

# Programa de Atenção Particularizada ao Idoso em Unidades Básicas de Saúde

## Health Program for Elders at Primary Health Care Centers

### **Aleksandro Belo Ferreira**

Aluno do 6º ano da graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

E-mail: [beloferreira@yahoo.com.br](mailto:beloferreira@yahoo.com.br)

### **Carlos André Minanni**

Aluno do 6º ano da graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

E-mail: [carlosminanni@yahoo.com.br](mailto:carlosminanni@yahoo.com.br)

### **Camila Bianca Lecciolle Paganini**

Aluna do 6º ano da graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

E-mail: [capaganini@gmail.com](mailto:capaganini@gmail.com)

### **Thiago Souza La Falce**

Aluno do 6º ano da graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

E-mail: [thiagolafalce@yahoo.com.br](mailto:thiagolafalce@yahoo.com.br)

### **Alexandre Bossi Todeschini**

Aluno do 6º ano da graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

E-mail: [abt16@uol.com.br](mailto:abt16@uol.com.br)

### **Aline Estefanes Eras**

Aluna do 6º ano da graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

E-mail: [alineeras@gmail.com](mailto:alineeras@gmail.com)

### **Giovana Chekin**

Aluna do 6º ano da graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

E-mail: [gichekin@yahoo.com.br](mailto:gichekin@yahoo.com.br)

### **Bruno Ribeiro Motta**

Aluno do 6º ano da graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

E-mail: [brunomotoca@yahoo.com.br](mailto:brunomotoca@yahoo.com.br)

### **Nivaldo Carneiro Junior**

Doutor em Medicina Preventiva. Diretor do Centro de Saúde Escola Barra Funda "Dr. Alexandre Vranjac", da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Endereço: Rua Dr. Cesário Motta Jr., 61, Santa Cecília, CEP 01221-020, São Paulo-SP, Brasil.

E-mail: [nicarneirojr@uol.com.br](mailto:nicarneirojr@uol.com.br)

## Resumo

**Introdução:** Envelhecer é um processo de mudanças irreversíveis na estrutura e no funcionamento de um organismo, que ocorre como resultado da passagem do tempo. Segundo a OMS, programas voltados à saúde dos idosos devem promover, estimular e potencializar situações que os levem a organizar sua rotina de acordo com o próprio planejamento e metas pessoais. No Brasil, a população de idosos aumenta significativamente; estima-se que representará 12,5% em 2020. Nesse contexto, justifica-se a criação de programas de saúde particularizados a esse grupo populacional. **Objetivo:** Elaborar programa de saúde para o idoso aplicável em Unidades Básicas de Saúde. **Metodologia:** O projeto foi aplicado no Centro de Saúde Escola Barra Funda "Dr. Alexandre Vranjac". Com revisão bibliográfica, conhecimento da população local e das demandas regionais quanto a novas atividades e mapeamento das atividades existentes no território, formulou-se uma apostila direcionada aos profissionais da saúde visando elucidar dúvidas e orientar o manejo do paciente idoso. **Resultados:** A Unidade é referência na organização dos projetos existentes em sua área de abrangência; muitos, atualmente, com potencial subutilizado. Foram encontrados diversos centros que oferecem atividades aos idosos, no entanto há necessidade de aprimorar a divulgação desses projetos através de meios que atinjam efetivamente essa população. Elaborou-se apostila composta de revisão bibliográfica, fluxograma de atendimento médico, roteiro para personalizar o atendimento do idoso, banco de dados com os principais projetos da região e calendário com as atividades existentes permitindo centralizar informações e torná-las acessíveis, para que atividades específicas a cada paciente possam ser indicadas de maneira objetiva.

**Palavras-chave:** Geriatria; Atenção primária à saúde; Saúde pública.

## Abstract

**Introduction:** Ageing is a process of irreversible changes, both physical and physiological. According to WHO, health programs directed to the elders must promote and encourage them to have a routine based on their goals. The number of senior citizens in Brazil is on the rise, and studies show that in 2020 they will represent about 12.5% of the country's population; therefore, health policies must meet the needs of this age group. **Objectives:** To create a health program for elders that can be applied at primary health care centers. **Methodology:** The project was initially applied at "Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac". Using both bibliographic and field research, we were able to create a profile of elders in the area and, thus, understand the needs of this age group, which enabled us to map the different activities directed to senior citizens that are available in the area and suggest new activities that appeal to this public. **Results:** Several centers offer activities to senior citizens; however, few citizens attend them, which shows that more effective ways to advertise them must be used to attract more elders. After analyzing the data, a guidebook was created to help professionals when dealing with elders. In it, there is a bibliographic review about the ageing process, a flowchart with the ideal management of elder patients, a summary of activities available in the area and a schedule with such activities. This guidebook aims to help the professionals offer their patients a better orientation.

**Keywords:** Geriatrics; Primary Health Care; Public Health.

## Introdução

O envelhecimento pode ser entendido como um processo de mudanças graduais irreversíveis na estrutura e no funcionamento de um organismo, que ocorre como resultado da passagem do tempo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), classificam-se como idosos os indivíduos com 65 anos ou mais, para os países centrais, e a partir dos 60 anos, para os países periféricos (ONU, 1982). A legislação brasileira define como idoso a pessoa maior de 60 anos (Brasil, 1994).

Rosenberg (1992) define a velhice como sendo a época em que as tarefas básicas em relação ao desempenho profissional e à família foram, pelo menos em parte, cumpridas e o indivíduo pode se sentir livre para realizar seus desejos.

É importante observar que envelhecimento e velhice são entendidos de maneiras diferentes. Linton (1981) discorre sobre a variação do *status* atribuído aos velhos em diversos tipos de sociedade. "Em alguns casos, os velhos são dispensados de todo trabalho pesado, e podem acomodar-se confortavelmente à custa dos filhos. Em outros casos fazem a maioria das tarefas árduas e monótonas que não requerem grande força física. [...] Em certos lugares os velhos são tratados com consideração e respeito e noutros como trambolhos inúteis, eliminados logo que se tornem incapazes de executar trabalho pesado."

Nesse contexto, deve-se perceber que a velhice, tal como a noção de humanidade, é uma construção histórico-cultural (Pamplona, 2005). Beauvoir (1990) entende a velhice como uma totalidade bio-sócio-cultural. Trata-se de um fenômeno biológico, resultado e prolongamento de um processo que é influenciado diretamente por interpretações culturais.

O conceito de velhice é bastante recente. Para Goldfarb (2005), o evolucionismo darwinista do século XIX foi responsável pela separação da vida humana em faixas etárias e tornou o conceito de degeneração fundamental dentro do processo biológico, o que fez o envelhecimento ser associado à decrepitude e decadência.

Ao se referirem às vivências frente ao processo de envelhecimento, idosos frequentemente fazem associações de natureza predominantemente negativas. Destacam-se insuficiência, incapacidade, limite, perda, vulnerabilidade, dependência, solidão, medo de abandono e subordinação (Lima, 1996).

No Brasil, a população de pessoas com mais de 60 anos de idade passou de 6% (7.428.132 habitantes) em 1980 para 9% (16.427.962) em 2008. A estimativa é que ela represente 12,5% (26.333.394) em 2020 (IBGE, 2000). No município de São Paulo, as pessoas com 60 anos ou mais representam 11% da população geral, o que equivale a 1,2 milhões de pessoas (Fundação Seade, 2006). Nas regiões da Barra Funda, Bom Retiro e Santa Cecília, áreas de atuação do Centro de Saúde Escola Barra Funda, essa relação é de 14,3%, com o total de 3371 representantes dessa faixa etária. O índice de idosos no Brasil (razão entre a população com mais de 65 anos e a população com menos de 15 anos de idade) passou de 6,5% e 1980 para 32% em 2008, e estimativas apontam para 53% em 2020 (IBGE, 2004).

O envelhecimento populacional tornou-se um grande desafio, inclusive no Brasil, que atingirá, nos próximos 30 anos, o sexto lugar mundial em termos de população acima de 60 anos (Kalache e col., 1987; Ferreira, 2005).

Assim, a longevidade é, sem dúvida, não somente uma conquista coletiva, mas também um risco e uma preocupação social, uma vez que exige um novo posicionamento diante desse processo, principalmente por ser um processo intrinsecamente relacionado à modificação da incidência e prevalência de doenças na população (Chaimowicz, 1997; Silveira, 2005).

Para tanto, é indispensável uma rede básica treinada e equipada, oferecendo atividades preventivas de reabilitação e promoção de saúde (Cipriano, 2005). A demanda social para que o setor público se responsabilize pela prestação de cuidados sociais e de saúde, com políticas públicas específicas que busquem promover autonomia, autocuidado, integração social e melhoria da qualidade de vida além de evitar a institucionalização, ainda bastante comum entre esses idosos (Andrade e Carneiro Junior, 2005). Designar o bem-estar da velhice exclusivamente ao núcleo familiar é adiar reflexão e propostas para uma experiência de envelhecimento bem-sucedida (Debert, 2005).

Nessa população é comum observar manifestações atípicas de doenças comuns. Por serem tão frequentes, algumas condições foram denominadas “gigantes da geriatria”: virtualmente qualquer agravo à saúde do idoso pode se manifestar – ou determinar –, como o surgimento de instabilidade postural e quedas, incontinências, demência, *delirium*, imobilidade e depressão (Horan, 1993).

Por outro lado, a frequência com que esses diagnósticos deixam de ser firmados deu origem a outro termo, o “fenômeno do *iceberg*”, que alerta para a grande proporção de condições clínicas ocultas ou “submersas”.

A diminuição da capacidade para realização de atividades da vida diária aumenta o risco de um idoso se tornar dependente da rede de saúde, sendo mais dependentes aqueles que apresentam maior comprometimento da capacidade funcional (Lima, 2005). A detecção de condições de doença, bem como tratamento adequado devem se somar a medidas preventivas, sendo estas orientadas por referenciais epidemiológicos.

Atualmente discute-se, em países industrializados, a denominada “compressão da morbidade” e refere-se à possibilidade de adiar o surgimento de doenças e sequelas, mantendo fixa a expectativa de vida e reduzindo, assim, o intervalo de tempo vivido entre o início das doenças ou incapacidades e a morte.

Trata-se de um desafio oferecer ações diversificadas capazes de atender tanto ao idoso saudável como ao dependente, além daqueles que se encontram em fase terminal de doença. Apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) representar uma política social das mais inclusivas, no Brasil há lacunas na organização de serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade assistencial, tanto no que se refere à quantidade como à qualidade das ações oferecidas para atender às diversas necessidades de saúde dos que envelhecem (Lima, 2005).

A qualidade de vida na velhice deve ser compreendida numa perspectiva que transcenda a renda e a saúde e atinja uma dimensão subjetiva, que envolva satisfação pessoal, desejos e capacidade de lidar com insegurança, solidão, medo, vontade e dificuldades que fazem parte dessa fase da vida (Silveira, 2005).

Para a implementação de medidas de promoção da saúde do idoso, deve-se conhecer o processo de envelhecimento e ter consciência de suas implicações para a vida do indivíduo e para a sociedade. Devem-se avaliar os aspectos pertinentes à qualidade de vida dos idosos, discernindo as possibilidades e limitações em seus planos individuais e sociais.

Segundo a OMS, programas de promoção de saúde aos idosos devem promover, estimular e potencializar situações que os levem a repensar em fortalecimento dos laços de solidariedade, autocuidado, alcance na utilização de suportes na família e na comunidade,

organização do tempo e rotina de acordo com seu próprio planejamento e metas pessoais (OMS, 1980). A promoção de saúde e a profilaxia primária e secundária de doenças são medidas que apresentam bom custo-benefício para que se alcance a compressão da morbidade (Omenn, 1992). Dentre as intervenções destaca-se o papel do exercício físico. Diversas revisões e estudos atribuem à prática regular de atividade física - mesmo se iniciada após os 65 anos - maior longevidade, redução das taxas gerais de mortalidade, melhora da capacidade fisiológica, redução do número de medicamentos prescritos, prevenção do declínio cognitivo, manutenção de *status* funcional mais elevado, redução da frequência de quedas e incidência de fraturas e benefícios psicológicos, como melhora da autoestima (Buchner, 1992; Elward e Larson, 1992).

Além do exercício físico, outros fatores influenciam de modo definitivo o perfil de morbidade de uma população de idosos. A divulgação dessas práticas deve alcançar toda a sociedade como forma de estimular o autocuidado. O controle da hipertensão arterial, a detecção e suporte à surdez, o *screening* de neoplasias de mama, cervical, colorretal e de próstata em pacientes idosos (Oddone e col., 1992), bem como as práticas de imunização contra o pneumococo e Influenza (Center for Disease Control, 1984) devem ser estimulados. Mostram-se fundamentais, ainda, orientações a respeito de higiene e dieta, de prevenção primária e secundária de quedas, além de detecção precoce de demências e depressão. Trata-se de aspectos básicos da abordagem adequada aos idosos, buscando condições frequentes em idosos que são pouco identificadas pelos médicos (Kramer e Reifler, 1992).

Lima (2005) determina como prioridades para um adequado suporte à população idosa os seguintes itens (Lima, 2005): 1. Implementação de políticas públicas ampliadas para promover o envelhecimento populacional saudável; 2. Extensão da cobertura assistencial do setor público de saúde para atender os idosos em situação de dependência; 3. Desenvolvimento de políticas públicas para amparar as famílias e os cuidadores dos idosos socialmente vulneráveis; 4. Desenvolvimento de políticas públicas e programas de saúde para amparar o óbito em domicílio.

O engajamento dos idosos em projetos dessa natureza, além de promover atividade física e estimular hábitos saudáveis, contribui para a elevação da

autoestima e pode servir para aproveitar o potencial criativo dos idosos (Ferreira, 2005). As pessoas que participam de grupos têm a possibilidade de quebrar os estereótipos de maneira mais fácil do que os demais indivíduos. Essas pessoas já precisaram romper outros estereótipos para se engajarem em trabalhos grupais e são revitalizadas por essa convivência. Conseguem mostrar aos outros o seu posicionamento como cidadãos e buscam qualidade de vida para o seu envelhecimento. Nesse sentido, a ênfase do envelhecimento é retirada do conceito de doença e estruturada sobre o conceito de saúde e, principalmente, de qualidade de vida (Santos, 2002).

A Política Nacional do Idoso, regulamentada em 1996, e, posteriormente, o Estatuto do Idoso, regulamentado em 2003, são mecanismos legais que regulam os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, e configuram uma das grandes conquistas da sociedade. A criação do Conselho Nacional do Idoso, de caráter deliberativo, órgão de controle democrático em que o governo e a sociedade, juntos, lutam pelo bem comum, é mais uma conquista para esse segmento populacional (Cipriano, 2005). No entanto, a política social, em verdade, não garante automaticamente o usufruto do direito social, mas o seu reconhecimento formal (Goldman, 2005). Deve-se avaliar se essas políticas se articulam entre si para oferecer uma assistência integral e integrada e se atendem às diferentes necessidades de saúde (Lima, 2005).

Faz-se necessário rever os estereótipos construídos sobre a velhice e promover a implementação de políticas sociais e programas voltados para esse segmento da população. Na verdade, o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos 80 anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho certamente será considerada uma pessoa saudável (Ramos, 2003).

A capacidade funcional é um novo paradigma de saúde particularmente relevante para o idoso. O envelhecimento saudável é resultado de uma interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (Kane e Kane, 1981; Fillenbaum, 1984). Buscam-se esforços para o de-

envolvimento de medidas e projetos que contemplem os aspectos multidimensionais dos idosos e forneçam subsídios para o envelhecimento saudável, com base nos princípios de saúde, participação, independência, autorrealização, dignidade, com oportunidades reais para o pleno exercício de uma vida autônoma e ativa.

Atualmente podem-se verificar no município de São Paulo algumas medidas que visam suprir este déficit na saúde do idoso. O Programa de Saúde da Família, as atividades de convivência e a assistência dos centros de referência do idoso existentes no município constituem exemplos dessas iniciativas.

No Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac” (CSEBFAV), a população idosa é estimulada a participar de grupos de caminhada e de *Lian Gong*, para prática de exercício físico, relaxamento, além de estimular a convivência. Trata-se de importantes iniciativas que ainda são, no entanto, insuficientes para um verdadeiro impacto sobre a saúde da população idosa como um todo. Nesse sentido, têm-se investido esforços em medidas que se complementem e contribuam para um envelhecimento saudável.

## Objetivos

Desenvolver ações que favoreçam a organização da atenção à saúde do idoso em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

## Casuística e Métodos

Trabalho desenvolvido no Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac” (CSEBFAV) no mês de outubro de 2008, com pacientes idosos (idade igual ou acima de 60 anos), matriculados no Centro de Saúde Escola Barra Funda e/ou que participem dos projetos de promoção de saúde ao idoso oferecidos por essa instituição.

O perfil dos idosos estudados foi traçado a partir do banco de dados dos últimos 5 anos, fornecido pelo sistema ambulatorial de faturamento e estatística da própria Unidade de Saúde, através do qual foi analisada a idade média da população idosa, o número total de idosos matriculados na UBS, bem como as doenças mais frequentes nesse grupo populacional.

A confecção de uma ficha específica para o atendimento dos idosos no Centro de Saúde Escola Barra

Funda foi elaborada a partir da ficha já existente para o atendimento de adultos, associada a dados mais específicos da população idosa, apoiado a partir de levantamento bibliográfico.

## Resultados

A área de abrangência do Centro de Saúde Escola Barra Funda tem 3371 idosos, dos quais 2678 são matriculados no serviço. Esse valor corresponde a um total de 79,44% de idosos matriculados. A idade desses idosos varia de 60 a 102 anos, com média e desvio padrão iguais a 70,4 e 8,25 anos. Quanto ao sexo, 60% dessa população correspondem ao sexo feminino e 40%, ao sexo masculino.

No período estudado, verificou-se que doenças diagnosticadas nesses pacientes, codificadas pelo CID-10, são: Hipertensão arterial sistêmica, 13%; Diabetes *Mellitus* insulino dependente, 5% e Dislipidemia, 3%.

### Resultado dos questionários

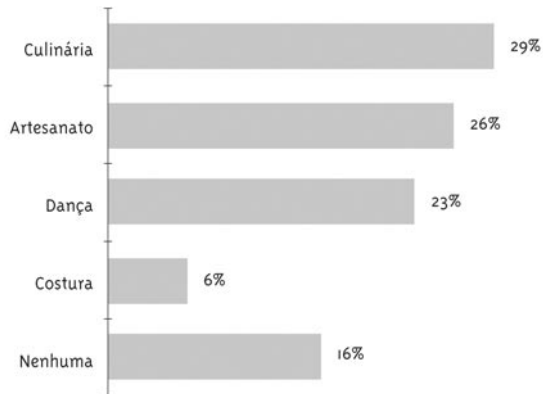
Primeiramente analisou-se o grupo que participava de algum tipo de projeto existente na região (n = 20). Nesse grupo, 100% eram mulheres. Quanto à escolaridade, 75% relataram ter o ensino primário completo e o restante referiu ter o ensino fundamental incompleto. Ao serem questionadas a respeito de como conheceram os projetos, 50% referiram ser através de amigos, 35% por meio de funcionários da Unidade Básica de Saúde, 5% por familiares e 10% não sabiam referir. Não houve nenhuma citação em relação a cartazes ou panfletos.

A maioria (85%) refere demorar menos de 30 minutos para chegar ao Centro de Saúde, 95% vêm a pé, enquanto 5% fazem uso de ônibus.

Em relação às novas atividades propostas, cada pessoa podia escolher mais de uma opção, assim considerou-se o total de citações para calcular-se a porcentagem. O total de citações foi igual a 31. A demanda da população encontra-se na figura 1.

A seguir foi analisado o grupo que não participava de nenhum projeto proposto. Dentre as 20 pessoas entrevistadas, 7 são homens (35%) e 13 são mulheres (65%), com médias de idade de 73 e 69 anos, respectivamente. Com relação à escolaridade, apenas 10% têm ensino médio completo; 30%, ensino fundamental completo; 40%, ensino fundamental incompleto, e 20% são analfabetos.

**Figura 1 - Demanda (%) da população que participa de projetos em relação às novas atividades propostas**



A predileção por determinados afazeres durante os períodos de lazer está demonstrada na figura 2.

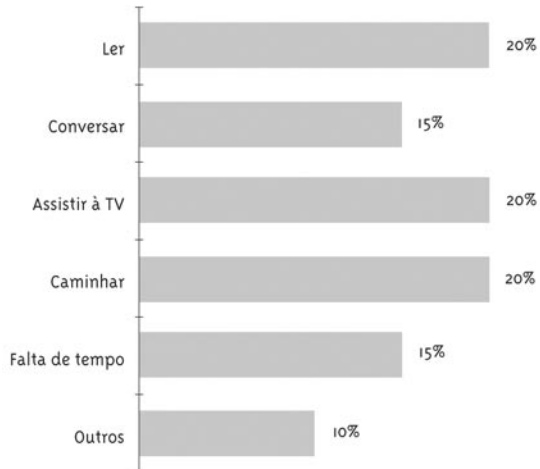
Aproximadamente 65% afirmaram não conhecer os projetos proporcionados pela Unidade de Saúde, como *Lian Gong* e caminhadas. Cerca de 35% dos entrevistados afirmaram praticar atividades físicas por conta própria, como caminhada e ginástica. As pessoas que não praticam nenhum tipo de atividade foram questionadas sobre os motivos para tal fato ocorrer, especificados na figura 3.

A distância entre a residência e a UBS foi abordada, revelando que 55% dos idosos residem a menos de 30 minutos da Unidade, no entanto, apenas 40% deles manifestaram desejo em participar do *Lian Gong* e/ou da caminhada. Expressivos 70% não têm interesse em participar das atividades existentes.

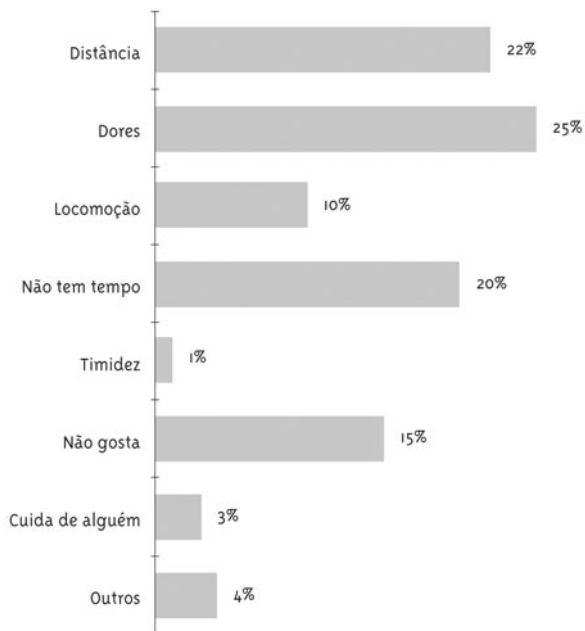
Quando questionados sobre a eventual participação em outros projetos diferentes, 50% mostraram-se receptivos a novas atividades, como hidroginástica, oficina de culinária ou aula de dança. Em relação à possível aderência às atividades propostas, o resultado está expresso na figura 4.

Considerou-se a amostra estudada como sendo representativa de toda a comunidade que frequenta o Centro de Saúde Escola, uma vez que foram entrevistadas pessoas participantes de atividades, bem como pessoas não participantes escolhidas aleatoriamente e entrevistadas por telefone.

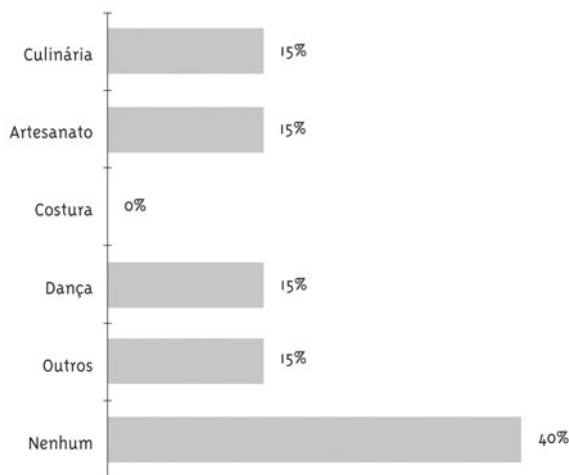
**Figura 2 - Proporção (%) de idosos segundo atividades que praticam no momento de lazer**



**Figura 3 - Proporção (%) de idosos segundo motivos para a não realização de atividades físicas**



**Figura 4 - Demanda da população (%) que não participa de projetos em relação às novas propostas**



### **Confecção de Apostila**

Formulou-se uma apostila direcionada aos profissionais da área de saúde e à população com interesse no assunto visando elucidar dúvidas e orientar no manejo do paciente idoso. A apostila apresenta uma revisão bibliográfica sobre o processo de envelhecimento, sobre o perfil dos idosos no Brasil e na área do Centro de Saúde Escola Barra Funda, além de uma relação de dados contendo os principais projetos existentes na região, permitindo centralizar as informações e torná-las mais acessíveis, a fim de que as atividades específicas a cada paciente possam ser indicadas de maneira objetiva.

Além da revisão bibliográfica, a apostila é composta de um fluxograma que visa padronizar o atendimento do idoso desde o momento em que chega à UBS, um roteiro complementar para auxiliar no atendimento (anexo 1) e uma planilha com os dias e horários das atividades desenvolvidas na região e associadas à Unidade de Saúde.

Cada atividade está descrita em uma página contendo o nome do projeto, o endereço onde ocorre, datas e horários nos quais funcionam, telefones para contato e nome da pessoa responsável pela atividade, além de uma breve explicação sobre os objetivos ao realizá-la.

## **Discussão**

O conceito de envelhecimento é amplo e está intimamente ligado a um contexto histórico-cultural. Devemos fazer com que, em nossa sociedade, o envelhecer seja entendido como uma parte natural do ciclo da vida, em que atitudes antienvelhecimento sejam desencorajadas, que os idosos tenham o direito de viver com dignidade, livres de abusos e exploração, e seja dada a eles a oportunidade de participar plenamente das atividades da vida social (Berzins, 2005).

A população idosa corresponde a uma parcela cada vez mais significativa da população de São Paulo, cidade em que bairros como Barra Funda, Bom Retiro e Santa Cecília, áreas de atuação do CSEBFAV, caracterizam-se por apresentar em sua composição importante contingente de pessoas com idade superior a 60 anos.

A ênfase no ensino e na prática de medidas preventivas, do autocuidado, do suporte social ao idoso e ao cuidador, de incentivos e fiscalização de instituições asilares, de valorização do trabalho e benefícios sociais do idoso dependem em grande parte da iniciativa do Estado. Cabe à sociedade ampliar o debate sobre a transição demográfica e suas consequências para o sistema de saúde, avaliando alternativas que possibilitem minimizar seu impacto sobre a qualidade de vida da população, e cobrando do Estado o cumprimento de seu papel na implementação de políticas públicas direcionadas à manutenção da saúde da população idosa (Ramos, 2003).

A totalidade dessas intervenções pode, e deve, ser realizada nas proximidades do domicílio do idoso, desde que a rede básica de saúde seja adequadamente estruturada e treinada (Ramos e col., 1987; Rassi, 1994). Ações preventivas, realizadas nas unidades de saúde, são imprescindíveis para manter ou resgatar a autonomia de idosos e poderão ter grande impacto na saúde dessa população (Ramos e col., 1993). As disparidades entre as condições socioeconômicas e de saúde dos idosos indicam que, para o adequado planejamento das ações, é fundamental identificar as demandas específicas de idosos residentes em regiões diversas e pertencentes a diferentes classes sociais (Veras, 1994).

Cabe a cada Unidade Básica de Saúde adaptar seu atendimento à população pela qual é responsável. Portanto, as UBS instaladas em regiões com grande população idosa tornam-se referência no atendimento a essa população.

Para que um programa voltado aos idosos possa corresponder às necessidades dessa população faz-se necessário conhecer suas particularidades, evidenciando principalmente as razões que dificultam ou impedem que esse paciente não realize as atividades que poderiam beneficiá-lo; a partir desses dados devem ser propostas medidas voltadas a questões específicas dessa população, com suas características socioeconômicas e culturais.

A aplicação dos questionários revelou que muitos dos idosos entrevistados, que não praticam as atividades proporcionadas pela UBS, não demonstram interesse real na prática de exercícios físicos ou intelectuais, e referem que as atividades que mais lhes dão prazer são: ler, conversar e assistir à televisão. Tal fato mostra que mesmo com campanhas de incentivo a práticas esportivas, sociais ou culturais como atividades de prevenção primária à doença essas pessoas continuam não sendo atingidas por tais ações, seja por fatores culturais, sociais ou econômicos, o que mostra a necessidade de um projeto de atenção primária à saúde mais enfático e que corresponda ao grau de entendimento das diversas camadas sociais e culturais existentes no país. A maioria dos entrevistados conhece seus agravos de saúde, e um trabalho cuidadoso por parte do profissional de saúde, visando promover melhora da autoestima, poderia ser útil para a conscientização da importância de tais atividades e levaria a um maior interesse pela saúde física e mental.

As entrevistas permitiram concluir ainda que a maioria desses pacientes que não participam dos projetos propostos pelo CSEBFAV desconhece as atividades existentes em sua região. Pacientes que estão realizando alguma atividade remunerada têm menor aderência e conhecimento dos projetos. A população masculina apresenta-se menos participativa nos projetos estudados. Uma política de atenção e divulgação daria poder e conhecimento a essas pessoas para que assim decidissem sobre a prática de atividade física

ou não. Os motivos que restringem os entrevistados são muitos, são complexos e compreensíveis. Cabe aos profissionais de saúde dar atenção, afastar obstáculos, assistir, responsabilizar e promover saúde.

Ao entrevistar a população que frequenta as atividades da região, verifica-se que tomaram conhecimento destas através, principalmente, de amigos, familiares ou profissionais do CSEBFAV, evidenciando que o meio mais eficiente para promover a divulgação de projetos não é através de mídia impressa ou radiotelevisiva. Dessa forma mostram-se mais eficazes projetos que priorizam a capacitação do profissional de saúde e dos membros da comunidade, tornando-os multiplicadores da informação.

Verificou-se que a região da área de abrangência do Centro de Saúde Escola Barra Funda apresenta diversos projetos voltados à população idosa, necessitando de uma divulgação mais efetiva.

Propõe-se um Roteiro (anexo 1) que orienta as etapas do atendimento desde a chegada à UBS até o encaminhamento para especialistas, se necessário, além de uma ficha de atendimento específica visando à prevenção e ao diagnóstico precoce das afecções mais frequentes nessa população. Cada profissional de saúde deverá ter material de apoio quanto às condutas e orientações para o atendimento ao idoso, além de descrição detalhada dos projetos de referência (local, horário, telefone de contato e responsável pelo respectivo projeto). Toda a informação necessária estará contida em uma apostila, confeccionada para esse fim.

Este trabalho propõe um programa de saúde do idoso de forma particularizada para a população atendida pelo Centro de Saúde Escola Barra Funda, podendo ser aplicado em outras Unidades Básicas de Saúde.

A existência de uma população que envelhece rapidamente exige medidas urgentes e bem estruturadas para que se promova a saúde e a qualidade de vida também nesse período da vida. Porém, como assinala Litvak (1990), “o envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e na interação de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a vida. As metas (para se alcançar uma velhice saudável, e comprimir a morbidade) são promover a saúde e o bem-estar durante toda a vida do indivíduo”.



## Considerações Finais

O presente trabalho, com objetivo de desenvolver ações relacionadas à atenção à saúde da população idosa em Unidade Básica de Saúde, possibilitou-nos chegar às seguintes considerações:

1. Diversos projetos oferecem variadas atividades para a população idosa, porém há necessidade de aprimorar a divulgação e a articulação desses projetos através de meios que atinjam efetivamente a população visada.
2. Necessidade de organizar na Unidade de Saúde atendimento particularizado ao paciente idoso, através de um fluxograma que oriente o manejo do paciente permitindo uma atenção integral, além de uma ficha específica que visa à prevenção e ao diagnóstico precoce das afecções mais frequentes nessa faixa etária.
3. Elaborar ações visando a atenção à saúde do idoso requer que a UBS organize-se de forma a realizar: mapeamento das atividades existentes na região, elaboração do perfil da população atendida, treinamento dos profissionais da unidade, integração entre os responsáveis por cada projeto ao idoso da região e divulgação dessas atividades na comunidade.

## Referências

- ANDRADE, M. C. R.; CARNEIRO JUNIOR, N. Conspiração silenciosa: o visível e o invisível da realidade dos idosos dependentes, na região central da cidade de São Paulo. *ReVés do Aveloso*, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 61-4, out. 2005.
- BERZINS, M. A. V. S. Direito a ter direitos. *ReVés do Aveloso*, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 79-83, out. 2005.
- BRASIL. Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8842.htm>>. Acesso em: 25 out. 2008.
- BUCHNER, D. M.; WAGNER, E. H. Preventing frail health. *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia, v. 8, n. 1, p. 1-17, Feb. 1992.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Adult immunization: recommendations of the immunization practices advisory committee (ACIP). *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*. Atlanta, v. 33, suppl. 1, p. 1s-68s, Sep. 1984.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

CIPRIANO, P. Medidas urgentes. *ReVés do Aveloso*, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 96-7, out. 2005.

DEBERT, G. G. O curso da vida: os gerontólogos e a família. *ReVés do Aveloso*, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 32-6, out. 2005.

ELWARD, K.; LARSON, E. B. Benefits of exercise for older adults: a review of existing evidence and current recommendations for the general population. *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia, v. 8, n. 1, p. 35-50, Feb. 1992.

FERREIRA, M. F. J. A. Um fenômeno complexo: envelhecimento e relacionamento intergeracional. *ReVés do Aveloso*, São Paulo, v. 14, n. 10, p.69-73, out. 2005.

FILLENBAUM, G. G. The well-being of the elderly: approaches to multidimensional assessment. Geneva: World Health Organization, 1984.

FUNDAÇÃO SEADE. Pesquisa de condições de vida, 2006. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/pcv/pdfs/demografia.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2008.

GOLDFARB, D. C. Situação de fragilidade: mal-estar, desamparo e envelhecimento. *ReVés do Aveloso*, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 19-23, out. 2005.

GOLDMAN, S.N. Como enfrentar o desafio? Políticas sociais, velhice e cidadania: desafios para toda a sociedade. *ReVés do Aveloso*, São Paulo, v. 14, n. 10, p.103-108, out. 2005.

HORAN, M. A. Presentation of disease in old age. In: BROCKLEHURST, J. C.; TALLIS, R. C.; FILLIT, H. M. *Textbook of geriatric medicine and gerontology*. 4. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1993. p. 145-9.

- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico de 2000*. Rio de Janeiro, [2000].
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das unidades da federação: 1980-2020*. 2004. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/metodologia.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2008.
- KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, jun. 1987.
- KANE, R. A.; KANE, R. L. *Assessing the elderly: a practical guide to measurement*. Lexington: Lexington Books, 1981.
- KRAMER, S. I.; REIFLER, B. V. Depression, dementia, and reversible dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia, v. 8, n. 2, p. 289-97, May 1992.
- LIMA, A. M. M.; NEMES FILHO, A.; RODRIGUES, E.; TEIXEIRA, R. R. Saúde no envelhecimento. In: SCHAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs) *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 109-32. (Saúde em Debate, 96. Série Didática, 3).
- LIMA, A. M. M. Saúde no envelhecimento: uma questão de justiça social. *ReVés do Aveloso*, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 8-11, out. 2005.
- LINTON, R. *O homem: uma introdução à antropologia*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
- LITVAK, J. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, DC, v. 109, n. 1, p. 1-5, 1990.
- ODDONE, E. Z.; FEUSSNER, J. R.; COHEN, H. J. Can screening older patients for cancer save lives? *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia, v. 8, n. 1, p. 51-67, Feb. 1992.
- OMENN, G. S. Health promotion and disease prevention. Preface. *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia, v. 8, p. xiii-v, 1992.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe de la conferencia preparatoria de la OMS para a asamblea mundial de las naciones unidas sobre el envejecimiento*. México, 1980.
- ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Assembleia mundial sobre el envejecimiento*. Viena, 1982.
- PAMPLONA, R. C. Percepção social da velhice: Cada sociedade racionaliza, ao seu modo, a fase da velhice. *ReVés do Aveloso*, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 98-102, out. 2005.
- RAMOS, R. L.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. O envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-24, jun. 1987.
- RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, abr. 1993.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-7, jun. 2003.
- RASSI, E. P. M. Indicadores de saúde em idosos: o papel da unidade básica de saúde. *Gerontologia*, v. 2, n. 2, p. 75-81, 1994.
- ROSENBERG, R. Envelhecimento e morte. In: KÓVACS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. p. 69-89.
- SANTOS, G.A. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. *Revista Virtual Textos & Contextos*, v. 1, n. 1, nov. 2002. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/937/717>>. Acesso em: 15 out. 2009.
- SILVEIRA, A. S. A conquista da longevidade: o envelhecimento da população brasileira e os desafios da conquista da longevidade. *ReVés do Aveloso*, São Paulo, v. 14, n. 10, p.109-115, out. 2005.
- VERAS, R.P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

# Anexo I

## Roteiro complementar para particularização do atendimento ao idoso

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA BARRA FUNDA - DR. ALEXANDRE VRANJAC IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO			
RECOMENDAÇÕES DE RASTREAMENTO INDIVÍDUOS MAIORES DE 50 ANOS E IDOSOS ASSINTOMÁTICOS			
RASTREAMENTO	RECOMENDAÇÃO		
Pressão arterial, peso (IMC) ou circunf. abdominal	Periódico		
Mamografia	Anual: a partir dos 50 até 69 anos A cada 2-3 anos até 75 anos		
Exame pélvico para DST	Periódico para mulheres sexualmente ativas		
Papanicolaou	Anual em mulheres sexualmente ativas A cada 3 anos se dois exames seguidos com resultados normais Cessar em >70 anos se 3 citologias normais (com 2 nos últimos 10 anos) Não realizar em mulheres > 65 anos com histerectomia total		
Colesterol	A cada 3 ou 5 anos;		
Glicemia de jejum	A cada 3 anos;		
Pesquisa sangue oculto nas fezes	Anual em > 50 anos		
USG abdominal (avaliar aneurisma de aorta)	Pelo menos uma vez em homens fumantes entre 65-75 anos		
Sigmoidoscopia/Colonoscopia	A cada 5-10 anos		
Visão	Periódico - tabela de Snellen		
Audição	Periódico, de acordo com queixa do paciente		
Demência	Periódico; Avaliar relato de familiares		
Osteoporose (DO)	Anual em mulheres > 65 anos ou > 60 alto risco		
Exame da próstata/PSA	Não recomendado; avaliar se houver queixas ou interesse do paciente Toque retal e dosagem sérica de PSA anual em homens >50 anos Iniciar > 40 anos se negro ou história familiar positiva		
Depressão	Periódico		
Alcoolismo	Periódico		
Violência	Periódico		
Incontinência urinária	Periódico		
Restrição física	Periódico		
IMUNIZAÇÃO			
Tétano-difteria	A cada 10 anos a partir de 50 anos		
Influenza	Anual em > 60 anos ou cronicamente doentes		
Pneumococo	Primeira dose aos 60 anos e reforço aos 65 anos; Apenas uma dose se primeira vacinação for após 65 anos		
PROFILAXIA			
Avaliação de risco cardiovascular e uso de aspirina preventiva (dose 100mg/dia)	Periódico		
ORIENTAÇÕES			
Ingesta de Cálcio	Periódico para mulheres		
Cessar tabagismo, drogas e abuso de álcool;	Periódico		
Prevenção de DST/AIDS;	Periódico		
Nutrição, atividade física, exposição solar	Periódico		
Saúde bucal, prevenção de acidentes, polifarmácia	Periódico		
QUESTIONÁRIOS ESPECÍFICOS			
1) Avaliação de abuso de álcool (CAGE) O consumo de álcool é considerado de risco a partir de duas respostas afirmativas 1- Aluma vez o sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 2- As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 3- O (A) Sr. (a) se sente culpado (a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber? 4- O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?			
2) Avaliação de depressão Nas últimas 2 semanas você se sentiu para baixo, deprimido ou sem esperança? Nas últimas 2 semanas você sentiu menos interesse ou menos prazer nas suas atividades?			
3) Avaliação de violência Alguém alguma vez te bateu, empurrou ou fez ameaça? Alguém já te forçou a ter relações sexuais contra sua vontade?			
REFERÊNCIAS			
1- Improving the Quality of Health Care for Older Adults: The ACOVE Project, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, RB-9320 (2008) 2- Guide to Clinical Preventive Services, 2007. AHRQ Publication No. 07-05100, September 2007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <a href="http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd07/pocketgd.htm">http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd07/pocketgd.htm</a>			
MONOGRAFIA DESENVOLVIDA PELOS ACADÊMICOS:			
Aleksandro Belo Ferreira Alexandre Bossi Todeschini	Aline Estefanes Eras Bruno Ribeiro Motta	Carlos André Minanni Camila Bianca Lecciolle Paganini	Thiago Souza La Falce Giovana Chekin

Recebido em: 05/01/2009

Reapresentado em: 21/05/2009

Aprovado em: 22/05/2009