

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES

CURSO DE ENFERMAGEM

**ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: O ACESSO E
ACOLHIMENTO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO VALE DO TAQUARI/RS**

Terezinha Maria Weyand

Lajeado, novembro de 2015

Terezinha Maria Weyand

**ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: O ACESSO E
ACOLHIMENTO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO VALE DO TAQUARI/RS**

Projeto de Pesquisa realizado na disciplina de Trabalho de conclusão de Curso II, do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário Univates, para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Professora: Ms. Paula Michele
Lohmann

Lajeado, novembro de 2015

**ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: O ACESSO E
ACOLHIMENTO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO VALE DO TAQUARI/RS**

HEALTH CARE OF ELDER: ACCESS AND RECEPTION ON A ESF OF A
VALLEY CITY OF TAQUARI / RS

CUIDADO DE LA SALUD DEL ANCIANO: ACCESO Y RECEPCIÓN EN UNA
FSE DE UNA CIUDAD VALLE DE Taquari / RS

Terezinha Maria Weiland¹, Paula Michele Lohmann²

Centro Universitário UNIVATES, Curso de Enfermagem. Lajeado/RS

RESUMO

Este estudo teve como tema o acesso e o acolhimento da pessoa idosa na Estratégia de Saúde da Família, tendo como objetivo conhecer as políticas públicas de saúde, bem como os serviços estruturados para o atendimento desta população. A metodologia que utilizei para realizar este estudo foi do tipo exploratória descritiva com abordagem quanti-qualitativa, realizada com os idosos de uma micro área, em um município do Vale do Taquari/RS. A pesquisa foi realizada através de um instrumento contendo questões semi-estruturadas para responder os objetivos propostos, sendo a amostra constituída por vinte participantes. Na análise de saúde verificou-se que as unidades de saúde estão cada vez mais preparadas para o atendimento e acolhimento da população idosa.

Palavras-chave: Políticas de Atenção ao Idoso. Acolhimento. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

This study had as its theme access and the host of the elderly in the Family Health Strategy, aiming to meet public health policies and services structured to meet this population. The methodology used for the study was descriptive exploratory with quantitative and qualitative approach, carried out with the elderly in a micro-area in a municipality of the Vale do Taquari / RS. The survey was conducted through an instrument containing semi-structured questions to answer the proposed objectives, with a sample of one hundred participants. Health analysis it was found that health facilities are increasingly prepared to meet and care of the elderly population.

Key words: Attention to the Elderly policies. Host. Family Health strategy.

RESUMEN

Este estudio tuvo como tema el acceso y el anfitrión de las personas mayores en la Estrategia Salud de la Familia, con el objetivo de cumplir con las políticas y los servicios públicos de salud estructurados para atender a esta población. La metodología utilizada para el estudio fue exploratorio descriptivo, con enfoque cuantitativo y cualitativo, realizado con las personas mayores en un micro-zona en un municipio del Vale do Taquari / RS. La encuesta se realizó a través de un instrumento que contenía preguntas semi-estructuradas para responder a los objetivos propuestos, con una muestra de un centenar de participantes. Análisis de salud se encontró que los centros de salud están cada vez más dispuestos a cumplir y la atención de la población anciana.

Palabras clave: La atención a las personas mayores en las políticas. Host. Estrategia de salud de la familia.

1 Acadêmica do curso de enfermagem do Centro Universitário Univates, Lajeado/RS, formando do semestre 2015/B

2 Professora do curso de enfermagem do Centro Universitário Univates, Lajeado/RS, Enfermeira, Mestre em Ambiente e Desenvolvimento.

INTRODUÇÃO

Desde 2003, com a criação do Estatuto do Idoso o acesso aos serviços de saúde está melhor, já que a partir desta data os idosos tiveram reconhecidos seus direitos pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003(ESTATUTO DO IDOSO/MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASÍLIA, 2003).

Segundo o Estatuto do Idoso, é de direito a atenção integral à saúde do idoso, pelo Sistema Único de Saúde-SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em os serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, e também a

atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (ESTATUTO DO IDOSO/MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASÍLIA, 2003).

Com a criação desta lei o idoso tem direitos a prevenção e manutenção da saúde que serão efetivadas por meio de cadastramento da população idosa, atendimento em unidades de referência, com pessoal especializado nas áreas de atenção ao idoso, atendimento domiciliar, incluindo todo atendimento que é necessário para manter a saúde do idoso. O Poder Público tem que fornecer, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos que sejam necessários ao tratamento, habilitação ou reabilitação (ESTATUTO DO IDOSO/MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASÍLIA, 2003).

As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para que sejam atendidas às necessidades do idoso, promovendo treinamentos e capacitações dos profissionais e também promover cursos para cuidadores familiares e pessoas que realizam autoajuda (ESTATUTO DO IDOSO/MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASÍLIA, 2003).

O envelhecimento é considerado um fenômeno mundial e adquire características próprias no País, devido à rapidez com que vem se instalando. Segundo, Fardo Creutzberg e Silva (2005), estima-se que em 2020 as pessoas com idade superior a 60 anos serão responsáveis por mais de 15% da população brasileira. Esses autores revelam outro quadro do País. O Brasil, antes denominado um País de jovens, hoje já pode ser considerado um País estruturalmente envelhecido (Organização Mundial da Saúde), (ESTATUTO DO IDOSO/MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASÍLIA, 2003).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas que respondam as necessidades das pessoas idosas. As proporções de usuários de todos os serviços prestados tendem a ser cada vez maiores, quer pelo acesso as informações do grupo etário, ou pelo seu expressivo aumento relativo na população brasileira (LIMA-COSTA E VERAS, 2003).

O objetivo deste estudo foi conhecer o acesso e o acolhimento oferecido ao idoso por uma ESF de um município do Vale do Taquari/RS, caracterizar o idoso quanto à idade, escolaridade e profissão anterior à aposentadoria. Nos objetivos específicos iremos investigar na percepção dos idosos como a ESF (Estratégia de Saúde da Família) está estruturado para atendê-los, analisar os programas e atividades existentes voltadas para o atendimento ao idoso, verificar como é aplicada a política de saúde de inclusão ao idoso já existente, tendo como base a percepção do idoso, identificar facilidades/dificuldades no acesso à rede de atenção.

O interesse na realização deste estudo justifica-se pela motivação pessoal que surgiu na realização de estágio como uma preocupação com o idoso, existem políticas, porém percebo as dificuldades que os idosos tem de conseguir que os seus direitos sejam respeitados.

A motivação para a escolha deste tema derivou a partir de experiências vivenciadas durante o meu trabalho como agente comunitária de saúde e também durante os períodos dos estágios como acadêmica de enfermagem, onde se observou que as unidades de saúde estão engajadas em melhorar cada vez mais os atendimentos e programas de prevenção e promoção a saúde do idoso.

Para a realização deste estudo será utilizada uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quanti-qualitativa. Serão aplicados questionários semiestruturados contendo um conjunto de questões relacionadas ao problema.

MÉTODOS

A pesquisa foi do tipo exploratória descritiva com abordagem quanti-qualitativa. *“A pesquisa exploratória tem em vista favorecer a familiaridade, o aumento da experiência e uma melhor compreensão do problema a ser investigado”* (CHEMIN, 2012, p. 164). *“O objetivo da pesquisa descritiva é descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis”* (CHEMIN, 2012, p. 164).

A pesquisa quantitativa representa aquilo que pode ser medido, mensurado, contado; exige descrição rigorosa das informações obtidas, em que o pesquisador pretenderá obter o maior grau de correção possível em seus dados; é adequada quando se deseja conhecer a extensão (de modo estatístico) do objeto de estudo, do ponto de vista do público pesquisado (LEOPARDI, 2002).

A pesquisa qualitativa busca compreender um fenômeno em seu sentido mais intenso, em vez de produzir inferências que possam levar à constituição de leis gerais ou a extrapolações que permitam fazer previsões válidas sobre a realidade futura (APPOLINÁRIO, 2006, p. 159).

O município definido para a realização da pesquisa, de acordo com o Censo do IBGE de 2010, a população é de mais de 70.000 habitantes em regime de Gestão Plena de atenção Básica. Todas as atividades da área são priorizadas e fiscalizadas pelo Conselho Municipal de saúde, criado em 1991, sendo os recursos operacionalizados através do Fundo Municipal de Saúde, instituídos em 1997.

O Município está situado na região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul. Na atenção primária está composta com 14 ESF e 3 UBS, no serviço especializado tem um CAPS infantil, um adulto e álcool e drogas, na Saúde da Mulher tem um Centro de atendimento especializado.

A ESF onde foi desenvolvido o estudo conta com uma população de mais ou menos dez mil habitantes, destes a área escolhida para estudo apresenta em média mais ou menos quinhentos idosos, destes na grande maioria as doenças crônicas são hipertensão e diabetes.

Os sujeitos da pesquisa serão os idosos moradores do município cadastrados na área do ESF, serão idosos entre 60 e 90 anos, estima-se uma amostra de 20 idosos.

Os critérios de inclusão foram idosos com idade de 60 anos ou mais, com atividade cognitiva preservada, que não apresentem demência, e que pertençam à área de ESF estudada. Os critérios de exclusão, apresentar doença incapacitante, como Alzheimer ou outra idade inferior a 60 anos, pertencer à outra ESF.

A coleta de dados foi através de um questionário, aplicado pela pesquisadora. A coleta iniciou após aprovação do projeto pelo secretário de saúde do município. Respeitando os preceitos contidos na resolução 466/12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados vinte (20) idosos pertencentes a uma das ESF do município, sendo assim, apresentamos a caracterização dos mesmos:

Em relação à idade, obtivemos nove (9) idosos entre 60 e 69 anos, onze (11) idosos entre 70 e 79 anos,

Quanto ao gênero, dezesseis (16) eram do sexo feminino e quatro (4) do sexo masculino. A escolaridade dos idosos variou de Analfabeto (1), ensino fundamental incompleto: 2º série do fundamental (4), 3º série do fundamental (1), 4º série do fundamental (7), 5º série do fundamental (5), 6º série do fundamental (1) e Ensino Fundamental completo (1).

Caracterizando os idosos quanto a diagnóstico de alguma patologia, hipertensão quinze (15) e diabéticos sete (7). Estado civil: Casado (11), Viúvo (6) Desquitado (3). Mora com quem: Sozinho (9) Com familiares (11). Trabalha: Sim (1) Não (19). Destes idosos dezoito (18) Aposentados e dois (2) não eram. Quanto à profissão anterior à aposentadoria: Agricultor(a) (6), Pedreiro (3), Cabeleireira (1), Vendedora (1), Doméstica (3), Costureira (1), Confeiteira (1), Do lar (2), Mecânico (2).

Sobre o acesso/deslocamento deles até a Unidade de Saúde: Caminhando (15) De carro (5), sendo que todos referiram necessidade de acompanhante, vinte (20) idosos.

Os nossos idosos estão envelhecendo de forma rápida e intensa, por isso o governo está empenhado em reformular as políticas públicas de saúde.

Assim sendo, Costa (2003) se posiciona:

O aumento da longevidade que é visto dia-a-dia e a redução das taxas de mortalidade, nos últimos anos do século passado, mudaram o perfil do Brasil. Rapidamente estamos deixando de ser um “país de jovens” e o envelhecer se tornou uma questão de importância fundamental para as políticas públicas. Os brasileiros que tem mais de 60 anos representam 8,6% da população. Esta proporção provavelmente chegará a 14% em 2025. Mesmo que o envelhecimento populacional mude o perfil de adoecimento dos brasileiros, nos obrigando a dar maior ênfase na prevenção e no tratamento das doenças crônicas, nossa maior atenção ainda precisa ser voltada para as políticas que promovem a saúde, que contribuem para a manutenção da autonomia e valorizam as redes de suporte social (Portaria MS 1.395/99), (COSTA, 2003, p. 5).

Com isso vimos que a cada dia temos que melhorar o atendimento e acolhimento dos nossos idosos nas redes de Atenção Básica.

Como vamos ver ao longo deste trabalho a vida e a saúde dos idosos que em geral está a cada dia melhor, pois temos mais políticas e programas que cuidam dos idosos.

Segundo Paschoal (1996) define a velhice a partir do conjunto das condições biológica, social, econômica, cognitiva, funcional e cronológica. *Biologicamente*, o envelhecimento se inicia no momento em que se nasce, e não aos 60 anos; *socialmente*, a velhice varia de acordo com o momento histórico e cultural; *intelectualmente*, diz-se que alguém está envelhecendo quando suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração; *economicamente*, a pessoa entra na velhice quando se aposenta, deixa de ser produtiva para a sociedade; *funcionalmente*, quando o indivíduo perde a sua independência e precisa de ajuda para desempenhar suas atividades básicas da vida diária; e finalmente *cronologicamente*, a pessoa é idosa quando faz 60 ou 65 anos.

O estatuto do idoso foi elaborado para que todas as pessoas com mais de 60 anos de idade tenham acesso aos seus direitos.

O estatuto do idoso elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente Lula, ampliou em muito a resposta do Estado e da sociedade às necessidades dessas pessoas. Trata dos mais variados aspectos da sua vida, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas pra crimes mais comuns cometidos contra as pessoas idosas. O relevante papel conferido à área da saúde no presente texto legal concretiza a garantia

do cuidado e da atenção integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS), (COSTA, 2003, p. 5e 6).

De acordo com Santos (2001), o envelhecimento populacional remete a substituição das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônico-degenerativas. As doenças crônicas degenerativas que afetam os idosos de maior incidência são: Hipertensão, diabetes, doenças respiratórias e doença de Alzheimer.

Devido a essas alterações que aparecem com o envelhecimento, os idosos tornam-se mais suscetíveis ao aparecimento de patologias, principalmente causadas pelos processos degenerativos.

A hipertensão arterial é um fator de risco para várias doenças cardiovasculares, portanto, potencialmente danosa ao indivíduo idoso. As doenças cardiovasculares causam até três vezes mais mortalidade na população idosa do que nas demais, apresentando risco mais acentuado em homens do que em mulheres (VERAS, 1999).

As alterações respiratórias são decorrentes do enfraquecimento da musculatura respiratória, porque reduzirá a capacidade respiratória na medida em que sua expansão torácica diminui. O consumo de oxigênio sofre perdas importantes com o processo do envelhecimento. As alterações dos ossos da caixa torácica repercutem nas mesmas. Também há uma redução na elasticidade pulmonar, da atividade dos cílios e aumento da rigidez torácica (VERAS, 1999).

A doença de Alzheimer (DA) é uma patologia neurodegenerativa, na qual as células áreas específicas do cérebro, como o hipotálamo, começam a morrer formando cicatrizes neuro-fibrilares dentro de neurônios, bem como de placas neuríticas, de proteínas beta-amilóide no espaço extracelular, produzindo as placas senis. Na medida em que as células morrem e são formadas essas placas, o cérebro tem crescente perda funcional (NETTO, 2002).

Muitos idosos tendem a ocultar pequenos problemas de saúde e não procuram ajuda médica até que estes se tornem realmente graves. As pessoas idosas tendem a apresentar mais de uma doença concomitantemente, sendo que uma pode exercer influência sobre a outra. Por exemplo, a depressão pode piorar a demência e o diabetes pode agravar uma infecção. Outros fatores sociológicos complicam a doença nas pessoas idosas. Quando a doença causa alguma perda temporária ou permanente da independência, a pessoa idosa pode tornar-se deprimida, passando a necessitar de auxílio psicológico e de um serviço social (NETTO, 2002).

As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias representam os dois principais grupos de causas de morte na população idosa brasileira, correspondendo a 45% do total dos óbitos desta população. Entre as primeiras às doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração são as duas causas de morte mais frequentes, em ambos os sexos. Entre as neoplasias, predominam, entre os homens, as malignas da traqueia, brônquios e pulmões, seguidas pelas da próstata. Entre as mulheres predomina a neoplasia maligna da mama, seguida da traqueia, brônquios e

pulmões. Os cânceres de cólon, reto e ânus representam a quinta causa mais frequente de óbitos por neoplasia entre os homens, e a terceira entre as mulheres idosas. O câncer de colo de útero ocupa a sexta posição de mortalidade entre as mulheres idosas (LIMA-COSTA, 2004).

Categoria 1: Fale-me como você percebe o seu atendimento na ESF ao chegar à mesma.

Nesta categoria a maioria dos idosos referiu que o atendimento é bom sendo dez (10) informantes, alguns referiram ser muito bom, totalizando nove (9) idosos e Ótimo um (1) informante.

Existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, vol. I, 2011).

Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, no ato de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). O acolhimento é uma prática constitutiva das relações do cuidado. Sendo assim em vez de perguntar se em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, vol. I, 2011).

Categoria 2: Conte-me sobre grupos oferecidos pela ESF dos qual você participa.

Nesta categoria os idosos, referiram o Hiperdia, sendo quinze (15), grupos de Música (3), e não participar de nenhum grupo cinco (5) idosos.

A ESF surge como o principal instrumento do SUS para reorganização do modelo assistencial de saúde no Brasil, com o objetivo de gerar um resultado assistencial diferenciado do modelo de saúde tradicional, incorporando um novo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2012).

Na prática a ESF além de possuir uma assistência com foco no indivíduo, centraliza sua atuação também nas coletividades e nos grupos em condição crônica. Além disso, associa relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento,

gestão e conhecimento científico devidamente estruturado, tais como a clínica médica e epidemiológica (MERHY, 2002).

A cura do indivíduo não é mais o único objetivo, e sim uma das consequências assistenciais. A ESF além de proporcionar aos usuários tratamento de determinadas doenças também realiza ações de promoção e prevenção em saúde, diagnóstico, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Essas ações visam proporcionar uma concepção mais ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propondo articulação entre saberes técnicos e populares, juntamente com a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento dos problemas de saúde (BRASIL, 2012; MENDES, 2012).

A equipe de uma ESF é composta por no mínimo, um médico, um enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição o cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012). Essa equipe divide as responsabilidades do cuidado entre seus membros, de modo que todos participam com suas competências profissionais contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde e para concepção de uma visão mais integral das pessoas.

Categoria 3: Quais as atividades são desenvolvidas pela ESF?

Consultas médicas, dentista, fisioterapia, nutricionista, enfermagem e grupos de hiperdia e música (20).

Segundo o Ministério da Saúde, as ESFs têm vários programas e atividades a serem realizadas.

Mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território como escolas, associações comunitárias, ONGs, etc.

Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área adscrita. Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas. Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Consultas médicas e/ou de enfermagem. Consultas e procedimentos odontológicos, quando existir a equipe de saúde bucal. Realização de procedimentos médicos e de enfermagem: Imunizações; Inalações, curativos, drenagem de abscessos, suturas, administração de medicamentos orais e injetáveis, terapia de reidratação oral, etc. Acolhimento em urgências básicas de médicos, de enfermagem e de odontologia. Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade. A coleta de material para exames laboratoriais e a dispensação de medicamentos devem ser

analisadas sob a perspectiva do custo benefício da centralização ou descentralização dessas ações de acordo com o planejamento municipal. O Ministério da Família não recomenda que trabalhem numa mesma UBS mais do que três ESF, devido às dificuldades de organização de agenda e dos fluxos operacionais que garantam as mudanças de práticas de saúde, necessárias ao modelo de atenção proposto pela estratégia Saúde da Família. Em realidades em que já se dispõe de uma rede física instalada que comporte um número maior de equipes e que a população a ser atendida apresente características de alta densidade e que as distâncias para o acesso de toda a população adscrita à unidade seja facilitado (viabilidade de acesso à pé), é possível prever mais que três equipes desde que se assegurem a área de recepção e salas em número adequado à realização das atividades, especialmente, quanto ao número de consultórios e equipamentos odontológicos.

Categoria 4: De que forma você agenda uma consulta na ESF. E se recebe visita do agente comunitário de saúde na residência.

- Pelo telefone (12)
- Na ESF (7)
- Pelo telefone e também na ESF (1)
- Você recebe visita de um ACS na sua residência?
- Sim (20)

Segundo o Ministério da Saúde, dentre as várias atividades da ESF encontra-se a Visita Domiciliar (VD), realizada por toda a equipe, mas principalmente pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Cada agente é responsável por uma micro área que corresponde a pequenos aglomerados de famílias. A visita domiciliar deve acontecer pelo menos uma vez por mês para as famílias cadastradas, sendo uma tarefa do agente comunitário de saúde. Esse profissional tem a capacidade de mobilizar e articular conhecimento, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, ele consegue realizar ações de apoio e orientação, acompanhando a educação em saúde, a promoção da qualidade de vida, o desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde. Consegue interagir com a equipe de trabalho, com os indivíduos e a coletividade.

São atribuições específicas do ACS:

Realizar mapeamento de sua micro área, cadastrar todas as famílias, identificar situações e áreas de risco, orientar as famílias quanto aos serviços disponíveis na saúde, realizar a visita domiciliar, acompanhando mensalmente as famílias sob sua responsabilidade, etc.

Categoria 5: O que em sua opinião é bom/fácil quanto ao seu acesso/ atendimento na ESF?

- O respeito e a preferência na marcação de consultas do idoso, não é preciso entrar na fila (13).
- Tudo é muito bom (4)
- A marcação da consulta por telefone (3)
- O que em sua opinião é difícil (ruim) para que seja atendido na ESF?
- Não tem nada de ruim na ESF (20)

Os idosos dessa ESF tem prioridades na marcação de consultas, bem como nos demais atendimentos, com isso a satisfação está expressa nas respostas do questionário aplicado.

É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

É dever de todos zelarem pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste trabalho foi verificar como está o atendimento e o acesso dos idosos nas redes de saúde pública. A pesquisa revelou que a maior parte dos idosos estão satisfeitos com o atendimento que recebem no serviço de saúde. A aplicação do questionário foi muito reveladora sobre o que pensam e esperam de todos. Os idosos referiram que o que falta na rede de Atenção Básica são consultas com especialistas e exames de alta complexidade, pois a demora nesses casos muitas vezes leva ao óbito do paciente. Os funcionários da ESF receberam muitos elogios, pois os

idosos tem um tratamento preferencial nos atendimentos e agendamentos de consultas. Este foi um trabalho muito gratificante e os resultados serão divulgados para todos os profissionais da área, para que possa haver cada vez mais um atendimento diferenciado aos nossos idosos.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, Fabio. **Metodologia da Ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Almedina Brasil, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso, Brasília: 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso, Brasília: 1994.

CHEMIN, Beatriz Francisca. **Manual da UNIVATES para trabalhos acadêmicos: planejamento, elaboração e apresentação**. Lajeado, RS: UNIVATES, 2012.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia de Pesquisa: 2. ed.** Florianópolis: UFSC, 2002.

LIMA-COSTA, M. F. F. e VERAS R., 2003. . **Cadernos de Saúde Pública**. Saúde Pública e Envelhecimento. Rio de Janeiro, v. 19, nº 3, 2003.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003.

NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

SANTOS, S. S. C. **Enfermagem geronto – geriátrica da reflexão e ação cuidativa**. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

SOUZA, M. F. de. **Saúde da família nos municípios brasileiros**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

VERAS, R. **Terceira idade: Alternativas para sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. UERJ, 1999.

VERAS, R. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso:** revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção e de previsibilidade de agravos. Caderno de Saúde Pública, 2003.

Disponível em: <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/>

Disponível em: Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG-V. 2-N. 2-Nov./Dez. 2009.