



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ceilândia  
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

Jéssica Mendes Sant'Anna

**PERFIL DOS IDOSOS ASSISTIDOS PELAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE, CEILÂNDIA- DF.**

Brasília, DF

2013

Jéssica Mendes Sant'Anna

PERFIL DOS IDOSOS ASSISTIDOS PELAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO SETOR HABITACIONAL SOL NASCENTE, CEILÂNDIA- DF

Monografia de conclusão de curso como requisito parcial  
para obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva,  
apresentada à seguinte banca examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Patrícia Maria Fonseca Escalda  
Universidade de Brasília

---

Prof. José Antônio Iturri de La Mata  
Universidade de Brasília

---

Prof. Leonardo Petrus da Silva Paz  
Universidade de Brasília

Brasília, DF  
2013

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à população idosa que compôs este estudo contribuindo para o meu aprendizado e formação.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que esteve presente em todos os momentos durante esta etapa da minha vida. Por me conceder força e coragem para seguir em frente e não desistir.

Ao meu marido Thyago que me acompanhou desde o início, demonstrando o seu apoio e carinho. Pela compreensão e palavras de confiança e por fazer parte da realização deste sonho, compartilhando da minha alegria.

À minha querida mãe Luciene, que apostou e confiou no meu potencial. Por estar ao meu lado nos momentos em que mais precisei, é o meu exemplo de força, persistência e coragem.

À minha família pelo imenso apoio e carinho.

À minha querida professora e orientadora Patrícia Escalda por depositar a sua confiança em mim. Pelo aprendizado e convivência que foram de grande valia para o meu crescimento. Pela disponibilidade no processo de concretização deste trabalho.

A todo corpo docente e à banca examinadora da UnB- FCE.

E aos meus colegas de faculdade por compartilhar tanto dos momentos felizes como angustiantes, sorrimos juntos e choramos juntos. Em especial: Camila Cortez, Cleverson Rubens, Ana Carolina Esteves, Ana Caroline Honorato e Priscila Batista pelo convívio e companheirismo.

## EPÍGRAFE

Trago dentro do meu coração, como num cofre que se não pode fechar de cheio, todos os lugares onde estive, todos os portos a que cheguei, todas as paisagens que vi através de janelas ou vigias, ou de tombadilhos, sonhando. E tudo isso, que é tanto, é pouco para o que eu quero. (*Fernando Pessoa*)

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da população por faixa etária. Ceilândia- DF, 2012.....	24
Tabela 2. Distribuição da população por faixa etária. Sol Nascente/ Ceilândia- DF, 2013.....	25
Tabela 3. Distribuição dos idosos por condições demográficas e epidemiológicas. Sol Nascente/ Ceilândia- DF, 2013.....	26
Tabela 4. Distribuição dos domicílios com idosos por microárea. Sol Nascente/ Ceilândia- DF, 2013.....	28
Tabela 5. Distribuição dos domicílios com idosos, segundo situação de moradia e saneamento. Sol Nascente/ Ceilândia- DF, 2013.....	29

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACS-** Agente Comunitário de Saúde

**APS-** Atenção Primária em Saúde

**CODEPLAN-** Companhia de Planejamento do Distrito Federal

**DCNT-** Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**DF-** Distrito Federal

**ESF-** Estratégia Saúde da Família

**EAB-** Equipe de Atenção Básica

**RA-** Região Administrativa

**IBGE-** Instituto Brasileiro de Demografia e Estatística

**MS-** Ministério da Saúde

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**SES-** Secretaria Estadual de Saúde

**SIAB-** Sistema de Informação da Atenção Básica

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**UBS-** Unidade Básica de Saúde

## RESUMO

O envelhecimento é um processo multidimensional, pois os fatores que influenciam na capacidade de enfrentamento das modificações que ocorrem com o aumento da idade são múltiplos, traduzindo-se em diferentes modelos de velhice. Este processo vem ocorrendo no Brasil de forma acelerada e o maior desafio em relação à atenção da pessoa idosa é conseguir contribuir para a sua qualidade de vida, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer. Neste contexto a Atenção Básica deve estar voltada para a saúde da pessoa idosa através do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas e, sob a forma de trabalho em equipe dirigido às populações de territórios bem delimitados, pelo qual assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território, assim a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para reorientar o modelo de atenção à saúde. Buscou-se por meio deste estudo identificar o perfil da população idosa assistida por duas Equipes de Estratégia Saúde da Família residente no condomínio Nascente/Ceilândia-DF, considerando as variáveis demográficas, sociais, econômicas e epidemiológicas. Os dados coletados para a análise da situação de saúde dos idosos foram procedentes da Ficha A e processados no Epiinfo. O estudo ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2013. Foram identificados 87 idosos, distribuídos em 73 domicílios. A ESF 1 possui mais domicílios com idosos que a ESF 2. De acordo com os resultados a faixa etária com maior frequência de idosos foi de 60 a 69 anos, a maior frequência foi do sexo feminino, de alfabetizados e ocupados. Com relação ao perfil epidemiológico, constatou-se a prevalência de hipertensão e diabetes. Na situação de moradia e saneamento constata-se a presença de fatores de risco à saúde como o lixo, saneamento inadequado, que podem interferir no processo saúde e doença da população. Percebe-se a necessidade de ações intersetoriais para garantir o acesso à saúde para todas as pessoas, assim como o fortalecimento da Atenção Primária e a expansão da ESF podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população do Setor Habitacional Sol Nascente, em especial a dos idosos.

**Palavras- chave:** território, saúde do idoso, Saúde da Família.



## ABSTRACT

Aging is a multidimensional process, because the factors that influence the ability to cope with the changes that occur with the increase of age are multiple, translating to different models of old age. This process has been occurring in Brazil in an accelerated manner and the greatest challenge in relation to the attention of the elderly person is able to contribute to their quality of life, despite the progressive limitations that may occur. In this connection the Basic Attention must be directed to the health of the elderly person through the development of management practices and sanitary democratic and participatory and in the form of team work directed to the populations of territories as well delimited, by which assumes the health responsibility, whereas the dynamics existing in the territory, thus the Family Health Strategy (ESF) has been planned to refocus the health care model. Sought if by means of this study identify the profile of the elderly population assisted by two Teams from the Family Health Strategy resident in Setor Habitacional Sol Nascente/ Ceilândia- DF, considering the variables demographic, social, economic and epidemiological. The data collected for the analysis of the health situation of the elderly were coming from the connector A and processed in Epi Info. The study took place in the months of September and October 2013. We identified 87 elderly, distributed in 73 households. The ESF 1 has more households with elderly than the ESF 2. According to the results the age range with the largest quantity of elderly people is the 60 to 69 years, the highest frequency was female, literate and occupied. With relation to the epidemiological profile, it was found that the prevalence of hypertension and diabetes. In the situation of housing and sanitation notes the presence of risk factors to health as the garbage, inadequate sanitation, which can interfere in the process health and disease in the population. We realize the need for intersectoral actions to ensure access to health care for all people, as well as the strengthening of Primary Care and the expansion of the ESF can contribute to the improvement of the quality of life of the population of the Setor Habitacional Sol Nascente, in particular the elderly.

**Key- Words:** territory, elderly health, Family Health.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA .....	14
3	OBJETIVOS .....	15
3.1	Objetivo Geral .....	15
3.2	Objetivos específicos.....	15
4	MARCO TEÓRICO .....	16
5	METODOLOGIA.....	21
5.1	Tipo de estudo .....	21
5.2	Local de estudo.....	21
5.3	Fonte de Dados .....	22
5.4	Variáveis de estudo.....	22
5.5	Período de estudo .....	22
5.6	Processamento e análise dos dados .....	23
5.7	Aspectos éticos .....	23
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	31
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32
	ANEXOS .....	39
	Anexo 1 – Ficha A.....	39
	Anexo 2 – Carta de aprovação do Comitê de Ética.....	41

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo em um ritmo bem acelerado nos últimos anos. O aumento demográfico da proporção de pessoas com 60 anos ou mais é uma tendência mundial que se justifica pela redução das taxas de fecundidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida (IBGE, 2010; SILVA et al, 2011).

De acordo com a OMS (2005) até o ano de 2050, existirão no mundo aproximadamente dois bilhões de pessoas nesta faixa etária, sendo 80% nos países em desenvolvimento, onde esse fenômeno têm imposto grandes desafios por ter ocorrido de modo acelerado ao contrário dos países desenvolvidos, nos quais o envelhecimento da população se caracteriza por um processo mais lento (BATISTA et al, 2011). Na França, por exemplo, foi necessário mais de um século para que a população idosa aumentasse de 7% para 14% do total. Em contraste, essa mesma variação demográfica ocorrerá nas próximas duas décadas no Brasil. Até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (VERAS, 2012).

Rodrigues (2000) salienta que o envelhecimento é um processo multidimensional, pois os fatores que influenciam na capacidade de enfrentamento das modificações que ocorrem com o aumento da idade são múltiplos, traduzindo-se em diferentes modelos de velhice.

Os estigmas negativos, que normalmente estão associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Assim o aumento do contingente de idosos preconiza maior atenção às questões de assistência a esses sujeitos. Desta forma, tem-se a necessidade de uma reflexão e atuação acerca das repercussões das transformações sociais decorrentes do envelhecimento (VERAS, 2003).

Diante desta realidade, o maior desafio em relação à atenção da pessoa idosa é conseguir contribuir para que, elas possam viver com qualidade de vida, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer. Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Para garantir a proteção e os direitos dos idosos, a Lei nº 10.741/2003 mais conhecida como o Estatuto do Idoso assegura que a pessoa idosa deve ter sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social preservados em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso (2003) ainda dispõe sobre a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, em que ele tem direito ao acesso universal e

igualitário para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente esta faixa etária, atendimento em ambulatorios, atendimento domiciliar e medicamentos gratuitos. Além de estabelecer a viabilização de formas alternativas de participação e convívio do idoso com outras gerações e a capacitação dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia (BRASIL, 1988).

Em 2006, foi criada a Portaria nº 2.528, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que objetiva manter, recuperar e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos (BRASIL, 2006). Tendo como uma de suas principais diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável. É uma política de saúde com estímulo à participação e fortalecimento do controle social e, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. Esta portaria estabelece dois eixos fundamentais para efetivação da integralidade das ações: a promoção da saúde e da integração social em todos os níveis de atenção à saúde e o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde. Ressaltando principalmente a importância do papel da família na vida social do idoso, visto que esta é uma fase de debilidades no qual o idoso necessita do apoio familiar (BRASIL, 2006; KARSCH, 2003).

É notável a importância da convivência social para a qualidade de vida do idoso. E quanto às ações de saúde é necessário que os níveis de atenção primária, secundária e terciária estejam integradas para facilitar o acesso do idoso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

O cuidado à saúde da população idosa é um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). Motta destaca que “além dos determinantes econômicos do cuidado à saúde do idoso, é importante investigar a natureza e qualidade do cuidado prestado” (MOTTA et al, 2011).

Pois o intenso processo da transição demográfica que ocorreu no Brasil durante as últimas décadas trouxe o aumento acelerado de idosos portadores de um quadro de múltiplas doenças crônicas e estado de fragilidade decorrente da perda da capacidade funcional, o que demanda ações frequentes, contínuas e dispendiosas, por parte do sistema de saúde e das famílias ( SILVESTRE & COSTA NETO, 2003).

A Atenção Básica deve estar voltada para a saúde da pessoa idosa através do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas e, sob a forma de trabalho em equipe dirigido às populações de territórios bem delimitados, pelo qual assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território (COSTA et al, 2010).

Neste contexto a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento saudável e deve estar atenta à pessoa idosa, ao seu bem-estar, à rotina funcional e à inserção familiar e social (CALDAS, 2003; SILVESTRE & COSTA NETO, 2003).

Os agentes comunitários da saúde (ACS) atuam no atendimento domiciliar ao idoso. É de grande relevância o acompanhamento dos idosos pelas equipes de Estratégia Saúde da Família, visto que este visa lhes oferecer um acesso às ações de atenção básica, com o atendimento de equipes multidisciplinares (CARVALHO et al, 2003).

Este estudo tem como objetivo traçar o perfil da população idosa assistida pelas Equipes de Estratégia Saúde da Família do Setor Habitacional Sol Nascente, Ceilândia- DF, considerando as variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e situação de moradia e saneamento deste segmento populacional.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Diante do o processo de envelhecimento que vem ocorrendo de forma mais acelerada nos últimos anos e com a mudança no perfil epidemiológico da população, se faz necessário uma reformulação do modelo de atenção à saúde, principalmente na Atenção Primária. A Estratégia Saúde da Família constitui um dos eixos norteadores e deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência.

Desta forma, conhecer o perfil dos idosos residentes nas microáreas de atuação dos ACS e adscritos à ESF é importante para planejar ações de saúde para este grupo populacional, visando sua qualidade de vida e garantia de suas capacidades funcionais e sua autonomia.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral:**

Identificar o perfil da população idosa assistida pela Equipe Estratégia Saúde da Família residente no Setor Habitacional Sol Nascente/Ceilândia- DF.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Descrever a estrutura etária e de gênero do segmento populacional de idosos residentes no Setor Habitacional Sol Nascente;
- Analisar os principais agravos referidos pelo segmento populacional de idosos residentes no Setor Habitacional Sol Nascente e
- Identificar a condição de moradia considerando a constituição familiar.

#### 4. MARCO TEÓRICO

É notório que a faixa etária geriátrica apresenta peculiaridades biopsicossociais e, proporcionalmente, este grupo consiste no número de pessoas que mais cresce em escala mundial. Ao longo dos anos constatam-se mudanças epidemiológicas na população idosa, caracterizadas por doenças e fatores de risco relacionados com o estilo de vida. Sendo problemas de saúde de longa duração, estes tornam os idosos os principais usuários dos serviços de saúde (LIMA-COSTA & BARRETO, 2003). Tais serviços nem sempre estão devidamente preparados para atender às necessidades dessa parcela da população de forma a garantir qualidade de vida por meio da promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde (MARIN et al, 2008).

Em vista desse contexto, verifica-se a necessidade de transformação no modelo assistencial e iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação. A atenção à saúde do idoso reveste-se de grande complexidade, principalmente quando a assistência é direcionada por um conceito ampliado do processo saúde/doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida. Atuar desta forma é o desafio que se coloca aos serviços de saúde (BATISTA et al, 2011; BRASIL, 2000).

A Organização Mundial da Saúde define como base para um envelhecimento saudável, a equidade no acesso aos serviços de saúde e o desenvolvimento continuado de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Assim, o envelhecimento exige políticas de saúde que atendam às necessidades da população idosa, pois a proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior (VERAS, 2003).

No ano de 2002 foi proposto pelo Ministério da Saúde a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso por meio da Portaria nº 702/SAS/MS/02, que estabelece a operacionalização das redes, criando as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso por meio da Portaria nº249/SAS/MS/02. Segundo a lei vigente as Secretarias de Saúde devem estabelecer os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes idosos e, ainda, adotar as providências necessárias para que haja uma articulação assistencial entre a Rede constituída, a rede de atenção básica e a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2002).

Assim, cabe destacar que a organização da rede do SUS é fundamental para que as suas diretrizes sejam plenamente alcançadas. E estas diretrizes devem ter como objeto uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de fatores, um processo de envelhecimento marcado por



doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família (ANDRADE, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica do ano de 2006 desenvolve um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Tais ações são desenvolvidas em equipes, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Neste contexto, o Ministério da Saúde adotou em 1994 a Estratégia Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. Suas ações demandam a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (BRASIL, 1994; PAVARINI et al, 2008).

A estratégia fundamental é integrar no conjunto das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a família como principal instrumento. Além de desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional com foco na família e a comunidade (BRASIL, 2006; SILVESTRE & COSTA NETO, 2003; VERAS, 2012) .

A Estratégia Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população, levando em consideração a realidade local e as diferentes necessidades dos grupos populacionais. Estas equipes multiprofissionais são compostas por um médico, um enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde (PAVARINI et al, 2008; BRASIL, 1997).

Referente à organização da atenção básica, fica evidente a intenção de demarcar territórios para regular e estabelecer normas para a atuação das equipes de saúde, traduzidas em expressões como espaço territorial, área de abrangência de unidade, adscrição, referência e contrarreferência ( BARCELLOS & MONKEN, 2008).

A territorialização é um dos requisitos básicos do trabalho das equipes de Saúde da Família. Por isso pressupõe limites, organização e participação, para que seja possível constituir espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem estar. Assim, este território é um suporte de organização das práticas e serviços de saúde, da

vida da população e o território da responsabilidade compartilhada (MONKEN & GONDIN, 2008).

De acordo com a organização da ESF, cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica que contenha um número de famílias que possam ser acompanhadas pela equipe. O menor nível de atenção é a família. Assim, a assistência domiciliar à saúde torna-se uma forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade e das necessidades de saúde da população, bem como o estabelecimento de vínculos. Essa assistência domiciliar baseia-se na interação do profissional com o paciente e sua família (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde (1997) define que a microárea é formada por um conjunto de famílias que congrega aproximadamente 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do agente de saúde. A área na Estratégia Saúde da Família é formada pelo conjunto de microáreas, onde atua uma equipe de saúde da família, e residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas. , define-se a área de atuação de uma equipe segundo o número de famílias entre 600 e 1.000 famílias.

Alguns requisitos devem ser atendidos para a delimitação das áreas e microáreas: a área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde (um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas); conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, caracterizando 'áreas homogêneas de risco'; uma unidade básica de saúde (UBS) que será a sede da ESF e local de atendimento da população adscrita e os limites da área devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde (BRASIL, 1997).

São características do processo de trabalho das equipes de ESF manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território (BRASIL, 2006). Os dados alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). De acordo com o Departamento de Atenção Básica (2013) o Siab é um software que foi desenvolvido pelo DATASUS em 1998, para agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica (AB) usando como estratégia central a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este sistema é parte necessária da ESF, pois contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sócio-sanitários alcançados. Por meio dos dados coletados no sistema, o Ministério da Saúde toma decisões em relação à Atenção

Básica no nível nacional. As fichas que estruturam o trabalho das Equipes de Atenção Básica (EAB) e que produzem os dados que compõem o SIAB são utilizadas para realizar o Cadastramento, Acompanhamento Domiciliar e para o Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações das pessoas adscritas nos territórios das Equipes de Atenção Básica (EAB). São organizadas como Ficha A para cadastramento das famílias; Ficha B para acompanhamento de hipertensos, diabéticos, gestantes, pessoas com tuberculose e pessoas com hanseníase; Ficha C para acompanhamento de crianças e Ficha D para registro de atividades, procedimento e notificações. Antes de serem registradas no Siab, as fichas são preenchidas pelos profissionais de saúde e consolidadas em blocos: Cadastramento das Famílias e Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias.

A Atenção Básica deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência. Os profissionais de saúde devem oferecer uma atenção diferenciada aos idosos que apresentam alguma patologia, fragilidade ou encontram-se em processo de fragilização, por ser a população idosa mais vulnerável ao adoecimento, (BRASIL, 2006).

Desta forma é possível que os profissionais de saúde exerçam suas atividades com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente; mas observando também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais) que estão envolvidos no contexto de vida do paciente. Este contexto de atenção domiciliar é de grande relevância para as ações e cuidados de saúde à pessoa idosa, principalmente quando estas se encontram impossibilitadas de recorrerem aos serviços de saúde (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006; PAVARINI, 2008).

Neste processo é necessário ressaltar a importância da humanização nas ações das equipes de Saúde da Família. A Política Nacional de Humanização destaca a operacionalização do trabalho em equipes multidisciplinares, a troca de saberes e a valorização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Então o acolhimento pode ser visto como uma maneira de dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2003).

As equipes organizadas pela Estratégia Saúde da Família dispõem de importantes ferramentas para garantia de uma atenção humanizada. É importante destacar que todo o trabalho da equipe deve buscar sempre o máximo da autonomia dos usuários frente as suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Além de cadastrar e acompanhar a população idosa da sua microárea, encaminhar o idoso frágil para a Unidade de Saúde e estar atento aos riscos à saúde do idoso de forma integral, ou

seja, o profissional deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, quanto coletivos (BRASIL, 2006).

Apesar do avanço na garantia dos direitos dos idosos, a realidade está aquém de tais garantias. O processo de envelhecimento exige a necessidade de investimentos em programas de atenção aos idosos, para que a autonomia da saúde e da velhice, identificada como qualidade de vida física, mental e social seja preservada, diminuindo assim o impacto social desta fase (SILVESTRE & COSTA NETO, 1999).

Estudos populacionais realizados no Brasil têm demonstrado que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas. A presença de uma ou mais enfermidade crônica, no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente (PAVARINI, 2008).

No Distrito Federal as enfermidades mais persistentes na população idosa abrangida pela ESF são as doenças crônicas, e com maior prevalência estão relacionadas com hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico e diabetes melito. Sendo que as doenças cardiovasculares são as de maior prevalência e também a principal causa de morte entre os idosos. Outras grandes causas de morbidade neste segmento populacional são as neoplasias, doenças do aparelho respiratório e infecto-parasitárias. Muitos destes agravos podem ser evitados e tratados. Não prevenir ou controlar as doenças não transmissíveis de forma apropriada irá resultar em enormes custos humanos e sociais, que irão absorver uma quantidade desproporcional de recursos (DANILOW et al, 2007).

Embora a atenção aos pacientes crônicos constitua um importante desafio aos sistemas de saúde, o acolhimento e o suporte podem contribuir para a organização do processo de trabalho da ESF para atender as necessidades de saúde da população e ampliar a sua resolutividade (ARAUJO et al, 2011).

O cuidado voltado para resolver ou minimizar os processos mórbidos, no geral, não contempla a avaliação multidimensional do idoso e impossibilita conhecer, realmente, os diferentes aspectos envolvidos no seu processo saúde/doença. A adequada abordagem à pessoa idosa requer a compreensão do envelhecimento como um processo essencialmente benigno, sem perder de vista que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais com o aumento da idade, representa uma ameaça para a sua saúde (FERNANDES & RAMALHO, 2006).

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo:**

Trata-se de um estudo descritivo, que se caracteriza por ter como objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, de acordo com o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Este tipo de estudo permite observar como a incidência ou a prevalência de um determinado agravo varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade e renda, entre outras variáveis (LIMA- COSTA & BARRETO, 2003).

### **5.2 Local de estudo:**

O estudo foi realizado no Setor Habitacional Sol Nascente, local em processo de regularização da região administrativa de Ceilândia RA IX, Distrito Federal. A cidade de Ceilândia inaugurada no ano de 1971 foi originalmente dividida em três grandes áreas: Ceilândia Norte, Ceilândia Centro, Ceilândia Sul e Guariroba (esses três primeiros, juntamente com parte da Guariroba, formavam o setor tradicional). Mas atualmente é subdividida em diversos outros bairros, como Setor "O", Expansão, QNQ, QNR, P Sul e P Norte. A cidade hoje possui cerca de 400 mil habitantes, e é a região administrativa de maior população do Distrito Federal (CODEPLAN, 2011). A regional de saúde de Ceilândia conta com um hospital e 12 centros de saúde que oferecem diversos tipos de cuidados à saúde. Nos centros de saúde organizam-se ações básicas como sala de atendimento do adulto, da mulher e da criança, teste do pezinho, sala de injetáveis e curativos, sala de imunização, nebulização, coleta de exames laboratoriais e dispensação de medicamentos (SES, 2013).

O Setor Habitacional Sol Nascente faz parte do P Norte. No censo de 2010 a população local contava com 56.483 habitantes. A região do Sol Nascente é a maior ocupação irregular do Distrito Federal, de acordo com um levantamento que traça o perfil de aglomerados subnormais em todo o país, como favelas, invasões, entre outros. Segundo o IBGE (2010), o DF tem 36 ocupações deste tipo, onde vivem 133 mil pessoas, o equivalente a aproximadamente 5% da população total de 2,5 milhões de pessoas do DF.

De acordo com a divisão territorial da saúde estabelecida pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a população do Condomínio Sol Nascente é atendida por três centros de Saúde, o Centro de Saúde Número 08, Centro de Saúde Número 10 e Centro de Saúde Número 12. O presente estudo foi realizado considerando duas Equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde Número 08, localizado no P Norte, que atendem a população do P Norte e

adjacência como o Setor Habitacional Sol Nascente. As equipes correspondentes foram eleitas para este estudo por serem constituídas e contém fichas preenchidas com regularidade e qualidade. Cada equipe de ESF conta com cinco agentes comunitários de saúde, portando atendem a dez microáreas.

### **5.3 Fonte de Dados:**

Os dados coletados para a análise da situação de saúde dos idosos foram procedentes da Ficha A (ANEXO 1). Essas fichas que são preenchidas pelos agentes comunitários de saúde, que produzem os dados que são processados no SIAB e são utilizadas para realizar o Cadastramento, Acompanhamento Domiciliar e para o Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações das pessoas adscritas nos territórios das EAB. A Ficha A conta com campos referentes aos dados de identificação da família, fatores de risco para o processo saúde e doença, presença de doenças referidas, condições socioeconômicas e outras informações. Além das fichas A utilizadas para o cadastramento das famílias, outras fichas também são preenchidas para situações de saúde específicas como a Ficha B para acompanhamento de hipertensos, diabéticos, gestantes, pessoas com tuberculose e pessoas com hanseníase, a Ficha C para acompanhamento de crianças e a Ficha D para registro de atividades, procedimento e notificações. Após o processamento são consolidadas em blocos no SIAB: Cadastramento das Famílias e Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias.

### **5.4 Variáveis de estudo:**

As variáveis referentes à ficha A que foram estudadas:

Demográficas: idade (pessoas com 60 anos e mais) e sexo.

Socioeconômicas: alfabetização, ocupação, situação da moradia e saneamento (tipo de casa, destino do lixo, tratamento da água no domicílio, abastecimento de água e destino de fezes e urina).

Epidemiológicas: doença ou condição referida e cobertura por plano de saúde.

### **5.5 Período de estudo:**

O período do estudo foi referente aos meses de setembro/outubro de 2013.

### **5.6 Processamento e análise dos dados:**

Primeiramente foi realizada a codificação das variáveis da ficha A, ou seja, cada variável recebeu um número como código para que os dados fossem processados no Epinfo.

Posteriormente criou-se um questionário eletrônico com as variáveis estudadas para o processamento dos dados.

Os dados foram processados no Epinfo/OMS e foi realizada a análise da frequência absoluta e relativa das variáveis.

### **5.7 Aspectos éticos:**

Este estudo é parte do projeto de pesquisa “Análise espacial das informações de saúde: estratégia para intervenção na atenção básica, Ceilândia - DF” e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS, parecer no 273/2013 e Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde - UnB, registro 082/2010 (ANEXO 2).

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise do perfil da população idosa do Setor Habitacional Sol Nascente, é necessário compreender a composição da população total da cidade de Ceilândia.

Através dos resultados a seguir é possível verificar qual o contingente de pessoas idosas da população de Ceilândia e do Sol Nascente.

Tabela 1. Distribuição da população por faixa etária. Ceilândia- DF, 2010.

Variáveis demográficas		
Faixa Etária	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Menor de 1	6.495	1,61
1 a 4	26.496	6,59
5 a 9	35.636	8,86
1 a 9	62.132	15,45
10 a 14	36.638	9,11
15 a 19	34.139	8,49
10 a 19	70.777	17,60
20 a 29	79.442	19,75
30 a 39	78.836	19,60
40 a 49	46.914	11,66
50 a 59	28.957	7,20
<b>60 a 69</b>	<b>18.222</b>	<b>4,53</b>
<b>70 a 79</b>	<b>8.205</b>	<b>2,04</b>
<b>80 a 89</b>	<b>2.315</b>	<b>0,58</b>
<b>Mais 90</b>	<b>426</b>	<b>0,11</b>
<b>TOTAL</b>	<b>402.234</b>	<b>100</b>

Fonte: Censo 2010- IBGE.

De acordo com a Tabela 1 é possível perceber que a faixa etária mais numerosa na cidade de Ceilândia é a de 20 a 29 anos, representando 19,75% do total da população. Pessoas com 60 anos ou mais somam 29.168 habitantes, ou seja, 7,25% da população.

Na Tabela 2 a seguir, verifica-se a população total do Setor Habitacional Sol Nascente distribuída por faixa etária.



Tabela 2. Distribuição da população por faixa etária. Sol Nascente/ Ceilândia- DF, 2010.

<b>Variáveis demográficas</b>		
<b>Faixa Etária</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Menor de 1	1.185	2,10
1 a 4	4.955	8,81
5 a 9	6.390	11,36
1 a 9	11.345	20,17
10 a 14	6.078	10,8
15 a 19	5.038	8,96
10 a 19	11.116	19,77
20 a 29	10.656	18,95
30 a 39	12.163	21,63
40 a 49	5.940	10,56
50 a 59	2.421	4,30
<b>60 a 69</b>	<b>990</b>	<b>1,76</b>
<b>70 a 79</b>	<b>336</b>	<b>0,59</b>
<b>80 a 89</b>	<b>81</b>	<b>0,14</b>
<b>Mais 90</b>	<b>23</b>	<b>0,04</b>
<b>TOTAL</b>	<b>56.226</b>	<b>100</b>

Fonte: Censo 2010- IBGE.

Segundo a Tabela 2, a faixa etária que apresenta a maior população do Sol Nascente é de 30 a 39 anos, que representa 21,63% do total. A população idosa representa somente 2,54% da população.

A seguir são apresentados os dados referentes ao perfil da população idosa deste estudo, que reside no Setor Habitacional Sol Nascente, Ceilândia- DF e é assistida pelas ESF. Compreender as variáveis demográficas e epidemiológicas dos idosos assistidos pelas ESF é essencial para a análise do perfil de saúde deste segmento populacional.

Tabela 3. Distribuição dos idosos por condições demográficas e epidemiológicas. Sol Nascente/ Ceilândia- DF, 2013.

<b>Variáveis Demográficas</b>		
<b>Faixa etária</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
60 a 69	56	64,4
70 a 79	26	29,9
80 ou +	5	5,7
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	47	54,0
Masculino	40	46,0
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
<b>Alfabetização</b>		
Sim	50	57,5
Não	30	34,5
Ignorado	7	8,0
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	33	37,9
Trabalha	54	62,1
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
<b>Variáveis Epidemiológicas</b>		
<b>Doença ou Condição Referida</b>		
Hipertensão	34	39,1
Diabetes	7	8,0
Deficiência	3	3,4
Chagas	2	2,3
Alcoolismo	1	1,1
Tabagismo	1	1,1
Comorbidade	17	19,5
Nenhuma	22	25,3
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>
<b>Plano de saúde</b>		
Sim	16	18,3
Não	71	81,6
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 3 pode-se constatar que em relação à faixa etária, a maior concentração de idosos deste território encontra-se entre 60 e 69 anos, representando 64,4%

do total. Seguido pela faixa etária de 70 a 79, com 29,9% e com menos contingente a faixa etária de 80 anos ou mais com 5,7 % do total. Estes dados também podem ser comparados com uma pesquisa realizada em Porto Alegre, em que a média de idade dos idosos estudados foi de 70,4 anos e 59,5% pertence à faixa etária de 60 a 69 anos (BRAGA & LAUTERT, 2004).

Em relação à distribuição dos idosos por sexo, observa-se uma frequência maior do sexo feminino (54,0%) em comparação com o sexo masculino (46,%).

Quanto à escolaridade 57,5% são alfabetizados e 34,5% não são alfabetizados.

Em relação à ocupação, observa-se que a maioria dos idosos ainda estão ocupados, o que representa 62,1% do total, enquanto que aposentados são 37,9%.

A maior frequência do sexo feminino também pode ser observada em outros estudos como de Brito et al (2012). As mulheres apresentam maior longevidade quando relacionada ao sexo masculino, pois a exposição das mulheres a determinados fatores de risco encontrados no trabalho é menor, assim como o hábito do uso do tabaco e de álcool. Assim, estes dados evidenciam que os sistemas de saúde devem considerar a maior proporção de mulheres idosas na organização de ações em saúde (TAVARES & DIAS, 2011).

A maior frequência de idosos alfabetizados (57,5%) em relação a não alfabetizados (34,5%), encontra divergência com diversos estudos. Pavarini et al (2008) demonstrou em seus resultados uma significativa porcentagem de idosos analfabetos (29%) sobre alfabetizados (63%). E como também nenhum idoso possuir ensino fundamental completo. A maioria cursou o ensino fundamental incompleto, entre um a cinco anos de escolaridade.

Em relação ao plano de saúde 81,6% dos idosos não possuem plano de saúde, demonstrando que os idosos do Setor Habitacional Sol Nascente utilizam o SUS.

O perfil epidemiológico encontrado na população idosa deste estudo foi compatível com outros estudos, predominando a hipertensão arterial sistêmica e diabetes que caracterizam também um aumento na dupla carga de doença (DANILOW et al, 2007; WICHMAN et al, 2011).

Ao longo dos últimos anos é possível notar mudanças em relação à situação de saúde, visto que a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem aumentando significativamente. Toscano (2004) também argumenta que as transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas, como por exemplo, a hipertensão, assumiram uma posição importante como problema de saúde dos grupos populacionais.

Os dados da tabela a seguir são referentes à distribuição das residências com idosos por microárea para identificar onde se concentra o maior percentual de pessoas com mais de 60 anos.

Tabela 4. Distribuição dos domicílios com idosos por microárea. Sol Nascente/ Ceilândia-DF, 2013.

<b>ESF 1</b>	
<b>Microárea</b>	<b>Frequência absoluta</b>
1	6
2	13
3	4
4	4
5	20
<b>ESF 2</b>	
1	6
2	5
3	5
4	5
5	5
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>

De acordo com a Tabela 4 observa-se que nas duas ESF o total de domicílios cadastrados é de 73. A ESF 1 concentra a maior parte dos domicílios com idosos, representando 64,4% dos domicílios, enquanto que a ESF 2 somente 35,6% do total. As microáreas 2 e 5 da ESF 1 são as que apresentam maior número de idosos por domicílio. mais numerosas, representando juntas 45,2% do total. As microáreas com menor número de domicílios com idosos são a 3 e 4 da ESF 1, com 5,5% cada, ou seja 11% do total. Seguidas das microáreas 2,3,4 e 5 da ESF 2 com 6,8% cada, representando juntas 27,2%. E em seguida a microárea 1 da ESF 1 que representa 8,2% do total com 6 domicílios. Na ESF 2 a distribuição dos idosos por domicílios na microáreas é mais igualitária.

Segundo os dados coletados é possível perceber que o território de responsabilidade sanitária da ESF 1 possui um número maior de domicílios onde residem pessoas com 60 anos ou mais. As particularidades que diferenciam este contingente em relação às microáreas devem ser levadas em consideração pelas Equipes de Estratégia Saúde da Família para que o agente comunitário de saúde reconheça os aspectos que caracterizam a sua área de atuação. Segundo Waidman et al (2012) é necessário a responsabilização na atuação dos profissionais

de saúde, no que diz respeito à sua prática, pois, “quando bem realizada, permite-lhe estabelecer, juntamente com o usuário, a responsabilidade partilhada na realização dos cuidados”. Pois os cuidados voltados para resolver ou minimizar processos mórbidos, no geral, não contempla a avaliação multidimensional do idoso e impossibilita conhecer, realmente, os diferentes aspectos envolvidos no seu processo saúde/doença.

Traçar o perfil das condições de moradia e saneamento dos domicílios é de extrema importância para analisar as condições socioeconômicas e ambientais que interferem na situação de saúde do idoso. Na Tabela 5 é possível visualizar estes dados referentes ao local do estudo.

Tabela 5. Distribuição dos domicílios com idosos, segundo situação de moradia e saneamento. Sol Nascente/ Ceilândia- DF, 2013.

<b>Situação de Moradia e Saneamento</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Tipo de casa</b>		
Tijolo/ adobe	71	97,3
Madeira	2	2,7
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>
<b>Destino do Lixo</b>		
Coletado	73	100
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>
<b>Tratamento da água no domicílio</b>		
Filtração	57	78,1
Clorada	4	5,5
Sem tratamento	12	16,4
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>
<b>Abastecimento de água</b>		
Rede pública	73	100
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>
<b>Destino de fezes e urina</b>		
Fossa	73	100
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados da Tabela 5 demonstram que segundo a situação de moradia 97,3% do total das casas são de tijolo/adobe e somente 2,7% de madeira. Não foram encontrados domicílios com outros tipos de material.

Em relação ao saneamento 100% dos domicílios tem o lixo coletado. Embora os dados apresentem este resultado, é possível observar uma quantidade significativa de lixo nas proximidades das residências. Léo Heller (1998) afirma a importância da relação saneamento e saúde, enfatizando que as ações de saneamento interferem no processo saúde e doença. Sabe-se que, quando não é propiciado um manejo adequado aos resíduos sólidos, estes podem abrigar agentes portadores de doenças, oferecendo riscos à saúde pública, o homem pode ser atingido pelos efeitos indesejáveis do lixo, por diversas formas, seja por contato direto ou indireto com o lixo (HELLER & CATAPRETA, 1997).

O tratamento de água domiciliar mais utilizado é a filtração com 78,1% do total, seguido da cloração (5,5%) e 16,4% dos domicílios utilizam água sem tratamento. O abastecimento de água é 100% da rede pública. E quanto ao destino de fezes e urinas, 100% das residências utilizam fossas. Com relação ao abastecimento de água e esgotamento sanitário, vários autores explicam esta complexa relação, explicando a influência sobre indicadores mais específicos como a diarreia, ou sobre medidas mais abrangentes de saúde como mortalidade infantil e expectativa de vida. Segundo Heller (1997, P. 480) “a quantidade e a qualidade da água são fatores importantes para o estabelecimento dos benefícios à saúde relacionados à redução da incidência e prevalência de diversas doenças, destacando-se a doença diarreica.”. Como o Setor Habitacional do Sol Nascente não é regularizado, apesar da água que provém da rede pública passar pela estação de tratamento, não é o suficiente. Além deste fator, todos os domicílios utilizam fossas e, conseqüentemente a contaminação do solo pode comprometer o lençol freático. As mais sérias ameaças à qualidade das águas subterrâneas, em relação aos guias atuais da OMS para água potável, estão associadas ao incremento das concentrações de nitrato proveniente de fossas sépticas, os riscos mais sérios e de ocorrências mais amplas estão associados ao saneamento sem rede de coleta de esgoto, ou a má conservação das redes coletoras existentes (NASCIMENTO, 2005).

Os dados da Tabela 5 que demonstram os aspectos da situação de moradia e saneamento dos domicílios onde residem idosos nos remetem a refletir a vulnerabilidade do ambiente o qual estes se encontram, tornando-se como risco para a saúde da população em geral. A preocupação com os impactos na saúde provocados pelas condições ambientais é evidente, assim é de extrema importância a atuação dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família na identificação dos fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, para que através do diagnóstico situacional a programação e implementação das atividades sejam de acordo com os critérios de risco à saúde, priorizando a solução de problemas de saúde mais persistentes. Neste contexto Nascimento et al (2013) apresentou

uma experiência exitosa no município de Alfenas, Minas Gerais, o qual buscou caracterizar a área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família quanto à distribuição espacial dos idosos adscritos em situações de risco. Por meio da geocodificação, que é um processo de conversão de determinado endereço em coordenadas geográficas dos locais de moradia, foi possível analisar e visualizar por meio de mapas os casos de idosos frágeis e de indivíduos com história de quedas. Assim foi possível observar onde essas concentrações eram maiores, constituindo-se uma tecnologia como ferramenta importante para orientar os profissionais das Equipes de Saúde da Família, gestores e pesquisadores, sobre as áreas e residências que merecem atenção prioritária.

Nessa perspectiva, observa-se que a qualidade de vida dos idosos deste estudo depende da intersetorialidade que envolve o Ministério da Saúde, da Educação e do Meio Ambiente e gestores, para que as políticas voltadas para este segmento populacional tenham de fato seus objetivos contemplados, efetivando os serviços de saúde, visando melhorar a qualidade de vida dos idosos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do contexto de vulnerabilidade socioeconômica do Setor Habitacional Sol Nascente, percebe-se a necessidade de ação urgente de todas as esferas de poder e sujeitos sociais envolvidos com o setor saúde, no sentido de promoverem um ambiente de justiça social. Ou seja, garantir o acesso à saúde para todas as pessoas, apresentando a Atenção Primária como primeiro nível de contato com os serviços do SUS.

É necessária uma ação conjunta com políticas sociais, diante da realidade em que consiste a população idosa deste território. A presença de fatores que constituem um risco à saúde deve ser de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde, para assim ocorrer o planejamento de ações em saúde de acordo com as necessidades da população. Pois cada microárea tem suas particularidades, que podem diferenciar nas necessidades de saúde da população local. Algumas microáreas apresentam uma situação de fragilidade maior. Como a região ainda não é regularizada é possível ver claramente esgoto a céu aberto, uma grande quantidade de lixo nas proximidades das casas e algumas localidades sem asfaltamento. Todos esses aspectos inferem nos processos de saúde e doença.

O idoso inserido nesta realidade deve ter um atendimento diferenciado devido às suas fragilidades, ocasionadas pela perda das capacidades físicas, mentais e de sua autonomia necessitando de auxílio no enfrentamento desses fatores, principalmente no que se refere às doenças crônicas. Visto que pode haver um agravamento dos processos mórbidos caso não sejam tratados. A atuação do ACS neste contexto é de extrema importância, pois a ESF atua no menor nível que é a família. Ao ter conhecimento da situação familiar, do contexto em que o idoso está inserido, é possível o diagnóstico situacional mais preciso concernente com a realidade e as necessidades de saúde.

É necessário reconhecer que as Unidades Básicas de Saúde deveriam constituir o primeiro nível de atenção à saúde, porém não estão preparadas para atender uma demanda programada. A qualidade do atendimento na atenção primária pode evitar o aglomeramento de hospitais e é neste contexto que os gestores devem buscar efetivar políticas públicas de melhoria para o SUS.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.M. Políticas Públicas para pessoas idosas no Brasil: Uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, 2012.

ARAÚJO, L.F., et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** [online]. 2011;30(1):80–6.

BARCELLOS, C.; MONKEN, M.. O território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca, A. F.; Corbo, A. A. **O território e o processo saúde- doença**. RETSUS. Fiocruz, 2008. p. 177-224.

BATISTA, M. P. P., et al. Políticas publicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo** [online], v. 22, n. 3, p. 200-207, set./dez. 2011.

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. *Comunidade Gaúcha de Enfermagem*, 2004.

BRASIL. A atenção ao idoso. Brasília: **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**, n. 3. Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa de 1988. Diário Oficial da União, 1988.

BRASIL. Decreto n. 1.948, de 1996. Regulamenta a Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Caderno de Atenção Básica**, n. 19. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. Seção 1, p. 1-3, out. 2003.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pacto pela Saúde**, v.4. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria n. 249/SAS/MS, de 2002. Dispõe a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Portaria n. 702/SAS/MS, de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Portaria n. 399/GM, de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde 2006– Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Portaria n. 2.528, de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Ministério da Saúde, 1997.

BRITO, T. R. P. et al. Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, 2012.

BUFON, M. C. M.; RODRIGUES, C. K. A saúde da família como enfoque estratégico para a organização da atenção básica primária em saúde. **Visão acadêmica** [online], Curitiba, v.6, n. 2, jul. 2005.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 733-781, 2003.

CARVALHO, C. J. A.; ASSUNÇÃO, R. C.; BOCCHI, S. C. M. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. **Physis** [online]. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dec. 2010.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/>> Acesso em 14 de novembro de 2013.

COSTA, M. F. B; NEVES A.; CIOSAK, S. I. Atenção integrante na Saúde do Idoso no Programa Saúde da Família: Visão dos Profissionais de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online], São Paulo, v 44, n. 2, junho de 2010.

DANILOW, M. Z.; et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde** [online]. 2007;18(1):9-16.

FERNANDES, M. G. M.; RAMALHO, R. R. L. O Cuidado com o Idoso no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde** [online]. v. 10, n. 3, 2006.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A Prática da Assistência domiciliar dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto - enferm.** [online], Florianópolis, v.15, n. 4, dezembro de 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEMOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2010.pdf>> Acesso em 04 de abril de 2013.

KARSCH, U.M.S. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 861-866, 2003.

HELLER, L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.3, n.2, pp. 73-84, 1998.

HELLER, L.; CATAPRETA, C. A. A. Metodologias para avaliação do impacto dos resíduos sólidos sobre a saúde de uma população. **Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental. Trabalhos Técnicos**. Rio de Janeiro, ABES, p. 10, 1997.

LIMA- COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online], Brasília, v. 12, n.4, dez. 2003.

MARIN, M. J. S. et al. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online], Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2008 .

MONKEN, M.; GONDIN, G. M. de M.. Territorialização em saúde. In: Pereira, I. B.; Lima, J. C. F. (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2008, p. 392-399..

MOTTA, L. B. et al. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, 27(4):779-786, abr, 2011.

NASCIMENTO, M. C. et al. Distribuição espacial dos idosos em situação de risco no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Hygeia**. v. 9, n.16, 2013.

NASCIMENTO, D. G. et al. Influência das fossas sépticas na contaminação do manancial subterrâneo por nitratos e os riscos para os que optam pelo autoabastecimento como alternativa dos sistemas públicos de distribuição de água. **Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental. Saneamento ambiental Brasileiro: Utopia ou realidade?** Rio de Janeiro, ABES, p. 1-7, 2005.

PAVARINI, S.C.I. et al.. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], São Paulo, 2008, v. 10, n. 1, p. 39-50.

RODRIGUES, N. C. Envelhecimento e Cidadania. In: Schons, C. R.; Palma, L. T. S. (Org.). **Conversando com Nara Rodrigues sobre Gerontologia Social**. Passo Fundo: UPF Editora, 2000. p. 77-81

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais.html>> Acesso em 24 de junho de 2013.

SILVA, K. A. et al. Perfil dos homens idosos frequentadores do grupo de terceira idade de um município do norte do Rio Grande do Sul. **Estud. interdiscipl. envelhec.** [online], Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 7-21, 2011.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M.. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**. [online] vol.19, n.3 Rio de Janeiro, 2003.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Atenção à Saúde do Idoso Instabilidade Postural e Queda. Brasília: **Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde**, 1999.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. Distribuição espacial de idosos de acordo com menores escores de qualidade de vida. **Texto contexto - enferm., Florianópolis**, v. 20, n. spe, 2011.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, jun.2003.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 17(1): 231-238, Rio de Janeiro, 2012.

WAIMAN, M. A. P.; RADOVANOVIC, C. A. T.; ESTEVAM, M. C.; MARCON, S. S. Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. **Rev. bras. enferm.** [online]. vol.65, n.3, 2012.


WICHMANN, F. M. A. et al. Promoção do envelhecimento saudável: adoção de uma prática multidisciplinar na atenção à saúde do idoso (UNISC.) **Estud. interdiscipl. envelhec.** [online], Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 307-318, 2011.









## Anexo 2- Carta de aprovação do Comitê de Ética



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**PARECER Nº 273/2012**

**PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 203/2012 – ANÁLISE ESPACIAL DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA, CEILÂNDIA, DF.**

**Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.**

**Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.**

**Validade do Parecer: 13/08/2014**

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO.**

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

**Brasília, 13 de agosto de 2012.**

**Atenciosamente,**

**Maria Rita Carvalho Garbi Novaes**  
 Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS  
 Coordenadora

AL/FEPECS/SES-DF

---

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
 Comitê de Ética em Pesquisa  
 Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepes@saude.df.gov.br  
 SMAN – Q. 501 – Bloco “A” – Brasília – DF – CEP. 70.716-407  
 BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE