

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

KATIA MARIA MARQUES SOUSA DE DEUS

IDOSOS HIPERTENSOS:
acesso e utilização dos serviços de saúde

São Luís
2015

KATIA MARIA MARQUES SOUSA DE DEUS

IDOSOS HIPERTENSOS:

acesso e utilização dos serviços de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Área de concentração: Saúde das populações

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Hélia de Lima Sardinha

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Zulimar Márta Ribeiro Rodrigues

São Luís

2015

Deus, Katia Maria Marques Sousa de,

Idosos hipertensos: acesso e utilização dos serviços de saúde / Katia Maria Marques Sousa. _ São Luís, 2015.

102 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Hélia de Lima Sardinha.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, 2015.

1. Saúde pública. 2. Serviços de saúde – Vila Maranhão, São Luís (MA). 3. Saúde do Idoso. 4. Hipertensão.
I. Título.

CDU 614.2:616.1(812.1)

KATIA MARIA MARQUES SOUSA DE DEUS

IDOSOS HIPERTENSOS:

acesso e utilização dos serviços de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Hélia de Lima Sardinha (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Zulimar Márta Ribeiro Rodrigues (Coorientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Silvia Cristina Viana Silva Lima
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. István Van Deursen Varga
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. José Aquino Júnior
Universidade Federal do Maranhão

Dedico à minha Avó Maria Dias, que pelo exemplo de força, coragem e fé ao longo dos seus cem anos de vida tem nos proporcionado muitas emoções.

AGRADECIMENTOS

A Deus nosso maior agradecimento por todas as dádivas e conquistas recebidas de sua mão; Mesmo sem ver, mas só sentir a sua presença me fez ter coragem e força; a Ele seja dada toda honra e toda glória. Porque podemos tudo Nele que nos fortalece.

Aos meus pais que tanto amo e que por força da idade agora também meus filhos, Enoque e Joana, cuidadores, incansáveis, preocupados e dedicados; nunca medindo esforços para me ajudar, me permitiram o alcance de mais este degrau. Tudo o que sou devo a vocês.

Ao meu esposo Ribamar, presente de Deus, pela paciência, compreensão, disponibilidade, bom humor, esforço companheiro em todas as horas e por acreditar em mim. Essa conquista também é sua.

À minha irmã Marilene e ao meu cunhado Fábio pela presença alegre e por isso sempre motivadora.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Ana Hélia de Lima Sardinha pela preocupação demonstrada e apoio oferecido nos momentos difíceis, mas não menos gratificantes.

À minha coorientadora Prof.^a Dr.^a Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues pelo interesse, apoio e disponibilidade, mesmo em meio a tantas ocupações.

À professora Sílvia Viana, pela simpatia e orientação segura e definidora neste trabalho.

Ao professor István Varga pelo incentivo e esclarecimentos precisos;

Ao professor Aquino pela, simpatia e prestimosidade sempre presentes;

Aos meus colegas do Mestrado Saúde e Ambiente, pela alegria, jovialidade e orientações, aprendi muito com vocês.

À colega Marly de forma especial, pelo companheirismo e de forma admirável, sempre disposta a deixar seus afazeres para me ajudar.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação Saúde e Ambiente e aos estagiários Cleonice, André e Carol companheiros de todos os dias.

À Bibliotecária Tatiana Cotrim pela simpatia e presteza na Biblioteca Setorial do Mestrado em Saúde e Ambiente.

Aos colegas do Hospital Universitário, pela compreensão e ajuda, aliviando sempre que possível o peso das responsabilidades.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do Centro de Saúde Yves Parga, D. Francisca, Eline, Junior, Luiza, Emília, Keila e Rosa e às Enfermeiras Carla e Celle que nos receberam de forma simpática e amiga e se prontificaram a nos ajudar, não medindo esforços para nos atender.

E de forma muito especial aos idosos que participaram desta pesquisa, pessoas magníficas, verdadeiros compêndios do tempo.

“A idade não é decisiva; o que é decisivo é a inflexibilidade em ver as realidades da vida e a capacidade de enfrentar essas realidades e corresponder a elas interiormente.”

Max Weber

RESUMO

O envelhecimento da população, vem acompanhado de metas, responsabilidades e desafios diferentes a serem alcançados pelas autoridades mundiais. O seguimento populacional idoso é caracterizado por grande vulnerabilidade, e por isso a demanda aos serviços de saúde cresce sensivelmente. Apresentam altos índices de doenças crônicas e incapacitantes; entre elas destacamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por se constituir um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e maior fator de risco para doenças cardiovasculares. O acesso aos serviços de saúde torna-se de fundamental importância para garantia de prevenção, reabilitação e cura, especialmente na zona rural, que apresenta menor oferta de serviços de saúde. Esta pesquisa teve como objetivo estudar o acesso e a utilização dos serviços de saúde por idosos hipertensos cadastrados na ESF da UBS de Vila Maranhão. O estudo se caracteriza como descritivo, exploratório de abordagem quantitativa. Foi realizado na Vila Maranhão, zona rural de São Luís junto aos idosos cadastrados na ESF do Centro de Saúde Yves Parga, UBS do local. Contou-se com uma representação amostral de 164 idosos cadastrados. Para coleta de dados utilizou-se um formulário com 29 questões semiestruturadas. Os dados coletados foram organizados e analisados no programa Microsoft Excel® 2013 e analisados no software BioEstat - Versão 5.3. Os resultados demonstram na investigação socioeconômica e demográfica que a maioria dos idosos hipertensos tem entre 70 e 74 anos, são do sexo feminino, de cor parda, com ensino fundamental, casados, católicos, morando com filhos e netos, possuem casa própria e de alvenaria e são aposentados; apresentam renda familiar de dois salários mínimos, sem plano de saúde e apresentam comorbidades associadas. Nos hábitos de vida verifica-se que não fumam, não ingerem bebida alcoólica e não praticam atividade física. Na investigação do acesso e utilização dos serviços de saúde os resultados mostram que recebem visita 1 vez/mês da ESF na pessoa do ACS e bem poucos vacinam e consultam no domicílio; procuram a UBS para consulta médica, receber medicamento, vacinação e aferição espontânea de PA. Utilizam ônibus para o transporte e levam cerca de 20 minutos para chegar à Unidade, se dizem satisfeitos com o atendimento apesar de citarem dificuldades como: absenteísmo médico, demora e desorganização no atendimento, alta demanda, falta de medicamento. Procuram outras US para atendimento. A avaliação da oferta e da utilização dos serviços de saúde por idosos permite medir a efetividade das políticas de saúde e verificar a necessidade de uma reformulação do cuidado e reorganização dos serviços de modo que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequados. Na Vila Maranhão, estratégias precisam ser criadas e esforços realizados para a implementação de ações e racionalização de recursos, a fim de minimizar as dificuldades que impedem de atender de forma integral e equânime o seguimento idoso.

Palavras-chave: Idosos. Serviços de saúde. Estratégia saúde da família. Saúde pública.

ABSTRACT

The aging of the population, comes with goals, different responsibilities and challenges to be met by global authorities. Elderly population monitoring is characterized by great vulnerability, and so the demand for health services grows significantly. They have high rates of chronic and disabling diseases; among them we highlight the systemic hypertension (SH), as it constitutes one of the most prevalent health problems today and major risk factor for cardiovascular disease. Access to health services becomes crucial for ensuring prevention, rehabilitation and healing, especially in rural areas, due to a lower supply of health services. This research aimed to study the access and utilization of health services by elderly hypertensive patients registered at FHS UBS Vila Maranhão. The study is characterized as descriptive, exploratory quantitative approach. Was held in Vila Maranhão countryside of São Luís near the elderly enrolled in the FHS Health Center Yves Parga, UBS site. Counted with a sample representation of 164 elderly registered. For data collection we used a form with 29 semi structured questions. The collected data were organized and analyzed in Microsoft Excel 2013 program and analyzed in BioEstat software - Version 5.3. The results demonstrate the socioeconomic and demographic research that most elderly hypertensive patients is between 70 and 74 anos, are female, of brown color, with elementary school, married, Catholic, living with children and grandchildren, have their own and masonry house and are retired; have a family income of two minimum wages, without health insurance and have comorbidities. In lifestyle checks that do not smoke, ingest alcoholic beverages and do not exercise. In the investigation of access and utilization of health services results show that receive visit 1time / month FHS in the person of ACS and very few vaccinate and consult at home; UBS seek for medical attention receive medication, vaccination and spontaneous measurement of PA. Use buses to transport and take about 20 minutes to get to the Unit, say they are satisfied with the service despite citing difficulties such as medical absenteeism, delay and disruption in service, high demand, lack of medicine. Seek other US for care. The evaluation of the supply and use of health services by the elderly can measure the effectiveness of health policies and verify the need for a reformulation of care and reorganization of services in order to facilitate the access and accommodating appropriate way. In Vila Maranhão, strategies need to be created and efforts for the implementation of actions and rationalization of resources in order to minimize the difficulties that prevent to meet in full and equal the old tracking.

Keywords: Elderly. Health services. Family health strategy. Health public.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Mortalidade no Maranhão e São Luís pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) / anos 2010 a 2014.....	36
Figura 1 – Idosos hipertensos/Maranhão e São Luís – 2010 a 2012.....	38
Quadro 2 – Óbitos no Maranhão e São Luís por doenças hipertensivas/anos 2010 a 2014.....	38
Figura 2 – Mapa de localização do Centro de Saúde Yves Parga / Vila Maranhão, 2015.....	50
Figura 3 – Fachada do Centro de Saúde Yves Parga / Vila Maranhão, 2015.....	50
Figura 4 – Localidades e entrevistados / Vila Maranhão, 2015.....	51
Quadro 3 – Classificação de PA em adultos.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo as características socioeconômicas e demográficas. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015.....	55
Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo as principais comorbidades referidas. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015.....	61
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo hábitos de vida. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015.....	64
Tabela 4 – Características da atuação da equipe Estratégia Saúde da Família nos domicílios. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/ São Luís-MA, 2015	66
Tabela 5 – Características dos serviços procurados na UBS. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015.....	69
Tabela 6 – Características da acessibilidade à UBS. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015.....	72
Tabela 7 – Principais dificuldades no acesso a UBS. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015.....	76
Tabela 8 – Dificuldade de acesso à UBS segundo renda familiar. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2105.....	78
Tabela 9 – Dificuldade de acesso à UBS segundo satisfação com atendimento. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015.....	78

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEDMMA	Grupo de Estudos: Desenvolvimento, Modernidade e Meio Ambiente
GM	Gabinete do Ministro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUUPD	Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INCID	Instituto da Cidade Pesquisa e Planejamento
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde

PGJ	Procuradoria Geral de Justiça
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RENADI	Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SMTT	Secretaria Municipal de Trânsito e Transporte
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	O SUS e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)	18
3.2	Doença Crônica Não Transmissível: hipertensão como fator de risco	34
3.3	Acesso e utilização dos serviços de saúde	43
4	PERCURSO METODOLOGICO	48
4.1	Tipo de natureza do estudo	48
4.2	Local do estudo e período da coleta dos dados	48
4.3	População do estudo	52
4.4	Instrumento de coleta	52
4.5	Análise dos resultados	53
4.6	Aspectos éticos	53
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
6	CONCLUSÃO	80
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
	APÊNDICE B – MODELO DE FORMULÁRIO	95
	ANEXO A – MUDANÇA DA PIRÂMIDE ETÁRIA DO BRASIL	99
	ANEXO B – PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE DE IDOSOS NO BRASIL, 2012	100
	ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	101

1 INTRODUÇÃO

A população mundial vem apresentando diferenças qualitativas e quantitativas especialmente quanto à faixa etária. Percebe-se um fenômeno universal, o envelhecimento da população. As pirâmides etárias que representam as populações têm sofrido mudanças paulatinas nas suas formas. Tal metamorfose se comprova pelos resultados dos indicadores de saúde ao longo dos tempos, como menores taxas de fecundidade, de mortalidade e maior expectativa de vida devido à melhoria nas condições socioeconômicas e os avanços políticos e técnicos no campo dos serviços de saúde e no conhecimento científico (ARAÚJO et al., 2014).

Com o envelhecimento da população chegam também para as autoridades mundiais, metas, responsabilidades e desafios diferentes a serem alcançados; pois acompanhando tais grupos populacionais, de forma vultosa cresce também toda uma gama de necessidades peculiares que precisam ser compreendidas e atendidas.

A Organização das Nações Unidas (ONU) em sua Resolução nº 39/125 de 1982, aprovada na Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos e com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, contexto em que se insere o Brasil.

A população pertencente a esta faixa etária, constitui um grupo de grande vulnerabilidade, pois a demanda aos serviços de saúde cresce sensivelmente com a idade avançada, o que parece dever-se à interação entre fatores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis como tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis e obesidade (QUADRANTE, 2008).

Segundo o mesmo autor, associado a tais fatores, observa-se comumente com a progressão da idade, o acometimento em maior frequência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que são caracterizadas por complexidade, persistência e necessidade de cuidados permanentes. Acredita-se que em 2020 responderão por 80% das doenças de países em desenvolvimento.

O maior desafio do século XXI, no Brasil, diante do acelerado envelhecimento da população, será cuidar de mais de 32 milhões de idosos, com

alta prevalência de doenças crônicas incapacitantes. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem, para um quadro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas típico dos idosos (BERLEZI et al., 2011).

Dentre elas destacamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por se constituir um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) alcançando a todos e ultrapassando barreiras geográficas.

Bertuzzi, Paskulin e Morais (2012), chamam atenção para o menor acesso e conseqüentemente menor utilização dos serviços de saúde nas populações de idosos, principalmente aqueles residentes em áreas mais afastadas como é a zona rural.

A população idosa rural geralmente possui altos índices de pobreza, baixo nível educacional, residências mais precárias, limitações no transporte, maiores problemas crônicos de saúde e maior dependência para as atividades básicas. Estas particularidades associados a fatores como grandes distâncias a serem percorridas, incapacidade funcional e indisponibilidade de cuidadores se constituem barreiras e dificultam o acesso.

Para Travassos e Martins (2004), o acesso da população aos serviços de saúde indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde e reflete as características do sistema, aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população.

A saúde pública do Brasil apresenta um modelo assistencial que incorpora princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Institucionalizado na promulgação da Constituição Federal de 1988, objetivou integrar e coordenar as ações de saúde nas três esferas do governo.

Em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), que surge como principal estratégia de organização da Atenção Básica (AB); concebido em consonância com os princípios do SUS, teve por objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial até então vigente, definindo responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

O Programa passou então a ser denominado de Estratégia Saúde da

Família (ESF), estendendo sua atenção a todos os membros da família, inclusive ao idoso, que se tornou foco importante de acompanhamento. Por sua conformação e processo de trabalho, compreende condições favoráveis de acesso a medidas integrais exigidas na abordagem de doenças comuns na faixa etária idosa.

Para averiguar tais assertivas e realização da presente pesquisa, elegemos a Vila Maranhão, uma das comunidades rurais de São Luís, que possui atendimento básico de saúde prestado pelo Centro de Saúde Yves Parga, sede da ESF para aquela comunidade e aglomerados rurais circunvizinhos e que de acordo com o Instituto da Cidade Pesquisa e Planejamento Urbano e Rural (INCID)/São Luís-MA, conta com uma população idosa de 7,92%;

Como base do estudo, foram levantadas as hipóteses de que as condições socioeconômicas, demográficas e hábitos de vida dos idosos hipertensos da zona rural dificultam seu acesso aos serviços de saúde; e que a utilização destes serviços torna-se deficitária pela dificuldade do acesso.

Diante do exposto empreendeu-se a realização do trabalho com o propósito de investigar as necessidades e características do acesso aos serviços de saúde nesta localidade e buscar fomentar discussões que conduzam para a solução de questões, à luz das práticas preconizadas do cuidado ao idoso, de acordo com os objetivos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar o acesso e a utilização dos serviços de saúde por idosos hipertensos cadastrados na ESF da UBS de Vila Maranhão.

2.2 Específicos

- a) caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico e os hábitos de vida dos idosos hipertensos da amostra estudada;
- b) verificar o acesso e a utilização dos serviços de saúde;
- c) descrever as dificuldades do acesso aos serviços de saúde pelos idosos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O SUS e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)

Sistema é um conjunto de elementos, entre os quais haja alguma relação. Disposição das partes ou dos elementos de um todo, coordenados entre si, e que formam estrutura organizada (ROCHA, 2010).

Conforme o conceito apresentado, o SUS é um conjunto de serviços e ações que interagem para um fim comum. Ele se apresenta como uma nova formulação política e organizacional para o redirecionamento dos serviços de ações de saúde. Para tanto, segue doutrinas e princípios organizativos em todo o território nacional.

Teve o prenúncio da sua origem em 1982, quando foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), dando ênfase à atenção primária, e à rede ambulatorial como porta de entrada do sistema, tendo por base os principais pontos programáticos do futuro SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010).

Seguindo a linha do tempo, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, contou com a participação e esforço em massa de grande parte da população, o que se tornou um divisor de águas na História do Brasil, podendo ser considerada como marco inicial da Reforma Sanitária Brasileira.

Seu relatório final veio influenciar responsabilidades do Estado em relação à saúde e garantir acesso e maior qualidade nos serviços. Foram estabelecidos objetivos, cujo principal apontava as competências sobre a saúde para os níveis de gestão Federal, Estadual e Municipal o que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Através das suas diretrizes, pode se contemplar os antecedentes mais imediatos da criação do SUS (SOUZA; COSTA, 2010).

Como fruto desta reivindicação social, o SUS, foi institucionalizado na promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, como pontos básicos que

as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010).

Com base neste último ponto citado, as ações de saúde passam a ser

responsabilidade das três esferas do governo, proporcionando a prestação de serviços gratuitos a qualquer cidadão e objetivando articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, assim como de cura e reabilitação.

Tal estrutura encontra-se fundamentada na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Além de detalhar os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (Federal, Estadual, Municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira, planejamento e orçamento (BRASIL, 1990a).

Ainda fazendo parte do arcabouço jurídico do SUS, segue a Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. São Instituídos os Conselhos de Saúde que possuem legitimidade de representação dos governos estaduais e municipais, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), respectivamente (BRASIL, 1990b).

Tais leis consolidam o papel do Município como principal executor das ações de saúde, caracterizando a ampliação do processo de descentralização discutido desde a VIII Conferência de Saúde e significando um avanço em relação ao modelo de saúde vigente até então, que possuía um único arrimo norteador para as ações de saúde indistintamente em todo o Brasil.

Com o SUS, de acordo com Vasconcelos e Pasche (2006), muda-se o atendimento da saúde, de um eixo único, centralizado e não equânime, para um tripé, de princípios doutrinários que lhe conferem legitimidade, a saber:

- a) **universalidade**: é a garantia de atenção à saúde, a todo e qualquer cidadão. O indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços de saúde;
- b) **integralidade**: é o reconhecimento que o homem é um ser integral, biopsicossocial e deverá ser atendido integralmente por um sistema integral, com seus diversos graus de complexidade voltados para a promoção, proteção, e recuperação da saúde;
- c) **equidade**: é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo

com a complexidade requerida em cada caso. Significa tratar as diferenças de forma diferente em busca da igualdade.

De igual modo, segundo o mesmo autor, é também constituído por diretrizes organizativas que buscam garantir um melhor funcionamento do sistema, dentre as quais estão:

- a) **regionalização e hierarquização**: a primeira tem o propósito de ajudar na melhor e mais racional distribuição dos recursos entre as regiões, contemplando a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde. Já a segunda, objetiva ordenar o sistema por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços através de um sistema de referência e contra referência de usuários e de informações (TEIXEIRA, 2011);
- b) **descentralização**: é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Passa a ocorrer redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com reforço do poder municipal sobre a saúde – o que é denominado municipalização da saúde;
- c) **participação popular**: é a garantia assegurada, de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (VASCONCELOS; PASCHE, 2006);
- d) **complementariedade do setor privado**: havendo insuficiência na prestação de serviços necessários por parte do setor público, devem ser contratados serviços privados, seguindo as regras do direito público e as diretrizes do SUS, dando prioridade às entidades não lucrativas ou filantrópicas.

Para dar ênfase a este arranjo organizacional, considerado como um dos maiores projetos de inclusão social do Brasil, foram criadas e estabelecidas as Comissões Intergestores Tripartite Nacional (CIT) e Bipartite Estadual (CIB), com a função de acompanhar e operacionalizar o SUS, além de promover o fortalecimento da ideia de gestão colegiada (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2002 que também aparecem no

cenário jurídico, tiveram um importante papel, na medida em que definiram competências, responsabilidades e condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir a gestão no SUS (SOUZA; COSTA, 2010).

Entre as estratégias que consagraram a descentralização político-administrativa na saúde, consolidando a tendência à autonomia de gestão e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, temos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo esta última, a porta de entrada para novas oportunidades de abordagem e acesso das famílias.

Foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, servindo como eixo estruturante e dando nova dinâmica aos serviços de saúde, além de estabelecer vínculo com a comunidade e firmar compromisso. É a peça principal para o desfecho e mudança do modelo antigo de saúde, para um mais próximo da realidade da população, objetivando a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Além das NOB's já existentes; em 2006 é instituído o Pacto pela saúde, como um conjunto de reformas nas relações institucionais e fortalecimento da gestão do SUS que “visa alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema único de Saúde”, conforme afirmam Souza e Costa (2010). É estabelecido um compromisso entre os gestores, organizado em três eixos: Pacto em defesa do SUS, Pacto de gestão e Pacto pela vida.

O Pacto em defesa do SUS constitui-se de ações que contribuem para aproximar a sociedade brasileira do SUS; o Pacto de gestão estabelece responsabilidades mais claras para cada ente federado, com regionalização integrada das ações e serviços de saúde. No Pacto pela vida são firmados compromissos sanitários derivados da análise da situação de saúde do país, e das prioridades definidas pelo governo nas suas três esferas (REIS; ARAÚJO, CECÍLIO, 2010). Apesar de toda esta construção, o tempo tem sido testemunha dos esforços para o aprimoramento e amadurecimento do SUS, que é para o País a sua maior política de inclusão social.

O arcabouço jurídico ganhou mais reforço ao ser sancionado o Decreto nº 7.508 em 28 de junho de 2011, que inaugurou um novo marco na relação inter federativa, ao regulamentar aspectos da Lei nº 8.080/90, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde, assim como a articulação entre os entes federados, possibilitando o aprimoramento do Pacto

Federativo contribuindo efetivamente na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2012c).

Com este decreto, é instituído o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como o acordo de colaboração entre os entes federativos (União, Estados e Municípios) na organização e integração das ações e serviços de saúde em Rede de Atenção, regionalizada e hierarquizada, nas Regiões de Saúde. O COAP será elaborado pelos entes federativos em cada Região de Saúde, cabendo à Secretaria Estadual de Saúde coordenar sua implementação.

Entende-se por Região de saúde, espaço geográfico constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, que tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

De acordo com o Decreto nº 7508/2011, para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada, hospitalar e vigilância em saúde.

A Rede de Atenção à Saúde é o conjunto de ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde e que estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde. O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada.

A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no COAP, no sentido de aprimorar o Pacto pela Saúde, por conseguinte os seus três eixos: Pacto em defesa do SUS, Pacto de gestão e Pacto pela vida.

Em fevereiro de 2013, o MS, o CONASS e o CONASEMS pactuaram premissas norteadoras para a definição do processo de pactuação de indicadores de saúde, no mês seguinte foram definidos, objetivos, diretrizes, metas e indicadores com o propósito de fortalecer o Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013c).

No que tange ao Estado do Maranhão, buscando organização e integração nos serviços de saúde, o envolvimento e a preocupação com a saúde são também sinalizados no sentido de executar e planejar ações que possam lograr resultados positivos e que venham romper com o esquecimento e o descaso da saúde instalado em vários municípios. Há a busca da elaboração de políticas

públicas que visem ofertar serviços de saúde com qualidade, de forma integral e com maior garantia de direitos a todos os maranhenses.

A Constituição do Estado do Maranhão, no artigo 205, define que:

A saúde, como direito de todos e dever do Estado, é assegurada mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visam a eliminação de risco de doenças e agravos, e ao acesso igualitário às ações para sua proteção e recuperação. (MARANHÃO, 2000).

Cabendo ao Estado a organização e defesa da saúde, por meio de medidas preventivas, prestação dos serviços necessários, fiscalização e controle de atividades, assegurando maior salubridade e bem-estar; o que está disposto no seu Código de Saúde¹.

A lei orgânica do município de São Luís corrobora tal disposição, quando no seu art. 166 diz que cabe ao município, como integrante do sistema de saúde, a organização e a defesa da saúde pública através de medidas preventivas e da prestação de serviços que se fazem necessárias.

Em meio às leis e pactos propostos ao longo da carreira evolutiva do SUS, aparece no topo das prioridades do Pacto pela vida, a saúde do idoso, impulsionada pela crescente demanda da população brasileira que envelhece.

Desde 1994, foi promulgada a Política Nacional do Idoso assegurando direitos sociais e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento. Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso; assumindo como principal problema deste seguimento, a perda de sua capacidade funcional necessária para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Nesse sentido, apresenta como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos. Buscando para isso, a definição e execução de diretrizes essenciais (BRASIL, 2006a).

Concomitantemente à II Assembleia Mundial do Envelhecimento, promovida pela ONU e realizada em abril de 2002, em Madri, que objetivou desenvolver uma política internacional para o envelhecimento ativo, adotando um Plano de Ação que pedia mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para satisfazer as enormes potencialidades do envelhecimento no século XXI;

¹Este Código estabelece normas para a promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde em todo o território do Estado e dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde na esfera estadual (BRASIL, 1998).

aqui no Brasil, em 12 de abril de 2002, O Ministro de Estado da Saúde, considerando a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na Política Nacional do Idoso, resolve criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e cadastramento de Centros de Referência que integrarão estas redes, de acordo com a Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002 e a Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002, respectivamente (BRASIL, 2003).

A composição das redes seria organizada por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais: Internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, constituindo-se em referência para a rede de assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002).

Em 2003, através da Lei nº 10.741 é aprovado o Estatuto do Idoso, que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa e reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. É o expoente máximo da legislação protetiva ao idoso (BRASIL, 2006a).

Segundo Camarano 2010, embora a legislação brasileira estabeleça que o cuidado dos membros dependentes deva ser responsabilidade das famílias, este se torna cada vez mais escasso, requerendo que o Estado e o mercado privado dividam com a família as responsabilidades no cuidado com a população idosa. Uma das alternativas de cuidados não familiares existentes corresponde às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

É importante mencionar, que todas as ações de saúde a favor do idoso, devem objetivar ao máximo mantê-lo, junto à sua família, da forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência deve ser considerado uma alternativa, somente quando falharem todos os esforços e possibilidades para mantê-lo no núcleo familiar (BRASIL, 2002).

Diante de tal condição, tornou-se necessário a qualificação da prestação, dos já existentes serviços públicos e privados das Instituições de Longa Permanência para Idosos; daí em 2005, através da RDC nº 283, de 26 de setembro, foi instituído pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o regulamento técnico para o funcionamento das ILPI, que define normas de funcionamento para

aquelas de caráter residencial (BRASIL, 2005b).

Em busca de aprimoramento e atenção integral ao idoso, foi Instituída pela Portaria nº 2528/GM de 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), visando garantir atenção adequada e digna à pessoa idosa, que devido a características peculiares e especiais da faixa etária, apresenta maior demanda de cuidados e atendimento. Em conformidade com as leis que fazem parte do arcabouço jurídico do SUS, essa política tem como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim” (BRASIL, 2006a)”.

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso² e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação dessa política.

Um seguimento especial como é o idoso, requer políticas especiais, deixando de lado preconceitos e havendo um enfrentamento das demandas para proporcionar a este contingente, mais saúde, que para eles transcende a ausência de doenças orgânicas.

As diretrizes a seguir, foram definidas como basilares na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

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

²É destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Quanto à promoção do envelhecimento ativo e saudável (1ª diretriz), faz-se referência à manutenção da capacidade funcional e autonomia dos idosos que podem ser conseguidas, baseadas nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto realização determinada pela Organização da Nações Unidas (ONU) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O envelhecimento bem sucedido é firmado no tripé:

- a) menor probabilidade de doença;
- b) alta capacidade funcional física e mental;
- c) engajamento social ativo.

Para tanto, objetivos como assegurar o acesso a serviços preventivos, menor disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e aumento de anos de vida saudável devem ser traçados e alcançados.

O preparo para uma velhice salutar se dá através de práticas saudáveis em todas as fases da vida e deve estar embasada na responsabilidade pessoal, solidariedade entre gerações e envolvimento familiar.

Políticas e Programas devem ser implementados para que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa, considerando-o como agente de ações, baseadas em direitos que valorizem a vida em comunidade, identificando o potencial para o bem estar físico, mental e social ao longo da vida.

No que diz respeito à atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa (2ª diretriz), deverá ser estruturada em uma linha de cuidados, com foco no usuário e no estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, facilitando o acesso a todos os níveis de atenção e provendo condições essenciais (recursos materiais e humanos) para o funcionamento.

Dados sobre a capacidade funcional dos idosos devem ser levantados para embasar a elaboração de instrumentos gerenciais que favoreçam a construção de planos de ação no enfrentamento das dificuldades relacionadas à saúde da pessoa idosa.

Na atenção básica assim como na atenção especializada, mecanismos devem ser incorporados a fim de promover a melhoria, o aumento e o fortalecimento da qualidade, resolutividade e atenção a esse seguimento populacional. Para tanto,

abordagem interdisciplinar e multidimensional são necessárias havendo uma junção de forças e saberes para que sejam alcançados pelo idoso, autonomia, independência, segurança e estímulo para o autocuidado.

As Redes Estaduais de Atenção à Saúde da pessoa idosa devem visar a integração efetiva da atenção básica com os demais níveis de atenção, garantindo atendimento que corresponda às necessidades da população idosa, levando em consideração a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais (BRASIL, 2006a).

Os cuidados aos idosos implicam em ofertar serviços de saúde e sociais que sejam “amigos dos idosos”, ou seja, que propiciem o acesso e o acolhimento de maneira ordenada e adequada, respeitando as suas limitações. Meios para melhor acessibilidade podem ser criados para esse fim, tais como serviços sociais e de saúde com boa localização e acesso fácil aos meios de transporte; ILPI localizada próxima aos comércios e áreas residenciais para que os idosos permaneçam integrados à comunidade; informações claras e acessíveis sobre os serviços a eles oferecidos; prestação de serviços com um mínimo de burocracia; respeito e sensibilidade no trato com os idosos.

A prevenção e a intervenção precoces no cuidado com os idosos são sempre preferíveis às intervenções curativas que podem se mostrar muitas vezes tardias e ineficazes quando são baseadas apenas em assistência médica individual. Um dos instrumentos gerenciais essenciais que serve de suporte na atenção à saúde do idoso, é a implementação da avaliação funcional e coletiva; a partir dela determina-se a pirâmide de risco funcional onde será classificada a capacidade funcional dos idosos em frágeis e independentes.

Os Idosos frágeis ou em processo de fragilização são aqueles que, apresentam determinadas condições que comprometem ou supõem riscos a capacidade funcional; encontra-se em ILPI; acamados; hospitalizados recentemente por qualquer razão; com doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional; situações de violência doméstica; maior de 75 anos. Tais idosos compõem a parte superior da pirâmide. Já os Idosos independentes, são aqueles que mesmo sendo portador de alguma doença, são capazes de viver de forma independente e autônoma no ambiente familiar e no meio social; estes compõem a base da pirâmide.

De acordo com a condição funcional apresentada, serão estabelecidas ações de prevenção e de reabilitação para a recuperação máxima da autonomia funcional e prevenção de declínio. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

As DCNT apresentam-se com forte carga de morbidades relacionadas. São responsáveis por grande número de internações e de perda significativa da qualidade de vida, tendo a sua prevalência fortemente impactada por determinantes sociais.

Em 2011, foi elaborado no Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que apresentou como um dos seus eixos o cuidado integral. Em vista disso em 2012, foi proposta a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas para corresponder a este eixo. Segundo Brasil (2013a), a atenção integral só é possível de ser alcançada de forma eficaz se o cuidado estiver organizado em rede, o que favorece responder aos desafios epidemiológicos que se apresentam com o aumento da população idosa, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde.

Dentre as diretrizes e os indicadores de saúde pactuados pelo Ministério da Saúde e os Conselhos Nacionais de Secretários, verificamos direcionados para os idosos a Diretriz de nº 5 que define a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. O objetivo de tal diretriz é a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

Apresentam-se como indicadores de saúde do idoso para o município/região com menos de 100 mil habitantes: número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) e para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das principais DCNT; a meta que segue tais indicadores é reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT.

A promoção da qualidade de vida da pessoa idosa deve ser o objetivo de todo profissional que o assiste. Preservar a autonomia e a independência funcional

desse seguimento populacional deve ser a meta em todos os níveis de atenção. Portanto, os dois grandes pontos norteadores para a integralidade de ações são: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

O estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção (3ª diretriz), implica no incentivo a execução de ações por parte de parceiros e órgãos governamentais e não governamentais em benefício da população idosa. Tais ações intersetoriais, visam à integralidade e tomam por base características e necessidades locais; a sua implementação evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

Quanto ao provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à Saúde da pessoa idosa (4ª diretriz), deverá ter início com a definição de mecanismos de financiamento que visem à melhoria da qualidade técnica da atenção ao idoso. Estes mecanismos deverão ser pactuados pelos gestores das três esferas e deverão contar com estratégias que valorizem o cuidado humanizado ao idoso.

Entre outros, um dos itens prioritários para a pactuação está o provimento de insumos e de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar, que integra duas modalidades específicas, a assistência domiciliar e a internação domiciliar.

A assistência domiciliar no âmbito do SUS é desenvolvida por profissionais da atenção básica e/ou da atenção especializada e a internação domiciliar no âmbito do SUS através da Portaria GM/MS nº 2529/2006 ficou definida como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim (BRASIL, 2006d).

Considerando a necessidade de requisitos mínimos de segurança para o funcionamento em tais modalidades de atenção, é que foi aprovado através da RDC/ANVISA nº 11, de 2006 o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar; para ser aplicado a todos os serviços de atenção domiciliar públicos ou privados, que ofereçam assistência e ou internação domiciliar (BRASIL, 2006e).

O estímulo à participação e fortalecimento do controle social (5ª diretriz), vai desde a inclusão de temas sobre a saúde do idoso em Conferências Municipais e Estaduais de Saúde até a participação de cidadãos idosos através do controle social das deliberações realizadas nessas conferências. O controle social também deve se fazer presente quando da existência do vínculo dos serviços de saúde com seus usuários.

Sobre a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa (6ª diretriz), fica determinado que para o provimento de apoio técnico aos profissionais de saúde do SUS, devem ser desenvolvidos projetos para qualificações na área de saúde do idoso.

Quanto à divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (7ª diretriz), algumas medidas deverão ser adotadas, tais como: tornar conhecida a PNSPI nas comunicações sociais do SUS; utilizar materiais didáticos como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos; promover informações aos gestores, trabalhadores, conselheiros de saúde, discentes e docentes da área de saúde; apoiar e fortalecer novas ideias de divulgação e informação; articular experiências de educação em atenção à saúde da pessoa idosa, além de garantir financiamento para profissionais atuarem na área de comunicação, promovendo educação popular sobre a saúde da pessoa idosa.

Na promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa (8ª diretriz), as experiências bem sucedidas na atenção, na formação técnica, na educação em saúde e a pesquisas, devem ser compartilhadas. Daí a importância de se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional.

O apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (9ª diretriz e última) avalia e aprimora a atenção à saúde, tal apoio deve ser adquirido através de universidades, faculdades, e órgãos públicos nas três esferas, e objetiva, socializar, divulgar e embasar novas investigações.

A PNSPI entende que a população idosa tem como problema principal a perda da capacidade funcional, o que dificulta severamente a prática das atividades de vida diária (autocuidado) e das atividades instrumentais (participação do idoso em seu entorno social); por isso a sua meta é proporcionar àqueles cujo envelhecimento é marcado de forma intensa por limitações funcionais, uma atenção à saúde, digna, adequada e com qualidade, resguardando aos idosos os seus direitos como

cidadãos, expressos nas leis fundamentais do SUS.

Os direitos dos idosos passam a ser discutidos com mais ênfase e regularidade a partir de 2006 com a série de Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa realizada em Brasília. A primeira delas, realizada no período de 23 a 26 de maio de 2006, teve como tema “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa” (RENADI). Tal tema foi discutido com base no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento proposto pela ONU, na Política Nacional do Idoso, no Estatuto do Idoso e deliberações da IX Conferência Nacional de Direitos Humanos. O resultado desta Conferência demonstrou o compromisso de implementar e estruturar uma rede de proteção e defesa de direitos aos idosos que, a médio e longo prazo, propiciasse uma velhice digna e ativa a milhões de brasileiros (BRASIL, 2006f).

Na segunda Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em março de 2009, “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios” é apresentada como tema. Nesta Conferência, são reiterados os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro, nos planos nacional e internacional, no que diz respeito à promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, buscando estratégias para garantir o envelhecimento digno e saudável, bem como a valorização do idoso (BRASIL, 2009).

Em continuidade à série, em novembro de 2011, realiza-se a terceira Conferência objetivando debater avanços e desafios da Política Nacional do Idoso e demais assuntos referentes ao envelhecimento. O tema central escolhido é “O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil”, em que “todos” - idosos, sociedade, gestores das políticas e conselheiros – são chamados a assumir um compromisso efetivo em prol da conquista de um envelhecimento digno para a população brasileira. Nesse sentido, o formato sugerido para esta Conferência quer privilegiar e destacar a participação das pessoas idosas na condução dos trabalhos, na certeza de que os mais velhos, juntamente com outros conselheiros, técnicos, gestores públicos e representantes de entidades, têm muito a contribuir na construção deste pacto (BRASIL, 2011).

Segundo Ramos (2003), no que tange ao estado do Maranhão além da Constituição Estadual que preconiza em inúmeros artigos os direitos dos idosos, O primeiro passo dado no Estado, que se refere a dispositivos legais garantidores dos direitos das pessoas idosas deu-se no ano de 1996, com a sanção da Lei nº 6.835,

que dispõe sobre a criação do Conselho Estadual do Idoso; o referido conselho exerce a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização, além de avaliar a Política Nacional do Idoso no âmbito estadual.

Também compete ao Conselho Estadual formular a política de promoção, defesa e proteção integral do idoso através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, do Estado e dos Municípios; propor planos, programas, projetos, estudos e debates relacionados com a questão do idoso; formular ou encaminhar as denúncias sobre discriminação ao idoso que lhe forem apresentadas; incentivar e apoiar a organização de entidades representativas do idoso, zelar pela execução da Política Estadual do Idoso, entre outros.

Após a criação do Conselho Estadual do Idoso no Maranhão, criou-se por meio da Resolução nº 001/1998/PGJ, a Promotoria de Justiça Especializada na Defesa dos Direitos dos Cidadãos Portadores de Deficiência e Idosos. Posteriormente dividida na Promotoria de Justiça Especializada na Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência e na Promotoria de Justiça Especializada na Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Apresenta como objetivo fiscalizar a observância do princípio da igualdade, coibindo discriminações contra idosos; acionar os mecanismos judiciais e extrajudiciais necessários para evitar abusos e promover a defesa dos seus direitos no que se refere aos serviços públicos, em geral, garantindo-lhes atendimento preferencial, à assistência social, à educação, cultura e saúde (PINHEIRO, 2013).

Além disso, o estado dispõe de Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que são unidades públicas da política de assistência social, integrantes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), responsáveis pela oferta de serviços continuados de proteção social básica às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, oferecendo projetos, benefícios e serviços como o de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, que atende a toda a família, desde a criança até o idoso.

No que concerne a São Luís, segundo Ramos (2003), os idosos já têm assegurado na legislação muitos direitos; observamos abaixo, alguns que destacamos por sua relação com o uso de serviços de saúde:

Lei nº 3.395/95 que institui no âmbito do Município de São Luís a "Semana do Idoso";

- a) Lei nº 3.397/95 alterada pela Lei nº 4.137 dispõe sobre o Conselho Municipal de Proteção ao Idoso de São Luís;
- b) Lei nº 3.446/96 que torna obrigatória a prioridade no atendimento às pessoas portadoras de deficiências, crianças, gestantes e sexagenários, nos serviços de assistência médica ambulatorial e de pronto atendimento da Rede Pública Municipal de Saúde e conveniados integrantes do sistema SUS;
- c) Lei nº 3.898/00 que dispõe sobre o Programa Preventivo contra a Osteoporose;
- d) Lei nº 4.029/02 que estabelece prioridade ao idoso, no atendimento dos serviços públicos, diretamente ou através das concessionárias desses serviços, e de instituições comerciais e financeiras que tenham atenção no âmbito do Município de São Luís, criando um selo de prioridade ao idoso no serviço público a ser colocado nos processos que lhe interessem diretamente;
- e) Lei nº 47/02 que dispõe sobre a instalação do Programa de Imunização ao Idoso;
- f) Lei nº 70/02 que dispõe sobre a criação de um serviço de geriatria em cada Unidade Mista e/ou Ambulatorial no município de São Luís;
- g) Lei nº 087/02 que cria o Programa Municipal de atendimento não asilar ao idoso;
- h) Lei nº 122/02 que assegura a presença de um acompanhante a todos os idosos internados em hospitais e clínicas de São Luís;
- j) Lei nº 123/02 que cria um Programa de Atenção à Saúde Oral do idoso no município de São Luís.

Existem, além das elencadas, muitas outras leis assegurando os direitos do idoso nas diversas áreas, Infelizmente, a existência "no papel" não garante a aplicabilidade na vida. Dessa forma, faz-se necessário maior empenho do poder público no sentido de promover a divulgação dos direitos já assegurados, pois conhecer e exigir o cumprimento dessas leis não é função somente dos idosos, mas de toda a sociedade.

3.2 Doença Crônica Não Transmissível: hipertensão como um fator de risco

O envelhecimento da população é um fenômeno contínuo de amplitude mundial, e chega desafiando a saúde pública atual. Segundo Cavalcanti (2007), A Organização Mundial da Saúde (OMS), prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. A diminuição das taxas de mortalidade e das taxas de fecundidade, somadas ao conseqüente aumento da expectativa de vida, tem contribuído para esse processo.

Nas projeções estatísticas da OMS, neste mesmo período, o Brasil deverá alcançar a soma de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, ocupando o sexto lugar mundial. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), 2012 aponta uma representatividade de 12,6% de idosos na população. A forma da pirâmide etária gradativamente vai deixando de se apresentar com a base larga e forma triangular, convertendo-se em uma pirâmide de base reduzida e forma mais arredondada (ANEXO A).

Concomitantemente à mudança do perfil populacional, ocorre também a mudança do perfil epidemiológico brasileiro, quando as DCNT, passam a prevalecer e representar uma ameaça às faixas etárias mais avançadas (BRASIL, 2006b). Elas são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos modificáveis, como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool (MALTA; SILVA, 2013).

São as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.

Em 2007, segundo dados do Ministério da Saúde, 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às doenças crônicas, a PNAD em 2008, mostrou que no Brasil, 31,3% da população, ou seja, 59,5 milhões de brasileiros referiu pelo menos uma doença crônica; e entre a parcela idosa, essa frequência alcançava mais que o dobro ao chegar à casa dos 79,1%.

Malta e Silva (2013) reiteram que em meio ao contingente populacional as DCNT atingem todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa

escolaridade e renda, devido menor acesso às informações, portanto mais sujeitos aos fatores de risco. Podem levar a incapacidades, agravar o quadro clínico de outras doenças, conduzindo o indivíduo e sua família a sofrimento e custos altos com a saúde.

Apesar do seu rápido crescimento, seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas e custo efetivo de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco, além de melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

Sob esse panorama é que em setembro 2011 foi realizado uma Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) sobre prevenção e controle das DCNT, onde participaram os chefes de Estado para unirem forças e debaterem sobre o tema. Os países-membros firmaram compromisso a fim de trabalhar para deter o avanço dessas doenças, através de ações de prevenção, o que se constitui em um desafio para as autoridades políticas (MALTA; SILVA, 2013).

No Brasil, como citado anteriormente, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para O Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco.

Este plano define diretrizes e ações em: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; cuidado integral, assim como propõe metas nacionais a serem alcançadas com a garantia adequada da atenção básica à saúde dos pacientes, especialmente os mais vulneráveis. A seguir as metas nacionais do Plano de ação.

Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano; reduzir a prevalência de obesidade em crianças; reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; deter o crescimento da obesidade em adultos; reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; reduzir a prevalência de tabagismo; aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos; tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011a).

Nota-se com especial atenção que entre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo; são bastante prevalentes entre os idosos tornando-se responsável, por comprometimento na sua autonomia e dependência. No Brasil, são responsáveis por 35,1% dos casos de óbito entre os idosos (ANEXO B).

O Estado do Maranhão de igual maneira apresenta no seguimento idoso um número expressivo de óbitos por DCNT, totalizando mais de vinte mil casos no período de 2010 a 2012; no tocante à população em geral, o Estado se destaca pelos óbitos por DCNT em quarto lugar na região nordeste (BRASIL, 2012a). Essa colocação é assegurada pelos valores, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Mortalidade no Maranhão e São Luís pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) / anos 2010 a 2014

Principais DCNT	2010		2011		2012		2013		2014	
	Maranhão	São Luís								
Cardiovasculares CID I00-I99	8354	1295	9236	1423	9142	1385	9489	1399	8881	1519
Neoplasias CID C00 – C97	2960	804	3132	795	3222	859	3456	900	3297	872
Diabetes Mellitus CID E10 – E14	1867	414	2191	425	2079	365	2022	334	2026	262
Respiratórias Crônicas CID J30 – J98	1010	209	1132	248	1052	242	1178	204	1129	212

Fonte: Maranhão (2015).

Dentre as DCV, destacam-se os acidentes vasculares encefálicos, as doenças coronarianas e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), como principal fator de risco, que mostra relação direta e positiva, contribuindo decisivamente para o agravamento desse cenário (DANTAS, 2011).

É uma síndrome clínica, caracterizada por valores de Pressão Arterial (PA) iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ou 90 mmHg de pressão diastólica, no mínimo em duas aferições diferentes em condições adequadas. Geralmente a hipertensão se estabelece de forma silenciosa; quando

ocorrem os sintomas, estes já decorrem de complicações. Está associada a alterações funcionais e estruturais de órgãos alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, acompanha comorbidades, trazendo repercussões clínicas importantes e profundas além de ser impactante para os indicadores de saúde da população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). O manejo adequado da hipertensão arterial é de caráter prioritário; o investimento em educação e a mobilização social potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis.

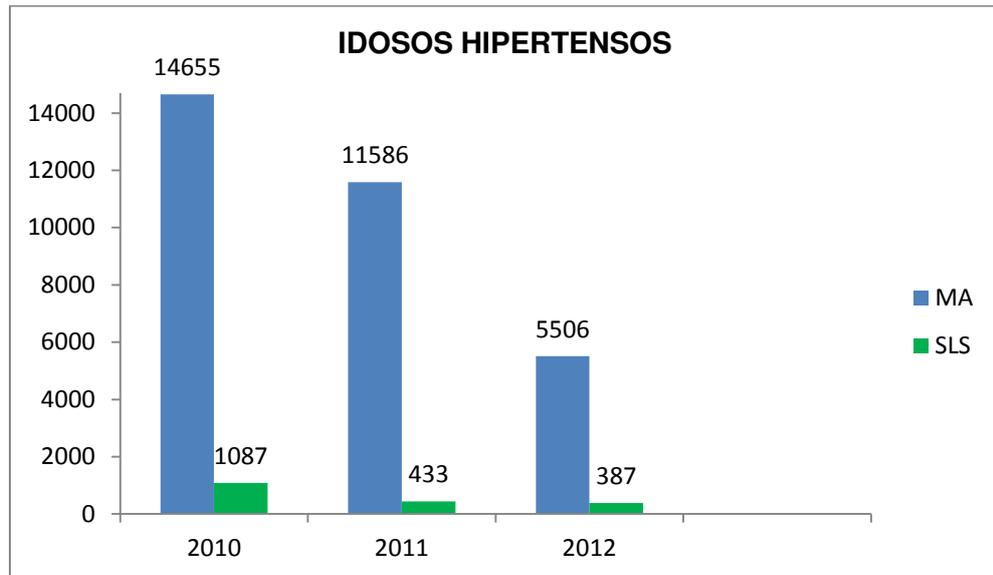
O risco de desenvolver a HAS com o passar da idade aumenta marcadamente. Dantas (2011), explica que isto ocorre principalmente devido à mudanças na anatomia e fisiologia cardiovascular durante o envelhecimento, o que leva ao desenvolvimento de processo aterosclerótico nos vasos e arteríolas ocasionando perda da elasticidade e conseqüente aumento nos valores da pressão sanguínea, devido a rigidez da parede desses vasos.

Apesar dos progressos ocorridos em prevenção e diagnóstico ainda se apresenta com alta prevalência e baixas taxas de controle; é passível de ser medida clinicamente e por isso mesmo, considerada uma condição modificável, mas também um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

No Brasil, o seguimento idoso hipertenso é de 63,2%, enquanto que a população adulta alcança um percentual de 24,4%, segundo pesquisa do Ministério da Saúde (MS) em 2010.

Já no Maranhão, assim como em São Luís valores significativos de hipertensão são verificados na população em geral, apesar do decréscimo constatado no período de 2010 a 2012. Segundo Brasil (2012b) foi somado mais de 50 mil casos no estado, enquanto que na capital quase quatro mil. Nos idosos maranhenses, os dados corroboram resultados nacionais a cerca da hipertensão. A seguir, observamos na figura 1, a representação do panorama dos idosos hipertensos no período de 2010 a 2012 na capital e no estado maranhense.

Figura 1 – Idosos hipertensos/Maranhão e São Luís – 2010 a 2012



Fonte: Brasil (2012b).

Em relação à mortalidade tendo como fator de risco a HAS, o acidente vascular cerebral também se destaca como causa de morte em todas as regiões brasileiras. A Sociedade Brasileira de Cardiologia corrobora este fato quando afirma que a HAS como fator primário para DCV, explica 40 % das mortes por acidente vascular cerebral e 25% por doença coronariana. Apesar do declínio lento e gradual nos seus valores percentuais a mortalidade no Brasil ainda é elevada, tanto para doença cerebrovascular como para doenças do coração.

Tratando-se de óbitos ocorridos por doenças hipertensivas no Estado e na capital maranhense de 2010 a 2014, percebemos pequenas variações, mantendo valores aproximados entre si nos últimos cinco anos, conforme descrito no quadro 2.

Quadro 2 – Óbitos no Maranhão e São Luís por doenças hipertensivas/anos 2010 a 2014

Causa (CID 10 BR)	2010		2011		2012		2013		2014	
	Maranhão	São Luís								
Doenças Hipertensivas	1452	174	1558	196	1470	159	1580	146	1371	122

Fonte: Maranhão (2015).

A Hipertensão é determinada por fatores que são considerados facilitadores e de risco para o seu aparecimento e manutenção. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010) elenca os seguintes:

- a) predisposição genética: sendo a HAS uma doença de etiologia multifatorial, vários sistemas estão correlacionados para elevação da mesma. O desenvolvimento da hipertensão arterial dependerá da integração de fatores genéticos e ambientais. Para o indivíduo que nasce com uma predisposição genética, desenvolver ou não hipertensão dependerá, basicamente, do estilo de vida que este irá levar. Em indivíduos com predisposição genética, sedentários, com dieta hipersódica, hipercalórica e hiperlipêmica, podem apresentar a doença precocemente, geralmente próxima à terceira década de vida e com características de maior resistência ao tratamento (GALVAGNI et al., 2011);
- b) idade: PA elevada é diretamente proporcional à idade do indivíduo, quanto mais idoso maior a probabilidade. Os vasos sanguíneos podem perder a flexibilidade com o passar do tempo, o que pode contribuir para o aumento da pressão. A prevalência da hipertensão varia entre 50 e 75% na faixa etária situada entre 60 e 75 anos; presença de HAS no seguimento idoso merece maior atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não só pela hipertensão, como também por outros fatores de risco que se acumulam com o passar do tempo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA 2010);
- c) gênero e etnia: entre homens e mulheres não existe muita diferença quanto à prevalência da HAS. Observa-se que as taxas apresentam-se mais elevadas nos homens até os 50 anos, e nas mulheres os valores elevados são encontrados no grupo das sexagenárias. Sugere-se que os hormônios ovarianos são responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres (durante o climatério) e com a chegada da menopausa a prevalência da pressão alta entre homens e mulheres tende a se aproximar. Percebe-se que as mulheres, afrodescendentes, apresentam-se com até 130% de risco em relação às mulheres

brancas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006);

- d) excesso de peso e obesidade: 2,8 milhões de pessoas morrem a cada ano em decorrência do excesso de peso ou da obesidade (BRASIL, 2011a); é fator predisponente para aumento dos valores de PA independente da idade e explica 20 a 30% da prevalência da hipertensão. O aumento de peso carrega consigo maior risco de desenvolver hipertensão; já uma redução da ingestão calórica levando à perda de 5 a 10 % do peso corporal favorece a diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático (BRASIL, 2006b);
- e) fatores socioeconômicos: as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades e dificuldades no acesso à informação, é sentida nos casos de hipertensão, pois está ligada diretamente à indivíduos com menor escolaridade e renda, o que vem comprometer às informações adquiridas para prevenção e controle;
- f) ingestão de sal: a maioria das populações consome mais sal que o recomendado pela OMS para a prevenção de doenças. O grande consumo de sal é um importante determinante de hipertensão e risco cardiovascular. A ingestão elevada é observada principalmente nos níveis sociais e econômicos mais baixos. Nos grupos populacionais com menor ingestão de sal, ocorre menor prevalência de PA elevada. O recomendado pelos especialistas é 5g / dia, devendo haver muita cautela e disciplina para não extrapolar a quantidade recomendada, o que pode ser conseguido em apenas uma única refeição; Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio, baseada em frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos (BRASIL, 2011a);

- g) ingestão de álcool: o uso prolongado do álcool não só aumenta a PA como também a mortalidade por DCV. A magnitude dos efeitos no organismo está relacionada à quantidade e à frequência da ingestão. A redução de valores elevados de PA está diretamente associada à redução do consumo de bebidas alcoólicas em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente com as refeições. Isso corresponde, para o homem, a ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada. Àqueles que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo é sugerido o abandono do consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006b);
- h) sedentarismo: estima-se que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física. Os indivíduos em franco sedentarismo estão 30% mais predispostos a desenvolver taxas elevadas de pressão arterial. Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade. Um exercício aeróbico tem grande potencial hipotensor em indivíduos hipertensos. Atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive a hipertensão, entre outras DCNT (BRASIL, 2011a).

Sendo assim, a prevenção, o tratamento e o controle da HAS de forma precoce são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Podem ser adotadas desde medidas medicamentosas ou não com o propósito de manter-se controlado os valores de pressão arterial.

Entre as recomendações não medicamentosas para prevenção da HAS, temos hábitos saudáveis de vida através de alimentação apropriada com consumo regular de leguminosas, verduras, cereais e menos gordura animal; consumo controlado de sódio e álcool, combate ao tabagismo, ao sedentarismo e obesidade com a prática de atividades físicas.

O tratamento medicamentoso tem o objetivo de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade entre os hipertensos; toda a terapia é feita mediante as condições clínicas apresentadas pelo próprio paciente e o grau de hipertensão.

Para que um tratamento adequado e eficaz seja obtido, assim como, se efetue a prevenção de outras doenças crônicas há a necessidade de uma abordagem multiprofissional, dando o suporte necessário em vários aspectos, visto que muitos iniciam o tratamento, porém não são regulares na manutenção e acompanhamento acabando por abandonar a terapêutica.

Esta prática não é rara entre os idosos brasileiros hipertensos, agravando ainda mais um quadro que vem geralmente acompanhado de comorbidades e fatores de risco que lhe são muito comuns nesta faixa etária (IBGE, 2010). Para eles tanto o tratamento medicamentoso como não medicamentoso é indicado uma vez que o objetivo é a redução gradativa da PA para valores abaixo de 140/90 mmHg.

Quando há casos de PA refratária³, valores iniciais de até 160 mmHg de pressão sistólica podem ser mantidos. Havendo um tratamento sistematizado, mantém-se um melhor controle o que implica em redução da mortalidade e em redução da incidência de déficit cognitivo e demência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Diante do exposto, entende-se que as políticas públicas voltadas para a saúde do idoso precisam de forma enfática contribuir com ações pautadas no reconhecimento imperioso da necessidade de um envelhecimento saudável; somente desta forma esta população poderá usufruir de um melhor estado de saúde com o passar dos anos (BRASIL, 2006b).

O envelhecimento saudável é caracterizado não pela ausência de doenças, mas principalmente pela sua capacidade funcional preservada, o que é possível desde que o contexto das práticas de saúde esteja voltado para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação desta população que por suas características naturais é tão vulnerável.

³É aquela que evolui com valores pressóricos acima de 140/90 mmHg em pacientes utilizando regularmente anti-hipertensivos distintos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

O idoso brasileiro deve e pode dispor da Atenção Básica, como uma das portas de entrada para a assistência à saúde, agindo como seu instrumento de auxílio nas DCNT, em especial a hipertensão, que lhe são comuns, porém não mandatórias. Ali os princípios que regem o Sistema de Saúde Brasileiro deverão garantir a melhor acessibilidade e melhor utilização dos serviços.

3.3 Acesso e utilização dos serviços de saúde

Considerado por Vasconcelos e Pasche (2006, p. 531) como um “arranjo organizacional do Estado Brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política”, o SUS, procura através dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, compensar, as desigualdades marcantes da saúde produzidas pela organização social. No plano do consumo, o acesso e a utilização dos serviços de saúde tendem a refletir uma parcela dessas desigualdades existentes na sociedade (BARATA, 2008).

Os termos, acesso, acessibilidade e utilização dos serviços estão inter-relacionados e associados sinonimamente. Segundo Schwartz, Ferreira e Maciel (2010), acesso é o ato de ingressar, é a entrada no serviço; Silva (2012) completa ao dizer que acesso à saúde representa a possibilidade de usufruir (utilizar-se) dos cuidados, sem entraves e com resolutividade o que endossa a afirmação de Penchansky e Thomas (1981) quando diz que o termo acesso é mais frequentemente empregado para caracterizar os fatores que influenciam o ingresso ou a utilização dos serviços. Para os mesmos autores, acesso representa o grau de “ajuste” entre o paciente e o “sistema”.

Embora no senso comum, muitas vezes acesso e acessibilidade sejam conceitos tratados de forma indistinta, alguns autores apontam a necessidade de marcar a diferenciação entre eles, descrevendo a acessibilidade como uma dimensão do acesso. Conforme Silva (2013), acessibilidade é vista como a maneira de alcançar os serviços; já Oliveira, Almeida e Oliveira (2012) dizem que é a possibilidade de acesso a um lugar ou conjunto de lugares ou características dos serviços de saúde que permitem que sejam facilmente utilizados pelos usuários potenciais.

Temos como exemplo a acessibilidade geográfica, que é tida como um fator importante, podendo atenuar ou ampliar a dificuldade no uso dos serviços

através do deslocamento em longas distancias com a utilização de transporte público, o que em áreas mais afastadas torna-se mais necessário, porém menos disponível. A presença de obstáculos geográficos pode fazer parte deste cenário, de maneira a impedir ou dificultar a chegada. A acessibilidade também pode apresentar-se prejudicada em muitas ocasiões, na falta de estrutura física das unidades de atendimento, o que vai repercutir negativamente na busca dos serviços.

A utilização dos serviços de saúde é uma expressão do acesso, equivale ao ingresso no sistema; e é constituída por fatores determinantes relacionados à necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença); características do usuário (idade, sexo, renda, educação, religião); prestadores e oferta de serviços (tempo de graduação, especialidade, experiência profissional, disponibilidade de médicos), e acesso geográfico (região de moradia). Segundo Travassos e Martins (2004), a influência de cada um destes fatores varia em função do tipo de serviço (ambulatório, hospital ou assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos).

A utilização é uma resposta às demandas do próprio usuário e se apresenta como resultado da interação do comportamento do individuo que procura cuidados e do profissional que o conduz e o acompanha (SCHWARTZ; FERREIRA; MACIEL, 2010). Corroborar com tal ideia, Reis et al. (2013), quando afirma que, a utilização dos serviços de saúde é resultante da interação entre o comportamento dos usuários e os profissionais de saúde. O comportamento dos usuários influencia o primeiro contato com o serviço, enquanto que as características dos profissionais influenciam a continuidade do cuidado. A interação usuário-profissional deverá agir transferindo as atenções para a família e a comunidade e apontar a integralidade das ações.

No processo de busca e utilização dos serviços, pode ocorrer o aparecimento de barreiras que podem gerar ao usuário oportunidades diferenciadas. Muitos caracterizam situações de injustiça social, ou seja, indivíduos com condições socioeconômicas favoráveis fazem melhor e maior uso dos serviços de saúde enquanto que os menos favorecidos se deparam com fatores dificultadores do acesso e, por conseguinte menor utilização dos serviços (LOUVISON et al., 2008).

Isto vem demonstrar que o acesso aos cuidados de saúde não pode ser discutido de forma isolada de outros problemas e que medidas focadas no contexto sócio econômico do cidadão precisam ser tomadas para que haja alcance de

resultados positivos. De acordo com Louvison et al. (2008), a equidade em saúde é a superação das desigualdades injustas em determinado contexto histórico e social, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por ações governamentais também diferentes

A redução das desigualdades é um dos desafios atuais no Brasil, que busca amadurecimento do seu Sistema de Saúde e se propõe a avanços voltados para a melhoria do acesso e acolhimento. Esta proposta aponta para a redução de obstáculos e facilitação na utilização dos serviços (OLIVEIRA; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2012).

Fatores diversos constituem-se embaraços no acesso e utilização de serviços, derivados na sua maior parte, do próprio arranjo organizacional do serviço oferecido; tais entraves são vistos de forma muito clara nas redes públicas de assistência à saúde, onde está um grande contingente da população que acredita e persevera nos seus direitos como dever do Estado. A dificuldade de atendimento, as altas demandas, a falta de organização de referência para serviços especializados, a ausência de ações para acolhimento, os obstáculos geográficos, longo tempo de espera são alguns destes fatores, encontrados logo na entrada do sistema.

A Atenção Básica funciona como uma das portas de entrada do Sistema de Saúde e fundamenta-se no acesso universal e contínuo a serviços de qualidade; conta com a Estratégia Saúde da Família, que neste contexto, segundo Sousa (2001), tem grande potencialidade, enquanto instrumento destinado à reorientação do modelo assistencial priorizando a integralidade nas práticas assistenciais, definindo responsabilidades entre os serviços de saúde e a população e adotando como foco a promoção da equidade e a redução de desigualdades através de ações programáticas, atividades domiciliares e articulação com a comunidade. Os entraves que surgem acabam por enfraquecer e corromper os resultados que a ESF poderia obter junto à comunidade na observância dos princípios do SUS nela inseridos.

O padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é predominantemente explicado por seu perfil de necessidades em saúde. Por isso que o uso está diretamente relacionado a fatores individuais e por extensão à fatores internos e externos ao local da prestação de serviços.

Existem diferenças marcantes caracterizadas por peculiaridades entre grupos populacionais, que vão influenciar diretamente no padrão de consumo. Os

seguimentos mais vulneráveis vão depender e buscar mais os serviços de saúde e se confrontar com as iniquidades presentes de forma sinistra no sistema evidenciando um descompasso entre a política oficial do SUS e a prática da ESF. A presença de desigualdades no uso de serviços reflete a desigualdade no risco de adoecer e morrer.

Usuários nos extremos da cadeia etária usam mais serviços de saúde pela maior ocorrência de doenças e maior necessidade de prevenção em comparação aos demais seguimentos populacionais. Outro componente também relevante no padrão do consumo é a influência sócio demográfica da área de moradia, que atua diminuindo as chances de uso dos serviços. É sabido que ações e cuidados da atenção básica à saúde são sensíveis à distância.

A renda familiar também faz sentir o seu efeito sobre o consumo de serviços de saúde por usuários moradores em áreas distantes como a zona rural, onde é comum padrão de vida mais baixo. Nestas áreas o maior acesso depende muito do poder aquisitivo e ainda assim, os que dispõem de condição financeira favorável, podem apresentar um estado de saúde comprometido (PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999). Este contexto resulta numa demanda reprimida, por contarem com menor disponibilidade de serviços em geral e menor oferta de serviços públicos de saúde e de boa qualidade.

As desigualdades sociais no consumo de serviços são resultantes das relações entre os fatores determinantes, por isso se faz necessário o entendimento dessas relações a fim de nortear ações voltadas para reduzir as desvantagens experimentadas por seguimentos menos privilegiados conclui Pinheiro e Travassos (1999).

Travassos e Martins (2004) afirmam que a qualidade dos cuidados e dos procedimentos pode impactar de forma positiva ou negativa a utilização dos serviços de saúde. Uma assistência diferenciada, pautada na integralidade e resolutividade contribuem para o avanço e a ampliação do acesso. Os profissionais em grande parte definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde, conclui Barbosa, Soares e Penna (2013).

De acordo com o mesmo autor, o diálogo entre usuário do serviço e o profissional ocupa lugar de relevância, pois permite a inserção do usuário no espaço assistencial, conformando um movimento contra as práticas de fragmentação na assistência.

No que concerne ao estado do Maranhão, segundo Brasil (2015), a Estratégia Saúde da Família apresenta uma cobertura de 84,0%, no entanto, parece tratar-se de apenas uma cobertura nominal, pois indicadores de saúde ainda sinalizam que a prioridade no estado deve ser a melhoria das condições de vida e da qualidade dos serviços de atenção básica. Para Reis et al. (2013), São Luís, sua capital, retrata de igual modo, a mesma situação com carência de consideráveis melhorias no processo de instrumentalização da ESF.

A realidade socioeconômica encontrada no Maranhão deve ser considerada como fator determinante de sua situação de saúde e de acesso aos serviços preventivos ou assistenciais, o que tem colocado o estado em uma posição desfavorável em relação aos indicadores. O estado maranhense assim como sua capital tem enormes desafios no que diz respeito a esta condição. Esforços devem ser envidados na melhoria dos serviços, por meio de qualificação dos profissionais, e redução das dificuldades a fim de cooperar na organização e avanço dos sistemas locais e regionais de saúde.

A qualidade do serviço de ser acessível é condição básica para que qualquer política pública, destinada a responder a qualquer necessidade social, alcance seus objetivos e impacte positivamente sobre o objeto de sua intervenção. No caso da política de saúde, em particular, a questão do acesso toma uma dimensão ruidosa, não apenas porque a legislação e as normas correspondentes enfatizam-no como elemento essencial ao desempenho do Sistema, nem do fato de haver uma dívida social enorme neste campo, mas, sobretudo, porque o “acesso à saúde” envolve dimensões complexas, face à complexidade das necessidades humanas, e à forma como tais necessidades se apresentam aos serviços de saúde (AZEVEDO, 2007).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de natureza do estudo

Estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos hipertensos.

4.2 Local do estudo e período da coleta dos dados

O estudo foi realizado na Vila Maranhão, zona rural de São Luís; está distante 22 km do centro da cidade e 15 km do perímetro urbano, é constituída de povoados circunvizinhos como Sítio São Benedito, Sítio Conceição, Porto Grande, Rio dos Cachorros, Taim, Cajueiro, Limoeiro e Camboa dos Frades (BRASIL, 2015a).

O estudo nesta área foi despertado pela provocação feita por representantes da comunidade local e pelo GEDMA (Grupo de Estudos de Desenvolvimento e Meio Ambiente) ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente para a realização de estudos sobre a saúde da população das áreas circunvizinhas ao polo industrial da cidade que sofriam com morbidades súbitas suspeitando-se estarem associadas com a presença das indústrias. Os estudos oriundos de tal provocação serviriam como base para uma análise teórica da relação entre a presença das indústrias e a saúde da população residente nesta localidade.

Diante do desafio de tal provocação que trouxe à baila a discussão das condições de saúde da população daquela região e da curiosidade instalada, em virtude de visitas pregressas, em conhecer mais sobre as condições de acesso aos serviços de saúde pelos moradores daquela localidade, é que a Vila Maranhão tornou-se objeto do estudo em foco. Área rural, apresentando a distância, como fator dificultador no acesso às Unidades de Saúde do centro da cidade é possuidora de uma Unidade Básica de Saúde que presta atendimento às demandas espontâneas da comunidade e também através da ESF.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), criada pela Lei nº 1.648, em 10 de janeiro de 1966, é um órgão diretamente subordinado a Prefeitura de São Luís, e tem como objetivo promover assistência médico-hospitalar, odontológica, de profilaxias, campanhas sanitárias e epidemiológicas de prevenção, bem como

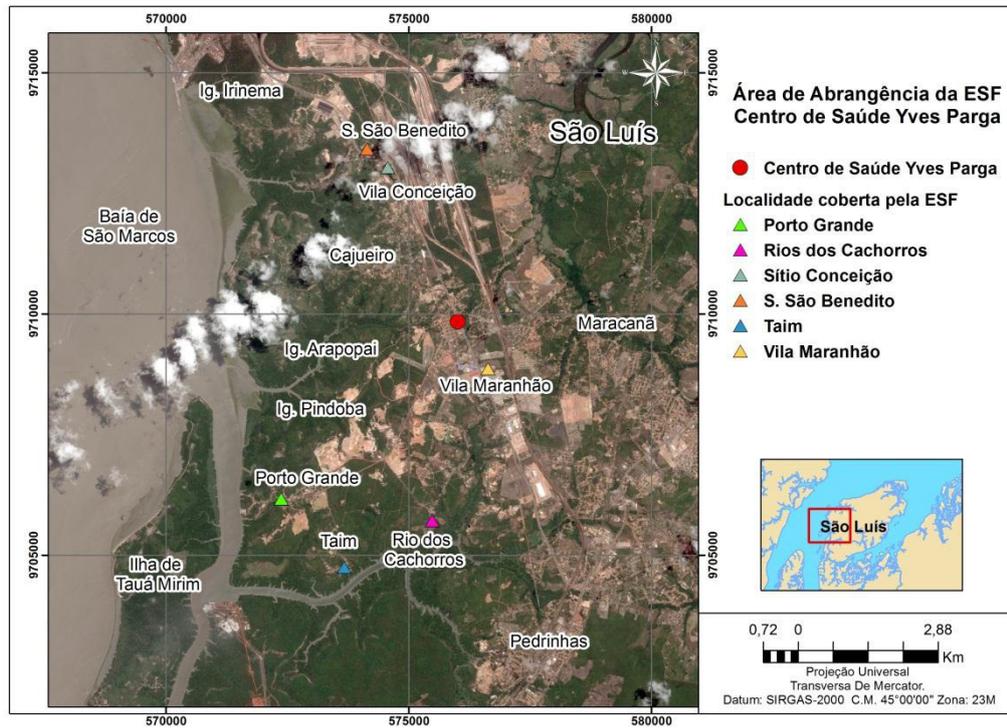
instituir o atendimento e acolhimento humanizado ao usuário da rede municipal de saúde. A sua atuação divide-se em assistência e vigilância em saúde; a primeira compreende atenção básica, média e alta complexidade e a segunda aborda vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental (PREFEITURA DE SÃO LUÍS, 2015b).

A rede de saúde do município de São Luís, de acordo com o CNES/março de 2015, possui 6 postos de saúde, 58 centros de saúde/unidade básica, 63 policlínicas, 19 hospitais gerais, 21 hospitais especializados, 4 unidades mistas, 3 prontos-socorros gerais, 2 prontos-socorros especializados, 2 unidades móveis terrestres, 20 unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência, 145 clínicas/centro de especialidade, 137 unidades de apoio diagnose e terapia, 2 farmácias, 9 centros de parto normal isolado, 4 hospitais/dia, 6 centros de atenção psicossocial, 5 unidades de pronto atendimento, 1 laboratório de saúde pública.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Maranhão, trata-se do Centro de Saúde Yves Parga, situado à Rua Principal, BR 135, Km 18, s/nº, pertencente ao distrito sanitário de Itaqui-Bacanga, um dos sete distritos de São Luís. Apresenta Programas de Atenção à Mulher, à Criança e ao Adulto. Oferece serviço de atenção ao pré-natal e puerpério, saúde bucal, serviço de atenção integral em hanseníase e tuberculose. Além disso, conta com duas equipes da ESF, composta por 2 Médicos, 2 Enfermeiros, 2 Cirurgiões Dentistas, 3 Técnicos de Enfermagem e 9 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), abrangendo os povoados de Vila Maranhão, Porto Grande, Taim, Rio dos Cachorros, Sítio Conceição e Sítio São Benedito.

Logo abaixo, observamos na figura 2, mapa da localização do Centro de Saúde Yves Parga na Vila Maranhão e aglomerados circunvizinhos que são beneficiados no atendimento da ESF da Unidade e na figura 3, fachada da Unidade Básica de Saúde.

Figura 2 – Mapa de localização do Centro de Saúde Yves Parga / Vila Maranhão, 2015



Fonte: Prefeitura de São Luís (2015a).

Figura 3 – Fachada do Centro de Saúde Yves Parga / Vila Maranhão, 2015



Fonte: Acervo fotográfico da autora.

A entrevista para coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, no domicílio do idoso entre os meses de fevereiro e maio de 2014 com duração média de 20 minutos de segunda a sexta feira e nos finais de semana.

A concordância em participar do referido estudo foi obtida e respeitada, informando-se previamente ao entrevistado os objetivos da pesquisa e dirimindo as dúvidas que surgiram. Foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A), que objetiva esclarecer e proteger o sujeito da pesquisa, assegurando o seu bem-estar. É dada garantia de inteira confidencialidade e utilização das informações somente nesta pesquisa. Os entrevistados foram orientados quanto à liberdade de recusa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para os participantes.

Algumas das entrevistas foram acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que se faziam presentes a fim de facilitar e orientar a localização das residências, uma vez que a dificuldade era patente para encontrar os endereços na zona rural. Após a entrevista era feita a verificação da PA do idoso pela pesquisadora a fim de constatar valores e averiguação dos medicamentos utilizados.

Para obtenção de dados secundários do estudo utilizou-se informações da base de dados nacionais, como DATASUS, IBGE e SEMUS, INCID, SMTT, além de visita à Promotoria do Idoso. Na figura 4 observamos os registros fotográficos feitos das localidades visitadas e dos entrevistados.

Figura 4 – Localidades e entrevistados / Vila Maranhão, 2015



Fonte: Acervo fotográfico da autora.

4.3 População do estudo

A população alvo do estudo foi constituída de idosos de ambos os sexos. Levou-se em consideração a classificação da OMS, que determina para países em desenvolvimento, como o Brasil, o idoso com idade igual ou superior a 60 anos.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão para participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram que os idosos participantes deveriam estar cadastrados na ESF do Centro de Saúde Yves Parga, apresentar diagnóstico de hipertensão estando em uso ou não de terapia medicamentosa, ser residente da Vila Maranhão há pelo menos um ano, apresentar capacidade cognitiva preservada e que aceitaram participar da pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa aqueles idosos sem diagnóstico de hipertensão, com declínio cognitivo, que não se encontravam no domicílio após três tentativas e que participaram do estudo piloto. Do total de 247 hipertensos cadastrados, 185 eram idosos, havendo 21 perdas, entre estas conferindo 1 óbito, 5 entrevistas como teste piloto, 13 não encontrados e 2 com capacidade cognitiva prejudicada. Estando aptos a responder, foram encontrados 164 idosos sendo assim entrevistados; destes nenhum se recusou a participar da pesquisa.

4.4 Instrumento de coleta

Foi utilizado para esta pesquisa como instrumento de coleta, um formulário elaborado a partir de questionário validado da OMS, sobre acesso e utilização dos serviços de saúde para adultos. Vale mencionar que para definição da versão final do formulário utilizado, realizou-se entrevista para estudo piloto objetivando correções e melhor adequação das perguntas a serem realizadas. Os entrevistados no estudo piloto não participaram da pesquisa final.

O instrumento foi constituído de perguntas fechadas e abertas, totalizando 28 questões, constituindo-se de duas partes (APÊNDICE B). A primeira delas refere-se ao registro dos dados sócio econômicos, demográficos e hábitos de vida dos idosos constando: sexo, idade, cor, escolaridade, estado civil, ocupação,

religião, tipo e arranjo de moradia, renda familiar, uso de planos de saúde, comorbidades e hábitos como etilismo, tabagismo, atividade física, lazer e refeição.

A segunda elenca informações sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde e a percepção dos idosos sobre o assunto, tais como: ocorrência e frequência de visitas da equipe da ESF e os serviços oferecidos no domicílio, frequência das visitas dos idosos hipertensos ao Centro de Saúde, dificuldades geográficas e de transporte para o deslocamento, profissionais mais procurados, nível de satisfação quanto ao atendimento, procura por outras Unidades de Saúde e dificuldades na obtenção dos serviços. As respostas das perguntas abertas foram transcritas e categorizadas para posterior organização em tabelas de acordo com sua classificação.

Para a aplicação precisa e segura dos formulários, previamente à entrevista foi realizado o Miniexame do Estado Mental (MEEM) elaborado por Folstein em 1975 (ANEXO C), para avaliação da função cognitiva dos idosos; sendo este, um dos testes mais empregados em todo o mundo para este tipo de avaliação (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

4.5 Análise dos resultados

Os dados coletados foram organizados e analisados no programa Microsoft Excel® 2013 e importados para a análise no *software* de tratamento estatístico (BioEstat - Versão 5.3) no qual foram geradas as tabelas e analisados através de uma estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram expressas em frequências (absolutas e relativas). Avaliou-se a associação da dificuldade do acesso com renda familiar e satisfação com os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, respectivamente. Para a interpretação estatística dos resultados, em todas as tabelas e testes foi adotado nível de significância inferior a 5% ($p < 0,05$).

4.6 Aspectos éticos

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa “Condições crônicas em idosos atendidos na estratégia saúde da família em São Luís-MA”. Atendendo às recomendações da Resolução nº 466/12, garantindo o caráter sigiloso das respostas e o anonimato dos participantes a pesquisa foi apreciada e aprovada em 22 de

outubro de 2012 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD) com Parecer nº 128.21.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo caracterizou idosos hipertensos cadastrados na ESF do Centro de Saúde Yves Parga, Unidade Básica de Saúde da Vila Maranhão, zona rural de São Luís. A oportunidade da investigação nos proporcionou identificar dificuldades referidas pela população idosa ali cadastrada e assistida, a respeito da acessibilidade e do uso dos serviços de saúde oferecidos no local. Possibilitou-nos também a reflexão sobre o atendimento prestado e a eficiência na resolutividade da demanda apresentada.

A seguir, temos expressado em tabelas os resultados da pesquisa, obtidos através da aplicação de formulários, a 164 idosos hipertensos cadastrados na ESF.

A tabela 1 se refere às características sócio econômicas e demográficas da população estudada.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo as características sócioeconômicas e demográficas. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
De 60 a 64 anos	33	20,12
De 65 a 69 anos	35	21,34
De 70 a 74 anos	37	22,56
De 75 a 79 anos	30	18,29
80 anos ou mais	29	17,68
Total	164	100,00
Sexo		
Masculino	58	35,37
Feminino	106	64,63
Total	164	100,00
Cor		
Preto	55	33,54
Branco	4	2,44
Pardo	103	62,80
Amarelo	2	1,22
Índigena	0	0
Total	164	100,00
Escolaridade		
Analfabeto ou Analfabeto funcional	73	44,51
Ensino fundamental	82	50,00
Ensino médio	6	3,66
Ensino superior	3	1,83
Total	164	100,00
Estado civil		
Solteiro	6	3,66
Casado	85	51,83
Separado/Divorciado	15	9,14
Viúvo	58	35,37
Total	164	100,00
Religião		
Católico	114	69,51
Evangélico	43	26,22
Sem religião	4	2,44
Outra	3	1,83
Total	164	100,00
Arranjo Moradia		
Mora somente com o cônjuge	29	17,68
Mora com filhos e netos	119	72,56
Mora com cuidador	2	1,22
Mora sozinho	14	8,54
Total	164	100,00
Tipo de moradia		
Taipa	12	7,32
Alvenaria	152	92,68
Total	164	100,00
Ocupação		
Dona de casa	11	6,70
Aposentado (a)	128	78,05
Pensionista	16	9,76

Outras	9	5,49
Total	164	100,00
Renda familiar		
Um salário mínimo	54	32,93
Dois salários mínimos	76	46,34
Três salários mínimos	22	13,41
Mais de três salários mínimos	12	7,32
Total	164	100,00
Possui plano de saúde		
Não	154	93,90
Sim	10	6,13
Total	164	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Podemos observar que entre os idosos entrevistados, 22, 56% deles apresentam-se com idade entre 70 e 74 anos, imediatamente seguida por aqueles com idade entre 65 e 69 anos perfazendo 21,34% da amostra.

Quanto ao gênero, dos idosos hipertensos cadastrados na ESF na Vila Maranhão obtemos uma representatividade de 64,63% de mulheres e os homens representando pouco mais da metade desse contingente com 35,37%

No tocante a cor da pele auto declarada, vamos encontrar dos entrevistados, a predominância de 62,80% de idosos pardos e 33,53% de cor preta.

Dos idosos inquiridos, 50,0% deles informam ter ensino fundamental. Os que são analfabetos ou alfabetizados funcionais somam 44,51% e aqueles com ensino médio e superior somam 3,66% e 1,83% respectivamente. Lembrando que nestas classificações, incluem-se os que concluíram ou não.

A respeito do estado civil, constatou-se que mais da metade dos idosos encontram-se casados, seguida por uma parcela representativa de viúvos, totalizando respectivamente 51,83% e 35,37%.

A religião ainda é bem presente na vida destes idosos, sendo que 69,51% deles denominam-se católicos, 26,22% evangélicos e apenas 2,44% deles informam não possuir religião.

A maioria deles ainda tem em casa a companhia de filhos e netos, totalizando 72,56% daqueles que moram com toda a família; moram em casa de alvenaria um total de 92,68%.

Em grande parte são aposentados – 78,05%; dispõem de 2 salários

mínimos como renda familiar – 46,34%; e não possuem plano de saúde – 93,90%.

O envelhecimento populacional é um desafio para a saúde pública contemporânea porque indivíduos nos extremos da cadeia etária usam mais serviços de saúde pela ocorrência mais comum de doenças e pela maior necessidade de prevenção, em comparação com o restante da população. As diferenças sociais e regionais são responsáveis pela exacerbação de fatores de risco e de agravos nesse grupo que se apresenta vulnerável.

No presente estudo, dentre a população referida, houve uma variação na faixa etária entre 60 e 98 anos, apresentando uma média de idade de 72,2 anos. Aqueles, considerados “idosos jovens” conforme denominação de Bertuzzi, Paskulin e Moraes (2012), na faixa de 60 a 79 anos vêm contrastar em prevalência com aqueles considerados longevos (acima de 80 anos); que se apresentam em menor número, porém não menos importantes.

A frequência dos longevos nesta casuística fica representada em 17,68%. Segundo dados do IBGE (2010), dentre os idosos, é o grupo que mais cresce. A representatividade encontrada se equipara à frequência nacional em 2000, onde as pessoas com 80 anos ou mais representavam 17,1% da população com expectativa de crescimento para 28,1% em 2050 (PORCIÚNCULA, 2012).

Na distribuição por sexo neste estudo, as mulheres de longe predominam sobre os homens; esta é a tendência apresentada pelo IBGE; isto pode ser explicado devido a diferenças no ritmo do crescimento populacional entre homens e mulheres, principalmente relacionado à mortalidade diferencial por sexo além de outros fatores como exposição a fatores de risco à saúde como álcool e tabaco e diferenças na atitude em relação às muitas doenças. As taxas de utilização de serviços de saúde são maiores nas mulheres conforme relata Travassos et al. (2004). Isto confirma a feminização do envelhecimento de forma célere no Brasil (VERAS, 2003).

Importante mencionar que na zona rural, Weisheimer (2005) refere-se à população, como masculinizada, uma vez que no Brasil, a partir da década de 60, ocorreu o êxodo rural de predomínio feminino; já para Moraes, Rodrigues e Gerhardt (2008), na zona rural o número de mulheres idosas pode se apresentar maior devido à migração masculina ainda na fase produtiva tendo como razões as dinâmicas sócio econômicas e também culturais;

Quanto à identificação da cor nesta pesquisa a maioria se auto declarou

como parda e preta. O Brasil é um país continental, de grandes diversidades raciais e históricas e o Maranhão é um estado com adaptação afro descendente, o que o destaca como um estado de grande contingente de negros (OLIVEIRA et al., 2010).

As diferenças sociais entre brancos e pretos já remontam às épocas passadas; de acordo com Lopes (2005) elas trazem experiências desiguais no nascer, viver, adoecer e morrer. A etnia em si não promove a vulnerabilidade, mas inserção social advinda de um grupo racial étnico sim.

Para Oliveira et al. (2010), a escolaridade serve como um indicador da situação econômica e de saúde. Outros autores corroboram com o resultado deste estudo quando apontam o analfabetismo ou o ensino fundamental como maior grau de escolaridade alcançado pelos idosos, especialmente aqueles residentes de áreas rurais, até pela dificuldade de acessar o sistema de ensino e também pelas desigualdades na oferta. Moraes, Rodrigues e Gerhardt (2008) mencionam que estudos apontam a baixa escolaridade como fator de deterioração geral da saúde nas áreas rurais.

No Brasil há maior proporção de casados entre os idosos do que entre as idosas afirma Bertuzzi, Paskulin e Moraes (2012). Na pesquisa aqui realizada, encontramos uma confirmação da representatividade nacional; englobando ambos os sexos, temos um valor maior e bem significativo quando comparado àqueles que se encontram viúvos, separados/divorciados ou solteiros. O resultado obtido nesta casuística de 35,37% para os viúvos, encontra-se dentro do intervalo dos resultados obtidos por Oliveira et al. (2010) e Tavares et al. (2011), quando estes apontam um valor para a viuvez de 25% e de 62%, respectivamente para população idosa de estudos realizados na zona rural.

Ainda para Bertuzzi, Paskulin e Moraes (2012) a viuvez está mais presente no gênero feminino; pois geralmente apresentam uma expectativa de vida maior em relação ao cônjuge, também por casarem-se mais jovens que os esposos, e dificilmente voltarem a se casar. Já entre os homens na ocorrência da viuvez, há maior probabilidade de recasamento.

A religiosidade ainda é bem marcante entre os idosos da zona rural; A maioria dos idosos do estudo é devota da Igreja Católica; este resultado corrobora outros estudos realizados em comunidades rurais como demonstra Oliveira et al. (2010) ao apresentar uma taxa de mais da metade de idosos católicos, com 59,4% e Bertuzzi, Paskulin e Moraes (2012) quase a totalidade com 97,2%

A oportunidade de participar de uma comunidade religiosa permite ao idoso manter-se ativo na vida social, exercitar a fé e a oração, elementos importantes para se defrontar com possíveis conflitos, rupturas e perdas que começam a se tornar comuns nesta fase.

No arranjo de moradia da população desta casuística, foram encontrados diferentes tipos, conforme observamos na tabela 1. Houve predomínio de arranjos tri geracionais, ou seja, em que o idoso reside com filhos e netos – 72,56%, seguido de longe por aquele arranjo em que o idoso vive somente com o cônjuge – 17,68%. Percebe-se que o arranjo solitário tem uma representatividade de 8,54%.

Estes resultados pouco diferem dos resultados de outras casuísticas na zona rural, que trazem valores aproximados para os idosos que moram sozinhos como 8,3%; aqueles que moram somente com o cônjuge – 19,4% e aqueles que apresentam arranjo tri geracional – 50,1%, como mostra a pesquisa de Bertuzzi, Paskulin e Morais (2012). Estão também confirmando os valores nacionais para os idosos que residem com filhos e/ou outros que é de 43,2% (IBGE, 2010).

A coresidência entre idosos e filhos tem sido uma prática generalizada, algumas vezes os idosos são os beneficiados outras vezes os filhos.

Em estudos relatados por Bertuzzi, Paskulin e Morais (2012), idosos que moravam com a família quando comparados com idosos que residiam sozinhos, apresentavam maiores índices de auto-estima, saúde-física, apoio familiar e comportamentos preventivos de saúde, como nutrição adequada e atividades físicas. Portanto pode-se afirmar que a família representa um fator de proteção à saúde, especialmente no meio rural, onde os serviços sociais de saúde são escassos ou inexistem.

Percebe-se também que a grande maioria (92,68%) dos idosos reside em casas de alvenaria que lhe são próprias, indicando muitas vezes que na rede de apoio familiar, ele não só recebe, mas também presta ajuda àqueles com quem reside, albergando toda a família. O apoio é mútuo com permuta de segurança econômica, emocional e assistencial (CALDAS, 2003).

Às vezes a coresidência se estabelece por períodos longos devido à dependência econômica dos filhos e netos, que não alcançaram melhores oportunidades de emprego, devido ao mercado de trabalho instável (BERTUZZI, PASKULIN, MORAIS, 2012).

Corroboramos os resultados obtidos em outros estudos quando vemos

que a maioria dos idosos entrevistados (78,05%), encontra-se aposentada, e outra parte deles acha-se como pensionista (9,76%). Na zona rural de Minas Gerais estudos apontam 50,6% de aposentados (TAVARES et al., 2011).

Estar aposentado não significa um fim do trabalho em si mesmo, porque apesar de aposentados por idade ou por tempo de serviço, continuam lidando com seus labores mesmo em casa ou em alguns outros casos, em trabalhos informais na própria comunidade. Para muitos deles deixar de trabalhar é anúncio de decadência e desgraça.

Para Tavares et al. (2011), as donas de casa exclusivas e outros que ainda continuam a trabalhar em ofícios distintos (Porteiro, Tec. de Enfermagem, etc.) constituem a minoria, representando 6,70% e 5,49% respectivamente. É importante ressaltar que mesmo aposentadas muitas mulheres agora idosas, continuam a exercer as atividades domésticas, até quando existirem condições físicas para tal, ocupando muito do seu tempo; contudo os homens em algumas situações podem estar sujeitos ao ócio, o que leva a possíveis agravos, como o alcoolismo por exemplo.

Em relação à renda os achados apresentaram percentual de 46,34% para aqueles que possuem até 2 salários mínimos e 32,93% para os que recebem até 1 salário mínimo. Constata-se que o rendimento familiar é inversamente proporcional à frequência dos respondentes; outra porção bem menor da população estudada, 13,41% e 7,32% respectivamente, recebe entre 3 e mais de 3 salários mínimos.

Para Camarano (2001), muitos idosos apresentam somente a aposentadoria como única fonte de renda, o que os expõe à vulnerabilidade social. Os resultados obtidos, na opinião de Tavares et al. (2011), deixa claro a necessidade de uma política previdenciária para os idosos que venha impactar de forma positiva, além de oferecer serviços adequados pelo SUS para o acompanhamento de sua saúde. Uma vez que dependem da gratuidade para o atendimento.

Paskulin, Valer e Vianna (2011), utilizando a PNAD, colocam que a utilização de serviços de saúde em postos ou centros de saúde diminuem à medida que o rendimento familiar mensal aumenta; confirma também que outros estudos demonstraram que as classes econômicas mais privilegiadas ou de mais alta escolaridade utilizam mais os serviços privados ou planos de saúde, enquanto que as classes menos favorecidas dependiam exclusivamente do SUS.

O inquérito presente traz valores expressivos para os que não utilizam planos de saúde de 93,90% e 6,13% para aqueles que dispõem de plano de saúde. Estes resultados se relacionam e confirmam a condição sócio econômica da população em evidência neste estudo, que necessita e depende em sua esmagadora maioria dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, que no contexto deles como moradores da zona rural é representado pela Atenção Básica do local que serve como porta de entrada e que dá acesso para a utilização dos serviços disponíveis.

A PNAD 2003 relata 29,8% da população idosa do Brasil está coberta por plano de saúde; A utilização dos planos ocorre por parte das classes mais favorecidas. Para os idosos, a adesão ao plano de saúde transmite uma sensação de segurança, de atendimento em qualquer momento. Para aqueles que fazem uso exclusivamente do atendimento público, faz-se se necessário, implementar ações de promoção e prevenção de doenças, atendendo aos princípios da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa afim de que a segurança buscada seja de fato encontrada ao abrir-se a porta do Sistema de Saúde Brasileiro.

A seguir na tabela 2 verificamos a distribuição da amostra segundo as comorbidades mais referidas.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo as principais comorbidades referidas. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís – MA, 2015

(continua)

Variáveis	n	%
PRESSÃO ARTERIAL		
Controlada	47	28,66
Não controlada	117	71,34
Total	164	100,00
Diabetes mellitus		
Não	130	79,27
Sim	34	20,73
Total	164	100,00
Artrose		
Não	128	78,05
Sim	38	21,95
Total	164	100,00
Osteoporose		

Não	125	76,22
Sim	39	23,78
Total	164	100,00
Histórico de AVC		
Não	122	74,40
Sim	42	25,60
Total	164	100,00
Cardiopatias		
Não	146	89,02
Sim	18	10,98
Total	164	100,00
Outras morbidades		
Não	9	5,49
Sim	155	94,51
Total	164	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis são necessários esforços conjuntos e parcerias multissetoriais, no apoio às políticas de prevenção às DCNT. É visto pela tabela 2 que além da hipertensão já instalada, outros estados mórbidos acompanham os idosos estudados nesta pesquisa. Isto apenas reflete a situação que é conhecida mundialmente, quando os idosos de um modo geral, com o passar da idade estão propensos a desenvolver uma ou mais DCNT que por sua vez podem agravar o quadro clínico de outras doenças (MALTA; SILVA JR, 2013).

A hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Com esse critério a prevalência na população brasileira varia.

Por ser assintomática na maior parte do seu curso, o diagnóstico e tratamento da HAS é frequentemente negligenciado, tornando a adesão a um tratamento sistemático, enfraquecida e sem o efeito esperado. Por isso mesmo, estes são os principais fatores que determinam um baixo controle aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos protocolos, recomendações e acesso facilitado a medicamentos.

A motivação e a manutenção do tratamento torna-se um grande desafio, que tem como objetivo principal a redução paulatina da PA para níveis abaixo de 140/90 mmHg. A seguir no quadro 3, classificação da PA em adulto.

Quadro 3 – Classificação da PA em adultos

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD(mmHg)
Normal	< 120	<80
Pré-hipertensão	120 a 139	80-89
HIPERTENSÃO		
Estágio I	140 - 159	90-99
Estágio 2	≥160	≥100

Fonte: BRASIL (2006b).

Em meio a totalidade dos entrevistados, observamos frequência de PA controlada⁴, em 28,66% deles e aquelas consideradas não controladas com representação de 71,34%. A média obtida da Pressão Arterial Sistólica (PAS) foi de 144,44 mmHg e os valores variaram de 100 a 220 mmHg enquanto que a média da Pressão Arterial Diastólica (PAD) foi de 86,23 mmHg com valores variando entre 60 e 120 mmHg.

É importante dizer que o tratamento medicamentoso nestes idosos, variava de monoterapia, quando era usado um só medicamento, à terapia combinada, envolvendo dois ou mais agentes anti-hipertensivos.

A seguir as principais morbidades associadas à HAS que foram referidas pelos idosos, com suas respectivas frequências: Diabetes mellitus – 20,73%; Artrose – 21,95%; Osteoporose – 23,78%; Acidente Vascular Cerebral (AVC) – 25,60%; cardiopatias – 10,98% .

De acordo com resultados de Moraes (2008), as morbidades mais citadas pelos idosos além da hipertensão (21,89%), foram o reumatismo (30,65%), problemas de coluna, (28,46%), insônia (27,00%), catarata (21,89%), problemas de nervo (19,70%) e problemas cardíacos (16,78%); enquanto que Oliveira (2010) menciona a hipertensão (45,4%) e o diabetes (12,5%) como as mais frequentes.

A coexistência dessas morbidades, na vida do idoso não o impossibilita de buscar e alcançar uma qualidade de vida melhor, nesse processo de

⁴Aquela com valor de PAS inferior a 140mmHg e PAD inferior a 90mmHg (BRASIL, 2006b).

envelhecimento. A detecção precoce dessas morbidades e por extensão seu tratamento adequado e contínuo controle, reduz significativamente a mortalidade.

Muitas vezes o estilo de vida, envolvendo hábitos no comer, no viver e no beber determinam a existência de tais doenças. Há, porém algo em que se animar, as taxas elevadas podem ser minimizadas com adoção de ações na promoção e manutenção da saúde. As DCNT não são consequências inevitáveis do envelhecer; as ações políticas podem efetivar melhores dinâmicas de vida, inclusive promovendo a melhoria dos serviços ofertados pelo SUS, especificamente pela atenção básica, que se constitui o acesso primário à saúde para os idosos ruralistas.

A tabela 3 mostrada a seguir, refere-se aos hábitos de vida apresentados pela população pesquisada.

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo hábitos de vida. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015

Variáveis	n	%
Tabagismo		
Não	150	91,46
Sim	14	8,53
Total	164	100,00
Etilismo		
Não	144	87,08
Sim	20	12,19
Total	164	100,00
Atividade física		
Não	134	81,70
Sim	30	18,29
Total	164	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Os resultados encontrados neste estudo foram positivos para as variáveis tabagismo e etilismo no que tange aos seus valores. Foi verificado apenas 8,53% de fumantes e 12,19% que afirmam ingerir bebida alcóolica. Este resultado assemelha-se a outros estudos em áreas rurais onde apenas 16 deles entre mais de 100 mantinham o hábito de fumar; e a ingestão de bebidas apresentou-se reduzida, sendo que as mulheres são apontadas como a maioria daqueles que não bebem, ou seja, 77,1% dos casos (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Confirma-se por Costa Neto et al. (2013), resultados semelhantes, onde

apenas 12,0% das pessoas fumavam cigarro, e 9,3% dos idosos consumiam bebida alcoólica. Em contra partida, pode-se observar na tabela acima que a maior parte dos idosos não pratica atividade física, correspondendo a 81,70 % dos casos o que também é confirmado por Costa Neto, que mostrou no seu estudo 61,3% de inatividade física entre idosos.

Os idosos da Vila Maranhão avaliados no estudo, são pequenos consumidores de fumo e álcool, o que é positivo para a saúde; no entanto, consumir bebida alcóolica e tabaco resulta de escolhas pessoais ou de influencias sociais e da escolaridade, podendo haver mudanças no padrão de consumo; juntos estes aspectos atuam sobre o comportamento não só de idosos mas também de jovens.

O tabagismo é considerado pela OMS como a principal causa de morte evitável em todo o mundo e o etilismo tornou-se um problema também mundial e de importância crescente entre os idosos, porém ainda pouco avaliado e discutido, apesar do crescimento acelerado desse grupo etário. Ambos assim como o sedentarismo são fatores predisponentes para a instalação de quadro hipertensivo, e desencadeamento de doenças cardiovasculares; o que leva ao comprometimento da qualidade de vida e ao aumento da utilização de serviços de saúde, além de associação pungente com a mortalidade de idosos.

A prática de atividade física de forma sistemática e regular, com todos os benefícios que ela traz, como controle de peso, redução da hipertensão entre outros; abandono do tabagismo e consumo controlado de álcool são orientações que devem ser fornecidas, independente da faixa etária, ou de morbididades existentes. Aos idosos hipertensos de modo especial, tais orientações de hábitos saudáveis devem ser dadas, respeitando suas características regionais, culturais e sócio econômicas; estas uma vez praticadas terão impacto positivo na redução de DCNT.

A ESF transformou-se no veículo facilitador da Atenção Básica para a condução de informações às famílias rurais, o que pode ajudar a melhorar o modo de pensar e o estilo de vida inadequado, adotados por muitos por puro desconhecimento. Ações educativas, que interfiram no processo de saúde-doença, devem ser incrementadas, bem como o incentivo à mobilização e à participação da comunidade, com o intuito de efetivar o controle social (BRASIL, 2011a). Desta forma o vínculo de compromisso e confiança se estabelece entre profissional, usuário e família, refletindo assim na saúde do idoso.

Na tabela 4, verificamos as características da atuação da equipe da ESF

nos domicílios dos idosos.

Tabela 4 – Características da atuação da equipe Estratégia Saúde da Família nos domicílios. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015

Variáveis	n	%
Frequência de visita no domicílio		
Às vezes	11	6,71
Uma vez ao mês	120	73,17
Duas vezes ao mês	5	3,05
Não	28	17,07
Total	164	100,00
É orientado por Agentes comunitários de saúde		
Não	45	27,44
Sim	119	72,56
Total	164	100,00
Vacina no domicílio		
Não	148	90,24
Sim	16	9,76
Total	164	100,00
Consulta médica no domicílio		
Não	160	97,56
Sim	4	2,44
Total	164	100,00
Consulta de enfermagem no domicílio		
Não	151	92,07
Sim	13	7,93
Total	164	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

O idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde, porque o processo de envelhecimento diminui a capacidade de acesso e a sua disponibilidade para se deslocar em diferentes níveis de atenção. Para muitos deles, qualquer dificuldade torna-se motivo para interromper a continuidade da assistência à saúde. Faz-se necessário empenho, e um atendimento acolhedor e comprometido a fim de conquistar e garantir atenção integral à saúde do idoso.

Essa atenção integral deve ser praticada logo na porta de entrada do sistema de saúde; ali o cuidado deve iniciar-se com o ato de receber, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, reforçando um vínculo entre profissional e usuário, característica primária da ESF

(BRASIL, 2011b).

Apesar das mudanças propostas a fim de dinamizar e qualificar o atendimento, o sistema de saúde ainda não está estruturado satisfatoriamente para atender a demanda desse seguimento populacional. Muitas vezes a falta de serviços ambulatoriais e no domicílio faz com que os primeiros atendimentos ocorram já em estágio avançado diminuindo as chances de um prognóstico favorável e aumentando os custos, além de não obter os resultados esperados na recuperação da saúde e nem na melhoria da qualidade de vida.

Na Atenção Básica, a ESF deve apresentar uma dinâmica facilitadora de entrada no sistema de saúde; veio como instrumento de organização e estruturação de um novo modelo assistencial, fugindo da prática hospitalocêntrica e avançando na identificação de problemas a fim de que possam ser bem conduzidos, dando suporte no diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Apesar de ser um arranjo organizacional bem estruturado, na prática ainda não se apresenta resolutive.

Observamos na tabela 4, resultados obtidos na investigação quanto a atuação da equipe da ESF do Centro de Saúde Yves Parga, UBS de referência da Vila Maranhão, no domicílio do idoso hipertenso. Vimos que a frequência de visita da equipe variou entre: às vezes (6,71%), uma vez (73,17%), duas vezes (3,05%), e não ter recebido visita domiciliar (17,07%).

A atenção ao usuário deve ser realizada não apenas na UBS, mas em domicílio, na área de cobertura da ESF, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado. Percebe-se que a maior parte das visitas domiciliares da equipe da ESF foi mensal e que aqueles que não receberam visita ao longo do ano constituíram o segundo maior grupo. O ACS, que é o mais frequente da equipe nessas visitas, mantém como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior (BRASIL, 2011b).

Para Oliveira e Menezes (2011), alguns idosos de seu estudo, afirmaram ser raro receber visita da ESF. A dificuldade ou falta de transporte disponibilizado pela própria UBS para deslocamento em determinadas áreas da zona rural, foi apresentada como justificativa da não realização de algumas visitas.

O serviço de imunização é realizado na UBS durante período de campanhas ou não. Para aqueles com capacidade funcional prejudicada,

impossibilitados de se deslocarem à Unidade ou por terem perdido o período de campanha de imunização anunciado, é realizado um novo momento de imunização na comunidade, com aviso prévio por parte dos ACS. Confere-se no exposto que 9,76% dos idosos hipertensos fizeram uso do serviço no domicílio.

A respeito das consultas médicas e de enfermagem no domicílio, observa-se baixa frequência. De acordo com os idosos, são realizadas exclusivamente nos casos dos pacientes com mobilidade prejudicada, restritos ao leito sem nenhuma possibilidade de fazerem acompanhamento regular no Centro de Saúde. Registramos apenas 4 consultas médicas e 13 de enfermagem perfazendo um total de 2,44% e 7,93% respectivamente. Na percepção de muitos idosos do estudo de Oliveira e Menezes (2011), o Enfermeiro não aparece como profissional presente e atuante; na atenção dada pela equipe dão ênfase para as ações desenvolvidas pelos ACS que os visitam com mais frequência.

Compreende-se que o Enfermeiro assim como os outros profissionais da ESF necessita desenvolver mais ações no domicílio com atendimento voltado ao seguimento idoso, que devido a muitas limitações instaladas pelas comorbidades com as quais convivem, são impedidos de deslocarem-se e usufruírem de uma atenção integral junto à UBS. Precisam ser olhados com interesse, para que também nesse grupo sejam colocados em prática os princípios dos SUS existentes na ESF, garantindo um atendimento de qualidade, integral e equânime..

Tavares et al. (2011) comenta que a ESF apresenta papel relevante no desempenho de ações de saúde voltadas à população residente na zona rural. Os profissionais precisam estar disponíveis e também qualificados, tendo em vista especificidades culturais, socioeconômicas, além das barreiras geográficas existentes nessas localidades, ainda mais acentuada para essa clientela.

Na tabela 5, vamos nos deter nos serviços oferecidos na UBS que são mais procurados pelos idosos hipertensos.

Tabela 5 – Características dos serviços procurados na UBS. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015

Variáveis	n	%
Frequenta a Unidade Básica de Saúde		
Sim	106	64,63
Não	3	1,83
Às vezes	55	33,54
Total	164	100,00
Consulta médica		
Não	40	24,40
Sim	124	75,60
Total	164	100,00
Consulta de Enfermagem		
Não	146	89,02
Sim	18	10,98
Total	164	100,00
Receber medicamento		
Não	105	64,02
Sim	59	35,98
Total	164	100,00
Vacinação		
Não	67	40,85
Sim	97	59,15
Total	164	100,00
Aferição espontânea da PA		
Não	113	68,90
Sim	51	31,10
Total	164	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Dos idosos entrevistados quase a totalidade informou frequentar a UBS, sendo que 64,63% informou uma frequência mais assídua, enquanto que outra parcela, 33,54% informou frequentar apenas às vezes. Um número mínimo diz não frequentar a UBS (1,83%).

Para os achados de Barata (2008), ocorridos em estudo na zona rural, os Centros de Saúde foram os serviços mais procurados em geral levando-se em conta o local de moradia, pois as maiores barreiras de acesso no meio rural referem-se à pequena oferta de serviços públicos na região.

A população de maior vulnerabilidade social buscou este tipo de estabelecimento de saúde mais vezes do que a população menos vulnerável diz Barata (2008). Isto sugere a importância do Serviço de Atenção Básica como local habitual de procura, principalmente para os mais vulneráveis.

Utilizando dados da PNAD, Pinheiro et al. (2002) também confirmam que o serviço de saúde mais procurado por ambos os sexos da população em geral foi o Posto ou Centro de Saúde (32,6% nas mulheres e 30,2% nos homens) totalizando mais da metade de usuários. Apesar de não tratar somente do seguimento idoso, percebe-se uma aproximação dos resultados.

Paskulin, Valer e Vianna (2011) em entrevista com idosos encontrou 49,7% de usuários de UBS, e Pinheiro et al. (2002), muito antes já confirmavam todos esses achados ao afirmar que Indivíduos da zona rural nos extremos da cadeia etária usam dos serviços da UBS com frequência, pela maior ocorrência de doenças e maior necessidade de prevenção nessas faixas de idade, em comparação com o restante da população. Porém é importante lembrar que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas.

Fatores múltiplos internos e externos à UBS podem determinar a utilização dos seus serviços, a saber: disponibilidade e a quantidade de recursos (financeiros, humanos, tecnológicos) disponíveis, a localização geográfica, a cultura médica local, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos indivíduos (PINHEIRO et al., 2002).

Entre os que frequentam a UBS a maioria procura preferencialmente o profissional Médico – 75,60% e 59,15% deles disseram ser vacinados no posto. Nos resultados de Paskulin, Valer e Vianna (2011), obtemos a confirmação dos resultados desta pesquisa, quando ela informa que a vacinação e a consulta médica entre outros, foram os serviços procurados por idosos, na Atenção Básica, trazendo uma frequência de 24,0% e 23,7% respectivamente.

Ainda no seu estudo chama a atenção o fato de que poucos idosos relatam ter procurado o serviço para consulta com outro profissional, demonstrando por parte do idoso, a valorização centrada no atendimento pelo médico com enfoque curativista. Mas é importante lembrar que, a nenhum profissional de saúde, em particular, cabe a possibilidade de projeção e execução da totalidade de ações demandadas pelos usuários, mesmo que ao profissional médico caiba a ação do

diagnóstico e terapêutica (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Receber medicamento se configura entre os principais motivos de busca em uma UBS na frequência dos usuários estudados por Paskulin, Valer e Vianna (2011). Esse resultado configura a realidade da presente pesquisa quando constatamos que receber medicamentos para os idosos hipertensos da ESF da Vila Maranhão, se constituiu como o terceiro maior serviço procurado com representatividade de 35,98%.

Embora hipertensos e em terapia medicamentosa, os números revelam que apenas um percentual de 31,10% dos idosos procura de forma espontânea a UBS para aferição e acompanhamento periódico e sistemático da PA.

Um dos grandes desafios que acompanha a hipertensão é a necessidade de adaptação, nada fácil, que é imposta ao paciente, pelo fato de que é uma DCNT e que a ela é agregada uma série de dificuldades que lhe são inerentes. Por ser uma doença silenciosa e assintomática, não é surpreendente que o idoso, não entenda a necessidade de fazer um acompanhamento da PA com aferições regulares e manter o controle com uso adequado dos medicamentos; especialmente aqueles com níveis mais baixos de escolaridade, o que é comum na zona rural.

É sabido que cerca de 40 a 60% dos pacientes hipertensos não fazem uso das medicações prescritas, que o índice de abandono do tratamento é de 50% e que nas UBS há número pouco expressivo de pacientes idosos hipertensos que alcançam a terapia ideal com boa resposta ao tratamento (BARBOSA; LIMA, 2006).

Diante do exposto há necessidade de atendimento eficaz das demandas dos pacientes geriátricos, garantindo o acesso à terapia medicamentosa com vistas ao aprimoramento do serviço de atenção básica e alcance das metas pressóricas (AQUINO et al., 2011).

A procura pela UBS tem como ponto de partida a necessidade do idoso e os meios para garantir a acessibilidade. A tabela 6 traz as características da acessibilidade à UBS.

Tabela 6 – Características da acessibilidade à UBS. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015

Variáveis	n	%
Transporte de deslocamento à Unidade Básica de Saúde		
Carro	29	17,68
Ônibus	68	41,47
Bicicleta	2	1,22
A pé	65	39,63
Total	164	100,00
Tempo para deslocamento à Unidade Básica de Saúde		
5 – 10 minutos	49	29,88
15 – 20 minutos	92	56,10
25 – 35 minutos	23	14,02
Total	164	100,00
A distância impede a ida a Unidade Básica de Saúde		
Não	114	69,51
Sim	50	30,49
Total	164	100,00
Profissionais mais consultados		
Médico	129	78,66
Enfermeiro	28	17,07
Outro	7	4,27
Total	164	100,00
Satisfeito com o atendimento		
Não	39	23,78
Sim	125	76,22
Total	164	100,00
Tem dificuldade de acesso		
Não	73	44,51
Sim	91	55,49
Total	164	100,00
Busca outra unidade de saúde		
Não	37	22,56
Sim	122	74,40
Às vezes	5	3,04
Total	164	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

“A acessibilidade representa a ausência de barreiras organizacionais e/ou físicas para se conseguir atenção à saúde” (ARAÚJO et al., 2014, p. 3259); podemos dizer também que a acessibilidade geográfica é um importante fator para o efetivo uso dos serviços de saúde pela população idosa rural (CASTRO et al., 2011).

Na Vila Maranhão, o Centro de Saúde Yves Parga que sedia a ESF, é a referência de atendimento da população idosa do estudo em questão e está localizado na Av. Principal da Vila Maranhão, ponto central em relação aos povoados de moradia da população atendida.

Alguns usuários idosos pela proximidade da residência ao Centro de Saúde deslocam-se a pé, com acompanhamento ou não de familiares, em busca de atendimento das suas necessidades; outros, devido a maior distância do povoado em que residem, dependem do transporte coletivo com disponibilidade de apenas 02 unidades, para atendimento dos povoados de Taim, Porto Grande e Rio dos Cachorros, assim como outras 2 unidades para atendimento do Sítio Conceição e Sítio São Benedito obedecendo horários pré-estabelecidos (SÃO LUÍS, 2015).

Outros, porém, seja por necessitar de maior comodidade ou por incapacidade funcional, o que pode dificultar o uso do transporte coletivo, deslocam-se através de carro particular alugado, cedido ou em bem poucos casos, próprios. Há aqueles que fazem seu deslocamento de bicicleta, meio de transporte de menor uso, devido à distância a ser percorrida, requerendo esforço para o deslocamento, além de um percurso acidentado, sem pavimentação, com infraestrutura praticamente inexistente; além da periculosidade da via rodoviária, com tráfego intenso, tornando o acesso por este meio de transporte mais difícil. Verificamos que 41,47% deles utilizam o transporte coletivo (ônibus), 39,63% faz o deslocamento a pé, 17,68% deles procuram o carro particular para o deslocamento e 1,22% deles fazem uso de bicicleta para chegar ao Centro de Saúde.

Amaral et al. (2012), apresenta estudo que mostra usuários da zona rural deslocando-se principalmente de carros alugados e outros, de transporte coletivo e mesmo a pé. Gomes et al. (2013) também apresenta resultados aproximados quando mostra a população de seu estudo mesmo não sendo na sua totalidade idosa, com 40,1% deles em uso do transporte coletivo e deslocamento a pé de 38,7% dos usuários.

Atualmente, a área rural enfrenta sérios problemas relacionados às áreas de saúde, educação e transportes; principalmente devido ao seu isolamento geográfico, a sua baixa densidade populacional e às condições econômicas que juntos, dificultam e limitam os serviços de transportes, essenciais para os deslocamentos às cidades.

A falta de meios de locomoção privada faz com que grande parte da

população dessa região dependa do transporte coletivo e que pela dinâmica e quantitativo disponibilizado para o atendimento não supre as necessidades da demanda. Acrescenta-se o fato desses transportes não apresentarem estrutura com adaptação para efetivar a locomoção adequada de populações vulneráveis (PEGORETTI; SANCHES, 2005).

A respeito do tempo gasto para chegar à UBS, verifica-se uma variação de 5 a 35 minutos, com a utilização dos meios de transporte citados acima; de forma muito semelhante Paskulin, Valer e Vianna (2011) revelam que o tempo despendido para deslocamento pelos usuários no seu estudo variou de 5 a 35 min. Nesta investigação, 57,50 % deles leva, de 15 a 20 minutos para acessar a UBS; 28, 75% de 5 a 10 minutos e um grupo menor de 13,76% levando de 25 a 35 minutos para chegar ao destino. Mais da metade dos respondentes ao inquérito consome um tempo médio de 15 a 20 minutos para chegada à UBS, mesmo de transporte coletivo. Contrariando os achados de Gomes et al. (2013), onde 53,9% dos usuários gastavam até 30 minutos no deslocamento; no presente estudo apenas uma parcela de 13,76% informa levar até 35 minutos para deslocar-se.

Importante é levar em consideração que esse tempo é utilizado somente no percurso, não contando o tempo de espera para aqueles que usam o ônibus, que pelo contexto da situação, infere-se ser um tempo longo, pelo fato dos povoados disporem de apenas 2 unidade coletivas.

Mesmo assim, ao ser perguntado se a distância se constituiria um obstáculo para ir a UBS, mais da metade respondeu negativamente, totalizando 69,51% daqueles que afirmam não ser dificuldade para o acesso. Pode-se concluir que os usuários encontram-se adaptados de tal modo que a distancia, na percepção do idoso, não pareça tão grande, especialmente quando a acessibilidade ao transporte é garantida, mesmo que para isso tenha que contar com uma frota limitada.

Entre os profissionais mais procurados corroboram-se os resultados já apresentados anteriormente, quando se evidencia a figura do Médico como aquele a quem a demanda idosa mais se direciona. Percebe-se que embora a ESF tenha sido organizada com o propósito de reestruturação do modelo de Atenção à saúde, somente a sua implantação não assegura a modificação da cultura assistencial centrada no procedimento e no modelo biomédico; cultura esta, que está inculcada nos hábitos e costumes dos seus usuários (GOMES et al., 2013).

É preciso investimento para que haja um enfrentamento de mudanças quantitativas e qualitativas, abrangendo prestação de serviços e relações de trabalho; garantindo maior qualidade na assistência e reforçando os princípios do SUS, no quais a ESF está pautada.

Daqueles pesquisados 55,49 % afirmaram ter dificuldade de acesso e mesmo assim, 76,22% deles disseram estar satisfeitos e apenas 23,78% exprimiram insatisfação. Moimaz et al. (2010) na condução de estudo sobre satisfação do usuário do SUS obteve como resultado 61,7% deles com satisfação em relação ao atendimento, conceituando como ótimo e bom apesar de queixas terem sido relatadas. Informa que diante de outras pesquisas, percebe-se uma tendência às respostas positivas, devido ao receio de apresentarem respostas desfavoráveis resultando em algum tipo sanção no atendimento.

Semelhantemente a tal situação, foi percebido no presente estudo, durante as primeiras entrevistas, receio e timidez ao responder tal questionamento, especialmente em presença do ACS que se encontrava em algumas ocasiões de entrevistas, mesmo tendo sido explicado os motivos do estudo e dado total liberdade para as respostas apresentadas.

Moimaz et al. (2010) segue informando que a maioria dos estudos, entre abordagens quantitativas e qualitativas, traz como resultado altas taxas de satisfação, fenômeno conhecido na literatura como efeito de "elevação" das taxas de satisfação e é reportado mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas. No Brasil, por tratar-se de um país em desenvolvimento a expectativa era de manifestação de insatisfação com os serviços oferecidos, uma vez que o acesso a serviços de boa qualidade continua sendo privilégio de poucos.

Considera-se o fato de que na zona rural pelo histórico que tem de menor oferta de serviços de saúde, isto possa interferir numa percepção superestimada da acessibilidade pelo idoso residente dessa área, principalmente se houver uma existência mínima destes serviços (ARAÚJO et al., 2014).

Verifica-se que 74,40% confirma o uso de outras US; este uso é justificado principalmente pela necessidade de consultas e exames especializados, dificuldade no sistema de referência e contra referência.

A seguir podemos observar na tabela 7 as principais dificuldades elencadas ao longo das entrevistas.

Tabela 7 – Principais dificuldades no acesso a UBS. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015

Variáveis	n	%
Absenteísmo médico		
Não	123	75,00
Sim	41	25,00
Total	164	100,00
Demora no atendimento		
Não	136	82,93
Sim	28	17,07
Total	164	100,00
Alta demanda		
Não	147	89,63
Sim	17	10,37
Total	164	100,00
Falta medicamento		
Não	148	90,24
Sim	16	9,76
Total	164	100,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Pelos resultados obtidos nesta pesquisa aqui temos demonstradas as principais dificuldades ao acesso dos serviços elencadas pelos idosos. Delas verificamos que 25,00% relacionam-se com absenteísmo médico, seguido de 17,07% daqueles que se queixam de demora e desorganização no atendimento. Alta demanda, e falta de medicamento consta também como dificuldades referidas pelos usuários atendidos na UBS de Vila Maranhão, com 10,37% e 9,76% respectivamente.

Além destas, porém há de se destacar outras que no conjunto também tem seu peso e substanciam o relato das dificuldades citadas pelos idosos hipertensos de Vila Maranhão, tais como: poucas vagas, dificuldade no sistema de referência e contra referência, poucos profissionais em atividade além de absenteísmo frequente, dificuldade para conseguir agendamento de consultas e exames, atraso dos funcionários, insatisfação no trato com o usuário. A humanização do atendimento é uma necessidade gritante nos serviços de saúde. A falta de comprometimento, respeito e atenção por parte do profissional são umas das principais causas de insatisfação do usuário conclui Moimaz et al. (2010).

A principal dificuldade apresentada na presente investigação se apresenta

como o absenteísmo médico (25%). Este fato também é mencionado nos estudos de Castro et al. (2011), quando afirmam que o serviço de atenção básica, por (muitas) vezes contava somente com as Enfermeiras, havendo somente a prestação dos cuidados de enfermagem na ausência do profissional médico.

Esta realidade onera fisicamente e mentalmente o usuário idoso, que pela necessidade vai em busca do médico na UBS; não o encontrando, sujeita-se a voltar outra vez até conseguir ser atendido, causando desgaste físico e mental e levando ao descrédito os serviços oferecidos pela atenção básica.

A segunda maior queixa (17,07%), é a demora no atendimento; caracterizando a necessidade do usuário de ter ao seu dispor um serviço organizado que lhe proporcione rapidez e efetividade. Os respondentes da entrevista afirmam esperar de 1 a mais de 3 horas por atendimento dos serviços prestados. Amaral et al. (2012) também faz relato de 27,9% dos seus entrevistados idosos com referência ao tempo elevado de espera pelo atendimento.

Na presente investigação essa demora no atendimento entre outros fatores, também é causada por outra dificuldade referida pelos idosos hipertensos que é a demanda alta de usuários (10,37%), causando a existência de filas, lentidão, entrave e pouca resolutividade no serviço.

Segundo Reis et al. (2013), os medicamentos distribuídos na AB são os essenciais, e que segundo a OMS devem satisfazer as necessidades de cuidados de saúde básica da maioria da população e estar acessíveis em dose certa a toda a sociedade. Portanto, a falta de acesso aos mesmos implica fragilização do processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças.

Neste estudo a falta de medicamento revela-se como uma das principais dificuldades mencionadas pelo seguimento idoso ao acesso e utilização dos serviços de saúde na Vila Maranhão. Está relacionada à desorganização na dispensação e distribuição, culminando com a falta do medicamento para o idoso hipertenso, que muitas vezes só dispõe deste serviço para garantir a manutenção do seu tratamento; isto gera a descontinuidade da terapêutica e contribui para pouca ou nenhuma resolutividade do problema, tornando cada vez mais caótica a situação de saúde dos idosos cadastrados da UBS (AQUINO et al., 2011).

Desta forma fica patenteado que tal situação compromete o acesso e deixa clara a necessidade de aprimorar o serviço de atenção básica à saúde através uma administração eficaz das políticas públicas que disponibilize ferramentas para

viabilização de melhor utilização dos serviços e recursos aos pacientes idosos.

Fazendo a relação da dificuldade de acesso com as variáveis descritas foi encontrada associação significativa com a renda familiar e com a satisfação no atendimento conforme se vê nas tabelas 8 e 9.

Tabela 8 – Dificuldade de acesso à UBS segundo renda familiar. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015

RENDA FAMILIAR	DIFICULDADES DE ACESSO				P-valor
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Um salário mínimo	35	47,94	19	20,88	0,0006 [#]
Dois salários mínimos	25	34,25	51	56,04	
Três salários mínimos	11	15,07	11	12,09	
Mais de três salários mínimos	2	2,74	10	10,99	
TOTAL	73	44,51	91	55,49	

Fonte: Elaborada pela autora.

[#] Qui-quadrado

Tabela 9 – Dificuldade de acesso à UBS segundo satisfação com o atendimento. Idosos hipertensos. Vila Maranhão/São Luís-MA, 2015

SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO	DIFICULDADES DE ACESSO				P-valor
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Sim	70	95,89	55	60,44	0,000 [*]
Não	3	4,11	36	36,56	
TOTAL	73	44,51	91	55,49	

Fonte: Elaborada pela autora.

^{*} Exato de Fisher

No estudo com os idosos hipertensos cadastrados na ESF da Vila Maranhão, verificou-se associação significativa entre a variável renda familiar e dificuldade no acesso, ($p < 0,0006$); a renda da maioria corresponde a 2 salários mínimos. Isto vem corroborar a afirmação de Oliveira, Almeida e Oliveira (2012), quando dizem que em todo o mundo, a persistência de barreiras no processo de busca e utilização dos serviços de saúde gera oportunidades diferenciadas que muitas vezes caracterizam situações de injustiça social. Indivíduos com condições sócio econômicas mais favoráveis fazem maior e melhor uso dos serviços de saúde.

Paskulin, Valer e Vianna (2011) compartilham da mesma ideia quando dizem que os usuários com mais baixo nível sócio econômico são os que têm mais

dificuldade em conseguir atendimento e a redução dessas desigualdades torna-se um desafio atual. Há influência de determinantes sociais na saúde e no acesso aos serviços pela população idosa. Atenção à saúde não envolve apenas melhoria nos sistemas de saúde, mas nas condições de vida como um todo.

A associação da variável satisfação com o atendimento e a dificuldade de acesso também se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,000$). Observa-se pela tabela que apesar das dificuldades a maioria se apresentou satisfeita com os serviços. O sentimento de satisfação ou de insatisfação advém de um processo cognitivo de julgamento entre o que se tem e o que se aspira conclui Polaro (2001). Para um melhor redirecionamento da assistência à saúde, a satisfação do usuário deve ser a meta do processo de qualidade; suas expectativas e necessidades devem ser satisfeitas.

Para Rados e Scholten (2011), o grau da satisfação ou insatisfação do usuário com um determinado serviço de saúde vai depender das relações interpessoais profissional/paciente, de aspectos da infraestrutura, material de serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), acolhimento, qualidade do cuidado prestado e a humanização. Comentam também sobre estudos realizados no Brasil, onde é mencionado que os usuários de camadas mais populares e pior renda referem mais satisfação com os serviços.

6 CONCLUSÃO

Este estudo nos proporcionou verificar as condições do acesso e utilização dos serviços de saúde pelos idosos hipertensos na Vila Maranhão, zona rural de São Luís. Os resultados trouxeram à tona uma realidade que não é muito diferente de outras localidades do Brasil, e obtivemos a confirmação que programas são elaborados, leis e portarias são criadas com o propósito do avanço do Sistema Único de Saúde, porém entraves penalizam aqueles que dele dependem dificultando o acesso e a utilização dos serviços de uma forma equânime e integral.

A prática, efetiva ocorre a passos muito lentos, quase se arrastando com grande atraso em meio ao crescimento do seguimento populacional idoso. Os jovens de hoje serão os idosos de amanhã, precisamos de um sistema de saúde amadurecido, com estratégias de funcionamento real e completo, e não apenas um imaginário de uma ação.

Através do instrumento utilizado foram averiguados os dados socioeconômicos, demográficos, hábitos de vida, acesso e utilização dos serviços de saúde, assim como a percepção dos idosos sobre o assunto.

Na população idosa de Vila Maranhão, cadastrada na ESF do Centro de Saúde Yves Parga predominou idosos entre 70 e 74 anos (22,56%), do sexo feminino (64,63%), de cor parda (62,80%), com Ensino Fundamental (50,0%), não concluído por alguns; há ainda uma boa parcela de analfabetos ou alfabetizados funcionais. Os casados somaram a maioria (51,83%) e mostram-se muito devotos, havendo predominância de católicos (69,51%).

Quanto ao arranjo de moradia, o idoso da Vila Maranhão está inserido em uma família tri geracional, onde moram os filhos e netos (72,56%), tal arranjo favorece o idoso quanto à segurança, companhia e melhora da autoestima. A moradia é constituída de alvenaria (92,68%), sendo atualmente mais difícil de encontrar casas de taipa, sugerindo certa melhoria da condição econômica de algumas famílias.

O tipo de habitação do idoso é predominantemente próprio, (96,34%) que alberga filhos e netos havendo uma dinâmica de ajuda mútua. Da amostra, 78,05% encontram-se aposentados, contando com uma renda familiar na sua maioria (46,34%), de 2 salários mínimos.

Plano de saúde não faz parte da aquisição da maioria, verificamos que

93,90% não apresenta plano de saúde.

Constatamos que 71,34% deles não apresenta a PA controlada mesmo em uso de terapia anti-hipertensiva, o que nos levou a inferir que a resposta não satisfatória ao tratamento pode ocorrer devido a um tratamento irregular ou mesmo por descontinuidade do tratamento; há relato de outras DCNT associadas: Diabetes (20,13%), Artrose (21,45%), Osteoporose (23,78%), Acidente Vascular Cerebral (AVC) (25,60%), cardiopatia (10,98%) para as quais também buscam tratamento na UBS.

Reportando-nos aos hábitos de vida, concluímos que os idosos hipertensos cadastrados na ESF da Vila Maranhão, estão menos expostos a fatores de risco como o tabagismo e etilismo, onde apenas 8,53% fazem uso de tabaco e 12,19% consomem bebida alcóolica. Em contrapartida a atividade física, hábito saudável de vida, não é cultivada entre os idosos hipertensos; constatamos apenas 18,29% deles em prática de atividade.

Quanto à atuação da ESF na localidade circunscrita à UBS; os serviços realizados no domicílio das famílias cadastradas; assim como aqueles prestados na própria Unidade de Saúde e a percepção dos idosos sobre o acesso a US, obtivemos como resposta que 73,17% dos idosos são visitados mensalmente pela ESF, na maioria das vezes pelo ACS, que responde por 72,56% das orientações dadas aos idosos.

Verificou-se pelos resultados apresentados que a maior parte da atuação da equipe da ESF no domicílio, fica a cargo dos ACS, sendo este a própria porta de entrada dos idosos nos serviços de saúde ali na Vila Maranhão. Em vista disso é interessante desenvolver entre os ACS contínua capacitação para promover melhoria das ações desenvolvidas e fortalecer o vínculo com as famílias.

Quanto aos demais profissionais, é necessário que ocupem na prática a sua função junto a ESF traçando planos para desenvolvimento das ações na comunidade com maior assiduidade e regularidade. A presença de tais profissionais é essencial para a execução plena dos objetivos da ESF tornando forte e eficaz este programa, desenvolvido para atender as necessidades de saúde das famílias e estabelecer uma relação de confiança com o profissional.

Das ações realizadas no domicílio, a imunização responde por 9,76%, a consulta de enfermagem com 7,93% e a consulta médica contribui com apenas 2,44% dos serviços prestados no domicílio durante o período da entrevista.

Dos idosos cadastrados encontramos aqueles que frequentam de forma assídua – 64,83% e às vezes – 33,54%; dentre os serviços mais procurados por eles destaca-se a consulta médica – 75,60%, a imunização – 59,15%, a dispensação de medicamento – 35,98%; aferição espontânea de PA – 31,10% e consulta de enfermagem (10,98%).

No que diz respeito à acessibilidade à UBS, os idosos da área circunscrita em sua maioria fazem uso de transporte coletivo (41,47%), despendem em média 15 a 20 minutos para a chegada a Unidade de Saúde (56,10%). Confirmam que apesar da maior distância de alguns povoados, esta não se torna impeditivo para se direcionarem até a UBS, apesar de muitos problemas como via e relevos acidentados e sem pavimentação, apenas 30,49% deles menciona a distância como fator dificultador para o deslocamento.

O Profissional mais procurado pelos idosos hipertensos foi o médico (78,66%), isto torna claro que mesmo ocorrendo mudanças na estrutura do sistema de saúde desde a gênese do SUS, observou-se que as ações de saúde procuradas pelos idosos e as próprias demandas e expectativas destes parecem centrar-se no atendimento individual, prestado pelo profissional médico com enfoque curativo.

O nível de satisfação dos idosos encontra-se em torno de 76,22%. Apesar do resultado sobre a satisfação ser positivo, a maioria dos entrevistados relatou possuir dificuldade de acesso – 55,49% e 74,40% deles relata procurar outras US por diversas razões como necessidade de consultas e exames especializados, poucas vagas, demora para atendimento, dificuldade no sistema de referência e contra referência, poucos profissionais em atividade, absenteísmo frequente além de dificuldade para conseguir agendamento de consultas e exames.

Das dificuldades descritas como principais, apontadas pelos idosos, verificamos absenteísmo do médico (25,00%), demora no atendimento (17,07%), alta demanda (10,37%) e falta de medicamento (9,76%). Esses que relatam a falta de medicamento correspondem a 27,12% dos que procuram a UBS para receber o remédio. Como foi visto a relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa, o que pode traduzir injustiças e inadequações que impactam diretamente na sua qualidade de vida.

Ante o exposto, torna-se claro que desenvolver mecanismos de avaliação da capacidade e desempenho da ESF como uma das portas de entrada dos idosos aos serviços de saúde permite traçar um perfil do contexto vivenciado por eles,

medir a efetividade das políticas de saúde direcionadas para este seguimento e fomentar um processo de discussão crítico reflexiva sobre melhor proposta de organizar os serviços da atenção primária voltados para esse seguimento.

Na Atenção Básica da Vila Maranhão, onde funciona a ESF, que se constitui o acesso primário à saúde especialmente para os idosos da região, verificamos a necessidade de uma reformulação do cuidado e reorganização dos serviços direcionados a esta parcela da população, principalmente daqueles que são executados diretamente na comunidade, de modo a facilitar o acesso, visto que se trata de zona rural, onde há pouca oferta de serviços de saúde associada à baixa condição sócio econômica.

Uma atenção mais direta, frequente e assídua às famílias em seus domicílios pelos Enfermeiros e Médicos é essencial, especialmente ao núcleo familiar que apresenta membros vulneráveis como os idosos; alguns impossibilitados de deslocarem-se com facilidade, tendo que enfrentar limitações de uma capacidade funcional já prejudicada e escassez de recursos.

A atuação regular desses profissionais na comunidade de Vila Maranhão, diminuirá as chances das doenças crônicas tomarem uma conformação vultosa e necessitarem de assistência em nível mais complexo, uma vez que muitos deles quando buscam atendimento já manifestam sinais e sintomas avançados de alguma patologia onerando para si e para o estado os cuidados com a saúde.

Estratégias precisam ser criadas com o intuito de minimizar as dificuldades do atendimento, especialmente as que foram relatadas como principais e que se tornam impeditivos para um atendimento integral, equânime e a contento também na Unidade Básica. O absenteísmo do profissional médico desestimula a busca pelo serviço e promove a desconfiança e o descrédito, efeito contrário ao que é proposto pela ESF; assim como um atendimento demorado e a falta da medicação para tratamento adequado também são distorções que necessitam de correção.

Esforços precisam ser envidados no sentido de racionalizar os recursos e direcionar medidas que se adequem e atendam às necessidades existentes entre os idosos buscando promover melhoria no acolhimento desse seguimento.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, 2009.

AMARAL, F.L.J.S. et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100016>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

AQUINO, A.C.F.C. et al. Fatores relacionados à acessibilidade de idosos à medicamentos anti-hipertensivos em Unidades de Saúde da Família de Pernambuco. **Geriatrics e Gerontologia**, v. 5, n. 3, p. 151-158, 2011.

ARAÚJO, G.C.; CÉU, I. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

ARAÚJO, L.U.A. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, ago. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

AZEVEDO, A.L.M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007,

BARATA, R.B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev. Bras. Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 35-38, 2006.

BARBOSA, S.D.; SOARES, T.; PENNA, C.M.M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, ago. 2013.

BERLEZI, E.M. et al. Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 368-75, abr./jun. 2011.

BERTUZZI, D.; PASKULIN, L.G.M.; MORAIS, E.P. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. **Texto Contexto Enfermagem**,

Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 158-166, jan./mar. 2012.

BORTOLOTTI, L.A.; ALMEIDA, F. Hipertensão arterial refratária. **Hipertensão**, São Paulo, v. 8, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/revistas/2005_N2_V8/revista3Hipertensao2005.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006b. (Caderno de atenção básica, n. 19).

_____. **Estatuto do idoso**. Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF, 2006c. (Caderno de atenção básica, n. 15).

_____. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986.

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

_____. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-25695.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de informações sobre mortalidade-SIM**. Brasília, DF, 2012a

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

_____. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso:** guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF, 2002. (Série A – normas e manuais técnicos).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel**. Brasília, DF, 2013b.

_____. **Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde.** Brasília, DF, 20 set. 1990c. Seção 1, p. 18055-18059.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, DF, 2011a.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 204, 24 out. 2011b. Seção 1, pt. 1, p. 55.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS.** Brasília, DF, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, DF, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores – 2013/2015:** orientações para o processo de pactuação. Brasília, DF, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Cobertura do programa saúde da família:** Maranhão. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Brasília, DF, 2005b.

_____. Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Brasília, DF, 2006e.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos direitos do Idoso. **Plano de ação internacional para o envelhecimento.** Brasília, DF, 2003.

_____. 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – 2ª CNDPI.

Avaliação da rede nacional de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa: avanços e desafios. Brasília, DF, 2009.

_____. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA CONSTRUINDO A REDE NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DA PESSOA IDOSA, 1., 2006, Brasília. **Anais...** Brasília, DF, 2006f.

_____. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. **Orientações para as conferências municipais, regionais e estaduais dos direitos da pessoa idosa: passo a passo: versão preliminar.** Brasília, DF, 2011c.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-81, 2003.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: problema para quem?. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v. 10, n. 4, p. 36-48, 2001.

CAMARANO, A.A.; KANSO, K. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 27, n.1, jan./jun. 2010.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, 2002.

CASTRO, S.S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

COSTA NETO, A.M. et al. Hábitos de vida e o desempenho de idosos nas atividades básicas da vida diária. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 7, p. 4663-4669, jul. 2013. Disponível em:

<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4294>>.

Acesso em: 18 fev. 2015.

DANTAS, O. A. **Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para adesão do tratamento medicamentoso.** 2011. 150 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

FERREIRA, P.C. dos S. et al. Características sócio-demográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 197-204, jan./mar. 2013. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a23.pdf>. Acesso em: 18 fev.

2015.

GOMES, K.O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, Rio de Janeiro, set. 2013.

GALVAGNI, E.L. et al. **Estudo epidemiológico de hipertensão arterial sistêmica: uma revisão bibliográfica.** Curitiba: INESUL, 2011.

IBGE. **Censo 2010.** Brasília, DF, 2010.

_____. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Projeção da população por sexo e idade para o Brasil, grandes regiões e unidade da federação.** Brasília, DF, 2013.

LEITE-CAVALCANTI, Christiane et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, nov./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000600003>. Acesso em: 11 nov. 2014.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 102, n. 7, p.17-23, 2005.

LOUVISON, M.C.P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-40, 2008.

MACÊDO, L.A.A. **Saúde e ambiente: importância do saneamento ambiental na qualidade de vida.** São Luís: LITHOGRAF, 2002.

MALTA, D.C.; SILVA JR, J.B. da. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=pt&nrm=is&tlng=pt>. Acesso em: 18 fev. 2015.

MARANHÃO. **Constituição do Estado do Maranhão.** São Luís, 28 mar. 2000.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema de Informação de mortalidade.** São Luís, 2015.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 512.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>>. Acesso em: 22 fev. 2015.

MORAIS, E.P.; RODRIGUES, R.A.P.; GERHARDT, T.E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2 p. 374-83, abr./jun. 2008.

NICOLAU, L.S. **Estratégia saúde da família no município de São Luís: desafios e avanços**. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

OLIVEIRA, B.L.C.A. de et al. Situação social e de saúde da população idosa de uma comunidade de São Luís-MA. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 11, n. 3, p. 25-29, set./dez. 2010.

OLIVEIRA, L.P.B.A.; MENEZES, R.M.P. Representações de fragilidades para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 301-309, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, L.S.; ALMEIDA, L.G.N.; OLIVEIRA, M.A.S. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Previsões sobre a população mundial**. 2008. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

OTONI, R. B. **Os grandes projetos econômicos e a qualidade de vida: a percepção dos moradores da Vila Maranhão – São Luís-MA**. 2006. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2006.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, set./out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 4 dez. 2014.

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

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J.W. O conceito de acesso, definição com a satisfação do consumidor. **Medical Care**, v. 19, n. 2, fev. 1981.

PEGORETTI, M.S.; SANCHES, S.P. **Análise da acessibilidade dos alunos da zona rural que frequentam escolas urbanas considerando as variáveis distância de caminhada e tempo de viagem**. Dissertação (Mestrado em Engenharia Urbana) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia Urbana. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

PREFEITURA DE SÃO LUÍS. Instituto da Cidade Pesquisa e Planejamento Urbano e Rural. São Luís, 2015a.

_____. Secretaria Municipal de Administração. **Lei orgânica do município de São Luís**. São Luís, 1990.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Portal da cidade**. São Luís, 2015b.

PINHEIRO, A.B. **A política estadual do idoso e a construção da rede de proteção à pessoa idosa no Maranhão**. São Luís: [s.n.], 2013.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, R.S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, jul./set. 1999.

POLARO, S.H.I. **A qualidade do cuidado à saúde do idoso**: segundo a satisfação do usuário. 2001. 106 f. Dissertação (Mestrado interinstitucional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Federal do Pará, Belém, 2001.

PORCIÚNCULA, R.C.R. **Perfil sócio epidemiológico de idosos longevos em Recife, Nordeste do Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

QUADRANTE, A.C.R. **Doenças crônicas e o envelhecimento**. São Paulo: Madri Produções; PUC-SP, 2008. Disponível em: <www.portaldoenvelhecimento.org.br>. Acesso em: 10 fev. 2015.

RADOS, A.R.V.; SCHOLTEN, M.C. **Avaliação da satisfação com serviços de saúde de idosos que utilizam duas estratégias de atenção primária no Distrito Sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro**. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

RAMOS, P.R.B. **Os direitos fundamentais das pessoas idosas**. 3. ed. São Luís: Promotoria do Idoso e Deficiente, 2003.

REIS, D.O.; ARAÚJO, E.C. de; CECÍLIO, L.C.O. **Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde: módulo político gestor: políticas públicas de saúde no Brasil**. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

REIS, R.S.R. et al. Acesso e utilização dos serviços na estratégia saúde da família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, nov. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ROCHA, I.M.O. da. **Uma partida de xadrez com Saussure e Lacan**: uma análise da relação entre sujeito e linguagem. 2010. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

RODRIGUES, M.A.P. et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 604-612, ago. 2009.

RODRIGUES, R.A.P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da

Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, jul./set. 2007.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Trânsito e Transporte. **Ordem de serviço de linha**. São Luís, 2015.

SCHIMIDT, M.I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**: carga e desafios atuais. Porto Alegre: [s.n.], 2011.
Disponível em: <<http://hdl.handle.net/123456789/222>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

SCHWARTZ, T.D.; FERREIRA, J.T.B.; MACIEL, E.L.N. Estratégia saúde da família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção do usuário da unidade de saúde de resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SILVA, C.R. et al. **Acessibilidade ao idoso no serviço de atenção básica em saúde**: uma revisão de literatura. [S.l.:s.n.], 2013.

SILVA, J.L.L. da; Souza, S.L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 3, 2004. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_3/03_Original.html>. Acesso em: 20 dez. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010.

_____. **V diretrizes brasileiras de hipertensão**. São Paulo, 2006.

SOUSA, M.F. **A coragem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA, Gisélia Alves; COSTA, Edná. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3329-3340, nov. 2010.

TAVARES, D.M.S. et al. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 895-903, 2011.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. Salvador: [s.n.], 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 dez. 2014.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 dez. 2014.

TURI, B.C. et al. Frequência de ocorrência de doenças crônico degenerativas em adultos com mais de 50 anos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 4, 2010.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D.F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W.S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VERAS, R.P. A longevidade da população: desafios e conquistas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, 24, n. 75, 2003. Edição Especial.

WEISHEIMER, N. **Juventudes rurais**: mapa de estudos recentes. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **“IDOSOS HIPERTENSOS: acesso e utilização dos serviços de saúde”**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar como voluntário(a) da pesquisa cujo tema é: “Acesso e Utilização dos serviços de saúde por idosos hipertensos na Vila Maranhão/São Luís - MA” sob a responsabilidade da Enfermeira Katia Maria Marques Sousa de Deus, discente do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, sob a orientação da Prof^a Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde por idosos hipertensos no bairro de Vila Maranhão.

Os motivos que nos levam a desenvolver esta pesquisa se fazem pelas características próprias da área rural; pelas desigualdades socioeconômicas e geográficas que estão diretamente associadas aos fatores de risco e de agravos à saúde, conduzindo às piores taxas de acesso e utilização dos serviços entre os idosos e porque os idosos com condições crônicas na zona rural fazem parte de uma classe propícia e carente de maiores estudos.

Para participar o(a) senhor(a) deverá responder a um formulário contendo perguntas sobre dados pessoais, escolaridade, hábitos de vida, problemas de saúde e algumas perguntas abertas, ou seja, que o(a) senhor(a) poderá responder livremente. Sua privacidade será preservada e somente os pesquisadores responsáveis terão acesso às informações; seu nome ou material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(a) Senhor(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

A qualquer momento o(a) senhor(a) poderá solicitar esclarecimentos que julgar necessário, assim como interromper sua participação sem qualquer constrangimento ou penalidades. A pesquisa não oferecerá riscos à sua saúde, porém existe a possibilidade de ocorrência de situação de risco mínimo de ordem emocional aos participantes, relacionado ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas. Garantimos que a sua participação não acarretará em despesas e nem em remuneração, antes ou após a pesquisa.

Uma cópia deste termo rubricado em todas as páginas, ficará com o(a) senhor(a) e outra com a pesquisadora; em caso de dúvidas acerca da pesquisa,

poderá entrar em contato com a orientadora Ana Hélia Lima Sardinha através do celular (98) 81599161 na Cidade Universitária da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) no prédio Paulo Freire localizada na Avenida dos Portugueses, nº 1966, Bacanga – CEP: 65080805, situada no município de São Luís – MA ou através do celular da pesquisadora Katia Maria Marques Sousa de Deus (98)8829-4145 ou no e-mail katiammsousa@hotmail.com. Após ter lido e compreendido este termo e a pesquisa do qual se trata, por favor, assine abaixo no local indicado e seja voluntariamente um participante.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

São Luís, _____ de _____ de 2014

APÊNDICE B – MODELO DE FORMULÁRIO

PESQUISA: **IDOSOS HIPERTENSOS: acesso e utilização dos serviços de saúde**

nº formulário: _____

Data: ___/___/___ Hora de início: _____ Término: _____

PARTE I

DADOS SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E HÁBITOS DE VIDA

1 – Sexo: () Masculino () Feminino

2 – Qual a sua idade? (em anos): _____

3 – Cor: () Preto () Branco () Pardo () Amarelo () Indígena

4 – Até quando o Sr./a estudou ?

() Nunca estudou, não sabe ler () Nunca estudou, mas escreve o nome

() Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto

() Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto

5 – Seu estado civil atual:

() Casado/a () Viúvo/a () Solteiro/a () Divorciado/a

() Outros. Especificar: _____

6 – Qual a sua religião?

() Espírita

() Candomblé/Umbanda

() Evangélica

() Judaica

() Católica

() Sem religião

() Religiões orientais

() Outra. Especificar _____

13 – O Sr.(a) fuma?

sim não

14 – o Sr.(a) toma bebida alcóolica?

sim não

15 – Pratica alguma atividade física?

sim. Especificar _____
 Não

16 – Que faz para se divertir?

Joga bola
 Assiste TV
 Vai à Igreja
 Outro _____

17 – Quantas refeições costuma fazer ao dia?

1
 2
 3 ou mais

PARTE II

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

18 – É visitado pela equipe da ESF do Centro de Saúde do seu bairro? Com que frequência?

sim não 1 vez/mês 2 vezes/mês

19 – Que tipos de serviços são oferecidos pela ESF na sua residência?

20 – Costuma ir com frequência ao Centro de saúde? Quais serviços o Sr(a) mais procura?

sim _____

não

21 – Que tipo de transporte utiliza para chegar ao Centro de Saúde?

carro ônibus bicicleta a pé

22 – Quanto tempo leva para chegar à UBS?

5 – 10 minutos

15 – 20 minutos

25 – 35 minutos

23 – A distância impede sua ida à Unidade Básica de Saúde?

sim não

24 – Profissional consultado?

Médico Enfermeiro Outro

25 – Está satisfeito com o atendimento

sim não

26 - Tem dificuldade de acesso?

sim não

27 – Busca outra Unidade de Saúde?

sim não às vezes

AVALIAÇÃO DOS IDOSOS SOBRE O ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

28 - Quais dificuldades o Sr(a) enfrenta no Centro de Saúde?

Absenteísmo médico: sim não

Demora no atendimento: sim não

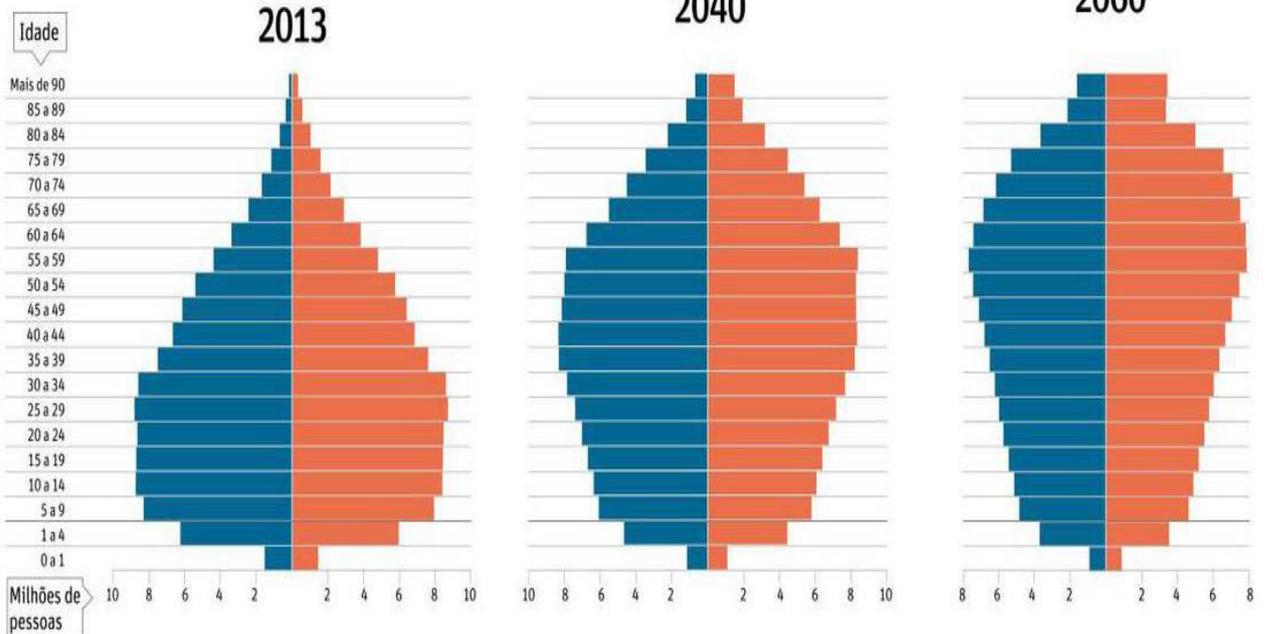
Alta demanda: sim não

Falta de medicamento: sim não

ANEXO – A MUDANÇA DA PIRÂMIDE ETÁRIA DO BRASIL

PIRÂMIDES ETÁRIAS ABSOLUTAS

■ Homens ■ Mulheres



Pessoas com mais de 65 anos serão mais de um quarto dos brasileiros em 2060, segundo projeção do IBGE. O percentual desse grupo representa 7,4% do total de pessoas que vivem no país em 2013

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2013.

Fonte: IBGE (2013).

**ANEXO B – PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE DE IDOSOS NO BRASIL,
2012**

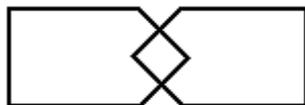
Capítulo CID – 10	Nº de óbitos	%
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	260.535	35,1
II. Neoplasias (tumores)	127.906	17,2
X. Doenças do Aparelho Respiratório	102.715	13,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	56.786	7,6
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais exames. clínicos e laboratoriais	50.137	6,7
XI. Doenças do Aparelho Digestivo	35.244	4,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	25.700	3,4
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23.657	3,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	22.285	3,0
VI. Doenças do sistema nervoso	20.576	2,77

Fonte: Brasil (2012).

ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Do ponto de vista prático, para uma primeira análise do estado cognitivo, o teste mais difundido e de maior validade é o MEEM, elaborado por Folstein em 1975.

- 1) Solicitar ao examinando que diga o dia da semana, dia do mês, o mês, o ano, e a hora (1 ponto para cada resposta correta).
- 2) Solicitar que diga a cidade em que se encontra, o estado, o bairro, o nome do hospital / clínica e em que setor do hospital se encontra (1 ponto para cada resposta correta).
- 3) Dizer ao paciente 3 objetos (ex.: laranja, relógio, moto) e solicitar que os repita (1 ponto para cada resposta correta). Se não repetiu as 3 corretamente, treinar com o mesmo até que consiga.
- 4) Subtrair 7 de 100 cinco vezes seguidas (ou soletrar MUNDO de trás para frente) (1 ponto para cada resposta correta).
- 5) Recordar os 3 objetos ditos no item 3 (1 ponto para cada resposta correta).
- 6) Mostrar dois objetos e pedir que nomeie (ex.: caneta e relógio) (1 ponto para cada resposta correta).
- 7) Repetir “Nem aqui, nem lá, nem cá” (1 ponto).
- 8) Escrever (o examinador) em um papel: “Feche os olhos” e pedir que o paciente leia e execute o solicitado (1 ponto).
- 9) Solicitar: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” ou “Com a mão direita, toque na ponta do nariz, e depois na orelha esquerda” (1 ponto para cada ação correta).
- 10) Copiar o desenho dos dois pentágonos em intersecção (1 ponto).



- 11) Pedir ao paciente que escreva uma frase qualquer (1 ponto, se a frase tiver sentido).

Avaliação do Exame:

A pontuação obtida no Miniexame do Estado Mental pode ir, portanto, de 0 a 30.

No idoso considera-se com déficit cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 ;
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 ;
- Com escolaridade superior a 11 ≤ 27 .