. Anna Nery**, out-dez. 2010, p. 825-832. Disponível em:<http://www.scielo.br>. Acesso em: 06 abr. 2014.

- LANDIM, C. A. P. **A competência de pessoas com diabetes *mellitus* para o autocuidado em um programa educativo multiprofissional**. 2009. 153p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2009.
- LIMA, A. M. M. SILVA, H. S. da; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem sucedido: trajetória de um constructo e novas fronteiras. **Rev. Interface Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo. v. 12 n. 27, p. 795-807 out/dez 2008.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- MARTINI, A. M. *et al*. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento Hemodialítico. **Rev. Eletr. Enf.**[Internet], 2007 [cited 2011 ago 13]; 9(2): 329-343.
- MASSAD, E. *et al*. **MÉTODOS QUANTITATIVOS EM MEDICINA**. 1.ed. São Paulo: Manole, 2004. 561 p.
- MERCADANTE, E. F. Velhice: uma questão complexa. In: B. Corte, E. F. Mercadante & I. A. Arcuri (Orgs.). **Velhice, Envelhecimento e complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2009.
- MINAYO, M.C. de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: vozes, 2010.
- MOREIRA, Antônio Flávio B. **Estudos do currículo no Brasil: abordagens históricas**. Actas do IV Colóquio sobre Questões Curriculares – Políticas Curriculares : caminhos para flexibilização e integração (Porto Editora/Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho/Fundação para a Ciência e Tecnologia/Fundação Calouste Gulbenkian), Braga, Portugal, 2000.
- MIOTO, R. T. T. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, L. A. B (org.) **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 51-66.
- MOTTA FILHO, S. C. da; SANTOS, W. D. R. dos. **Direito Constitucional e Teoria, jurisprudência e 1000 questões**. 13 ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.
- OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. , p. 231-37, mar./abr. 2008.
- PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município Francisco Morato. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 377-85, 2006.
- PAPALEO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

PIAUÍ. **Informações municipais**. Disponível em: <http://www.portalmunicipal.org.br/vg/mumain.asp?./DMUN=100122008>. Acessado em: 19 abr. 2014.

POLIC, D. F. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing research**: methods, appraisal and utilization. 6. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006. 554 p.

RAMOS, L. R. et al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, p. 211-24, 1987.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. São Paulo: Loyola, 2002.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, M. A. et al. Programa de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 57-63, jan./mar. 2009.

SILVA, J.V;BUSTAMANTE, IMR;CARNEIRO, LJ. Especialização em saúde da família para enfermeiros. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília (DF), 2000 dez;53(n. esp.):91-3.

TAHAN, J ; CARVALHO, A.C.D. de. **Reflexões de idosos e participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida**. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php.script=sci...> acessado em 08 de agosto de 2012.

TRAD, L. A. B. **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Educação e Cultura). **Educação no Brasil melhora, mas desigualdades ainda criam barreiras**. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_14931.1998htm. Acessado em:14 abr. 2014.

VECHIA, R. O. ET al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 8 n. 3, p. 246-252, 2005.

ZAGO, M. A. A pesquisa clínica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 363-74, abr–jun. 2004.

ZANETTI, M. L. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 186-92, mar.-abr. 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Data da entrevista: Alto Longá, _____
de _____ de _____
Início: ____:____ Término: ____:____
Iniciais (nome): _____

I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo ☐ 1 feminino ☐ 2 masculino

Data de Nascimento ____ / ____ /

1. Idade (anos completos) _____

☐ 60 à 69 anos

☐ 70 à 79 anos

☐ Mais de 80 anos

2. Procedência

☐ Alto Longá – Piauí

☐ Outras cidades do estado do Piauí

3. Estado civil

☐ 1 solteiro

☐ 2 casado

☐ 3 viúvo

☐ 4 separado/divorciado

☐ 5 união consensual

4. Número de pessoas nodomicílio

☐ 2 pessoas

☐ 3 à 5 pessoas

☐ 6 à 8 pessoas

☐ Mais de 9 pessoas

SOCIO-

5. Nível de escolaridade

☐ 1 pós-graduação

☐ 2 terceiro grau completo

☐ 3 terceiro grau incompleto

☐ 4 segundo grau completo

☐ 5 segundo grau incompleto

☐ 6 primeiro grau completo

☐ 7 primeiro grau incompleto

☐ 8 sem escolaridade – alfabetizado

☐ 9 sem escolaridade – analfabeto

6. Renda familiar

☐ < 1 salário mínimo

☐ 1 à 2 salários mínimos

☐ 3 à 4 salários mínimos

☐ 5 à 6 salários mínimos

☐ 7 à 8 salários mínimos

☐ > 8 salários mínimos

7. Ocupação

☐ 1 funcionário público

☐ 2 trabalhador com carteira assinada

☐ 3 autônomo

☐ 4 estudante

☐ 5 do lar

☐ 6 aposentado

☐ 7 desempregado

☐ 8 voluntário

☐ 9 outra _____

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO



PREFEITURA DE
ALTO LONGÁ
MAIS TRABALHO, MAIS AÇÃO.

Palácio das Nascentes
Gabinete do Prefeito

SECRETARIA DE SAÚDE DE ALTO LONGÁ

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, **LUCIANE LEAL SOUSA**, fiel depositário dos prontuários e da base de dados desta Secretaria de Saúde de Alto Longá – PI, declaro que a aluna Cleidinalva Maria Teixeira Aguiar está autorizada a realizar nesta instituição o projeto de pesquisa “PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PIAUÍ”, sob a responsabilidade da pesquisadora Cristina Maria Miranda de Sousa, cujo objetivo geral é “analisar o perfil sócio-demográfico dos idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família - ESF em um município do Estado do Piauí”.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia de confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa;
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Teresina, 21 de agosto de 2013.

Luciane Leal Sousa
Luciane Leal Sousa

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNINOVAFAPÍ CENTRO UNIVERSITÁRIO
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização para participar de uma pesquisa. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo dúvida que tiver. Este estudo está sendo conduzido por **Cleidinalva Maria Teixeira Aguiar**. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de autorizar este estudo, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável acima referido. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPÍ pelo telefone (086) 106 – 0740.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: 'PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PIAUÍ'

Pesquisador responsável: Cleidinalva Maria Teixeira Aguiar

Telefone para contato: (086) 8803 - 6812

Pesquisadora participante: Cleidinalva Maria Teixeira Aguiar

Telefone para contato: (086) 8803 - 6812

- O presente estudo de natureza quantitativa será realizado no Centro de Saúde do Município de Alto Longá - PI. A coleta dos dados será no período de agosto a setembro de 2013 após a aprovação por este Comitê de Ética e autorização da Secretaria de Saúde do Município de Alto Longá, que cuida da Saúde dos Idosos do município. O instrumento de coleta de dados será a análise de prontuários do ano de 2012.

- Ressalta-se que a presente pesquisa não trará riscos, prejuízos, desconforto, lesões, formas de indenização, nem ressarcimento de despesas.
- Não há benefício direto para o participante. Trata-se de uma coleta de dados mediante entrevista que permanecerão (gravadas durante cinco anos, as quais serão transcritas para posterior análise) – SE FOR O CASO! Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício.
- Garantia de acesso em qualquer etapa de estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Cristina Maria Miranda de Sousa, residente na Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai | CEP: 64073-505, Teresina - Piauí | Fone: (86) 2106-0700 / Fax: (86) 2106-0740.

UNINOVAFAPI CENTRO UNIVERSITÁRIO
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai | CEP: 64073-505, Teresina - Piauí | Fone: (86) 2106-0700 / Fax: (86) 2106-0740.

- O período de participação será de agosto de 2013 a maio de 2014, o participante terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Cleidinalva Maria Teixeira Aguiar
Cleidinalva Maria Teixeira Aguiar

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável

Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI – Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai | CEP: 64073-505, Teresina - Piauí | Fone: (86) 2106-0700 / Fax: (86) 2106-0740.

ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO NO CEP

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -													
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP													
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA													
Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PIAUÍ													
Pesquisador: CILIDINALVA MARIA THIEIRA AGUIAR													
Área Temática:													
Versão: 2													
CAAE: 21123813.4.0000.5210													
Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA													
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio													
DADOS DO PARECER													
Número do Parecer: 405.124													
Data da Relatoria: 06/12/2013													
Apresentação do Projeto:													
A população idosa representa atualmente uma grande parcela da sociedade brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde, o aumento significativo da população de idosos, vem sendo motivo de grande preocupação, especialmente no que tange ao atendimento das necessidades básicas desse segmento etário e que implica o desenvolvimento de ações específicas relativas aos idosos, para a promoção de seu bem estar físico, psicológico e social, bem como a preservação da boa qualidade de vida, considerada o principal desafio imposto pela longevidade frente às ameaças de restrição da autonomia e independência entre idosos. O envelhecimento está associado a várias alterações estruturais e fisiológicas que tendem a ser individualizadas e podem levar o idoso a não ter uma vida independente ou autônoma, de certa forma impossibilitando-o de praticar a atividade física regular e consequentemente diminuindo sua qualidade de vida. Sendo assim, a estratégia Saúde da família (ESF), constitui-se-á como essencial para promover mudanças culturais no cuidado da população usuária, se destacando como proposta inovadora da reestruturação das ações e serviços de saúde, por ultrapassar a visão fragmentada de indivíduos, para uma compreensão integral da saúde envolvendo o família e a comunidade. Dessa forma o interesse pelo tema iniciou em virtude da pesquisadora ter um trabalho em conjunto com a equipe de saúde da família e por ter um contato direto com a comunidade. Desse modo observa-se que ao longo dos anos de convivência													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;">Endereço: Rua Vicente Orthiges Fernandes, 0123</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%;">CEP: 64.075-605</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Bairro do Juazeiro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: PI</td> <td>Município: TERESINA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (98) 2106-0700</td> <td>Fax: (98) 2106-0740</td> <td>E-mail: cec@univatesp.edu.br</td> </tr> </table>		Endereço: Rua Vicente Orthiges Fernandes, 0123		CEP: 64.075-605	Bairro: Bairro do Juazeiro			UF: PI	Município: TERESINA		Telefone: (98) 2106-0700	Fax: (98) 2106-0740	E-mail: cec@univatesp.edu.br
Endereço: Rua Vicente Orthiges Fernandes, 0123		CEP: 64.075-605											
Bairro: Bairro do Juazeiro													
UF: PI	Município: TERESINA												
Telefone: (98) 2106-0700	Fax: (98) 2106-0740	E-mail: cec@univatesp.edu.br											
Francisca Tereza Coelho Mota Coordenadora do CEP Univatesp													
Página 01 de 03													

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Projeto 449.1/04

os idosos no passado tinham uma vida menos dinâmica, sem convívio social articulado. A partir do conhecimento desses dados, passar-se-á a questionar sobre o perfil demográfico dos idosos na realidade Teresinense. Critérios de Inclusão: Serão inseridos todos os idosos com idade a partir de 60 anos que se dispuser a autorizar a busca das suas informações pessoais nos prontuários. Critérios de Exclusão: Todos os demais participantes que não se encaixam nos critérios de inclusão e que não fizeram parte da pesquisa ou que não concordaram em participar da mesma.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: analisar o perfil demográfico dos idosos atendidos pela estratégia saúde da família.

Objetivos secundários: Verificar os benefícios do atendimento da ESF para os idosos; Identificar aspectos sociais e hábitos de vida desta população; Conhecer o perfil demográfico dos idosos atendidos na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ressalta-se que a presente pesquisa apresenta riscos mínimos, pois será preservada a identidade dos participantes pesquisados de acordo com os preceitos éticos para a pesquisa com seres humanos definidos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. As informações coletadas terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável, pois não haverá identificação na exposição das informações pessoais coletadas, sendo assegurada a privacidade e o anonimato de todos os participantes do estudo. Os dados serão divulgados apenas para fins de pesquisa científica. Os benefícios decorrentes da participação na pesquisa estão na caracterização do perfil sociodemográfico dos idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. Além disso, o estudo trará maior conhecimento sobre o tema abordado que permitirão o planejamento de ações na promoção de saúde e qualidade de vida da população idosa estudada, do município do Alto Longá-PI.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo atual e relevante por se tratar de um contingente populacional que vem aumentando a cada dia e apresenta um perfil modificado, diferente do passado, a qual necessita e requer ações de promoção e prevenção que venham melhorar mais ainda a sua qualidade de vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto de pesquisa apresenta documentação completa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Rua Manoel O. Lopes Fernandes, 5123
Bairro: Bairro do Lugoal CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (85)2106 6726 Fax: (85)2106-2743 E-mail: esnf@uninovafpi.edu.br

Francisco Jerezi Louche Malta
Coordenador do
CEP UNINOVAFPI

Impressão em 08

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer nº 1-4

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o protocolo de pesquisa atende as diretrizes recomendadas pela Resolução 466/12 do CNS e tem o parecer de aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais e critério do CEP:

O Colegiado considerou que o protocolo de pesquisa encontra-se aprovado porque atende as diretrizes recomendadas pela Resolução 466/12 do CNS.

TERESINHA, 09 de Maio de 2013

Coordenadora do
CEP UNIVERSIDADE

Assinador por:

FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Manoel Dantas Fernandes, 8123

Bairro: Bairro da Uniquia

CEP: 64.073-535

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (88)2103-5136

Fax: (88)2103-6740

E-mail: cap@uninovaop.edu.br