

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública



Serviço Público Federal
Universidade Federal do Pará
Centro de Ciências da Saúde

SUBÁREA: Políticas e Planejamento de Saúde

Sandra Helena Isse Polaro

Orientadora: Prof. Dr.^a Selma de Souza Leão

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

“A Qualidade do Cuidado à Saúde do idoso: segundo a satisfação do usuário”

**Belém – Pará
2001**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE
PÚBLICA**

SUBÁREA: Políticas e Planejamento de Saúde

**“A QUALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO: segundo a
satisfação do usuário”**

Por

Sandra Helena Isse Polaro

Orientadora: Prof. Dr.^a Selma de Souza Leão

**Dissertação apresentada com
vistas à obtenção do título de
mestre em Ciências na área de
Saúde Pública.**

OUTUBRO - 2001

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE
PÚBLICA**

SUBÁREA: Políticas e Planejamento de Saúde

**“A QUALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO: segundo a
satisfação do usuário”**

Por

SANDRA HELEHA ISSE POLARO

BANCA EXANIMADORA

Prof. DR.^a SELMA DE SOUZA LEÃO
(Presidente da Banca)

Prof. DR.^a MARIA HELENA MACHADO

Prof. DR. ACÁCIO AUGUSTO CENTENO NETO

Belém – Pará

Outubro – 2001

Polaro, Sandra Helena Isse

“A Qualidade do Cuidado à Saúde do Idoso: segundo a satisfação
do usuário”

106. p.

Dissertação (Mestrado interinstitucional em Saúde Pública)

Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Federal do
Pará, 2001.

1. Saúde do Idoso. 2. Satisfação do Usuário. 3. Avaliação. 4.
Serviço de Saúde.

I. Título.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Belém (PA), -----/-----/-----

Assinatura

Quando Buda era ainda o príncipe Sidarta, encerrado por seu pai num palácio, dele escapuliu várias vezes para passear de carruagem nas redondezas. Na primeira saída, encontrou um homem enfermo, desdentado, todo enrugado, encanecido, curvado, apoiado numa bengala, titubeante e trêmulo. Espantou-se, e o cocheiro lhe explicou o que era um velho: “Que tristeza – exclamou o príncipe – que os seres fracos e ignorantes, embriagados pelo orgulho próprio da juventude, não vejam a velhice! Voltemos rápido para casa. De que servem os jogos e as alegrias, se eu sou a morada da futura velhice?”.

À meu pai Fidelis (In memoriun), pelo exemplo de vida que nos deu, eterna memória.

À minha mãe Helena, presença amiga e carinhosa constante na minha vida, com amor e carinho,

Aos meus irmãos Fátima e Erasmo (maninho) por acreditarem em mim e pelo apoio, com gratidão e amor.

AGRADECIMENTOS

À Deus e a Nossa Senhora por terem permitido que eu chegasse até aqui.

Aos meus cunhados Canêjo e Selma, por estarem sempre presente e disponíveis quando preciso, com amizade e gratidão.

À minha orientadora Professora Dra. Selma Leão, pelo acolhimento, carinho, especial atenção, sugestões e orientação sem as quais este trabalho não se realizaria.

Ao colega Gabriel Gabo, pela colaboração e sugestão fundamentais para este trabalho.

À todos os Idosos do PASI que além de colaborarem com esta pesquisa me receberam carinhosamente em suas casas.

À minha família que acreditaram em mim, me apoiando, incentivando, presente tanto nos momentos alegre quanto difícil.

À minha amiga Márcia Bragança Lopes, companheira de longos anos pela oportunidade de mais esse maravilhoso convívio durante o nosso mestrado.

Às Professoras Mestras e amigas Ana Gracinda, Berenice Pinto, Maria Célia, Socorro Medeiros e Vera Torres, pelo apoio, incentivo e colaboração.

Às amigas Jacira e Vera, pela caminhada de todo o processo deste mestrado, mesmo com o tempo limitado me auxiliaram na estatística.

À equipe técnica do Programa de Atenção à Saúde do Idoso (Teofela, Rosa, Jane e Ana Lúcia) pela valiosa colaboração, apesar de suas atividades sempre me receberam com carinho e amizade.

Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde da Pedreira, em especial a Cristina, sr Jorge e Edejair pela amizade e paciência que tiveram comigo durante a pesquisa de campo.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é avaliar, por meio da satisfação do usuário, a qualidade do atendimento à saúde do idoso desenvolvido numa Unidade Básica de Saúde no Município de Belém. A abordagem utilizada foi quanti-qualitativa. Dos 175 usuários investigados, 85,1% são mulheres e 14,9% homens; 46,3% têm idade de 60 a 69 anos, 80,6% têm o 1º grau incompleto, 82,28% são aposentados e pensionistas, 65,7% têm renda de um salário mínimo; 89,7% têm autonomia de ação e 53,1% participam de outras atividades do programa além da assistência médica. A patologia mais freqüente é a hipertensão arterial seguida de diabete mellitus. A satisfação do usuário foi investigada por meio de nove entrevistados, considerando-se acessibilidade, continuidade e disponibilidade de serviços e profissionais, relacionamento usuário-profissional, resultado do cuidado na saúde, e recomendação do serviço como atributos relativos à qualidade do atendimento. Os usuários revelaram haver facilidade na marcação e efetuação de consultas, sem formação de filas e sem longa espera. Nenhum mostrou-se insatisfeito com o acesso. Em suas perspectivas, a assistência geriátrica, gratuita e ininterrupta, é fundamental e determinante no ingresso e permanência no programa. A empatia com a equipe, e a disponibilidade de serviços de patologia clínica, controle da pressão arterial, imunização e atividade física concorrem para a avaliação positiva. Os idosos correlacionam a melhora do estado de saúde com o cuidado recebido. A impaciência do profissional de saúde é fator negativo no relacionamento e demonstra a necessidade de formação de recursos humanos especializados. Carência de medicamentos e de opções de atividades nos âmbitos social e de lazer, assim como a falta de hospital de referência para internações são fatores de insatisfação e comprometem a qualidade do atendimento, segundo os usuários. A maioria deles chegou por indicação de terceiros, alguns trouxeram amigos e parentes, o que mostra que o programa é aprovado pela comunidade e pelos usuários. Os idosos não dissociam o programa das questões da comunidade. A discriminação, o empobrecimento, a desvalorização e o desrespeito pelo idoso por parte da sociedade são as principais queixas dos entrevistados.

Palavras-chave: saúde do idoso, satisfação do usuário, avaliação, serviços de saúde.

ABSTRACT

The goal of this research is evaluate, by the users' satisfaction, the quality of the health care to the elderly's health in a Basic Unit of Health in Belém. The approach used in this research was quanti-qualitative. Among 175 users, 85,1% are women and 14,9% men; 46,3% are from 60 to 69 years old; 80,6% did not finish the elementary school; 82,28% are retired and pensioners; 65,7% earn a minimum salary; 89,7% have autonomy of action and 53,1% have other activities of the program, besides health care. The most frequent pathology is high blood pressure, followed by mellitus diabetes. The users' satisfaction was investigated by interviewing nine people, considering accessibility, continuance and availability of professionals and services, relationship between users-professionals, the result of the health care, and recommendation of the service as attributes related to the quality of the service. The users said it was easy to arrange a consultation and consult a doctor, without standing in lines and waiting so long. Nobody was unpleasant with the access. In their perspectives, the geriatric care, free and uninterrupted, is essential and determines the entrance and the permanence in the program. The empathy with the group and the availability of the services of clinic pathology, control of blood pressure, immunization and physical activity contribute to a positive evaluation. The elderly people correlated the improvement of their health to the health care they had received. The impatience of the professional is a negative factor in the relationship and it shows the necessity of having specialized human resources. The scarcity of medicine and of the options of activities in social and leisure aspects, as well as the lack of a hospital, as reference to hospitalization are factors of dissatisfaction and it damages the quality of the service, according to the users. The majority of them arrived there brought by others, some brought friends and relatives, which shows that the program was approved by the community and the users. The elderly people do not separate the program from the issues of the community. The prejudice, the poverty, the devaluation and the disrespect with the old person by the society are the main interviewees' complaints.

Key words: elderly person's health, users' satisfaction, evaluation, health care.

ABREVIATURAS

CID – Código Internacional de Doenças

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

PASI – Programa de Atenção à Saúde do Idoso

SESPA – Secretaria Executiva de Saúde Pública do Estado de Pará

SESMA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – População projetada para o município de Belém Poe sexo segundo faixa etária, Belém-Pará, 2000	37
TABELA 2 – Usuários do PASI-Pedreira por sexo segundo faixa etária, Belém-Pará, 2000	65
TABELA 3 – Usuários do PASI-Pedreira por sexo segundo estado conjugal, Belém-Pará, 2000	68
TABELA 4 – Usuários do PASI-Pedreira segundo sua condição No domicílio, Belém-Pará, 2000	69
TABELA 5 – Usuários do PASI-Pedreira por sexo segundo sua condição no domicílio, Belém-Pará, 2000	70
TABELA 6 – Usuários do PASI-Pedreira por sexo segundo escolaridade, Belém-Pará, 2000	71
TABELA 7 – Usuários do PASI-Pedreira por sexo segundo renda, Belém-Pará, 2000	72
TABELA 8 – Usuários do PASI-Pedreira por sexo segundo aposentadoria, Belém-Pará, 2000	73
TABELA 9 – Usuários do PASI-Pedreira por atividades no programa segundo faixa etária, Belém-Pará, 2000	74
TABELA 10 – Usuários do PASI-Pedreira por sexo segundo atividades o programa, Belém-Pará, 2000	75

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Taxa de crescimento da população Brasileira	23
GRÁFICO 2 – População Idosa Brasileira	24
GRÁFICO 3 – Distribuição da População Brasileira por Grandes Regiões	26
GRÁFICO 4 – Rede Básica de Saúde do Município de Belém	38
GRÁFICO 5 – Distribuição do Programa de Saúde do Idoso no Município de Belém	39
GRÁFICO 6 - Distribuição dos Usuários do PASI-Pedreira por sexo	66
GRÁFICO 7 – Distribuição dos Usuários do PASI-Pedreira por número de CID	76

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização Geral dos Idosos atendidos no PASI-Pedreira Belém-Pará, 2000	64
QUADRO 2 – Inscrições no PASI-Pedreira nos anos de 1997 a 2000	95

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – Termo de consentimento

ANEXO II – Caracterização sócio-demográfica

ANEXO III – Roteiro da entrevista

SUMÁRIO GERAL

Resumo

Abstract

Lista de tabelas

Lista de gráficos

Lista de quadros

Lista de anexos

APRESENTAÇÃO	17
I. ENVELHECIMENTO NO MUNDO E NO BRASIL	20
1.1 Transição Demográfica e Epidemiológica	21
1.2 Velhice, terceira Idade, Velho ou Idoso: Sinônimo, Eufemismo ou Estereótipos	28
II. O IDOSO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	31
2.1 O Programa de Atenção à Saúde do Idoso	32
2.2 A Rede Básica de Saúde Estadual e Municipal e o Programa de Saúde do Idoso em Belém	36
III. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	44
3.1 Avaliação dos serviços de Saúde	45
3.2 A Satisfação do Usuário: Um indicador de Qualidade de atendimento	48
3.3 A Satisfação do idoso com os Cuidados à Saúde	51
IV. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
4.1 População Estudada	54
4.2 Contexto do Estudo	55
4.3 Descrição dos Dados	58
4.4 Características dos Entrevistados	61
V. CONHECENDO O USUÁRIO E SUA SATISFAÇÃO COM O CUIDADO À SAÚDE	62
5.1 Características Sócio-Demográficas e Principais Morbidades da população Idoso atendida no PASI	63
5.2 Usuário, comunidade e Envelhecimento	77
5.3 Satisfação do Usuário Idoso com o cuidado à Saúde	82

CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	100

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro resultante da redução da fecundidade e do aumento da longevidade causará, a curto prazo, conseqüências importantes sobre a quantidade e a natureza das demandas sociais, principalmente aquelas relacionadas aos setores da saúde e da previdência social.

A Política Nacional de Saúde do Idoso rege as diretrizes que norteiam todas as ações no setor saúde e a indicação das responsabilidades institucionais. Seu foco central é a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção máxima, pelo maior tempo possível, das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (capacidade funcional), assim como a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação da capacidade funcional perdida. O enfoque dado, portanto, transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

A implementação da Política Nacional de Saúde do Idoso, através do Programa de Atenção à Saúde do Idoso, é mantido com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e envolve a cooperação contínua entre Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O Programa compreende a definição e a adequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde relacionados ao idoso.

No estado do Pará são poucas as iniciativas públicas, e até mesmo as privadas, voltadas para a população idosa. O Programa de Atenção à Saúde do Idoso foi implantado em junho de 1997 e acontece atualmente em duas unidades do governo estadual e em cinco unidades do município de Belém.

O trabalho aqui desenvolvido está ancorado em minha experiência pessoal de atuação, como enfermeira, junto ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso (PASI) e surgiu da necessidade de avaliar a qualidade das práticas de saúde implementadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro da Pedreira, pioneira no atendimento diferenciado à saúde do idoso, considerando que:

1. As práticas de saúde desenvolvidas pelo PASI não foram avaliadas desde sua implantação em 1997
2. O programa realizado pelo PASI-Pedreira serve de referencial para a implantação de atendimento à saúde de pessoas idosas em outros serviços da rede pública
3. A Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro da Pedreira está prestes a se transformar num Centro Escola da Universidade Federal do Pará onde o ensino da Gerontologia se dará através das práticas efetuadas pelo PASI.

Numa primeira etapa procuramos traçar as características multidimensionais descrevendo variáveis sócio-demográficas, as principais morbidades e o grau de autonomia da população idosa atendida. Em seguida, delimitamos as ações desenvolvidas pelo PASI, a frequência e a oferta de serviços e os recursos humanos disponíveis, para finalmente investigarmos a qualidade do atendimento prestado. Para isto, optamos fazê-lo na perspectiva do usuário tomando como base suas reais necessidades de atenção de saúde expressas em suas falas. A satisfação com o atendimento, as expectativas e decepções com o programa surgem de maneira espontânea na medida em que as entrevistas se desenrolam.

Os resultados obtidos e aqui apresentados sob a forma de dissertação de mestrado para a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz permitirão, sem dúvida, redirecionar o programa e darão subsídios para a implantação de outros programas voltados à saúde da população idosa atendida pela rede pública do estado do Pará.

Na presente dissertação nos propomos, então, como objetivo geral, avaliar a qualidade do atendimento prestado à saúde da população idosa atendida pela Unidade Básica de Saúde do bairro da Pedreira em Belém do Pará através da satisfação do usuário, considerando-se acessibilidade, continuidade e disponibilidade de serviços e profissionais, relacionamento usuário-profissional, resultado do cuidado na saúde, e recomendação do serviço como atributos relativos à qualidade do atendimento.

Outros objetivos, de caráter específico, visam traçar o perfil destes usuários através de variáveis sócio-demográficas e epidemiológicas, conhecer as principais necessidades e problemas que o idoso enfrenta na comunidade onde reside e suas sugestões para solucioná-los.

CAPÍTULO I. ENVELHECER NO MUNDO E NO BRASIL

1.1 TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

1.2 VELHICE, TERCEIRA IDADE, VELHO OU IDOSO: SINÔNIMO, EUFEMISMO OU ESTEREÓTIPO?

CAPÍTULO I. ENVELHECER NO MUNDO E NO BRASIL

1.1 TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

Nas últimas décadas do século XX, uma característica comum entre países desenvolvidos e em desenvolvimento é o crescimento da população idosa. O envelhecimento populacional mundial que ora observamos se deveu ao acentuado declínio na taxa de mortalidade e da baixa, tanto maior, na taxa de fecundidade (Ramos, 1997).

Com a redução na taxa de mortalidade houve o aumento da esperança de vida ao nascer em países em desenvolvimento como o Brasil, cuja média era de 40 anos na década de 40, passando em torno de 62 anos na década de 90. Para o ano 2020 nestes países, a esperança de vida ao nascer projetada será de 70 anos (Kalache; 1996).

No Brasil, a redução dos níveis de fecundidade ocorreu em todas as classes sociais e em todas as regiões do País, numa dimensão maior que a de países desenvolvidos. Ela foi decisiva na mudança do perfil demográfico brasileiro. Num período de 30 anos houve a redução de quase 60% no nível de fecundidade nacional. Nos anos 60, a proporção era de 5,8 filhos por mulher, passando para 2,5 filhos por mulher em 1996 (Moreira, 1998). Para Laurenti, *“a composição de uma população, num dado momento, é um reflexo de sua dinâmica durante um longo período (décadas). Essa é resultante do comportamento da mortalidade e da fecundidade”*. Para o autor, a fecundidade é o principal fator do envelhecimento populacional, uma vez que a diminuição da taxa de mortalidade, principalmente nos jovens, faz com que eles cheguem à idades mais avançadas, porém não modifica a estrutura das faixas etárias de uma dada população.

Neste sentido Berquó (1980:34) refere que:

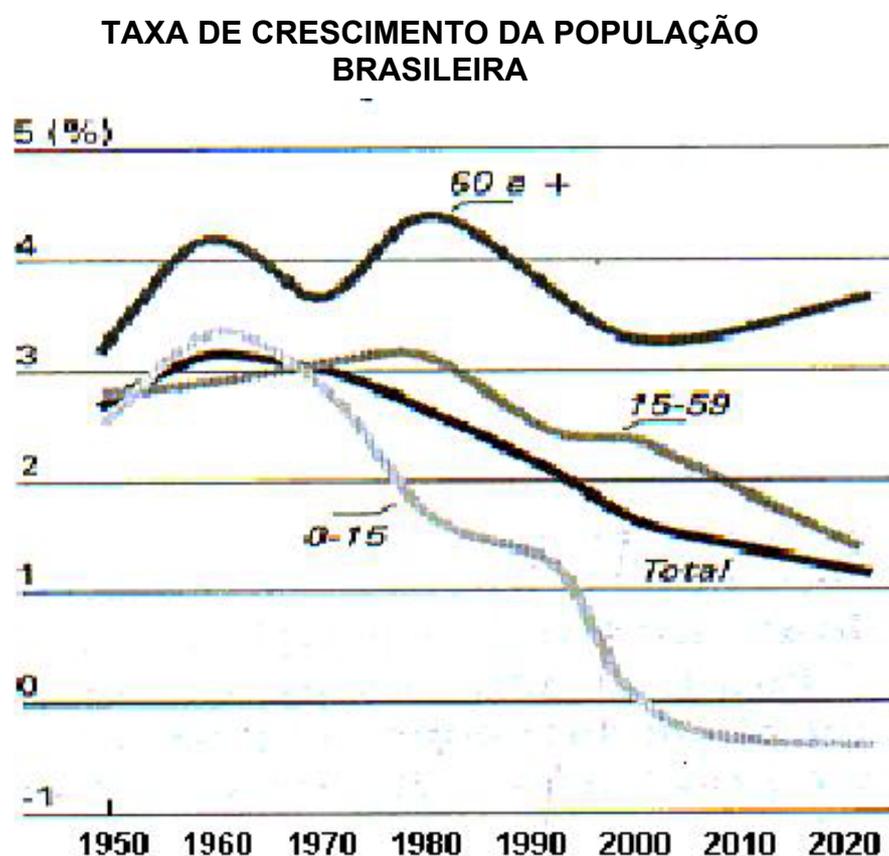
“(...) entretanto, é preciso levar em conta que uma queda na mortalidade produz ganho de vidas humanas em todas as idades, principalmente nas primeiras, aumentando, portanto, o contingente de jovens na população em um determinado momento. É possível portanto, que uma queda na mortalidade não altere a estrutura por idade de uma população, ou seja, o seu envelhecimento não estaria necessariamente, dependente daquela redução. O que pesa, sim, decisivamente para o envelhecimento de uma população é a queda de fecundidade.”

No entanto, a forma como essas mudanças ocorreram nos diferentes países e regiões foi muito heterogênea. Na Europa, a transição demográfica aconteceu lentamente, em um momento de expansão econômica, após a revolução industrial, quando Estado e sociedade dispunham de recursos para atender as necessidades da nova demanda social, havendo simultaneidade entre desenvolvimento social e econômico (Veras e Jr, 1995). Países como a Suécia necessitaram de 70 anos para reduzir sua taxa de fecundidade total de 4,4 filhos por mulher, em 1870, para 1,8 filhos por mulher em 1940. Até mesmo a Inglaterra, com taxa de fecundidade mais alta precisou de 55 anos para diminuir de 5,3 filhos por mulher em 1870, para 2,3 filhos por mulher. Redução similar ocorreu no Brasil em 30 anos (Moreira, 1998).

No Brasil, a transição demográfica vem sucedendo de maneira mais acelerada, em meio a profunda crise sócio-econômica, onde a distribuição de renda oriunda de uma política social de exclusão é fator marcante. Neste processo, dois componentes foram primordiais. O primeiro foi a diminuição da mortalidade na década de 40, emergindo não em consequência do desenvolvimento sócio-econômico do país, mais sim, com uso de vacinas e antibióticos e o emprego de complexas tecnologias médicas importadas de países desenvolvidos. O segundo foi a redução da fecundidade nos anos 60, quando se consolidou a transição demográfica (Monteiro e Alves, 1995).

Como observamos no Gráfico 1, as taxas de crescimento para a população total nos anos 50 e 60 que eram de 3% declinaram para 1,4% no final da década de 90. Estima-se para o ano 2020 uma taxa abaixo de 1%. Por outro lado, a diminuição da fecundidade faz com que as taxas de crescimento nos diferentes grupos etários tenham comportamentos diferenciados. Verificamos também, as taxas de crescimentos da população jovem (0 a 15 anos), adulta (15 a 59 anos) e idosa (60anos e +). Estas taxas propõem que o envelhecimento da população brasileira, se verificada pela maior taxa de crescimento do idoso, não é novo. Pois, o idoso vem apresentando taxa de crescimento desde a década de 40, atingindo 3% nos anos 50 (Camarano et al, 1999).

GRÁFICO 1

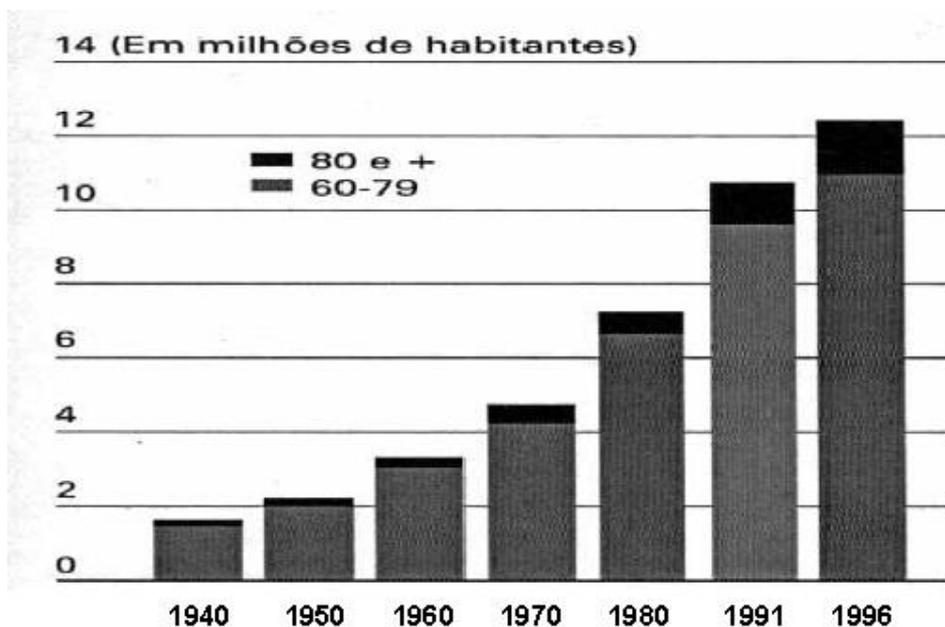


Fonte IBGE vários Censos Demográficos. In Camarano, 1999

No Gráfico 2 está representada a progressão da população idosa brasileira nas últimas sete décadas.

GRÁFICO 2

POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA



Fonte IBGE vários Censos Demográficos. In Camarano, 1999

O envelhecimento populacional brasileiro também está acarretando o aumento da faixa dos idosos mais idosos. Em 1940, a população com 80 anos ou mais era de 166 mil pessoas, enquanto em 1996 atingiu cerca de 1,5 milhão (Gráfico 1). Já o número de pessoas com mais de 100 anos começa a se tornar significativo, alcançando quase 10 mil em 1996 (Camarano et al, 1999).

Porém, o envelhecimento populacional se processa de forma diferente nas regiões do Brasil, é influenciado pelas diferentes condições sócio-econômicas regionais e o processo migratório (Bercovich,1993; Monteiro e Alves,1995). A migração das regiões rurais contribuiu para o envelhecimento da população urbana, principalmente nas cidades da Paraíba e Rio de Janeiro.

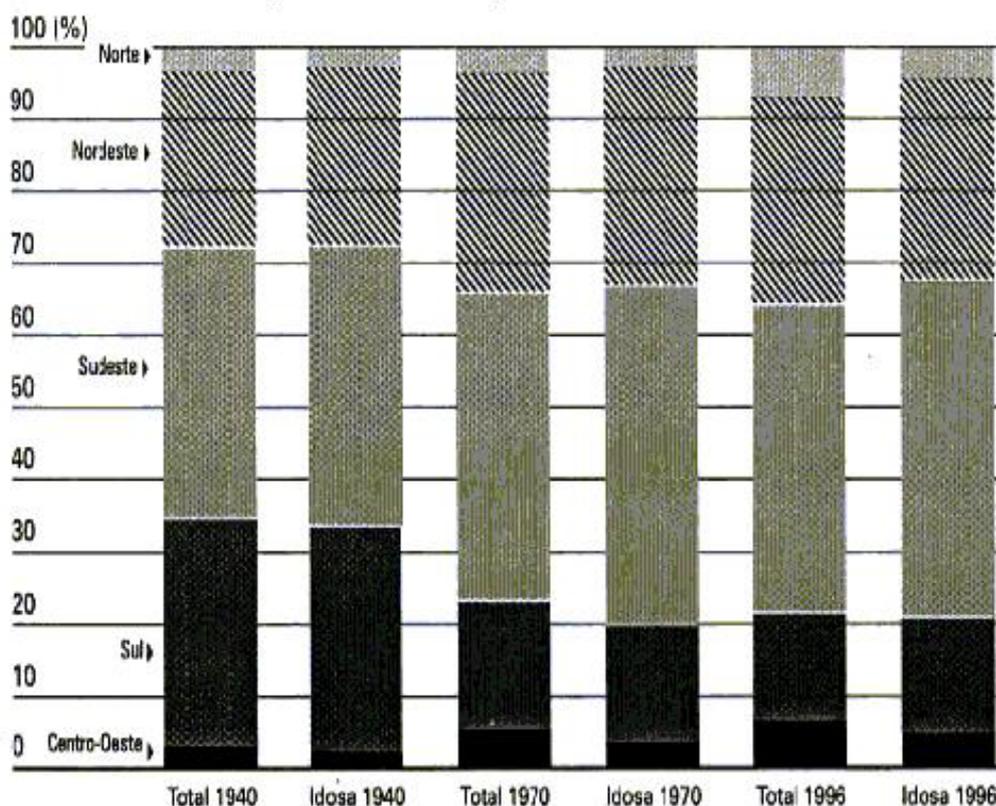
As regiões Sudeste e Sul, as mais industrializadas do País, cujas populações têm melhores condições sócio-econômicas, maior grau de escolaridade, melhor qualidade de vida e maior expectativa de vida ao nascer, são as que apresentam maior proporção de idosos por habitantes. Aí, o envelhecimento populacional se deu principalmente pela diminuição da taxa de fecundidade. Diferentemente, o envelhecimento da população na Região Nordeste, que tem a menor esperança de vida ao nascer, se deveu principalmente à migração de adulto jovem para outras regiões do País e a alta taxa de mortalidade infantil (Camarano et al,1999).

Já nas regiões Norte e Centro-Oeste, o envelhecimento populacional tem sido pequeno. O aumento significativo do número de adultos jovens que migram para estas regiões, atraídos pelo grande número de empregos gerados pela abertura de novas áreas de garimpo e pela criação de unidades federativas poderá modificar este perfil nas próximas décadas.

Segundo a contagem populacional de 1996, a maior concentração de idosos está localizada na Região Sudeste (46%), sendo superior a verificada para o total da população (43%) (Gráfico 3).

GRÁFICO 3

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA POR GRANDES REGIÕES



Fonte: IBGE - vários censos demográficos. In Camarano, 1999.

Outro fenômeno que também contribuiu para a transição demográfica foi o aumento da vida média. No início do século XIX ela era em torno de 30 anos em alguns países, aumentando para 60 anos na segunda metade do século XX, e hoje na quase totalidade dos países está em torno de 70 anos (Laurenti).

Se por um lado o aumento da longevidade pode ser considerado uma conquista social, por outro ele pode se dar sem qualidade de vida e com perda da autonomia. O crescimento das morbidades crônicas não-transmissíveis, comuns nas idades mais avançadas, levou a uma mudança do perfil epidemiológico que anteriormente era o de doenças infecciosas agudas.

As enfermidades cardiovasculares, as seqüelas de doenças cerebrovasculares, incapacidades decorrentes de osteoarticulares e da osteoporose, conseqüências de doenças psicoorgânicas representadas por vários tipos de demências, principalmente a de Alzheimer do tipo tardio, e a elevada incidência de diabetes mellitus são algumas das patologias que afetam o idoso (Lessa, 1998). Elas implicam no incremento de internações hospitalares, de tratamentos clínico e cirúrgico, de consultas ambulatoriais e do uso de medicamentos. Estudos recentes, baseados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), mostram que ocorreram em todo Brasil, de abril de 1998 a março de 1999, 2.021.736 internações hospitalares de idosos correspondendo a 841.385 na Região Sudeste, 516.119 no Nordeste, 446.103 no Sul, 134.317 no Centro-Oeste e 83.812 no Norte (Souza-Leão e Portela, 2000).

O aumento das demandas de saúde e o uso de tecnologias de alta complexidade tornam onerosa a assistência à saúde do idoso levando ao comprometimento de parte do orçamento da saúde, mesmo em países desenvolvidos. Souza-Leão e Portela (2000) estudando as internações de idosos pagas pelo SUS verificaram que elas corresponderam a um custo de cerca de 828,8 milhões de reais, representando 20,2% do gasto total com hospitalizações no período. As autoras relatam que, do total das internações de idosos 1.589.515 foram relacionadas a procedimentos clínicos, com custo médio de 286 reais, e 432.221 a procedimentos cirúrgicos, com custo médio de 865 reais.

Embora tenha havido progresso na tecnologia propedêutica e diagnóstica, ele não foi suficiente para minimizar as doenças crônicas dos idosos. Medidas preventivas através do estímulo de hábitos e comportamentos saudáveis podem retardar a perda da autonomia e preservar a independência física e mental do idoso, sendo este o cerne da Política Nacional de Saúde do Idoso implementada através do Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

1.2 VELHICE, TERCEIRA IDADE, VELHO OU IDOSO: SINÔNIMO, EUFEMISMO OU ESTEREÓTIPO?

Cada sociedade tem seus determinantes para definir o que é ser velho os quais dependem dos atributos que seus membros elegem como características do envelhecer, variando de acordo com a época, valores e local em que vivem.

Na década de 70, a obra de Simone de Beauvoir rompeu o silêncio em torno da velhice, dando novo enfoque do que seja o envelhecimento nas sociedades industrializadas. As pessoas adultas vivem numa interação social dinâmica, o que não acontece com os velhos que ficam à margem da sociedade, segregados e isolados. As perdas de papéis sociais após a interrupção do trabalho e modificações nas relações familiares e de convivência levam a exclusão social. Motta (1996: 25), a esse respeito refere que: *“O envelhecimento social é um processo freqüentemente lento que leva à progressiva perda de contatos sociais gratificantes. É um processo que se inicia em algum momento da vida de um ser humano, acentua-se em diferentes ocasiões e, através de avanços e recuos nem sempre muitos precisos, pode levar a chamada “morte social”.*

Na sociedade ocidental contemporânea, a velhice é vista de forma estigmatizada, caracterizada pela “decadência física e ausência de papéis sociais”. Ela marginaliza seus velhos chamando-os de inválidos, dependentes, esclerosados e frágeis. Apesar da continuação de alguns estereótipos negativos, houve avanço nas questões do envelhecer, particularmente em relação a cidadania, no que se refere a conquista de direitos sociais como a universalização da aposentadoria (Debert, 1999:14).

O crescimento da população idosa levou alguns cientistas sociais e demógrafos a darem ênfase a questão social. Para Debert (1998:62), a velhice enquanto uma questão social é ampla e complexa. Ela é vista em quatro dimensões: 1) *reconhecimento*; 2) *legitimação*; 3) *pressão*; e 4) *expressão*. Segundo esta autora, reconhecer a velhice, é retirá-la do anonimato, é colocar à público sua realidade. É engajar na sua luta novos atores sociais. A legitimação, por sua vez não é só tornar público seu problema, ou seja, não basta que a sociedade conheça seus problemas, mais sim, conquistar seus direitos. A pressão é a forma que se utiliza através de

porta-vozes ou grupos sociais para denunciar, tornar pública as questões sociais. A expressão, é reflexo da pressão, no momento que se redefine a velhice e surgem novos termos como terceira idade, melhor idade, emergindo assim, uma nova imagem da velhice.

A invenção do termo “terceira idade” visa classificar os indivíduos que não mais trabalham porém não apresentam sinais de senilidade e decrepitude. A terceira idade passa então a definir uma nova maneira de viver entre as idades adultas e a velhice como o momento privilegiado para novas conquistas na busca do prazer, da satisfação e da realização pessoal (Debert,1996:35)

O mercado de consumo passa a se interessar pelo envelhecimento do ponto de vista numérico na medida em que as Industrias Cosmética e Farmoquímica, e a Sociedade Médica prometem o adiamento da velhice. As práticas inovadoras de bem viver a terceira idade inclui a manutenção corporal, cirurgias plásticas rejuvenescedoras, comidas saudáveis, medicamentos anti-envelhecimento, e diversas formas de lazer como os bailes, bingos, etc... (Debert, 1998:53).

Neste sentido, boa velhice está diretamente relacionada a boa condição socioeconômica para usufruir de novos produtos e técnicas. Cria-se um novo mercado de consumo, para o qual a velhice é apenas mais um segmento.

Outro fenômeno associado ao envelhecimento "bem sucedido" é o que Debert (1996:36) nomeia de “reprivatização da velhice”, onde os problemas enfrentados pela velhice avançada são dissolvidos e transformados em responsabilidades individuais. Por outro lado, as modificações na estrutura familiar urbana afetada quanto ao seu tamanho e composição, a intensificação da inserção da mulher no mercado de trabalho formal, assim como, o crescente número de mulheres na chefia dessa nova família mudaram de sobremaneira as relações intra-familiares e o papel do cuidar do idoso culturalmente atribuído às mulheres.

A sociedade contemporânea não desenvolveu novos papéis ou atividades específicas para os velhos; na medida em que eles perdem seu espaço social. De um modo geral, apesar da nova tendência para reverter os estereótipos negativos relacionado ao envelhecer, a ênfase continua a ser dada para o novo, para a juventude e para o que é moderno. O preconceito quanto ao envelhecimento na sociedade atual é evidente. Como vimos há uma infinidade de possibilidades para a demarcação do que venha a ser idoso. Definir velhice é, portanto, uma tarefa difícil pois ela não pode ser reduzida a um ponto de vista se pensarmos na multiplicidade e nas inter-relações dos aspectos que envolve o envelhecimento humano. Segundo Beauvoir (1990:15) "*a velhice é um fenômeno biológico (...) acarreta conseqüências psicológicas (...) tem uma dimensão existencial (...) este destino é vivido de maneira variável, segundo o contexto social*".

Como se caracteriza o velho? Por seus papéis sociais? Pela mudança do papel social como a chegada da aposentadoria ? Pela aparência, a partir do momento que começam a aparecer as transformações orgânicas, como: cabelos brancos, pele enrugada, flácida. Por auto-definição? Pela idade cronológica? A partir de quantos anos? dos 50, 60, 65 ou 70 anos.

A idade cronológica tem sido utilizada como um dos critérios de classificação para a categoria idoso. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso, todo indivíduo com 60 anos e mais se ele residir em países em desenvolvimento, e de 65 anos e mais no caso de países desenvolvidos (World Health Organization, 1984 – OMS).

Nas últimas três décadas, mudanças sociais levaram a velhice da esfera privada e familiar para a pública passando a fazer parte da agenda social dos governos. A demarcação de grupos populacionais é importante para a formulação de políticas públicas. A Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, Cap1, art.2) adotou o limite etário de 60 anos para definir seu público alvo.

Embora saibamos que a definição de idoso em termos cronológico simplifique a heterogeneidade deste segmento, adotamos neste trabalho as definições da OMS e da Política Nacional do Idoso considerando que o serviço de saúde a ser estudado é regulamentado pela Política Nacional do Idoso.

CAPÍTULO II O IDOSO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

2.1 0 PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

2.2 A REDE BÁSICA DE SAÚDE ESTADUAL E MUNICIPAL E O PROGRAMA
DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO EM BELÉM

CAPÍTULO II. O IDOSO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

2.1 O PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

No Brasil, a partir das duas últimas décadas do século XX vem se intensificando as discussões sobre o envelhecimento da população e suas implicações nos setores: econômico, social e saúde. No setor saúde, assim como, nos demais setores as mudanças vieram com a reforma constitucional em 1988, que garantiu assistência médica a toda população através de um novo modelo de assistência de saúde – Sistema Único de Saúde – SUS.

Entretanto, o aumento da população idosa já vinha preocupando as autoridades, visto que, em 1986 o Ministério da Saúde criou uma política de saúde específica para os idosos – Serviço de Atenção à Saúde do Idoso, subordinado à Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas. Em 4 de janeiro 1994, foi sancionada a Lei 8.842, cuja regulamentação ocorreu em 1996, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, envolvendo oito Ministérios – Ministério da Previdência e Assistência Social, Cultura, Educação e do Desporto, Justiça, Saúde, Trabalho, Planejamento e Orçamento, Indústria, Comércio e Turismo – objetivando *“assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”*. Concedendo ao Ministério da Previdência e Assistência Social a Coordenação. Esta lei solidifica a importância dessa camada da população, estabelece princípios e diretrizes, definindo prioridades e competências.

Para facilitar a operacionalização desta política, criou-se o Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, com ações promocionais, preventivas e curativas, visando melhorar a qualidade de vida do idoso. Em 1997, o Ministério da Saúde elabora o “Programa de Atenção à Saúde do Idoso”, seguindo recomendações da Organização Mundial de Saúde, das Nações Unidas e da Lei 8.842, que visa *“garantir a atenção integral à saúde do idoso, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde nos diversos níveis de complexidade do Sistema*

Único de Saúde, bem como estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde – SUS”.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Política de Saúde Pública em dezembro de 1999 divulgou a Política Nacional de Saúde do Idoso, fundamentada na Lei Orgânica da Saúde – 8.080/90 e na Lei 8.842. A referida lei enfatiza a autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso, define diretrizes para direcionar as ações no que se refere a saúde, determina a cada instituição sua responsabilidade viabilizando assim sua operacionalização, norteia o processo avaliativo para possíveis redimensionamento.

A Política Nacional de Saúde do Idoso define como diretrizes:

- ✓ a promoção do envelhecimento saudável;
- ✓ a manutenção da capacidade funcional;
- ✓ a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- ✓ a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- ✓ a capacitação de recursos humanos especializados;
- ✓ o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e
- ✓ o apoio a estudo e pesquisas.

A Promoção do envelhecimento saudável enfatiza as medidas educativas com ações que orientem o idoso ou indivíduo como preservar ou melhorar suas habilidades funcionais através da aceitação precoce de hábitos saudáveis de vida e eliminação de comportamentos nocivos à saúde. Assim como, orientações com os cuidados dos riscos ambientais que proporcionam acidentes (quedas), evitando assim, comprometimento da capacidade funcional.

Associada a medidas educativas, a manutenção da capacidade funcional direciona o enfoque de suas atividades a prevenção de perdas funcionais em dois níveis: prevenção de agravos à saúde – imunizações nos idosos – e detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr

em risco as habilidades e a autonomia dos idosos, neste caso, as ações são direcionadas as doenças crônicas não transmissíveis, como também, a inclusão de novas medidas que visem outro tipo de patologia como por exemplo o hipotireoidismo subclínico, assim sendo, as recomendações são:

- antecipação de danos sensoriais, com o rastreio precoce de danos auditivos, visuais e proprioceptivos;
- utilização dos protocolos próprios para situações comuns entre os idosos, tais como riscos de queda, alterações do humor e perdas cognitivas;
- prevenção de perdas dentárias e de outras afecções da cavidade bucal;
- prevenção de deficiências nutricionais;
- avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente domiciliar, com vistas a prevenção de perdas de independência e autonomia;
- prevenção do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados etc.

A assistência às necessidades de saúde do idoso será desenvolvida nos ambulatórios, hospitais e nos domicílios. No ambulatório, a consulta geriátrica será a base assistencial e se respaldará na anamnese para melhor esclarecer o diagnóstico, direcionar o tratamento e os encaminhamentos para a equipe multiprofissional e interdisciplinar, objetivando, principalmente, a diminuição das internações em hospital e clínica de repouso. Enquanto no hospital, o fator determinante da assistência será o estado funcional do paciente, para aqueles classificados como dependente total onde a equipe multiprofissional deverá estar preparada para atender este tipo de usuário. Por outro lado, a assistência domiciliar servirá como apoio para os casos que necessitem de internação mais prolongada,

assim como, deverá ser incentivada também a criação de hospital-dia geriátrico, tais estratégias tem a finalidade de diminuir o custo das internações.

Quanto a reabilitação da capacidade funcional comprometida, neste caso, há de se ressaltar a importância da reabilitação precoce, impedindo a evolução e recuperando a perda funcional. Estas práticas contaram com o apoio de profissionais de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social.

Já a capacitação de recursos humanos especializados será de responsabilidade das três esferas de governo e caminhará junto de todas as diretrizes da política.

O apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, busca a cumplicidade entre os profissionais de saúde e a família ou comunidade no sentido de prestar cuidado ao idoso. Esses cuidadores receberão sempre orientações dos profissionais de saúde.

Por fim, o apoio a estudos e pesquisas, e os responsáveis pela pesquisa serão dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, que receberão apoio financeiro das agências de ciências e tecnologia regionais e federais. Cabe a estes Centros, a responsabilidade de organizar seus pesquisadores e direcioná-los a uma ou mais linha de pesquisa, que compreenderão quatro temas: perfil do idoso; avaliação da capacidade funcional; modelos de cuidados; e hospitalização e alternativas de assistência hospitalar, com a finalidade de auxiliar nas políticas direcionadas a população idosa.

Com o impacto que vem sofrendo a saúde com o aumento da expectativa de vida, busca-se fazer uma assistência voltada para a promoção e prevenção sem deixar de lado a assistência curativa e de reabilitação. No primeiro caso, as ações são voltadas para as mudanças no estilo de vida (hábitos, costumes etc.), objetivando reduzir o risco de adoecer e morrer. Estas medidas servem como indicadores para a qualidade de vida. No segundo caso, as ações são voltadas para prevenção de agravos a saúde. Dentro desta visão, Veras (1996:391) refere que “o principal objetivo das medidas preventivas na terceira idade não é reduzir as taxas

de mortalidade, mas melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, de modo que eles tenham suas atividades menos afetada por doenças crônicas.” Assim sendo, este idoso deverá preservar o maior tempo possível a sua autonomia, independência física e mental, ou seja, sua capacidade funcional.

Para Brito e Ramos (1996:398).

“dentro de um projeto de atenção à saúde do idoso, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é de importância fundamental, pois a ela compete ser a porta de entrada do atendimento à população e estar em condições de oferecer um atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidade apresentada por esta população. Deverá garantir o acesso do atendimento, aumentando a cobertura e diminuindo, assim, a demanda reprimida”.

Assim sendo, a UBS deve se estruturar para fazer o atendimento ao idoso desenvolvendo uma prática inovadora, voltada para a saúde coletiva dentro de um novo núcleo conceitual do que seja “prática gerontológica denominada de atenção progressiva”.

Vale ressaltar que as políticas públicas são formuladas segundo as demandas sociais que no contexto atual apontam para: incremento das doenças crônicas, maior utilização de serviços de saúde e maiores taxas de internações hospitalares entre os idosos quando comparados com outras faixas etárias, levando o SUS a redefinir suas prioridades.

2.2 A REDE BÁSICA DE SAÚDE ESTADUAL E MUNICIPAL E O PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO EM BELÉM

A cidade de Belém, capital do estado do Pará, foi fundada no mês de janeiro de 1616, na Foz do Amazonas por Francisco Caldeiras Castelo Branco. Tem aproximadamente de extensão 505.8232 km, constituída por duas regiões, a Região Continental com 173.7864 km correspondendo a 34,36% da área territorial, e a

Região Insular formada por 43 ilhas, com 332,0367 km eqüivalendo a 65,64%. Conhecida como a cidade das mangueiras, por existir centenas destes espécimes em quase todas as ruas, o que deixa a cidade bastante arborizada e ventilada. Seu clima é quente e úmido com precipitação média anual oscilando entre 2600 e 3200 mm. Tem duas estações no ano – seca e a chuva – a primeira, no período que vai de junho a novembro e a segunda, no período de dezembro a maio, sua temperatura média de 25°C em fevereiro e 26°C em novembro.

O município de Belém limita-se ao Norte com a Baía do Marajó, ao Sul com o Rio Guamá e o município do Acará, a Leste com os municípios de Ananindeua, Santo Antonio do Tauá, Santa Bárbara do Pará e Marituba e a Oeste com as Baias do Guajará e Marajó. É constituído de 71 (setenta e um) bairros. Na Tabela 1, a população idosa estimada para o município em 1996.

TABELA 1

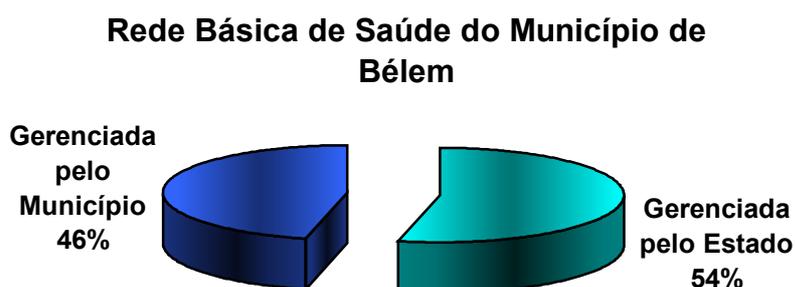
POPULAÇÃO IDOSA PROJETADA PARA O MUNICÍPIO DE BELÉM, POR SEXO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA

	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60 – 64	10.582	0,91	14.000	1,20	24.582	2,11
65 – 69	8.080	0,69	11.210	0,96	19.290	1,65
70 – 74	5.328	0,45	7.438	0,64	12.811	1,09
75 – 79	3.104	0,26	5.330	0,45	8.434	0,71
80 +	2.825	0,24	6.453	0,55	9.278	0,79

Fonte IBGE população projetada para o ano de 1996

A Rede Básica de Saúde de Belém tem 28 centros de saúde distribuídos principalmente nos bairros mais populares, sendo 54% (15) sob gerenciamento do estado e 46% (13) do município (Gráfico 4).

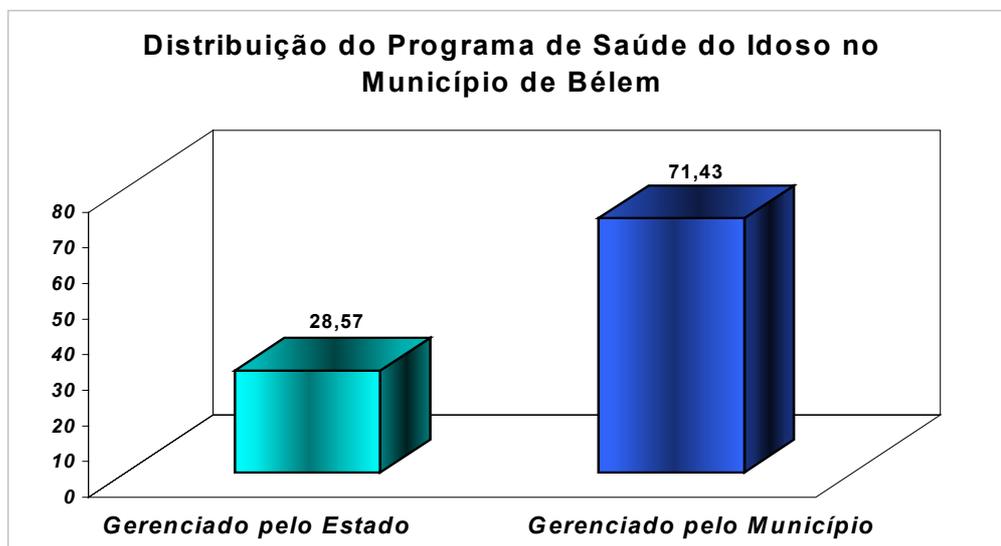
GRÁFICO 4



Fonte DDRA/DO/SESPA/1999

Em Belém, existem diversos núcleos de atendimentos ao idoso, nos âmbitos público e privado, em diferentes modalidades como: grupos de Terceira Idade, Universidade da Terceira Idade, Asilos, Casas de Convivências. O Programa de Saúde do Idoso foi implantado em junho de 1997 e se desenvolve em duas unidades do governo estadual e em cinco unidades do município (Gráfico 5). Nestas unidades os critérios de inclusão para a participação no programa são: idade igual ou superior a 60 anos e residir no bairro ou área de abrangência da UBS.

GRÁFICO 5



Fonte SESMA/SESPA/2001

A seguir, apresentaremos alguns dados referentes às Unidades Básicas de Belém.¹

✓ Unidade Básica de Saúde da Pedreira.

Implantação do Programa: junho de 1997;

Atividades assistenciais: consulta médica e enfermagem, atendimento social e nutrição, exames laboratoriais, se houver necessidade de algum atendimento será encaminhada para outro profissional na unidade ou referenciado.

¹ Os dados foram coletados através de entrevistas, contatos telefônicos e visitas. Durante as entrevistas utilizamos o gravador com o consentimento dos entrevistados. Nossos atores foram os coordenadores do Programa de Atenção à Saúde do Idoso das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, na pessoa da médica Nelma e do médico João respectivamente, a gerente (Andréia) e a assistente social (Zila) da Unidade Municipal de Saúde de Icooracy, a médica (Ana Lúcia), as assistentes sociais (Teofela e Rosa) e a nutricionista (Jane) da UBS da pedreira.

Feito contato telefônico com: Aldeia Cabana, Alexandre; Guamá, assistente social Jacitará; Sacramenta, assistente social Ivane; Tapanã, Marilene, Vila da Barca, enfermeira Dalva. Feito visita na Unidade de Icooracy.

Atividades sociais: oficinas terapêuticas, palestras educativas, atividade física, passeios e festas em datas festivas;

Profissionais envolvidos: 2 assistente social, 1 enfermeira, 1 médica geriatra, 1 nutricionista e 1 professor de educação física, e os demais se necessário;

Horário de funcionamento: Segunda à Sexta-feira, das 7 horas às 13 horas;

Endereço da unidade: Avenida Pedro Miranda S/N, esquina da Mauriti.

✓ **Unidade Básica de Saúde do Guamá**

Implantação do Programa: abril de 2000;

Atividades assistenciais: consulta médica e de enfermagem; atendimento social de enfermagem e exames laboratoriais, se houver necessidade de algum atendimento será encaminhada para outro profissional na unidade ou referenciado.

Atividades sociais: em datas festivas;

Profissionais envolvidos: assistente social, enfermeira, médico clínico, auxiliar de enfermagem e os demais se necessário;

Horário de funcionamento: Segunda à Sexta-feira, das 7 às 13 horas e das 13 às 18 horas;

Endereço da unidade: Travessa Barão de Igarapé Mirim, nº 479, Guamá.

✓ **Unidade Municipal de Saúde de Icooracy.**

Implantação do Programa: abril de 2000;

Atividades assistenciais: consulta médica e de enfermagem; atendimento social, nutricional e exames laboratoriais, se houver necessidade de algum outro atendimento será encaminhada para outro profissional na unidade ou referenciado.

Atividades sociais: em datas festivas;

Profissionais envolvidos: assistente social, enfermeira, médico clínico, nutricionista e os demais se necessário;

Horário de funcionamento: Segunda à Sexta-feira, das 7 às 13 horas e das 13 às 18 horas;

Endereço da unidade: Rua Manoel Barata, nº 840, Icooracy.

✓ **Unidade Municipal de Saúde da Sacramenta.**

Implantação do Programa: maio de 2000;

Atividades assistenciais: consulta médica, atendimento social, terapia ocupacional, nutrição e exames laboratoriais; se houver necessidade de algum atendimento será encaminhada para outro profissional na unidade ou referenciado;

Atividades sociais: caminhadas e passeios;

Profissionais envolvidos: assistente social, médico clínico, nutricionista e terapeuta ocupacional; e os demais se necessário;

Horário de funcionamento: Segunda à Sexta-feira, das 13 às 18 horas;

Endereço da unidade: Avenida Senador Lemos S/N, Sacramenta.

✓ **Unidade Municipal de Saúde da Vila da Barca.**

Implantação do Programa: junho de 2000;

Atividades assistenciais: consulta médica e de enfermagem, atendimento social, de nutrição e exames laboratoriais; se houver necessidade de algum atendimento será encaminhada para outro profissional na unidade ou referenciado.

Atividades sociais: inexistente;

Profissionais envolvidos: assistente social, enfermeira, médico clínico e nutricionista, e os demais se necessário;

Horário de funcionamento: Segunda à Sexta-feira, das 7 às 13 horas;

Endereço da unidade: Avenida Pedro Miranda, Travessa Coronel Luiz Bentes S/N, Telegrafo.

✓ **Unidade Municipal de Saúde da Aldeia Cabana.**

Implantação do Programa: dezembro de 2000;

Atividades assistenciais: consulta médica, enfermagem, atendimento social, psicologia, nutrição, terapia ocupacional e fisioterapia;

Atividades sociais: inexistente;

Profissionais envolvidos: assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fisiatra, médico clínico e geriatra, nutricionista; psicólogo e terapeuta ocupacional;

Horário de funcionamento: Segunda à Sexta-feira, das 7:30 às 13 horas e das 13 às 18 horas;

Endereço da unidade: Avenida Pedro Miranda S/N, Pedreira.

✓ **Unidade Municipal de Saúde do Tapanã.**

Implantação do Programa: janeiro de 2001;

Atividades assistenciais: consulta médica, e de enfermagem, atendimento social, nutricional e de enfermagem, se houver necessidade de algum atendimento será encaminhada para outro profissional na unidade ou referenciado.

Atividades sociais: passeio quando programado e atividades educativas;

Profissionais envolvidos: assistente social, enfermeira, médico clínico e nutricionista e técnico de enfermagem; e os demais se necessário;

Horário de funcionamento: Segunda à Sexta-feira, das 7 às 13 horas;

Endereço da unidade: Travessa São Clemente S/N, Rodovia do Tapanã.

CAPÍTULO III AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.2 A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: UM INDICADOR DE QUALIDADE DE ATENDIMENTO

3.3 A SATISFAÇÃO DO IDOSO COM OS CUIDADOS À SAÚDE

CAPÍTULO III. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação é uma atividade muito antiga e inerente ao próprio processo de aprendizagem. Ela consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo final de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas, avaliação normativa, ou ser elaborado a partir de um procedimento científico, pesquisa avaliativa (Contandriopoulos et al, 2000).

A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise, a saber: estratégica, da intervenção, da produtividade, dos efeitos, do rendimento, da implantação. Portanto, a avaliação das práticas de saúde abrange diversas dimensões que vão desde o cuidado individual até diferentes níveis de intervenção e de organização como políticas, programas, serviços ou sistemas (Silva e Formigli, 1994). Hoje, novos indicadores emergem entre eles o de avaliar a qualidade da assistência ou cuidado. Muito embora este termo seja freqüentemente empregado, vale ressaltar que os julgamentos sobre qualidade não se referem ao cuidado em si, mas sobre as pessoas nas quais este cuidado é dispensado e diz respeito ao cenário ou sistema em que o cuidado é proposto.

O primeiro passo a fazer quando se quer avaliar a qualidade é selecionar um indicador, e esta escolha pode se dar sobre o profissional ou pode basear-se no paciente ou no sistema de saúde (Donabedian, 1988). Quando o enfoque é direcionado ao indivíduo ganha importância às relações que se estabelecem entre provedores e usuários, bem como as características de ordem técnica referente ao cuidado em si (Silva e Formigli, 1994).

A partir do momento que os cientistas sociais começaram a levar em conta, em suas pesquisas, as avaliações que os pacientes faziam sobre os serviços de saúde e sobre seus próprios estados de saúde, eles obtiveram dos pacientes informações sobre os resultados dos cuidados com a saúde, e informações a respeito do modo que este cuidado é dispensado - operacionalização ou processo - ou seja, a maneira como esse cuidado é realizado (Bowling,1997).

A avaliação da qualidade do cuidado baseia-se em três categorias, “estrutura”, “processo” e “resultado”, que passamos a transcrever. A avaliação da “estrutura” está relacionada com as características do local onde o cuidado é prestado, isto é, dos recursos materiais e humanos disponíveis, ambiente físico e da estrutura organizacional que compreende a organização da equipe de profissionais e os métodos de pagamento e reembolso. A avaliação do “processo” está direcionado ao conjunto das atividades de dar (abrangendo a elaboração de diagnóstico, a recomendação e a implementação do tratamento) e de receber cuidados (incluindo a busca do cuidado pelo paciente e a capacidade dele levar a cabo o cuidado) e ao método como esta atividade é desenvolvida. A avaliação do “resultado” corresponde aos efeitos que as ações e os procedimentos provocam no estado de saúde do usuário ou da população atribuídos a um cuidado prévio. No caso destes efeitos acarretarem benefícios e modificações salutares para sua vida, pode-se considerar que o usuário está satisfeito com o cuidado prestado. Estudos de qualidade e de satisfação inserem-se no campo de avaliação de resultados.

Porém, a avaliação só é viável porque existe uma ligação de dependência entre estrutura, processo e resultado, ou seja, uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e um bom processo possibilita um bom resultado (Donabedian, 1988). O autor preconiza que a melhor maneira de se fazer uma avaliação da qualidade do cuidado é utilizar um instrumento que contemple indicadores representativos das três categorias.

O autor sugere ainda que a avaliação da qualidade pode ser estimada a partir dos atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Neste sentido, o autor conceitua qualidade do cuidado como sendo a reunião destes atributos.

Dada a variedade de definições que se pode encontrar nos enfoques teóricos sobre a qualidade do cuidado; passamos a definir as principais categorias adotadas, por Donabedian (1990), em avaliação de práticas de saúde: *eficácia* – é a competência com que se produz o cuidado para melhorar a saúde; *efetividade* – é a dimensão com que se consegue o resultado para melhorar a saúde; *eficiência* – é o máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo monetário; *otimização* – é o melhor cuidado efetivo, possível de ser obtido através da relação custo/benefício mais favorável; *aceitabilidade* – é a adaptação do cuidado às expectativas, desejos e valores do paciente e de seus familiares; *legitimidade* – conformidade das preferências sociais quanto à aceitabilidade, *equidade* – *distribuição dos cuidados e seus efeitos na saúde*.

A aceitabilidade, por sua vez, dependeria da avaliação subjetiva do paciente sobre eficiência, eficácia e otimização. Porém para Donabedian, outros elementos estariam relacionados mais estreitamente à aceitabilidade. São eles: acessibilidade - capacidade de obter o cuidado quando necessário, de maneira fácil e conveniente; relacionamento interpessoal paciente-provedor; amenidades do cuidado - relacionada ao conforto e estética das instalações e equipamentos, escolha do paciente quanto ao método terapêutico a partir do conhecimento de seus benefícios e riscos, escolha do paciente quanto ao custo do cuidado.

Silva e Formigli (1994:83), baseadas no trabalho de Donabedian (1992). dizem que:

"Os resultados possuiriam a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo, pois, servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade tanto da estrutura quanto do processo".

Silva e Formigli (1994:83), comentando Freeborn e Greenlick (1973), referem que o processo avaliativo de “sistemas de cuidado ambulatorial” deve incluir na aferição não só a efetividade técnica, mas também a efetividade psicossocial e a eficiência. Nesse contexto, a avaliação da efetividade psicossocial seria dada pela satisfação dos usuários e dos profissionais cuja aferição se daria em relação a acessibilidade, a qualidade do cuidado, a relação interpessoal e a organização do sistema. Para estes autores a acessibilidade e a continuidade do cuidado são elementos do processo. Assim, ao utilizarmos o indicador satisfação do usuário sobre o cuidado recebido estaríamos avaliando as categorias estrutura, processo e resultado.

3.2 A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: um indicador de qualidade de atendimento

Nos anos 80, o avanço do consumo na sociedade contemporânea levou a proliferação, inicialmente na Inglaterra, de questionários para avaliar a satisfação do consumidor em relação aos produtos lançados no comércio. Esta abordagem se popularizou nos Estados Unidos da América onde a satisfação do consumidor foi muito utilizada pelas organizações do mercado privado competitivo como um indicador de qualidade do produto (Griffiths, 1983, 1988 apud Bowling, 1997).

Na década de 90, este tipo de pesquisa foi estendido para outro tipo de consumidor – o paciente. Segundo Kloetzel et al (1998), a avaliação da qualidade de serviços de saúde deve basear-se tanto em critérios objetivos como subjetivos, sendo os primeiros reservados aos profissionais da saúde e os últimos dizendo respeito aos usuários.

Pesquisas baseadas na percepção dos usuários sobre as práticas de saúde passaram a ser feitas, desde então, a partir da satisfação do usuário e da aceitabilidade do cuidado pelo usuário (Silva e Formigli, 1994).

Segundo o dicionário Michaelis, satisfação é uma sensação agradável que sentimos quando as coisas correm à nossa vontade ou se cumprem a nosso contento. No caso do usuário de serviços de saúde sua satisfação expressaria a percepção subjetiva que o paciente tem do cuidado recebido.

Assim, a qualidade determinada através da satisfação do usuário baseia-se na opinião que este faz quanto a um serviço responder ou não às suas necessidades de cuidado, e torna-se uma das formas de se avaliar os resultados da assistência prestada.

Neste contexto, Akerman e Nadanovsky (1992:363) referem que *“(...) não se pode ter um serviço de alta qualidade quando o alvo deste serviço – o usuário – não estiver satisfeito. Assim, a definição de indicadores de qualidade deveria também passar pela utilização de medidas que levem em conta a satisfação dos pacientes com os serviços”*.

Em meados da década de 70, Ware e Snyder descreveram 18 dimensões da satisfação do usuário, e elegeram quatro como principais: acesso ao cuidado, continuidade do cuidado, disponibilidade do serviço e a conduta médica. Nos anos 80, Ware e Hays ampliaram para oito os elementos na avaliação da satisfação do usuário: a arte do cuidado, a qualidade técnica, a acessibilidade, a eficácia do serviço, o custo com o cuidado, o ambiente físico, a disponibilidade e a continuidade do cuidado (Bowling, 1997).

Os inúmeros trabalhos desenvolvidos por John Ware com diferentes pesquisadores culminaram num consenso sobre quais atributos não poderiam deixar de serem utilizados num instrumento de medição da satisfação do usuário. São eles: 1) a acessibilidade, 2) a disponibilidade de serviços e de provedores, 3) as possibilidades de escolha e a continuidade do serviço, 4) a comunicação, isto é, as informações fornecidas pelos provedores para a compreensão do paciente sobre seu estado de saúde e sobre o tratamento instituído, 5) os financiamentos, 6) os aspectos

interpessoais do cuidado, 7) o resultado do cuidado, 8) a qualidade técnica do cuidado, e finalmente, 9) o tempo que cada provedor dispensa ao usuário.

Para alguns autores, a avaliação de um serviço de saúde, quando feita pelos usuários, dada a sua subjetividade, apresentaria limitações quando formulada por perguntas gerais e com respostas pré-codificadas, como por exemplo, qual a sua satisfação com o serviço de saúde? muito satisfeito, muito insatisfeito. Este meio induziria a alto índice de respostas positivas, sem que houvesse espaço para críticas que poderiam ser alcançadas através de outros instrumentos (Bowling, 1997).

A satisfação do usuário mesmo sendo difícil de ser aferida, por se tratar de mensuração de opiniões, que podem ser influenciadas por diferentes situações, expectativas e antecedentes, ela pode contribuir para a melhoria da qualidade de um serviço. Muitas vezes, os conflitos e qualidades observados pelos usuários passam despercebidos aos funcionários e a outras pessoas com necessidades diversas das do usuário (Oliveira, 1992).

A qualidade de um serviço, segundo a visão do usuário, pode ser avaliada empregando-se diversos métodos e instrumentos como a observação participante, questionários, urnas de sugestões, telefonemas e entrevistas (Carr-Hill, 1992; Campen C van et al., 1998; Sixma et al, 2000). No Brasil um dos instrumentos utilizados é o SATIS-BR (Escala de Satisfação dos Usuários, Familiares e Técnicos de Serviços de Saúde Mental) um grupo de questionários semi-estruturados desenvolvidos pelo Projeto WHO-SATIS da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde.

A satisfação dos usuários vem sendo cada vez mais enfatizada na literatura como um indicador de avaliação do cuidado recebido, sendo adotada por um grande número de autores segundo a revisão de Franco e Campos, 1998 (Velázquez, 1978; Morera, 1981; Sommers, 1983; Aguirre-Gas, 1990; Jessee, 1990; Donabedian, 1992; Nogueira, 1994; 1998), Perreault e Leichner (1993).

No Brasil, a satisfação do usuário é utilizada como indicador da qualidade de atendimento em diferentes modalidades de serviços de saúde; por Gomes (1995) na avaliação da qualidade do atendimento à gestantes; por Pitta (1996) na avaliação de serviços de saúde mental; por Souza (1997) na avaliação de centro de saúde em Taguatinga, Distrito Federal; por Franco e Campos (1998) na avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial dos Serviços de Pediatria, de Pneumologia e de Imunologia do Hospital das Clínicas da Unicamp; por Silva (1998) na avaliação da qualidade de assistência de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Belém; por Kloetzel et al (1998) na avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais de uma unidade de saúde de Pelotas (RS); e por Gomes et al (1999) na avaliação da assistência ambulatorial à portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro; por Amendoeira (2000) na avaliação da qualidade de serviços de gerontologia e de geriatria.

3.3 A SATISFAÇÃO DO IDOSO COM OS CUIDADOS À SAÚDE

No Brasil, ainda são escassos os estudos e as publicações sobre avaliação do cuidado à saúde através da satisfação do usuário idoso. Amendoeira (2000), em sua dissertação de mestrado, fez a avaliação da satisfação dos usuários idosos, com comprometimento cognitivo leve e moderado, atendidos em dois serviços de saúde um aberto e outro fechado. Ela utilizou a Escala de Avaliação da Satisfação com Serviços de Saúde Mental e incluiu perguntas abertas que permitissem dar sugestões para melhora do serviço.

Em outra dissertação de mestrado, Souza (1997) fez um estudo sobre a satisfação dos usuários idosos atendidos nos centros de saúde de Taguatinga, cidade satélite de Brasília tendo como instrumento uma versão do questionário BOAS (*Brazil Old Age Schedule*) acrescido de questões referentes à satisfação do usuário que não constavam na versão original.

O grau da satisfação ou insatisfação do usuário com um determinado serviço de saúde vai depender das relações interpessoais usuários/provedores, de aspectos da infra-estrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), assim como, as representações do usuário sobre o processo saúde-doença (Silva e Formigli, 1994).

Para as autoras:

“O grau de adesão do paciente ao tratamento e as ações preventivas recomendadas pelos profissionais pode ser influenciado por esses aspectos do cuidado (...) Em decorrência desses fatos é que se torna relevante incorporar a avaliação da satisfação do usuário como um dos componentes da qualidade do serviço” (...) “a satisfação do usuário, pode também fornecer subsídios para uma estimativa do impacto esperado de determinadas práticas em relação aos problemas de saúde a elas vulneráveis”.

Neste sentido, quando se utiliza o usuário como avaliador está se instrumentalizando a população para o exercício da cidadania, permitindo o controle social dos sistemas e organizações sem contudo ignorar a influências dos meios de massa e dos próprios avaliadores (Pitta, 1996).

Por outro lado, a constituição brasileira e a Política Nacional do Idoso garantem a participação do idoso no processo avaliativo das políticas, planos, programas e projetos a serem implantados e em implementação. Um processo avaliativo que leva em consideração a opinião do próprio idoso estaria embasado no preceito teórico de avaliação de serviço, nas diretrizes da Política Nacional do Idoso e acima de tudo assegurando o direito social do idoso – o direito de cidadania.

Assim sendo, por reconhecer a importância, legitimação e validade da satisfação do usuário de serviços de saúde como indicador da qualidade do cuidado, e por entender que o idoso mais que qualquer usuário precisa ter voz e vez, é que passamos a avaliar o cuidado oferecido pelo Programa de Atenção à Saúde do Idoso na UBS Pedreira do município de Belém, e os resultados dessas ações na saúde dos usuários.

CAPÍTULO IV PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 POPULAÇÃO ESTUDADA

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

4.3 DESCRIÇÃO DOS DADOS

4.4 CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS

CAPÍTULO IV. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo buscou conhecer a satisfação do usuário com as ações desenvolvidas pelo programa de saúde para o idoso de uma unidade básica de saúde, no bairro da Pedreira, na cidade de Belém, capital do Estado do Pará.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, analisada segundo as abordagens quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa é indispensável para descrever o comportamento de variáveis em uma população ou no interior de subpopulações. Ela atua em níveis de realidade e seu objetivo é trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (Minayo e Sanches, 1993, Serapioni, 2000). Já a qualitativa propicia o conhecimento das representações do sujeito, por meio de seu discurso, permitindo que o pesquisador se aproxime mais da realidade dos atores sociais, uma vez que ela compreende o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 1999).

A combinação entre a abordagem qualitativa (sócio-antropológica) e a quantitativa (epidemiológica) é especialmente recomendada nos estudos de avaliação de programas e serviços de saúde, pois esta necessita realizar juízo de valores e analisar categorias relacionadas à estrutura, ao processo e ao resultado (Minayo e Cruz-Neto, 1999).

4.1 POPULAÇÃO ESTUDADA

A população estudada constituiu-se de 175 (cento e setenta e cinco) usuários matriculados no período entre 1997 e 1999 no Programa de Atenção à Saúde do Idoso (PASI) da Unidade Básica de Saúde do bairro da Pedreira. Ressaltamos que, embora não se enquadrassem na categoria idoso (60 anos e mais), alguns usuários foram estudados porque haviam sido aceitos no programa quando do início de sua implantação. O único critério de exclusão adotado foi o tempo de participação no programa que não poderia ser inferior a 12 meses por considerarmos que comprometeria as avaliações.

Dos 175 usuários, 149 são do sexo feminino e 26 do sexo masculino; 81 freqüentavam o programa buscando só o atendimento médico, e 94 participavam de outras atividades oferecidas pelo PASI. Todos que participaram da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado segundo as diretrizes da resolução número 196 do Conselho Nacional de Saúde (anexo I). O projeto de pesquisa foi analisado e previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, antes de iniciado o trabalho de campo.

4.2 O CONTEXTO DO ESTUDO

A Unidade Básica de Saúde da Pedreira, reinaugurada em 1996, faz parte da Secretaria Executiva de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA). Por sua complexidade, possui tipologia II; funciona nos turnos manhã, tarde e noite e atende à população do bairro da Pedreira. Este bairro localiza-se na zona norte da cidade de Belém e possui uma área de aproximadamente 349,6 hectares. Faz limites com os bairros do Marco, Matinha, Umarizal, Telégrafo e Sacramento. Seu ponto inicial e final é o cruzamento da avenida Alcindo Cacela com a rua Oliveira Belo. Possui quatro avenidas, quatro ruas e quinze travessas.

No turno da manhã, a unidade oferece assistência ambulatorial aos programas materno-infantil, imunização, terapia de reidratação oral (TRO), hanseníase (MH), tuberculose (Tb), preventivo do câncer cérvico-uterino (PCCU), teste para diagnóstico de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, profilaxia da raiva humana e atenção à saúde do idoso; atendimento nas quatro clínicas básicas (médica, pediátrica, ginecológica e obstétrica), assistência odontológica (prevenção e curativa), curativos e injetáveis, exames complementares laboratoriais, exame para diagnóstico de meningite por meio do líquido céfalo-raquidiano (LCR) (referência no Estado), farmácia e atendimentos de urgência e emergência clínicas, que dispõem de quatro leitos de observação. Conta também com serviços de arquivo e estatística.

À tarde, os programas oferecidos são basicamente os mesmo da manhã, sendo que não são ofertados hanseníase, tuberculose e atenção à saúde do idoso, no entanto este turno conta com o atendimento em saúde mental não disponível no primeiro turno.

À noite só funciona urgência/emergência clínica e colheita de LCR

Seu quadro funcional é composto de duas assistentes sociais; dez enfermeiras; uma farmacêutica e duas bioquímicas; vinte e seis médicos, dos quais nove são pediatras, doze são de clínica médica, três ginecologistas/obstetras, uma geriatra e uma psiquiatra; uma nutricionista; oito odontólogos, sendo três endodontistas; uma psicóloga e dois terapeutas ocupacionais; trinta e duas auxiliares de enfermagem; quatro agentes de vigilância sanitária; três atendentes de consultório dentário e sete técnicos de laboratório clínico; nove agentes administrativos; três auxiliares de informática; dois datilógrafos e onze agentes de portaria.

O Programa de Atenção à Saúde do Idoso (PASI) foi implantado em junho de 1997 e surgiu da necessidade, encontrada por três profissionais de saúde da unidade (a assistente social, a enfermeira e a médica geriatra), de prestar assistência diferenciada à população idosa que freqüentava a unidade. Estes profissionais observaram que, durante os atendimentos, visitas domiciliares, palestras educativas e supervisão, existia uma demanda acentuada de idosos para os quais a assistência tinha que ser diferenciada, em virtude das limitações de sua capacidade funcional pois tinham de permanecer esperando em fila por longo período de tempo, assim como havia dificuldades em subir escadas e obter informações. Além disso, durante as visitas domiciliares, perceberam que os idosos não possuíam atividades no domicílio.

Assim sendo, esta equipe elaborou um projeto para atenção à saúde do idoso, objetivando garantir-lhe assistência integral por meio de ações e serviços que visam à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde nos diversos níveis de complexidade do SUS, conforme descreveremos a seguir:

a) Promover integração entre os centros comunitários e associações de bairros, visando ao bem-estar físico, mental e social do idoso;

b) Fazer triagem e matrícula no programa e posteriormente encaminhar ao profissional necessário no momento, evitando-se perda de tempo e fila;

c) Realizar reuniões diárias de sala de espera, com duração de 30 minutos, funcionando como grupo de orientação sobre as atividades do programa;

d) Promover reuniões de grupos com aprazamento prévio para organizar as atividades;

e) Desenvolver atividades físicas, como exercício orientado, caminhada, biodança, etc...

f) Oferecer terapia ocupacional com trabalhos manuais como crochê, pintura, arte em geral, arte culinária, etc...

g) Realizar passeios dentro ou fora do município;

h) Efetuar visita domiciliar a acamados ou faltosos;

i) Estimular a permanência do idoso na família;

j) Realizar sessões de vídeo com filmes educativos.

Embora a equipe não tivesse recebido, inicialmente, apoio técnico e financeiro da SESPA, ela deu prosseguimento, mesmo com limitações, ao programa. Atualmente a Unidade está integrada à Política de Saúde do Idoso da SESPA e é referência no Estado do Pará.

Hoje, o programa atende aproximadamente 600 idosos, oriundos de demanda espontânea e residentes no bairro da Pedreira e na área de abrangência, constituída principalmente de pessoas de baixa renda. O Programa desenvolve as seguintes atividades: consultas médicas, enfermagem, assistência social e nutrição, reuniões na sala de espera, exames complementares laboratoriais e atividades educativas, como sessões de vídeo e palestra. Por falta de espaço na unidade, as atividades sociais são realizadas as terças e quintas-feiras, em salas cedidas pela paróquia. A

parceria com a Paróquia de Nossa Senhora da Aparecida, situada no mesmo quarteirão da unidade, foi realizada pela iniciativa da assistente social, coordenadora do programa.

4.3 DESCRIÇÃO DOS DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados no período de outubro de 2000 a janeiro de 2001, em duas etapas. Com o objetivo de traçar um perfil sócio-demográfico da população usuária do programa, foram descritas as seguintes variáveis: sexo, idade, renda e sua composição, estado conjugal atual, escolaridade, condição no domicílio, participação no programa e autonomia de ação (possibilidade de se mover sem constrangimentos, entraves e obstáculos materiais, segundo a conceituação de Farinatti, 1997), contidas em formulário com oito perguntas estruturadas (anexo II).

A variável idade foi subdividida em faixas etárias devido ao fato de os idosos não representarem uma população homogênea, apresentando grandes diferenças funcionais entre idades muito distintas. Assim, consideramos idoso-jovem (de 60 a 74 anos), idoso (de 75 a 84 anos) e idoso-idoso (de 85 anos e mais). A classificação que utilizamos baseou-se na de Riley e Riley (1986 apud Hooyman e Kiyak, 1999) e foi por nós modificada para podermos incluir aqueles com menos de 65 anos, segundo a legislação brasileira.

O formulário foi aplicado a 175 usuários e preenchido pela pesquisadora enquanto os idosos aguardavam a consulta nas salas de espera do consultório do médico, da assistente social, da educadora física, sendo que alguns o fizeram no domicílio. Procuramos também conhecer as principais enfermidades que acometem esta população por meio da análise em seus prontuários, anotando o Código Internacional de Doença CID-10 descrito pelo médico. A participação do usuário em atividades do programa registrada no livro de aprazamento também foi averiguada. A análise quantitativa descritiva dos dados obtidos por meio dos formulários relativos às características sócio-demográficas dos usuários foi efetuada por meio dos programas dbase e o Epi-info, versão 6.4.

Na segunda etapa do trabalho de campo, foram utilizadas para coleta dos dados a observação participante e entrevistas.

A observação participante é definida, segundo Gil (1999:113), *“como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo.”* Ela permitiu-nos tomar parte nas atividades do programa, conhecer seu funcionamento, sua rotina, observar a participação dos usuários, o relacionamento entre os clientes e deles com a equipe técnica. Em última análise, promoveu maior interação entre o pesquisador e os sujeitos (atores sociais). Durante esse período, registramos as expressões verbais e conhecemos as não verbais, por meio dos gestos, das atitudes e do comportamento dos sujeitos.

A entrevista é o recurso mais usado no trabalho de campo e um dos que mais se adaptam à análise qualitativa. Para Gil, a entrevista é definida *“como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”* (1999:117).

Após a observação participante e a realização de um pré-teste com três usuários, elaboramos o roteiro de entrevista contendo onze perguntas abertas, sob dois enfoques. As sete primeiras perguntas eram referentes à satisfação do usuário com a qualidade do atendimento, enquanto as quatro últimas objetivaram conhecer a percepção que o idoso tem de si mesmo, de suas necessidades e da sociedade (anexo III).

A opção por entrevista com perguntas semi-estruturadas foi baseada em dados da literatura os quais alertam que perguntas gerais com respostas pré-codificadas para avaliação de serviços de saúde por meio da satisfação do usuário induzem a um alto índice de aceitação. Outras variáveis, como a ordem em que as perguntas são feitas e a formulação de cunho positivo ou negativo de seus enunciados, podem igualmente influenciar na escolha da resposta pré-codificada (Bowling, 1997). Neste contexto, a opção por perguntas abertas daria mais liberdade de expressão ao sujeito, tornando-o ator crítico na avaliação da qualidade do cuidado recebido.

Como sujeitos da pesquisa sobre a satisfação do usuário, adotaram-se idosos com 60 anos e mais, matriculados no programa entre 1997 e 1999, e que demonstraram liderança e/ou vontade de participar da pesquisa. O tamanho do grupo foi determinado pela repetição das respostas às perguntas da entrevista. Foram realizadas nove entrevistas, todas marcadas com antecedência, e precedidas de explicação acerca do objetivo da pesquisa. Cada entrevista teve duração média de 25 a 30 minutos e foram gravadas em fita k7 com a finalidade de obtermos uma maior fidedignidade de suas falas. Elas foram posteriormente transcritas e identificadas de E1 a E9.

O estudo dos dados recolhidos das entrevistas foi efetuado por meio da análise de conteúdo, para cuja efetuação usou-se a técnica da análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. A análise temática, em termos qualitativos, se importa menos com a contagem da frequência das unidades de significação e mais com a presença de determinados temas que denotam os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (Minayo, 1999). Nos textos das entrevistas, adotamos a análise temática em seu aspecto qualitativo.

Para o estudo da satisfação do usuário com a qualidade dos cuidados de saúde, empregamos valores de referência sobre acessibilidade, disponibilidade de serviços e profissionais, continuidade do serviço, relacionamento usuário-profissional, resultado do cuidado na saúde do usuário, e recomendação do serviço identificado nas falas dos idosos entrevistados. A escolha destes atributos se baseou principalmente nos trabalhos de Avedis Donabedian (1988, 1990) e na revisão feita por Silva e Formigli (1994), além da leitura de autores nacionais que fizeram a avaliação de serviços por meio da satisfação do usuário.

4.4 CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS

Participaram das entrevistas sobre a qualidade de atendimento prestado pela UBS Pedreira nove (9) idosos, todos matriculados no PASI, entre 1997 e 1999. O grupo era composto por 8 idosos do sexo feminino e 1 do masculino. As idades variaram entre 61 e 81 anos, assim distribuídas: idoso-jovem, 6 e idoso-idoso, 3. Quanto ao estado conjugal, 4 eram viúvos, 3 solteiros, 1 desquitado e 1 divorciado. Do total, 77,78% residem com os filhos. Quanto ao grau de escolaridade, 66,67% têm o primeiro grau incompleto. São aposentados 77,77%. No que se refere à renda, 22,23% não a possuem, 55,55% recebem até 1 salário mínimo, 11,11% recebem 2 salários mínimos e 11,11% três salários mínimos. Todos apresentam autonomia de ação, isto é, têm independência física, podendo se locomover sem impedimento.

CAPÍTULO V. CONHECENDO O USUÁRIO E SUA SATISFAÇÃO COM O CUIDADO À SAÚDE

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E PRINCIPAIS MORBIDADES DA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA NO PASI

5.2 USUÁRIO, COMUNIDADE E O ENVELHECIMENTO

5.3 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO IDOSO COM O CUIDADO À SAÚDE

CAPÍTULO V. CONHECENDO O USUÁRIO E SUA SATISFAÇÃO COM O CUIDADO À SAÚDE

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E PRINCIPAIS MORBIDADES DA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA NO PASI

Neste capítulo conheceremos os usuários por meio do seu perfil, usando as variáveis: sexo; idade; renda e sua composição; condição no domicílio; escolaridade; atual estado conjugal; autonomia de ação; participação no programa; diagnóstico das principais patologias que os acometem.

5.1.1 Perfil dos usuários

Verificamos nos 175 idosos que freqüentaram o PASI da Pedreira, no período de outubro de 2000 a janeiro de 2001, que a faixa etária predominante situava-se entre 60 e 69 anos (46,3%), incluídos na classificação de idoso-jovem; com predominância do sexo feminino (85,1%); na sua maioria viúvas (38,3%); vivendo com os filhos (44,6%); escolaridade 1º grau incompleto (80,6%), na grande maioria aposentados e pensionistas (82,3%); com renda de um salário mínimo (65,7%); 89,7% têm autonomia de ação e participam de outras atividades do programa 53,1%.

QUADRO 1

CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS IDOSOS ATENDIDOS NO PASI DA UBS- PEDREIRA BELÉM-PARÁ, 2000

FAIXA ETÁRIA	60 – 69	46,3% (81)
SEXO	FEMININO	85,1% (149)
ESTADO CONJUGAL	VIÚVO	38,3% (67)
CONDIÇÃO NO DOMICÍLIO	FILHO	44,6% (78)
ESCOLARIDADE	1º GRAU INCOMPLETO	80,6% (141)
COMPOSIÇÃO DA RENDA	APOSENTADO E PENSIONISTA	82,3% (144)
RENDA	UM SALÁRIO MÍNIMO	65,7% (115)
AUTONOMIA	SIM	89,7% (157)

5.1 2 Composição por faixa etária

A faixa etária que representa a maior concentração de idosos é a de idoso-jovem (60 a 74 anos), ou seja, 73,79%. Dentro desta faixa etária, os maiores percentuais são, respectivamente, de 69 anos (6,9%) e de 64, 65, 67, 71 e 74 anos (5,7%). Na faixa idoso (75 a 84 anos) correspondente a 19,51%, há predomínio de 76 anos (3,4%), seguido das idades de 79 e 89 anos (2,9%). Os idosos mais idosos (acima de 85 anos), que representam 6,7%, com 85 anos, 86 e 98 anos, correspondem a 1,1% desta faixa.

Com relação ao gênero, observamos maior concentração do feminino (70,46%) em relação ao masculino (61,54%) na faixa idoso-jovem. Na faixa idoso esta predominância inverte-se: os homens correspondem a 34,61% e as mulheres a 15,44%. Na faixa idoso mais idoso, a relação entre mulheres e homens é de, respectivamente, 6,72% para 3,83%. Estes resultados estão relacionados na Tabela 2. Chamamos a atenção para o predomínio masculino na faixa idoso (75-84 anos), corroborando com a idéia inicial de que os idosos-jovens ainda estão inseridos no mercado de trabalho, mesmo informal, não dispendo de tempo para freqüentar Programas de segunda a sexta-feira em horário dito comercial.

No início da implantação do Programa foram incluídos usuários com menos de 60 anos (6,3%), correspondendo à faixa entre 51 e 59 anos, todos do gênero feminino. Atualmente o Programa não atua mais com pessoas abaixo de 60 anos devido ao crescimento do contingente de usuários acumulados desde o início do programa em 1997.

TABELA 2

USUÁRIOS DO PASI DA UBS-PEDREIRA POR SEXO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, BELÉM-PARÁ, 2000

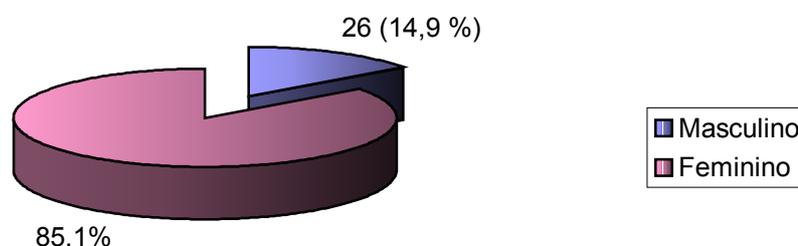
Faixa Etária \ Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 60 anos	0	0	11	7,38	11	6,28
Idoso jovem	16	61,54	105	70,46	121	69,15
Idoso	9	34,61	23	15,44	32	18,29
Idoso mais idoso	1	3,85	10	6,72	11	6,28
Total	26	100,00	149,00	100,00	175	100,00

5.1.3 Composição por sexo

Entre os usuários idosos do PASI-Pedreira há predominância do sexo feminino (85,1%) em relação ao masculino (14,9%) (Gráfico 6).

GRÁFICO 6

DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DO PASI DA UBS-PEDREIRA POR SEXO, BELÉM-PARÁ, 2000



O predomínio do sexo feminino na procura dos serviços de saúde é um fato relatado por diferentes autores. Pinheiro e Travassos (1999) encontraram médias de 61,3% de mulheres idosas e de 38% de homens idosos que freqüentaram serviços de saúde situados em Copacabana, Méier e Santa Cruz, no Rio de Janeiro, áreas consideradas, respectivamente, de alto, médio e menor padrão de vida.

A “*feminização da velhice*”², resultante da maior longevidade da mulher, é observada principalmente nos grupos idosos mais idosos. As estimativas do IBGE para o ano 2000 mostram que, para cada 100 mulheres brasileiras entre 60-64 anos, haverá cerca de 88 homens, aumentando esta proporção, visto que, aos 75-79 e 80 anos e mais, esses números serão de 72 e 60 homens, respectivamente (Goldani, 1999).

² Para uma leitura mais detalhada, ver Moreira, 1998; Goldani, 1999.

Há várias hipóteses para explicar a mortalidade masculina mais cedo que a feminina. Dentre elas estão as diferenças sociais, estilo de vida, fatores de risco (álcool, tabaco, consumo de gordura saturada, comportamento e ocupações de risco e a maior competição entre homens) e biológicos (efeitos protetores dos hormônios femininos, ciclo menstrual, diferenças de metabolismo associadas às lipoproteínas, e até mesmo explicações de cunho genético sobre diferenças nos processos reparadores de DNA) (Goldani, 1999.).

Segundo Veras (1994), as diferenças na atitude diante da doença levariam as mulheres a ficarem mais alertas ao aparecimento de patologia e a procurarem constantemente os serviços médicos, possibilitando o diagnóstico precoce das enfermidades e com isto o aumento da expectativa de vida.

5.1 4 Composição por estado conjugal

Em relação ao estado conjugal dos usuários do programa, existem diferenças significativas quanto ao gênero. Há um alto número de mulheres viúvas (42,95%), enquanto os viúvos somam 11,55%, contrastando com um elevado número de homens casados (76,92%). Entre as mulheres, 24,83% são casadas e 21,48% solteiras (Tabela 3).

Tais diferenças podem estar relacionadas principalmente à longevidade das mulheres e a fatores sociais e culturais, os quais levam os homens a casarem com mulheres mais novas, e os viúvos e separados a contraírem novas núpcias (Berquó, 1996; Sant'Anna, 1997).

Nossos resultados coincidem com os relatos de Sant'Anna e de Berquó e Leite. Os autores afirmam que nos anos 80, no Brasil, já se notava acentuada superioridade das viúvas em relação aos viúvos, na ordem de 5 para 1 na faixa etária 60 – 64, e de 4 para 1 entre 65 – 69, e, para o grupo de 70 anos, de 3 para 1.

Ainda quanto ao estado conjugal, entre os separados e divorciados, observamos um leve predomínio das mulheres (10,74%) em relação aos homens (7,68%). Segundo Sant'Anna (1997), o que ocorre com as mulheres é o inverso dos homens, há menor oportunidade de voltarem a se casar em caso de separação e viuvez, principalmente entre as idosas.

Por outro lado, estes dados mostram que as mulheres – viúvas, separadas e solteiras sem filhos – têm maiores chances de viver a velhice sem apoio de companheiro (Berquó, 1996; Sant'Anna, 1997).

TABELA 3

USUÁRIOS DO PASI DA UBS-PEDREIRA POR SEXO SEGUNDO ESTADO CONJUGAL, BELÉM-PARÁ, 2000

	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
solteiro	1	3,85	32	21,48	33	18,86
Casado	20	76,92	37	24,83	57	32,57
Separado judicialmente	0	0	1	0,68	1	0,58
Separado informalmente	1	3,84	12	8,05	13	7,42
Divorciado	1	3,84	3	2,01	4	2,29
Viúvo	3	11,55	64	42,95	67	38,29
Total	26	100,00	149	100,00	175	100,00

5.1.5 Condição no domicílio

No que se refere à condição no domicílio, a situação é a seguinte: 44,6% dos idosos vivem com os filhos (as); 31,4%, com o cônjuge; 15,4%, com outros membros da família; 5,1%, sozinhos; 1,7%, em instituição; 1,1%, com empregada e 0,7%, com amigos (Tabela 4).

TABELA 4

**DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DO PASI DA UBS-PEDREIRA SEGUNDO SUA
CONDIÇÃO NO DOMICÍLIO, BELÉM-PARÁ, 2000**

Idoso Condição no Domicílio	Nº	%
Sozinho	9	5,1
Cônjuge	55	31,4
Filhos	78	44,6
Outros/família	27	15,4
Amigo	1	0,7
Instituição	3	1,7
Outros	2	1,1
Total	175	100,0

Quando essa condição é comparada ao gênero, há uma diferença considerável (Tabela 5). Nossos resultados mostram que 6 das idosas moram sozinhas, 3 estão em ambiente institucional e 2 residem com empregados/cuidadores, totalizando 7,4% de idosas que não moram com familiares. O restante (138) reside com a família. No caso masculino, apenas 3 vivem sozinhos, 20 com cônjuge, 2 com filho (a) e 1 com amigos. Quanto a convivência com o cônjuge, observamos a predominância do sexo masculino (76,9) em relação ao feminino (23,5) devido ao fato de o homem ter mais oportunidade de vir a casar-se novamente, se viúvo ou separado/divorciado. Com as mulheres viúvas isto não se dá e elas tendem a morar com os filhos.

TABELA 5

**USUÁRIOS DO PASI DA UBS-PEDREIRA POR SEXO SEGUNDO
CONDIÇÃO NO DOMICÍLIO, BELÉM-PARÁ, 2000**

	Masculino				Total	
			Nº	%	Nº	%
Sozinho	3	11,5	6	4,0	9	5,2
Cônjuge	20	76,9	35	23,5	55	31,4
Com Filho/a	2	7,7	76	51,0	78	44,6
Outro Membro Família	0	0,0	27	18,1	27	15,4
Amigos	1	3,9	0	0,0	1	0,6
Ambiente Institucional	0	0,0	3	2,0	3	1,7
Outros	0	0,0	2	1,4	2	1,2
Total	26	100,00	149	100,00	175	100,00

5.1.6 Composição por escolaridade

Entre os usuários idosos do programa, 80,6% têm o 1º grau incompleto; 9,1%, sem escolaridade ou analfabeto; 4,6%, 1º grau completo; 3,4%, 2º grau completo e 2,3%, 2º grau incompleto. Dentre os homens, 88,46% têm o 1º grau incompleto; 3,85%, 2º grau completo e 7,69% não têm escolaridade. Quanto às mulheres, 79,19% têm o 1º grau incompleto; 3,36%, 2º grau completo e 9,39%, sem escolaridade, como mostra a Tabela 6.

TABELA 6

**USUÁRIOS DO PASI DA UBS-PEDREIRA POR SEXO SEGUNDO
ESCOLARIDADE, BELÉM-PARÁ, 2000**

	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem escolaridade	2	7,69	14	9,39	16	9,14
1º grau incompleto	23	88,46	118	79,19	141	80,57
1º grau completo	0	0	8	5,36	8	4,57
2º grau incompleto	0	0	4	2,7	4	2,30
2º grau completo	1	3,85	5	3,36	6	3,42
Total	26	100,00	149	100,00	175	100,00

A categoria escolaridade apresenta diferença por gênero, sendo maior na população masculina. Esta superioridade se mantém até o 1º grau incompleto. A partir daí, a proporção entre homens e mulheres se iguala. Nenhum dos usuários do programa tem 3º grau. Estes resultados indicam baixos níveis educacionais vigentes no país até quase recentemente, como mostra Camarano et al (1999). Estes autores também apontam para diferenças por sexo e escolaridade entre os idosos e sugerem ter havido discriminação por sexo nas oportunidades educacionais.

5.1.7 Composição por renda

Como mostra a tabela 7, os usuários idosos apresentam rendimento médio de um salário mínimo, na proporção de 65,7%; sem rendimento, 17,7%; com rendimento de dois salários mínimos, 10,3%; até três salários mínimos, 4% e acima de três salários mínimos 2,3%. A Tabela 8 mostra que 79,86% das mulheres têm aposentadoria, enquanto os homens somam 96,15%.

TABELA 7

**USUÁRIOS DO PASI DA UBS-PEDREIRA POR SEXO SEGUNDO RENDA,
BELÉM-PARÁ, 2000**

	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem renda	1	3,84	30	20,14	31	17,72
1 salário mínimo	16	61,54	99	66,44	115	65,72
2 salários mínimos	3	11,54	15	10,06	18	10,28
3 salários mínimos	3	11,54	4	2,69	7	4,00
+ de 3 salários mínimos	3	11,54	1	0,67	4	2,28
Total	26	100,00	149	100,00	175	100,00

Por outro lado, podemos dizer que a maioria dos usuários sem aposentadoria são mulheres (20,14%) já que 3,85% destes são homens. Tal fato pode ser justificado por serem elas exclusivamente donas de casa, sem outro tipo de atividade e sem contribuir com a Previdência Social.

Tanto os homens como as mulheres, ao envelhecer, sofrem preconceitos, estereótipos e perdas, porém os meios com que contam para enfrentar a velhice são diferentes. De fato, as mulheres, ao longo de suas vidas, foram mais discriminadas, ficando em desvantagem. A grande maioria não teve trabalho remunerado e recebe benefícios mínimos de aposentadoria. Até mesmo entre as que trabalharam, seus salários foram equivalentes à metade ou pouco mais que os dos homens e terminaram como as mais dependentes e pobres entre os idosos. Este é o retrato da mulher idosa brasileira (Goldani, 1999).

TABELA 8**USUÁRIOS DO PASI DA UBS-PEDREIRA POR SEXO SEGUNDO
APOSENTADORIA, BELÉM-PARÁ, 2000**

	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	25	96,15	119	79,86	144	82,28
Não	1	3,85	30	20,14	31	17,72
Total	26	100,00	149	100,00	175	100,00

5.1.8 Autonomia de ação

Utilizando-se o termo autonomia de ação, descrito por Farinatti (1997) como a possibilidade de o indivíduo se mover sem entraves, sem obstáculos materiais e sem constrangimentos físicos, podemos inferir que 89,7% (157) dos usuários do programa são autônomos. Este resultado é compatível com o fato de a maior proporção de idosos que freqüentam o programa estar inserida na faixa etária de idoso jovem (69,1%). Somente 10,3% apresentam dificuldade de locomoção, necessitando de ajuda para as atividades de vida diária. Destes, 44,4% estão na faixa etária de 85 anos ou mais (idoso mais idoso); 33,4% na faixa etária de 60 – 74 anos (idoso jovem) e 22,2% na faixa etária de 75 – 84 anos (idoso).

A pesquisa sobre o perfil dos idosos de vários países latino-americanos e do Caribe (inquérito sobre “Necessidades dos Idosos”) informou que 90% deles com idade inferior a 80 anos, residindo em países latinos, realizavam sozinhos suas necessidades pessoais como: se vestir, tomar banho, fazer suas refeições, caminhar, enquanto 20 a 25%, com idade superior a 80 anos, precisavam de ajuda para efetuar as mesmas atividades (Lessa, 1998).

5.1.9 Atividades no programa

Todos os usuários idosos têm assistência médica, porém somente 53,1% freqüentam mais de uma atividade no programa (oficinas terapêuticas, palestras educativas, atividade física, passeios e festas em datas comemorativas), e 46,9% não participam. Quando relacionado com a idade percebemos que os mais atuantes estão incluídos na faixa etária de idoso-jovem (81,75%), e os que não se envolvem são idoso mais idoso (13,42%) (Tabela 9). Quanto ao gênero, constatamos que o sexo feminino é o que mais participa (58,38%), comparado ao sexo masculino (23,07%) (Tabela 10).

TABELA 9
USUÁRIOS DO PASI DA UBS-PEDREIRA POR ATIVIDADES NO
PROGRAMA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, BELÉM-PARÁ, 2000

	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< de 60 anos	7	7,52	4	4,88	11	6,28
Idoso Jovem	76	81,74	45	54,87	121	69,15
Idoso	10	10,74	22	26,83	32	18,29
Idoso mais Idoso	0	0	11	13,42	11	6,28
Total	93	100,00	82	100,00	175	100,00

Nossos resultados mostram maior participação feminina em programas para idosos, indicando que o panorama local não é diferente de outras realidades brasileiras. Inquérito domiciliar em diferentes distritos da cidade do Rio de Janeiro, representativos de distintos segmentos sócio-econômicos, demonstrou que as mulheres idosas usaram os serviços de saúde mais freqüentemente que os homens (Veras e Alves, 1999). O mesmo se passa em programas do tipo “universidade aberta para a terceira idade (UnATI)” (Sant’Anna, 1997).

Dados de 1997 demonstram que as taxas de atividade no mercado de trabalho para idosos masculinos, entre 60 e 75 anos, variam de 68% a 34%, sendo maiores que as femininas (Camarano et al., 1999). Acreditamos que, devido às sucessivas crises financeiras, esta taxa seja maior, contribuindo ainda mais para a não-participação masculina em programas desenvolvidos ao longo da semana, em horários ditos comerciais. Porém, outros fatores podem estar influenciando. Por outro lado, as idosas que hoje participam do Programa pertencem a uma geração de mulheres que não entrou no mercado formal de trabalho, especialmente na tradicional região Norte, onde as mulheres apenas recentemente ingressaram neste setor. As idosas do Programa teriam mais tempo disponíveis, visto que suas preocupações com filhos acabaram.

TABELA 10

**USUÁRIOS DO PASI DA UBS-PEDREIRA POR SEXO SEGUNDO
ATIVIDADES NO PROGRAMA, BELÉM-PARÁ, 2000**

Sexo	Masculino				Total	
	Nº		Nº	%	Nº	%
Atividades no Programa						
Sim	6	23,07	87	58,38	93	53,14
Não	20	76,93	62	41,62	82	46,86
Total	26	100,00	149	100,00	175	100,00

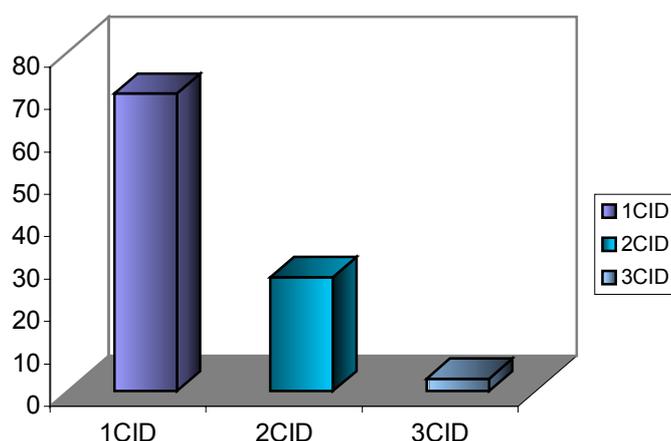
5.1.10 Morbidades

Analisar o perfil epidemiológico da população idosa é importante para o planejamento da atenção, promoção e prevenção da sua saúde. Cujas condições são pouco conhecidas no Brasil. Pesquisas sobre estudos epidemiológicos com base populacional – que estudam os idosos no domicílio – são caras e raras no país (Lessa,1998; Costa et al, 2000).

No nosso estudo, procuramos identificar as principais causas de morbidade, e as quantidades de patologias em cada idoso atendido pelo PASI por meio de levantamento de prontuários. A grande maioria dos idosos (70,3%) assim estudados tem somente um tipo de patologia; 26,9%, dois tipos e apenas 2,9%, três tipos de patologia (Gráfico 7).

GRÁFICO 7

**DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS DO PASI DA UBS-
PEDREIRA POR NÚMERO DE CID**



O baixo percentual do número de morbidade por idoso, encontrado em nosso estudo, difere das publicações acerca do assunto em que é comum detectar-se múltiplas patologias em pessoas idosas que estão sob assistência médica. Pesquisas realizadas por meio de inquérito domiciliar mostram que, a partir dos 65 anos, 1 em cada 3,5 idosos possui alguma incapacidade. Já os levantamentos em hospitais indicam seis patologias por idoso (Lessa, 1998).

Podemos admitir que esta diferença se deve ao fato de a maioria dos prontuários não apresentar diagnóstico esclarecido, dificultando, portanto uma análise mais acurada sobre o real número de patologias que atingem cada idoso. Além disso, estes prontuários não se referem a avaliações específicas para as necessidades de saúde da população idosa como a inclusão de escalas de avaliação da autonomia, cognição, etc.

Entre os usuários idosos atendidos no PASI, a patologia mais freqüente é a hipertensão arterial com 55,57% (99), seguida de diabetes mellitus, 11,42% (20). Segundo Lessa (1998), existe em vários países uma semelhança entre as morbidades que acometem mais freqüentemente os idosos, modificando apenas quanto à posição de prioridade em algumas delas, destacando-se com maior freqüência as doenças do aparelho circulatório, que quase sempre aparecem em primeiro lugar, com variações nas taxas de 50% a 60% dos idosos. Entre elas, o destaque é para a hipertensão arterial.

5.2 USUÁRIO, COMUNIDADE E O ENVELHECIMENTO

Atualmente está em andamento um processo de revisão dos papéis sociais dos idosos, no sentido de inverter a representação negativa da velhice como uma sucessão de perdas e de abandono. Na década de 70, Beauvoir (1970) afirmava que o indivíduo continua sendo o homem que era mesmo quando o envelhecimento o diminui, o empobrece e o exila em seu tempo.

Ela indagava:

"De que maneira consegue ele, na vida diária, ajustar-se a esta situação? Quais são as possibilidades que ela lhe oferece? E quais as restrições opostas por ele?" (1970:195).

Na década de 90, a nova imagem do envelhecimento bem sucedido valoriza as experiências vividas e o acúmulo dos saberes e elege a "terceira idade" como o momento privilegiado para novas conquistas guiadas pela busca do prazer, da satisfação e da realização pessoal (Debet, 1996).

Contudo, na nossa prática a denominação "terceira idade" traz em si exclusão social, pois o envelhecimento bem sucedido encerrado nesta expressão não inclui aqueles que não podem participar dos bens de consumo da sociedade contemporânea. Neste contexto, os idosos usuários do PASI, entrevistados sobre satisfação, foram provocados no sentido de expressarem seus sentimentos quando ao envelhecimento e como o envelhecimento é visto pela comunidade onde vivem.

Percebe-se que os idosos não isolam o programa da comunidade. Nos seus discursos, os idosos denotam descontentamento a respeito do entorno do PASI. Para eles não adianta ter um atendimento de saúde voltado para a terceira idade, se não há respeito ao idoso por parte desta sociedade.

Assim, transtorno, que a aglomeração de lixo da feira livre nas calçadas do bairro e em frente da UBS, traz para a saúde e para a locomoção do idoso surge na fala E7. O preconceito social é explicitado na denúncia ao desrespeito quanto aos direitos adquiridos em lei pelos idosos, como a gratuidade do transporte coletivo e a falta de adequação do mesmo às limitações físicas dos usuários (E6).

*"(...) **infelizmente o povo brasileiro** não sei se é só **paraense** é muito **descuidado** também, **não zela** principalmente **pela higiene** que é um ponto alto e crítico nosso, em **cada esquina há um monte de lixo**, isso é permanente, o lixeiro passa a prefeitura manda limpar mais no outro dia já esta tudo, é caroço de açaí, é resto ainda mais quando é perto de açougueiro também, é cabeça de boi toda jogada, é resto de caranguejo, nessa nossa Pedro Miranda também é empestada de **tanta sujeira infelizmente nossa feira**, o povo ainda não esta consciente, falta melhorar."*

E7

*“(…), começando **pelos motorista** de ônibus que as vezes **não param o ônibus**, não **deixam saltarem direito viu**, a gente fica na parada **se dê pra pegar bem, se não dê eles vão andando viu**, as vezes não para direito pra pessoa saltar é muito difícil e **100% da classe de motorista** você encontra **muito pouco com dedicação** e o idoso precisa de muita atenção, porque todo mundo está caminhando pra ser idoso e feliz daquele que chega numa boa idade né.”*

E6

A discriminação, o empobrecimento, a desvalorização e o desrespeito sofridos pelos idosos na sociedade contemporânea são relatados de maneira crítica e contundente nos discursos abaixo.

*“**O problema mais grave do idoso é a discriminação**, por que muitas vezes o idoso é discriminado, **assim como a cor negra é discriminada**, então o idoso também ainda é, que não devia ser, não devia ser.”*

E8

*“(…) mais eu vejo **os idosos** passarem **muitas privação na rua, muita discriminação, judiação**, com tudo que fazem com eles e eu não sinto ainda isso porque eu tenho família que cuida de mim, não me deixa esta andando a toa por ai, quando eu saio eu saio acompanhada com a minha filha,(…) essas que passam, passam muita privação, muita discriminação, ainda tem gente que judia deles, **jogam pedra**, ainda **fazem bobo** dos idosos, essas coisas. Acho que acontece por falta desses idosos serem bem tratados na suas casas, suas famílias. “*

E3

Eles consideram a atenção, o carinho, a dedicação e o amor como as principais necessidades dos idosos.

*“(…) **o idoso precisa mais de atenção, carinho**, é isso que os idosos precisam, mais atenção e agora como nós temos a terceira idade do centro três, então nós precisamos ter mais carinho com a gente, mais atenção pra podermos nós levar a vida melhor.”*

E3

*“é **carinho que os idosos precisa** também pra dá os carinhos pra eles, tem uns que são muito carentes né, tem uns que tem parente e tem uns que não tem né, como as vezes eu vejo muita gente falar, conversar comigo e diz a quem dera se eu tivesse filho pra me dá uns carinho, eu acho também que é isso né.”*

E4

*“Eu acho que é de muito amor , muito carinho, muita dedicação, muita atenção né, (...), uma palavra que eu acho que **uma palavra de carinho é muito melhor do que um pedaço de pão** né, as vezes a pessoa ta mais precisando de um conselho, uma palestra do que até um prato de comida né, eu acho que os idosos devem ter mais atenção, muita atenção porque a gente precisa mesmo, porque **tem muitos idosos que não tem nem carinho da família** né, e **as vezes a família nem liga pra certos idosos** então ele procura uma pessoa, **uma organização dessas pra estar se comunicando**, pra ta se sentindo bem, porque tem gente que a família não esta nem ai.”*

E6

*“**Carinho, amor, fraternidade, solidariedade** é isso que ele precisa e **uma ocupação**, assim como eu lhe disse ainda agora, assim **uma oficina, uma terapia**, porque todo trabalho é uma terapia, é corte costura, principalmente pra mulherada, corte costura esses cursos assim que tenha assim pra pessoa melhorar, tenha um tempo pra ocupar porque a pessoa que ocupa com alguma coisa os pensamento dele, só vive com pensamento bom, é isso ai”.*

E7

Sabe-se que o equilíbrio afetivo das pessoas idosas depende sobretudo de seu relacionamento com os filhos. E este é muitas vezes difícil. Sentimentos de rancor juvenil contra o pai, e de ambivalência e hostilidade do pai pelo filho que se tornou adulto permeiam estes relacionamentos tornando-se algumas vezes obstáculos intransponíveis. Para a maioria dos idosos entrevistados a falta de um relacionamento familiar harmonioso e o abandono por parte de seus familiares estão entre os mais relevantes problemas por eles enfrentados.

*“Olha, **o problema as vezes é a família**, a família não dá aquele carinho devido pro idoso isso a gente nota, **com certeza é uma das grandes**, porque pensa que a gente já é idoso já **ta fora de circulação**, não tem aquele carinho as vezes o idoso já deu tanto carinho, mais quando chega uma certa hora da idade deve ser mais valorizado principalmente pela família, é por todo mundo, é isso ai mais valorização humana.”*

E7

*“Mais grave no **idoso** é **ele não ter uma família que compreenda ele** né, eu acho que a pessoa se sente assim no **abandono**, **carente** né, se sente carente é o idoso com dificuldade de andar, vive com esse **salário** que as vezes não dá pra nada e as vezes ainda **tem até família que ainda tira** e deixa a pessoa em mau situação e eu acho que o idoso precisa de **mais atenção, principalmente dos familiares** e aonde ele vá procurar um benefício, uma coisa que as pessoas atenda ele com carinho, com dedicação.”*

E6

É clássica a rivalidade entre sogra e nora e ela aparece explicitada na fala a seguir:

*“O idoso enfrenta mais grave é **a família**, que muitas vezes a família **não apoia o idoso**, é esse o problema **mais grave**, é **os filhos, as noras esse que é o problema.**”*

E9

Para os idosos entrevistados a solução para seus problemas advém das iniciativas:

*“(…), **principalmente hospital que podia ter hospital só pro os idosos** né, se adoecesse já tinha a que hospital já pra eles mesmo né, já não ia correr um hospital chegava lá no hospital não tinha leito, e já tendo um hospital pros os idosos facilitava”.*

E4

*“Aumentaria o **salário mínimo** que está muito baixo, uma casa de repouso pra quem não tem lar, mais uma casa de repouso com aquele conforto que a criatura precisa né, porque quem tem dinheiro coloca seus pais em lugares que podem pagar e é bem tratado, e as pessoas que não tem ficam em abrigo só pra maltratar os pobres dos velhinhos e ainda ficavam com o dinheiro, (…).”*

E6

“Olha, primeira coisa ser um governador ou presidente da republica mais solidário, mais humano, mais participativo com eles, desse mais atenção para os idosos e valorizava cada vez mais, esta faltando isso, mais carinho por parte das grandes autoridades, se eu fosse presidente da república qualquer coisa, eu valorizava muito mais, (...), principalmente as vezes a gente sente dificuldade ainda, as pessoas ainda não respeitam, quer dizer que falta mais valorização, mais melhoria principalmente a renda do idoso que é um pouco ainda baixo da media, porque o idoso dentro do Brasil, ainda esta um pouquinho pra baixo, ainda eu como presidente da republica ou se fosse governador, eu daria mais assistência, mais remédio o que fosse preciso, esta entendendo,(...), dificuldade pro idoso, ele quer melhorar, quer produzir mais encontra barreira porque não há espaço pra ele, e a minha intenção seria essa, melhorar, mais carinho, mais amor, mais solidariedade pra ele, pro idoso”.

E7

5.3 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO IDOSO COM O CUIDADO À SAÚDE

Aqui conheceremos a satisfação dos usuários com os cuidados à sua saúde decorrentes das práticas desenvolvidas pelo PASI da UBS-Pedreira, considerando-se acessibilidade, disponibilidade de serviços e profissionais, continuidade do serviço, relacionamento usuário-profissional, resultado do cuidado na saúde do usuário, e recomendação do serviço como atributos relativos à qualidade do atendimento.

Segundo Mercier e Fillon, 1987 (apud Amendoeira, 2000), o sentimento de satisfação ou de insatisfação advém de um processo cognitivo de julgamento entre o que se tem e o que se aspira. Seria, portanto, válida a avaliação positiva de satisfação de um idoso? Da mesma maneira poderíamos perguntar teria valor a avaliação negativa de satisfação de um idoso ? Mercier pondera que o sujeito independentemente de transtorno mental ou do déficit cognitivo que possua sempre fará um julgamento sobre si mesmo.

Os usuários mostram satisfação com o cuidado quando em seus discursos aparecem marcas de subjetividade como o uso indistinto de referências à primeira pessoa do singular (*eu*) e à primeira pessoa do plural (*nós, a gente*). Assim, eles demonstram perceber que o que é bom pra eles é bom para o coletivo.

Uma conotação diferente das marcas de subjetividade aparece quando os usuários idosos manifestam suas reivindicações. Nos seus discursos, o sujeito da enunciação deixa de ser **eu** ou **nós** e passa a ser um sujeito anônimo e alheio como o substantivo **o idoso** ou se torna predicado usando como sujeito o pronome coletivo **a gente**. Isto representa o uso de um recurso lingüístico. O enunciador consegue despersonalizar os seus próprios problemas e angústias sem assumir totalmente o conteúdo da enunciação.

5.3.1 Acessibilidade

A acessibilidade, ou acesso, definida como a capacidade de iniciar-se e de manter-se o cuidado, quando necessário, de maneira fácil e conveniente é identificada em vários enunciados dos idosos entrevistados. Este atributo é um importante componente da aceitabilidade de um serviço.

Estes usuários revelam, em seus discursos, haver facilidade na marcação de consultas (curto intervalo de tempo entre o agendamento e a consulta) 15 dias em média, na efetuação de consultas mesmo fora da data prevista, e na dispensa de formação de filas para o agendamento destas. Como podemos ver a seguir nos trechos das entrevistas E1 e E3:

*“A gente chega lá **qualquer hora no dia da consulta marcada**, mesmo a doutora também nós temos **o direito o dia se precisar ir antes da consulta do dia marcado** da consulta, pode nós ir lá que somos atendido. (...) a **hora que chego lá sou bem atendida**”.*

E 1

*“Nós como já temos a nossa doutora certa, **como ela diz, que não é preciso a gente ir pra fila, a gente vai diretamente pra sala esperar**.”*

E 3

O fato de a unidade estar localizada no bairro da Pedreira, onde reside a maioria dos usuários, facilita o acesso ao serviço, principalmente, daqueles com dificuldade de locomoção. Para aqueles com autonomia, a proximidade do serviço de saúde além de favorecer o acesso diminui a probabilidade de acidentes de causas externas como queda e atropelamento. Pesquisa realizada com pacientes

com idade igual ou superior a 60 anos, atendidos no pronto-socorro de um Hospital-Escola na região oeste de São Paulo, mostra a queda como principal acidente de causa externa. Referem também, que seu resultado equipara-se com dos países desenvolvidos e com um estudo nacional. Sugerem os autores que se adotem medidas preventivas nos âmbitos familiar, do trabalho e governamental (Graziano, et al 1999).

A facilidade de acesso, em termos físicos aos serviços oferecidos pelo PASI pode ser evidenciada nas falas a seguir:

"Eu vim pra cá por que eu estava precisando desta atividade (física), e onde tinha era muito longe para eu ir pra lá, então eu fiquei muito satisfeita quando fundou essa aqui no centro três, por isso que eu estou aqui até agora , e continuo até não sei quando."

E3

"Eu estava caminhando, como caminho até hoje, ai na Marques estava me sentindo bem, depois conseguir com a terceira idade, passei pra lá mais sempre caminhando na semana, eu gostei porque não ia assim pra longe, queria que tivesse por perto, me convidavam pra ir pra outros grupos que tem mais eu achava longe pra mim, ai quando surgiu isso ai, eu achei bom mesmo, tomara que não acabe, que continue porque serve muito pra nós daqui de perto."

E9

Embora os idosos não revelem em seus discursos insatisfação quanto à acessibilidade, pude perceber que o acesso à atividade física oferecida pelo PASI, às quintas-feiras, se encontra dificultado dado sua localização numa sala no segundo andar. Isto se torna uma situação crítica para alguns idosos com maior dificuldade de locomoção, e provavelmente, leva a exclusão de outros além de aumentar a possibilidade de quedas para todos.

5.3.2. Disponibilidade de serviços e de provedores/profissionais e continuidade de serviços

Na visão dos usuários, a assistência médica geriátrica é fundamental e determinante na decisão do ingresso e na permanência no programa. Eles a chamam de **especial** por considerarem um privilegio dispor de uma especialidade **cara**. Ressaltam ainda sua satisfação pelo fato da assistência geriátrica ser gratuita

e ininterrupta. A disponibilidade de outros serviços como de patologia clínica, de controle da pressão arterial, de imunização e de atividade física concorrem para a avaliação positiva da qualidade do atendimento.

*“Olha, quanto à assistência à parte da saúde nós, como é que se pode dizer, a **assistência médica**, a doutora Ana Lúcia (**geriatra**) é um **espetáculo**, pra nós dá uma assistência médica **muito espacial**, todo tempo **estou em controle de pressão**, agora a pouco **fiz um check-up total nos exames de sangue geral, colesterol, glicemia, triglicéridos**, fiz tudo, **já fiz nova bateria**, todo tempo a assistência médica, é o ano todinho, **isso pra mim é uma grande coisa a questão também de vacina**, (...) temos a **parte de física**.”*

E7

*“primeiro lugar a geriatra que tem para o povo, **tudo de graça**, que pra **ter uma geriatra é caro** uma consulta, e ai tira sem pagar, por ai não tem geriatra e vem muita gente pra cá pro nosso grupo por causa da doutora, por ai não tem.”*

E3

Os encaminhamentos e os atendimentos para os diferentes serviços disponíveis no PASI se dão de maneira adequada e cooperam para a qualidade do cuidado à saúde, demonstrando a integração da equipe (E 7).

*“ela (geriatra) **me mandou com a doutora Jane que é a nossa nutricionista daqui**, eu andava me sentindo obeso, já andava fora do comum até a minha filha chegou comigo um tempo e disse assim, papai você esta horrível, tá muito gordo e eu fiquei preocupado (...), **ai eu comecei a me cuidar direito**.”*

E7

No que diz respeito a continuidade dos serviços, os idosos nos seus discursos relatam como elementos positivos a assiduidade dos serviços e a manutenção da mesma equipe de profissionais.

*“**Eu de três em três meses estou aqui com a doutora (geriatra Ana Lúcia) novamente cuidando da minha saúde** (...).”*

E7

*“(...) de saúde eu me sinto bem, Graças a Deus, a **doutora (geriatra Ana Lúcia)** nos trata aqui muito bem, com muito carinho, **nos pede exames de seis em seis meses**, nós somos bem atendida em relação a saúde me sinto bem, (...)”*

E 6

As queixas ou reivindicações são condutas do usuário possivelmente indicativas de defeitos na organização da atenção ou na relação usuário - profissional (Oliveira,1992). As insatisfações/reivindicações dos idosos entrevistados estão direcionadas para a falta de medicação (E4, E1, E6, E7), a necessidade de mais e diferentes atividades no programa (E7 e E3) e um hospital de referência para internação (E4).

Por outro lado, as repetições, no contexto de um discurso espontâneo de enunciação, marcam a ênfase do enunciador em determinada questão, indicando como ela é importante para ele. Nos discursos examinados, as queixas aparecem como a repetição da palavra **remédio** ou sua variante semântica **medicamento**.

*“Eu espero também que tenha **remédio** no centro, porque a doutora passa **remédio** e as vezes **não tem no centro**, a gente tem que comprar né, e **os remédios** estão caro, (...) agora esses **remédios** eu posso comprar e **as vezes eu não posso** né, (...) porque **no centro a gente não conta mesmo de remédio**, é muito difícil ter.”*

E4

*“Olha, eu pelo menos, a esperança que nós temos primeiramente que quando nós formos com a doutora seja bem atendida, ela encaminhe pra outro lugar quando não tem no centro três, pra ela encaminhar pra outro que tenha **o medicamento** que a gente toma, porque consultar com a doutora é bom, mas , o melhor também é **tomar o remédio**, se a gente só consulta sem **tomar o remédio** a consulta não faz efeito né.*

E1

*“A única coisa que faria pra melhorar era **os remédios**, que a gente vai lá no **centro** e **não tem remédio** né, ai vai mandar voltar outro dia, chega lá **não tem remédio**, era isso a parte que eu ia falar pra vê se dava pra ter **remédio** la no centro né, era isso que eu faria né.”*

E4

*“Eu melhoraria sobre o remédio né, que às vezes a gente chega na farmácia, muitas criaturas que não pode compra **chega na farmácia não tem** (...).”*

E 6

*“(...) a **única parte que não funciona é a parte de medicamento**, que quase não há medicamento e todo medicamento quase nós temos de comprar, isso é, não sei se pode melhorar essa parte, esperemos que possa melhorar que as vezes o povo é muito carente, aqui no nosso bairro sempre estão precisando, as vezes a pessoa tem uma receita, não funciona porque não tem dinheiro pra comprar **remédio**, isso é em todo o Brasil, eu acho principalmente o povo da Pedreira é muito carente, também há **uma certa dificuldade**, esse é o ponto negativo.”*

E7

A dificuldade em obter o medicamento e em alguns casos a total falta da medicação apontada pelos idosos são indicativos da insatisfação dos usuários quanto ao serviço de farmácia do programa.

A privação da medicação relatada pelos idosos não é apanágio do serviço de saúde da Pedreira. Segundo Rosenfeld (1997), tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento grande parcela da população não tem acesso a assistência farmacêutica.

Neste mesmo artigo, a autora se reporta a uma publicação da WHO (1988) que refere: *“dos 5 bilhões de habitantes, entre 1,3 e 2,5 bilhões tem pouco acesso ou não tem qualquer acesso aos fármacos essenciais, isto significa que 30% da população total não tem assistência farmacêutica completa.”* Continuando, Rosenfeld (1997) comenta Bermudez (1995) que refere *“no Brasil, estima-se que 23% da população consomem 60% de produção e que 64,5 milhões de pessoas em condições de pobreza não tem como comprar os remédios necessários,”*

É de se presumir que a falta de assistência farmacêutica seja mais relevante para a população idosa, visto que, é ela quem mais a utiliza. Estudos populacionais mostram que o consumo de medicamentos, tanto os prescritos como os não prescritos aumentam com a idade (Rosenfeld, 1997). Em contrapartida, a população idosa é que apresenta condições sócio-econômicas mais precárias e maior

probabilidade de manifestação de polipatologias crônico-degenerativas tornando-a mais necessitada de prolongada assistência farmacêutica gratuita.

É notável que nos discursos, os idosos parecem apenas confiar no modelo biomédico e na terapêutica medicamentosa. Eles percebem as atividades não médicas como confraternização ou atividades sociais e não como parte de um projeto integral de promoção da saúde.

Sabemos que é difícil mudar hábitos, costumes e comportamentos principalmente do idoso. O trabalho de educação em saúde desenvolvido pelo PASI deveria, portanto ser mais enfático na tentativa de reverter este quadro de valorização da medicalização entre seus usuários.

As falas seguintes também explicitam a insatisfação dos usuários com a disponibilidade de serviços. Demandas por **“mais atividades”** relacionam-se tanto com a frequência do serviço oferecido como com a oferta de novos serviços como oficinas terapêuticas.

*“(…), **mais atividade** é, como é que a gente pode dizer, **oficinas** que é o que esta faltando pro idoso se ocupar de alguma coisa, as vezes ele quer trabalhar, ele quer produzir mais, **ele quer melhorar a renda dele familiar** e ele tendo já uma profissão, qualquer coisa, porque a pessoa tem um ditado que diz assim, porque quem tem sua profissão nunca morre de fome, esta entendendo, porque tem muitos idosos coitado que ainda estão caminhando na vida, já passaram muito tempo, vamos supor assim, pararam no tempo e essa atividade agora vem pra levantar esse povo agente nota, e tendo uma oficina já melhora, **o pessoal trabalha, ocupa mais o tempo, o espaço dele, é isso ai que eu faria.**”*

E 7

*“Olha que eu tenho mesmo vontade de fazer é **hidroginástica**, que **aqui não tem piscina** pra gente fazer, e eu ainda não pude ainda bancar pra fazer particular, isso eu tenho vontade de fazer, (...) pra poder concretizar tudo que preciso pra minha saúde”.*

E3

Outro fator negativo levantado pelos usuários é relatado na fala a seguir. Ela mostra a preocupação, o temor de adoecer e não ter um hospital de retaguarda para o atendimento destes idosos. Considerando-se que a maioria da população idosa usuária do PASI recebe até um salário mínimo, torna-se inviável o tratamento na rede particular.

“Hospital que as vezes os idosos também não tem né, as vezes é batido pro ônibus ai não tem a donde ir, vai pro Pronto Socorro, chega lá não tem, esses que não tem recursos pra pagar chega lá no Pronto Socorro que vai fazer, vai morrer porque ele não tem recurso pra ir prum hospital.”

E4

Observei que todas as vezes que havia a necessidade de um atendimento especializado fora da unidade, este era obtido através das relações de amizade entre a equipe do PASI e os diretores de outras unidades. Este expediente embora solucione de imediato cada caso em particular, ele evidencia a falta de planejamento das ações de saúde nos diversos níveis de complexidade.

5.3.3 Relacionamento usuário-profissional

Segundo Donabedian (1990), para que uma relação usuário-profissional seja considerada boa são necessários os seguintes atributos: empatia, os usuários devem ser tratados com consideração e respeito, confiança nos profissionais, ter suas perguntas respondidas e sua condição de saúde discutida e explicada, ter a oportunidade de participar nas decisões sobre o tratamento a ser estipulado.

A relação profissional/usuário é um processo que se efetiva desde do momento da primeira entrevista, consolidando-se com a continuidade do cuidado à saúde. Considero ser a relação usuário-profissional uma das principais responsáveis pelo sucesso do tratamento e pela permanência do idoso neste programa.

Nos seus discursos, a empatia aparece como o atributo muito importante para o relacionamento estabelecido com a equipe. Eles fazem questão de falar bem de todos, destacando, porém, a assistente social (Teofela) e a médica geriatra (Ana Lúcia).

*“As doutoras (equipe técnica) são muito **atenciosas** com a gente, então pra que sair daqui e ir pra outro.”*

E 3

*“Eu me dou melhor com a **Rosa** (assistente social), **dona Teofela** (assistente social-coordenadora do programa), que já somos conhecidas muito tempo desse programa, logo quando começou aqui a física dos idosos que eu estou aqui, já vai fazer 3 ou 4 anos, (...) Porque **elas são muito boas** pra mim né, até agora eu não tenho o que dizer delas né, nunca me coisou nada Graças a deus, **eu gosto delas**, são **muito carinhosas** com a gente, o que a gente pode fazer? **Dá o carinho também pra elas né.**”*

E 4

*“(...) a nossa assistente social que é a **Teofela** e a **Rosa** também **são excelentes pessoas muito amáveis, muito dedicada**, e faz com que a gente se sintam bem né, a crescer mais nesse programa que é uma maravilha, (...).”*

E 7

Nas falas a seguir, os idosos relatam seus sentimentos em relação aos profissionais do PASI, destacando o carinho, o respeito, a confiança, a amizade e o profissionalismo como expressão de sua satisfação.

*“**Todas elas me relaciono bem**, bem com a **doutora Ana Lúcia**, a **Teofela** também a **Rosa**, a **dona Jane** também que é a nossa nutricionista, toda **relação espetacular** e **todas são merecedoras de todo apego** da minha parte. Porque a gente nota, sente no coração que as pessoas transmitem coisas boas, **alto astral, alta confiança** e a gente fica confiante, eu fico confiante.”*

E 7

*“Com a **Teofela** e a **doutora Rosa**, (...) é o **carinho** que tenho por elas também, comigo né, **sempre me trataram bem** aqui, **até fora da consulta** quando venho aqui elas sempre me receberam bem, (...) todas elas, **me sinto satisfeita** em ter elas como **amiga e como profissionais**, nos encaminhando pra essa caminhada da terceira idade que está sendo muito ótimo.”*

E 6

A insatisfação com a relação usuário/profissional demonstrada pelos idosos do PASI, diz respeito a um único profissional e decorre da menor empatia e da falta de paciência deste durante as atividades físicas propostas. A profissional era muito exigente e se comunicava muitas vezes de maneira agressiva e ríspida, reprimindo e tornando inviável a atividade, principalmente, para os idosos com maior limitação física, exatamente os mais necessitados. A incapacidade da educadora física em adaptar e flexibilizar seus métodos às limitações físicas dos idosos levou-os à frustração das demandas e das expectativas depositadas na profissional. A formação de recursos humanos especializado seria um fator importante para a melhoria do serviço e deveria fazer parte da implantação do Programa Atenção à Saúde do Idoso nas unidades de saúde.

“mudaria tudo assim, uma boa professora de física assim pra nós assim que se dedicasse mais conosco, desse muita mais atenção, assim, que deixasse a gente bem, (...)”

E6

*“eu acho muitas vezes que esta menina que esta trabalhando conosco a **Kátia** (educadora física), ela **falta paciência dela** conosco, falta, tem hora que **falta paciência dela** com nós, **ela não tem a paciência**, que a Teofela tem, sempre teve conosco, a senhora agora ultimamente e outra que tem a Rosa. Ela tem **paciência sim mais pouca, a paciência dela não é uma paciência** que seja pra idoso é mais pra jovem e nós não podemos ter uma criatura conosco que **não tenha paciência** entendeu, nós temos que ter uma criatura que **tenha paciência** conosco pra que nós possamos fazer **tudo dentro do nosso limite e devagar** conforme nossa consciência manda **não é assim como ela quer rápido**, força uma barra que não pode.”*

E8

A insatisfação também é demonstrada quando os idosos são atendidos por outros profissionais da UBS Pedreira que não compõem a equipe do programa. Eles estabelecem comparações entre os diferentes atendimentos, valorando a boa relação com os profissionais do PASI.

*“Das nossas assistentes sociais, que já nos recebe muito bem, as enfermeiras, os funcionários né que trabalha e a nossa medica também **atende muito bem**, mais as vezes a gente é **passado pra outro medico** que talvez o medico **nem as vezes recebe a gente muito bem né**,”*

E6

5.3.4 Resultado do cuidado

Diversos trabalhos apontam o resultado do cuidado como um dos atributos indispensáveis num instrumento que se propõe a investigar a satisfação do usuário com o cuidado à saúde (Bowling, 1997). As mudanças benéficas na saúde dos usuários decorrentes do cuidado prestado contribuem para a satisfação do usuário (Silva e Formigli, 1994). Para Donabedian (1992) também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos. Assim, os resultados possuiriam a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, servindo de indicador para a avaliação indireta da qualidade tanto da estrutura como do processo.

A partir da observação participante, feita durante três meses consecutivos, e da análise da enunciação nas entrevistas realizadas podemos inferir que as palavras *antes*, *aqui* e *agora* referem transformações no estado de saúde e na vida cotidiana desses idosos.

A palavra *antes* representa para eles doenças de ordem física e mental, solidão, tristeza, isolamento do convívio social, a sujeição às tarefas domésticas, e a falta de perspectiva de vida.

Os termos *aqui* e *agora* exprimem, neste contexto, alegria de viver, participação em atividades sociais e de lazer, e possibilidades de novas relações sociais. Nesse momento, modifica-se o estado de saúde dos usuários e transforma-se a realidade de suas vidas, recupera-se a auto-estima e se ampliam as interações sociais.

Os usuários que chegam ao programa procuram inicialmente satisfazer necessidades de ordem assistencial. Todos eles referem em seus discursos que estavam com algum problema de saúde e que posteriormente envolvidos pelo programa passaram a participar de outras atividades de cunho social e cultural. Referenciam a importância das atividades do programa; atribuem a elas as transformações positivas que ocorreram em suas vidas; estabelecem comparações de como viviam antes de participar do programa e como vivem agora, mudanças estas notadas também por seus familiares.

“O dia que vou pra lá me sinto feliz, alegre porque tem o encontro com as minhas amigas, e pego outras explicações, que a gente ta assim na casa parada, em vez de está pensando o que não dá, a gente vai pegar outra informação de outra coisa, aprende mais do que esperava aprender com a terceira idade. (...), o divertimento, tempo de carnaval nós temos festa, nós brincamos São João, pra mim é uma satisfação, me sinto muito bem primeiramente Graças a Deus, tem outro conhecimento com outras pessoas, pra mim é bacana, é muito bom mesmo.”

E1

“Graças a Deus to muito satisfeita, muito mesmo, daqui não saio só se acabar o mesmo, porque como eu estava e como eu estou agora, meus filhos estão muito alegre né, que eu vivia um bocadinho muito pra dentro mesmo como dizia o ditado, mas agora não, Graças a Deus eu estou me sentindo muito bem. É porque eu me sinto bem né, tenho minha saúde normal, vivia só doente né, e agora não, agora uma que eu passeio aqui pelo centro né, centro nosso, eu passeio, vou pra uma parte vou pra outra, tenho a minha física, tudo isso né, eu me sinto bem, porque de primeiro em casa nada disso eu fazia, porque eu não tinha, faço caminhada que a professora mandou fazer, caminhada, tudo isso eu faço Graças a Deus.”

E 4

(...) agora depois que entrei na terceira idade (PASI), ficou ótimo, porque é uma atividade boa, a gente vai conversar, se diverte né, quando entrei (...) eu estava em depressão que eu tinha perdido um irmão e cuidei dele quase dois anos e pouco doente e entrei muito em depressão e comecei me tratar lá (..) fui na segunda palestra da reunião ai a me envolver com a dona Teofela,, aquela senhora que é enfermeira que saiu, que esqueci o nome dela a Zaira, e comecei a me dá com o resto do pessoal né, tive um tratamento muito bom, muito longo, (...) e me sinto bem no grupo, esse grupo pra mim foi uma coisa ótima, foi um sei lá, me abriu as portas pra gente ficar a vontade, sair, ficar bem né, porque a gente faz boas amizades, se dá com as pessoas com graus mais elevados que atendem a gente bem.”

E 6

*“(...) estou satisfeita com o programa, com as aulas que a professora dá, tudo isso serve pra gente. Porque **a gente nessa idade precisa dessas atividades, poder a gente viver alegre com saúde**, por isso que acho que é ótimo, estas aulas são ótimas pra nós.”*

E 3

Junto a esses relatos podemos correlacionar a melhoria no quadro de saúde com a qualidade da assistência. O bloco abaixo de enunciados ressalta a melhora do estado de saúde dos usuários em decorrência do cuidado prévio dispensado.

*“**Primeiramente o melhoramento da minha saúde**, que depois que comecei a participar aqui, eu sentir uma melhora excelente.*

E7

*“Ah! eu vivia muito triste, porque eu só vivia em casa sentada fazendo tapete, passava o dia vendo televisão, trabalhando **depois que eu entrei pra cá melhorou muito, bastante, bastante mesmo** “*

E9

5.3.5. Recomendação do serviço

Embora o programa seja referência para a estruturação de outros do gênero no município, o ingresso dos usuários não parece decorrer do encaminhamento de outras unidades de saúde e de propaganda na mídia. Os relatos dos usuários indicam, na sua quase totalidade, que ficaram sabendo da existência do programa através de uma terceira pessoa, algumas das quais entre os próprios usuários e na maioria através de pessoas da comunidade.

*“Olhe, foi por troca de conversa, que um dia **a minha filha conversando com uma senhora**, ela disse assim, olha **ai na Pedreira tem uma doutora pra terceira idade**, ai ela foi lá, chegou lá era, já tava matriculando, ai nós nos matriculamos, (...).”*

E1

*“eu vim porque me trouxeram sabe, **uma pessoa me trouxe e me deixou ai**, (...).”*

E2

*“Porque eu não sabia que se já tinha começado, **uma amiga me falou**, olha já vai ter a terceira idade **aqui no centro três**, ai eu procurei saber, fiz a inscrição comecei a freqüentar, me sinto muito bem de estar aqui neste grupo, as doutoras são muito atenciosas com agente, então pra que sair daqui e ir pra outro.”*

E3

*“**Por intermédio de outros irmãos** nosso já que nós temos ai né, **ai começa o tititi** né, ai eu cheguei aqui procurei me informar, (...)”.*

E7

*“**Eu já trouxe a Maria José, e trouxe a Olgarina** para acompanhar a Maria José (...)”.*

E8

A propagação espontânea de boca em boca sobre o programa demonstra o conhecimento da comunidade com a existência e o reconhecimento do serviço prestado. Esta publicidade positiva do programa tem trazido usuários como podemos verificar nas novas inscrições a partir de sua implantação em 1997.

QUADRO 2

INSCRIÇÕES NO PASI DA UBS-PEDREIRA NOS ANOS DE 1997 A 2000

Ano	Números de usuários
1997	223
1998	158
1999	129
2000	81

Vale ressaltar que o PASI não é atualmente o único programa voltado para a terceira idade no município de Belém. A partir de 2000 houve um incremento na oferta de serviços públicos para idosos como os da UBS do Guamá, de Icooracy, da Sacramento, da Vila da Barca, da Aldeia Cabana e do Tapanã.

O PASI-Pedreira deixou de ser o único serviço especializado no atendimento à população idosa, talvez esta seja a causa se um menor número de admissões a partir de 2000 provavelmente refletindo a redistribuição dos usuários em outras unidades de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora no setor saúde a avaliação da qualidade seja realizada através de diferentes enfoques, neste estudo utilizamos a satisfação do usuário idoso como o indicador desta qualidade, através de atributos já utilizados por outros autores.

O ponto positivo deste estudo foi propiciar ao idoso o direito de avaliar a qualidade do atendimento ao cuidado à saúde a ele dirigido, dando ao idoso o direito de exercer sua cidadania.

Por acreditar que a satisfação do usuário é a meta do processo de qualidade e que, portanto, suas expectativas e necessidades devem ser satisfeitas e podem contribuir para o redirecionamento.

Alguns aspectos são extremamente importantes para a adequação/redirecionamento do programa, os quais passamos a destacar.

Nossa pesquisa mostrou que a clientela mais beneficiada com o PASI é a de idoso jovem, na faixa etária entre 64 e 74 anos, ficando uma lacuna nas outras faixas. Uma minoria de idosos com idade 85 anos e mais beneficiam-se somente da consulta médica deixando de participar das atividades de cunho gerontológico.

Há a necessidade da formação de equipe específica ao atendimento domiciliar dos idosos, assim como a criação de oficinas voltadas para o trabalho que propiciem à clientela condições de melhorias da renda familiar visto que, na sua quase totalidade, esses idosos recebem um salário mínimo de aposentadoria.

Há a existência de determinantes de insatisfação como: falta de medicamentos e dificuldades no relacionamento com profissional de saúde. Este último item não chega a comprometer a qualidade do atendimento, porém, indica a necessidade de implementação de treinamento dos recursos humanos para lidar com a população idosa.

Por outro lado, os idosos nos seus discursos, referem as mudanças que ocorreram em suas vidas após ingresso no PASI. Assim sendo, podemos inferir que mesmo com as limitações existentes no Programa, os usuários estão satisfeitos com o atendimento, apesar de nem todas as expectativas e necessidades poderem ser atendidas.

Vale ressaltar que mesmo com limitações o PASI provoca transformações positivas na vida cotidiana dos usuários e de seus familiares.

Além das entrevistas, observei no comportamento, expressões e verbalização tanto dos entrevistados quanto dos que freqüentaram o programa a satisfação que sentiam ao participar das atividades sociais e de lazer. Atribuo esta satisfação as baixas condições sócio-econômicas, visto que, para a grande maioria dos usuários a televisão é a única atividade de lazer nos seus domicílios.

Esperamos que este trabalho ajude a impulsionar mudanças necessárias à dinâmica organizacional, bem como novas implantações de Programas com estas características. Assim sendo, daremos algumas sugestões:

- que o PASI funcione em dois turnos – manhã e tarde – pois acreditamos que com o aumento da demanda, o funcionamento em um único horário irá deixar de atender muitos usuários, em especial aqueles que ainda precisam trabalhar para complementar a renda familiar;
- aumentar e qualificar os recursos humanos incluindo a formação de cuidadores formais e informais;
- que a equipe utilize estratégias a fim de alcançar a camada de idosos/ idosos não beneficiada com a integralidade do Programa;
- formar equipes para atender no domicilio incluindo o próprio usuário idoso como visitador domiciliar o remunerando para tal;

- elaborar protocolo de atendimento com impressos padronizados, buscando melhorar o atendimento, incluindo escalas de avaliação geriátrica-gerontológica;
- reestruturação das UBS no sentido de implantar e implementar Programas de Atenção à Saúde do Idoso, dentro de um contexto multi e interdisciplinares;
- implantar uma Rede Gerontológica a partir de ações de baixa complexidade chegando às de alta complexidade.

Vale destacar que desde a implantação do PASI, em 1997, até a realização deste estudo, nunca havia sido feita nenhuma avaliação. Não se trata de assumir nosso enfoque avaliativo como único instrumento de avaliação, mais sim, dar peso a voz do usuário. Também não temos a pretensão de considerar o assunto esgotado e sim abrir novas portas para a pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akerman M., Nadavosky P. Avaliação dos Serviços de Saúde - Avaliar o quê? Caderno de Saúde Pública 1992 out/dez; 8 (4):361-365.

Amendoeira M C R. Avaliação da Satisfação com Serviços Psiquiátricos: um estudo sobre idoso com deficiência cognitiva em serviços abertos e fechados. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria – IPUB; 2000.

Beauvoir S. A velhice. Rio Janeiro: Nova Fronteira; 1990.

Beauvoir S. A velhice - As relações com o mundo - São Paulo: Vol 2. Editora Européia do livro, 1970

Bercovich A M. Características regionais da população idosa no Brasil. Revista Brasileira de Estudos de População, 1993; 10 (1/2):125 – 143.

Berquó E S. Fatores estáticos e dinâmicos: mortalidade e fecundidade. In: Santos J L F., Levy M S F., Szmrecsányi T (Org) Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise. São Paulo: T.A;Queiroz; 1980. p 21-85.

Berquó E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil Anais do 1º Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século; 1996; Brasília. Brasília: Ministério de Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social; 1996.

Berquó E; Leite V M. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. Revista Ciência e Cultura, 1988; 40 (7): 679 - 688.

Bowling A. Social research on health: sociological and psychological concepts and approaches. In: Research Methods in Health: investigating health services. Buckingham: Open University Press; 1997.

Brito C F., Ramos L R. Serviços de Atenção à Saúde do Idoso. In: Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 394-402.

Camarano A A., Beltrão K I., Pascom A R P., Medeiros M., Goldani A M. Como Vive o Idoso Brasileiro? In: Camarano A A (Org) Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 1999. p. 394 - 402.

Campen C van., Sixma H.J., Kerssens J.J. Comparisons of the cost and quality of patient data collection by mail versus telephone versus in-person interviews, Eur J Publi Health 1998, 8: 66 -70.

Carr-Hill R A. The measurement of patient satisfaction, J. Public. Health Med., 1992, 14:236-49.

Contandriopoulos A-P., Champagne F., Denis J-L., Pineault R. A Avaliação na Área de Saúde : conceitos e métodos. In: Hartz Z M de.A. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 29-47.

Costa M F L. , Guerra H L. , Barreto S M. , Guimarães R M . Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das intervenções hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS. Centro Nacional de Epidemiologia, Coor Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde 2000 Jan/Mar; 9 (1): 23 – 41 .

Debert G G. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade. Brasil Anais do 1º Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século; 1996; Brasília. Brasília: Ministério de Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social; 1996.

Debert G G. A Antropologia e o Estudo dos Grupos e das Categorias de Idades: In: Barros M M L de (Org) Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas; 1998. p. 49-67.

Debert G G. A Reinvenção da Velhice: sociedade e processo de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo: Fapesp; 1999.

Donabedian A. The Quality of Care: how can it be assessed? *Jama*, 1988 sept; 260 (12): 23-30.

Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990 nov; 114.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin* 1992, 18: 356 – 360.

Farinatti P T V. A Avaliação da Autonomia do Idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um novo modelo de interação saúde-autonomia. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia* 1997 mar; 1 (1): 31-37.

Franco S C., Campos G W de S. Avaliação da Qualidade de Atendimento Ambulatorial e Pediatria em um Hospital Universitário. *Caderno de Saúde Pública* 1998 jan/mar; 14 (1): 61-70.

Gil A C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5º ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Goldani A M. Mulheres e Envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: Camarano A A (Org) *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA; 1999. p. 75-113.

Gomes M A de S M. Aspectos de qualidade do atendimento à gestante e ao parto através da percepção das usuárias. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Pós-graduação do Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz; 1995.

Gomes R., Silva C M F da., Deslandes S F., Souza E R de. Avaliação da Assistência Ambulatorial a Portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, Segundo a Visão dos Usuários. *Caderno de Saúde Pública* 1999 out/dez; 15 (4): 789-797.

Graziano K U., Maia F de O M. Principais Acidentes de Causas Externa no Idoso. Revista de Gerontologia, 1999 set; 7 (3):133-139.

Hartz Z M de .A. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

Hooyman N R., Kiyak H A S. Social Gerontology: a multidisciplinary perspective. 5º ed. Allyn & Bacon A Viacon; 1999.

IBGE. Censo Demográfico: contagem populacional estimada. Belém; 1996.

Junqueira L A P., Auge A P F. Qualidade dos Serviços de Saúde e Satisfação do Usuário. Cadernos Fundap, 1996 jan/abr; 19. p. 60-78.

Kalache A. Envelhecimento no contexto internacional a perspectivas da Organização Mundial de Saúde. Anais do 1º Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século; 1996; Brasília. Brasília: Ministério de Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social; 1996.

Kloetzel K., Bertoni A M., Irazoqui M C., Campos V P G., Santos R N dos. Controle de Qualidade em Atenção Primária à Saúde. 1- A satisfação do usuário. Caderno de Saúde Pública, 1998 jul/set; 14 (3): 623-628.

Laurenti R. A questão demográfica e a transição epidemiológica (a transição demográfica, a fecundidade, a migração e a mortalidade e seus impactos na saúde da população) Mesa redondo no 1º Congresso de Epidemiologia.p. 143-165.

Lessa I. Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis versus Terceira Idade. In: LESSA I (Org) O Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 1998. p. 203-222.

Minayo M C de. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 1999.

Minayo M C de S, Cruz Neto O., Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud. In: Salud, Cambio Social y Política: perspectivas desde América Latina. Edamex, 1999 p. 65-80.

Minayo M C de S., Sanches O. Qualitativo – Quantitativo: oposição ou complementaridade?. Caderno de Saúde Pública 1993 jul/set; 9 (3): 239-262.

Monteiro M F G., Alves M I C. Aspectos Demográficos da População Idoso no Brasil. In: Veras R P (Org) Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume – Dumará: UnATI/UERJ; 1995. p.65-78

Moreira M M. O Envelhecimento da População Brasileira: intensidade, feminização e dependência. Revista Brasileira de Estudos de População 1998 jan/jun; 15 (1): 79-94.

Motta E. Envelhecimento Social. Coleção de Temas Sociais, Rio de Janeiro: CBCISS;1996. 230, Ree.

Oliveira C de. Análise do Conceito de Satisfação do Usuário na Obra de Donabedian.. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ; 1992. Série: Estudos em Saúde Coletiva nº 20.

Perreault M, Leichner P, Sabourin S, Gendreau P. Patient Satisfaction with Outpatient Psychiatric Services: qualitative and quantitative assessments. Evaluation and Program Planning. Printed in the USA. Allrights Reserved 1993; 16: 109-118.

Pinheiro R.S, Travassos C. Inequality in health care use by the elderly in three ditricts in the city of Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 1999 15 (3): 487-496.

Pitta A M F. Qualidade de Serviço de Saúde Mental: desafios para a epidemiologia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 1996 jun; 45 (6): 313-321.

Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social(MPAS), Secretaria da Assistência Social(SAS); 1997.

Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde;1999.

Política Nacional do Idoso: Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Secretaria da Assistência Social (SAS);1998.

Ramos L R. A Saúde do Idoso no Brasil: uma visão clínico e epidemiológica. [Tese de Livre-Docência]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da UFSP; 1997.

Rosenfeld S. Os Idosos e os Medicamentos na Sociedade. In: Veras R P (Org) Terceira Idade: desafios para o Terceiro Milênio. Rio de Janeiro: Relume – Dumará: UnATI/UERJ; 1997, p. 171 – 192.

Sant’Anna M J G. UnATI, a velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários. In: Veras R P (Org) Terceira idade: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume – Dumará: UnATI/UERJ; 1997 p.75-102.

Serapioni M. Método qualitativo e quantitativo na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. Ciências & Saúde Coletiva 2000; 5 (1): 187-192.

Silva A G I da. A Satisfação do usuário e a qualidade da assistência de enfermagem. [Dissertação] Belém: Curso de Enfermagem da UFPa. Expansão/EEAN/UFRJ; 1998.

Silva L M V da., Formigli V L A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Caderno de Saúde Pública 1994 jan/mai; 10 (1): 80-91.

Sixma H.J., Campen C van, Kerssens J.J., Peters L, Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly instrument, Age and Ageing 2000, 29: 173-78.

Souza M A de S M. A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal. [Dissertação]. Brasília.DF: Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde; 1997.

Souza-Leão S., Portela M C. Panorama nacional das internações de idosos cobertas pelo SUS. Ciências & Saúde Coletiva 2000; 5 :626.

Veras R P., Alves M I C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: Minayo M C de S (Org) Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo – Rio de Janeiro: 2ª ed. Huncitec – Abrasco; 1999. p. 320 – 337.

Veras R P. Atenção Preventiva do Idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaleo Netto M (Org) Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 383-395.

Veras R P., Jr K R.de C. Idoso e Universidade: parceria para a qualidade de vida. In: Veras R P (Org)Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: 2ª ed. Relume – Dumará: UnATI/UERJ;1995. p.11-27.

Veras R P. Envelhecimento populacional no mundo e no Brasil. Revista Advir 1994, 3: 37-44.

World Health Organization, - OWH - OMS 1984.

ANEXO I

Termo de Consentimento

Prezado senhor(a),

Você foi selecionado(a) para participar da pesquisa: **A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**. Esta pesquisa está sendo realizada por Sandra Helena Isse Polaro como parte de seu projeto de Mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública em convênio com a Universidade Federal do Pará, que tem como objetivos avaliar a implementação e o desenvolvimento do Programa de Atenção à Saúde do Idoso em uma unidade básica de saúde no Município de Belém, na perspectiva do usuário; caracterizar a clientela segundo as condições sócio-econômicas; conhecer o tipo de assistência e as principais limitações do Programa de Atenção à Saúde do Idoso; fazer uma correlação entre as ações oferecidas pelo Programa e as necessidades dos usuários.

Com este estudo, se buscará traçar políticas e metas junto às autoridades governamentais, empresas privadas e entidades profissionais, objetivando adequar as condições e realidade social paraense às necessidades e interesses da saúde do idoso, enquanto especialidade fundamental para a assistência à essa faixa-etária da população.

Sua participação consistirá em responder este questionário, que não é identificável e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a identificação do autor das respostas. Todos os dados serão divulgados apenas agregados, guardando assim o absoluto **sigilo das informações**. Queremos também deixar claro que sua participação é de seu livre-arbítrio, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário, não tendo nenhuma repercussão em seu relacionamento atual ou futuro com as instituições promotoras e executoras da pesquisa.

Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e publicados na literatura especializada ao qual será dada ampla divulgação. Sua participação é de fundamental importância pois, possibilitará as autoridades públicas a avaliação das políticas formuladas para a área e eventuais redirecionamentos.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça conosco (spolaro@amazon.com.br) ou através dos telefones: XXX (91) 225-0820; 9984-8022.

Sandra Helena Isse Polaro
Pesquisadora
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ/Universidade Federal do Pará/UFGPA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados.

Belém, ____/____/____

Assinatura do entrevistado

ANEXO II

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DO PASI

1. Sexo:

1. masculino () 2. feminino ()

2. Qual a sua idade:

1. Jovens idosos () 2. Idosos- idosos () 3. Idosos mais idosos ()

3. Qual a renda familiar. (em salário mínimos)

4. Com quem você vive atualmente?.

1. sozinho () 2. cônjuge () 3. com filho/a () 4. outros membros da família () 5. amigos fora do ambiente institucional () 6. amigos dentro do ambiente institucional () 7. outros ()

especificar _____

5. Quem cuida de você:

1. não preciso de cuidados ()
2. sou cuidado por parentes (grau de parentesco) ()
especificar _____
3. cuidado por não parente ()

6. Grau de escolaridade:

1. analfabeto () 2. primeiro grau incompleto ()
3. primeiro grau completo () 4. segundo grau incompleto ()
5. segundo grau completo () 6. terceiro grau incompleto ()
7. terceiro grau completo () 8. outros ()

7. Você está aposentado/pensionista:

1. sim () 2. não ()

8. Atual estado conjugal

1. solteiro () 2. casado ou vive com companheiro ()
3. separado judicialmente () 4. separado informalmente ()
5. divorciado () 6. viúvo ()
7. outros ()

Obrigado (a) pela sua participação

ANEXO III

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. O que motivou a participar do programa?
2. Como o (a) senhor (a) chegou até ao programa?
3. O (a) senhor (a) está satisfeito com o programa?
4. Dos profissionais do programa qual deles o (a) senhor (a) se relaciona melhor? Porque essa relação é a melhor? E qual deles o (a) senhor (a) se relaciona pior? Como é essa relação?
5. conte-nos fatos de que tenha gostado e outros que não tenha gostado no programa (situações vividas ou presenciadas, experiências)
6. O que o (a) senhor (a) espera, enquanto usuária do programa? (para melhorar sua saúde, expectativas).
7. O que o (a) senhor (a) sugere para melhorar o seu atendimento no programa?
8. Se o (a) senhor (a) tivesse que mudar alguma coisa no programa o que mudaria?
9. Como o (a) senhor (a) vivia antes de participar do programa?
10. Na sua opinião o que o idoso mais precisa?
11. Quais são os problemas mais graves que o idoso enfrenta?
12. Se o (a) senhor (a) assumisse o cargo de Diretor o que mudaria na Unidade?
13. Se o (a) senhor (a) fosse Presidente da República, Governador de Estado ou Secretario de Saúde, o faria para melhorar as condições do idoso?

ANEXOS