

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**O PERFIL DOS USUÁRIOS DO NIPEG E A RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS DE
SAÚDE VOLTADAS PARA IDOSOS**

ANA MARIA WISINTAINER RAMOS


Prof.^a Krystyna Matys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 21 / 07 / 2003

FLORIANÓPOLIS, 2003.

ANA MARIA WISINTAINER RAMOS

O PERFIL DOS USUÁRIOS DO NIPEG E A RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS DE
SAÚDE VOLTADAS PARA IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina, para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social, orientado pela
Professora Teresa Kleba Lisboa.

FLORIANÓPOLIS, 2003.

ANA MARIA WISINTAINER RAMOS

O PERFIL DOS USUÁRIOS DEO NIPEG E A RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS DE
SAÚDE VOLTADAS PARA IDOSOS

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

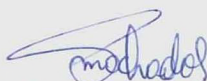


Professora Teresa Kleba Lisboa, Dra.

Presidente

Professora Krystyna Matys Costa, Dra.

Depto. Serviço Social da UFSC



Rosilda Machado da Silva, Esp.

Chefe do Serviço Social do Hospital Universitário

Assistente Social

FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 2003.

Dedico este trabalho com muito amor e carinho aos meus queridos pais Leonório e Anadir, ao meu amor Alexandre e ao melhor acontecimento de minha vida, Eduardo.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, presença constante em todos os momentos.
- Ao meu esposo Alexandre, que esteve sempre presente, amparando-me e incentivando-me para nunca desanimar nesta jornada. Meu eterno agradecimento.
- A minha orientadora Prof. Teresa, pelo incentivo, apoio e paciência. Obrigada.
- Às Assistentes Sociais do Hospital Universitário – Cida, Ana Cláudia, Taiana e Luiza, em especial minha supervisora Rosilda, pelo apoio, incentivo e aprendizado no decorrer do estágio.
- Ao HU/NIPEG, por ter oportunizado a realização do estágio. Um agradecimento especial a Soraya, Rosana, Graça e ao coordenador Dr. Vanir.
- A todos os idosos, usuários do NIPEG - em especial aos partícipes deste trabalho.
- À amiga Lilica pela força constante, amizade e incentivo, durante todo o período desta jornada.
- Aos amigos Vera Lúcia e Hyppólito do Valle Pereira pelo incentivo e apoio do qual oportunizou esta vitória.
- À amiga Silvana Cesconetto companheira inseparável e indispensável desta conquista.
- À Elizabeth (Comunque) pelo apoio e paciência em todos os momentos desta caminhada.
- À amiga Sirlene (Moa), pela perseverança e apoio.
- Às amigas Silvana Thiesen e Gisele Pagani. Vencemos!
- A UFSC, instituição pública e gratuita, que proporcionou esta formação.
- A todos que ficam no anonimato, não em função de importância, mas pela impossibilidade de citar.

RESUMO

A tendência de envelhecimento da população brasileira tem gerado uma preocupação com a temática relacionada ao idoso. Diferentes estudos, pesquisas e ações têm sido desenvolvidos no sentido de buscar uma melhoria da qualidade de vida deste segmento da população. Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivos: divulgar o Programa do NIPEG do Hospital Universitário da UFSC, que presta assistência geronto-geriátrica aos idosos, usuários do serviço de saúde, do referido hospital; e elaborar o perfil sócio-econômico dos usuários deste programa, a fim de se conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social dos usuários assistidos por este programa. Para tanto, foi feita uma revisão bibliográfica das políticas públicas de saúde, voltadas para os idosos e utilizados métodos quantitativos para sumarização e análise dos resultados.

SUMÁRIO

Introdução.....	10
Capítulo - 1 Hospital Universitário e o Programa do NIPEG	15
1.1 Hospital Universitário.....	15
1.2 Serviço Social do HU	17
1.3 Programa do NIPEG	21
1.4 Considerações sobre o Programa do NIPEG.....	31
Capítulo - 2 Políticas de Saúde para o Idoso.....	34
2.1 Políticas, Decretos, Portarias e Estatuto voltados para a saúde do Idoso.....	34
2.2 Considerações sobre a legislação de Saúde voltada para o idoso.....	45
Capítulo - 3 Apresentação e Análise dos Resultados	48
Considerações Finais	74
Referências.....	78
Anexo.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos entrevistados por sexo.....	50
Tabela 2 - Distribuição dos entrevistados por faixa etária.....	50
Tabela 3 - Distribuição dos entrevistados por estado civil.....	51
Tabela 4 - Distribuição dos entrevistados por procedência.....	53
Tabela 5 - Distribuição dos entrevistados por bairro de residência.....	54
Tabela 6 - Distribuição do núcleo familiar.....	55
Tabela 7 - Com quem reside.....	56
Tabela 8 – Distribuição dos entrevistados por número de filhos.....	57
Tabela 9- Distribuição dos entrevistados por religião.....	58
Tabela 10 - Distribuição dos entrevistados por tipo de domicílio.....	59
Tabela 11 - Distribuição dos domicílios por cômodos.....	60
Tabela 12 - Quanto à situação do domicílio.....	60
Tabela 13 - Quanto ao abastecimento de água.....	61
Tabela 14 - Quanto ao fornecimento de energia elétrica.....	62
Tabela 15 - Possui instalação sanitária.....	62
Tabela 16 - Para onde vão os dejetos da instalação sanitária.....	63
Tabela 17 – Qual o destino do lixo da residência.....	63
Tabela 18 - Quanto à alfabetização.....	64
Tabela 19 - Você é estudante.....	65
Tabela 20 - Quanto à escolaridade.....	66
Tabela 21 – Frequenta algum curso.....	66
Tabela 22 - Qual a sua profissão.....	67
Tabela 23 - Qual sua situação empregatícia.....	67
Tabela 24 - Qual a sua renda em salários mínimos.....	69
Tabela 25 - Patologias.....	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos entrevistados por sexo.....	50
Gráfico 2 - Distribuição por faixa etária.....	51
Gráfico 3 - Distribuição dos entrevistados por estado civil.....	52
Gráfico 4 - Distribuição dos entrevistados por procedência.....	53
Gráfico 5 – Distribuição por bairro de residência.....	54
Gráfico 6 - Distribuição por núcleo familiar.....	55
Gráfico 7 - Com quem reside.....	57
Gráfico 8 - Distribuição por número de filhos.....	57
Gráfico 9 - Distribuição dos entrevistados por religião.....	58
Gráfico 10 - Distribuição por tipo de domicílio.....	59
Gráfico 11 - Distribuição dos domicílios por cômodos.....	60
Gráfico 12 - Quanto à situação do domicílio.....	60
Gráfico 13 - Quanto ao abastecimento de água.....	61
Gráfico 14 - Quanto ao fornecimento de energia elétrica.....	62
Gráfico 15 - Possui instalação sanitária.....	62
Gráfico 16 - Para onde vão os dejetos da instalação sanitária.....	63
Gráfico 17 – Qual o destino do lixo da residência.....	63
Gráfico 18 - Quanto à alfabetização.....	64
Gráfico 19 - Você é estudante.....	65
Gráfico 20 - Quanto à escolaridade.....	66
Gráfico 21 – Freqüenta algum curso.....	66
Gráfico 22 - Qual a sua profissão.....	67
Gráfico 23 - Qual sua situação empregaticia.....	68
Gráfico 24 - Qual a sua renda em salários mínimos.....	69
Gráfico 25 - Patologias.....	70

INTRODUÇÃO

O Século XX foi marcado por mudanças nos padrões e crescimento demográfico. Observou-se um crescimento maior do número de pessoas acima de 60 (sessenta) anos, em relação ao crescimento nas faixas etárias imediatamente inferiores. Este fenômeno é conhecido como envelhecimento demográfico e consiste no aumento proporcional de idosos em determinada população.

Segundo as projeções estatísticas da Organização das Nações Unidas (ONU), a população idosa no Brasil, entre os anos de 1950 a 2025, crescerá 16 (dezesesseis) vezes, contra 5 (cinco) vezes em relação a população total do planeta, o que colocará o Brasil com a sexta população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais.

A partir destes números, observa-se que a população brasileira tende a envelhecer rapidamente. Em contrapartida, lentamente os pré-conceitos em relação aos idosos vêm sendo trabalhados. Face à cultura de nossa sociedade, o segmento da terceira idade no Brasil, quase que na totalidade, é desprezado, inúmeras barreiras são criadas e as oportunidades de vida são dadas apenas aos jovens e aos adultos. Esta dura realidade de desamparo faz com que muitas pessoas tenham a velhice.

Em função desta questão, surgem várias iniciativas de órgãos e entidades, pró-idoso, que hoje lidam com seus problemas e suas expectativas. O pioneiro no Brasil foi o SESC – Serviço Social do Comércio, depois a LBA – Legião Brasileira de Assistência, a ANG – Associação Nacional de Gerontologia, a SBGG – Associação Brasileira de Geriatria e Gerontologia, o SESI – Serviço Social da Indústria (Melo, 1996).

Ultimamente também as universidades têm aberto programas específicos para a terceira idade. Como exemplo, pode-se citar a UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina com o seu programa da terceira idade, denominado NETI – Núcleo de Estudos da Terceira Idade¹. Na esfera governamental, destacam-se os Conselhos Municipais e Estaduais do idoso. O terceiro setor está organizado através de Associações, Federações e Confederações de Idosos (ex. COBAP – Confederação Brasileira de Aposentados).

É papel do Estado, juntamente com a sociedade civil, prestar atendimento ao idoso. Esta integração quando bem planejada, em torno de um objetivo comum, tende a resultar em um trabalho organizado, articulado e eficaz. Programas esparsos, descontínuos e setorizados pouco resolvem. É fundamental a integração de todos os segmentos e das forças vivas da sociedade em um trabalho cooperativo, solidário e permanente em prol dos idosos.

Neste contexto, destaca-se o NIPEG – Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica, que é um programa do HU - Hospital Universitário da UFSC, oferecido aos idosos, usuários do serviço de saúde, do referido hospital. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações interdisciplinares, coordenadas e sincronizadas em torno de um único objetivo que é a manutenção da qualidade de vida do idoso.

O trabalho de conclusão de curso, a ser apresentado, foi idealizado a partir da intervenção social, em nível de estágio, realizada no HU, segundo semestre do ano letivo de 2002. Durante este período de estágio, identificou-se a necessidade de divulgar o Programa do NIPEG, bem como o conhecimento sobre a realidade sócio-econômica dos usuários, do referido programa, a fim de dar suporte as ações e práticas metodológicas desenvolvidas pelo próprio NIPEG.

¹ Para obter maiores informações sobre o NETI acesse o endereço <http://www.reitoria.ufsc.br/prcc>.

Neste contexto, em função de uma demanda real, fundamentada em pressupostos teóricos e filosóficos, pretendemos através deste apresentar o trabalho desenvolvido pelo Programa do NIPEG e elaborar o perfil sócio-econômico dos usuários deste programa, a fim de se conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social dos usuários assistidos por este programa.

O aumento da expectativa de vida da população é considerado uma conquista social, fruto dos avanços tecnológicos e da evolução das práticas médicas. Em consequência, há um aumento da parcela de idosos na população, acarretando mudanças no perfil das demandas por políticas públicas, exigindo novos paradigmas para o Estado, a Sociedade e a Família.

Frente a este processo de mudanças, conhecer o trabalho do Programa do NIPEG e elaborar o perfil de seus usuários tornam-se essenciais, pois são ações que permitem organizar racionalmente o processo de trabalho, articulando os limites institucionais, as demandas, as ações profissionais e instrumentos de ação, a fim de que as organizações sociais alcancem seus objetivos.

Segundo Iamamoto (2001), pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende intervir. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condição do mesmo.

Para atingir os objetivos propostos, inicialmente, realizou-se um levantamento bibliográfico sobre o Programa do NIPEG, em seguida sobre as políticas de saúde, voltadas para o idoso, e por fim, elaborou-se uma pesquisa descritiva das características dos usuários

do NIPEG, estudando sua distribuição por sexo, faixa etária, estado civil, procedência, residência, núcleo familiar, religião, domicílio, infra-estrutura, alfabetização, escolaridade, profissão, situação empregatícia, renda e patologias.

Para tanto, utilizou-se um método de pesquisa quantitativo que se caracteriza pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de dados quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

Os dados foram levantados através de questionários (Ver Anexo), aplicados no próprio NIPEG, no segundo semestre de 2002, através do contato direto individual, entre a pesquisadora e usuários do NIPEG. No contato direto, pode-se explicar e discutir os objetivos da pesquisa e do questionário, responder dúvidas que os entrevistados tinham em certas perguntas. Para finalizar, registra-se que o questionário foi aplicado em 19 usuários do NIPEG, o que corresponde a aproximadamente 20% do total de usuários deste programa.

Ao propor-se, como objeto deste trabalho, o perfil sócio-econômico do usuário do Programa do NIPEG, faz-se necessário uma revisão bibliográfica sobre as políticas de saúde para idosos. Em complemento, são também requeridas a apresentação e a compreensão das características históricas, da natureza jurídica e rotinas operacional do HU e do próprio NIPEG.

Este trabalho está organizado em 3 (três) capítulos, mais as considerações finais e 1 (um) Anexo, com o seguinte conteúdo temático:

Capítulo 1 – Hospital Universitário e o Programa do NIPEG: contém uma visão geral sobre o HU e em seqüência descreve também o NIPEG, com um enfoque sobre o histórico, objetivos, diretrizes e práticas metodológicas.

Capítulo 2 – Políticas de Saúde para o Idoso: apresenta uma visão geral sobre os conceitos, as teorias, políticas e as práticas relacionadas ao idoso.

Capítulo 3 – Apresentação e Análise dos Resultados: apresenta os procedimentos metodológicos para a aplicação do questionário e coleta de dados, os resultados obtidos, bem como a análise dos mesmos.

Considerações Finais: Discutem os resultados obtidos, destacam as contribuições do trabalho e por fim propõem um conjunto de potenciais trabalhos futuros.

Anexo – Questionário: apresenta o modelo do questionário utilizado para a coleta de dados.

CAPÍTULO - 1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E O PROGRAMA DO NIPEG

Este capítulo contempla inicialmente a apresentação do ambiente de realização do estudo proposto, o HU da UFSC, contextualizando a sua origem, a sua finalidade, o público alvo e os procedimentos metodológicos. Em seguida, descreve o Serviço Social e o Programa do NIPEG que são os objetos de estudo deste trabalho, introduzindo os pressupostos teórico-filosóficos que norteiam as diretrizes dos mesmos, seus objetivos e ações sociais. Por fim, traça considerações sobre as práticas de intervenção do Programa do NIPEG, a partir das atividades de estágio, realizadas no 2º semestre de 2002, junto a este programa.

1.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

O Hospital Polydoro Ernani De Santiago, conhecido como Hospital Universitário é uma instituição de caráter Público Federal, diretamente subordinado à Reitoria da Universidade Federal de Santa Catarina e ao MEC – Ministério da Educação. Anteriormente a sua criação, os estágios na área da saúde eram feitos no Hospital Joana de Gusmão, na Maternidade Carmela Dutra, no Hospital de Caridade e Hospital Celso Ramos.

Esta instituição tem como finalidade à assistência médico-cirúrgica, o ensino e o desenvolvimento de pesquisa e extensão para toda população de forma integralmente pública. É referência pública e de clientela exclusiva do Sistema Único de Saúde – SUS em Santa Catarina, atendendo à comunidade local, regional e estadual com programas de extensão para as necessidades de saúde nas áreas ambulatorial, hospitalar e de serviços complementares de diagnose e terapia. A população atendida se caracteriza por pessoas na maioria com nível

sócio-econômico baixo, ou aquelas que procuram serviços de alto grau de especialização que não são encontrados em outros hospitais públicos e/ou privados.

Durante a década de 60, o ensino prático da medicina nos hospitais tornou-se inviável, pois não havia infra-estrutura suficiente para atender às necessidades. Por isso em 1964, o MEC aprovou o projeto de construção do HU cuja execução foi confiada a uma comissão de médicos e professores. A conclusão desse projeto deu-se após quinze anos de lutas e conquistas de um grupo de profissionais que buscaram a sua concretização, que culminou em 02 de maio de 1980.

Para atendimento à população em geral, o HU dispõe de um ambulatório, de clínicas de internação e emergência, de banco de sangue, de maternidade e de serviços complementares, buscando garantir o tratamento da clientela nos diferentes graus de complexidade. Atualmente, com 256 leitos ativados e 1409 funcionários, o HU é o único hospital catarinense, totalmente público e gratuito, atendendo anualmente cerca de 240 mil pessoas na emergência e ambulatórios.

Em relação à estrutura financeira, o HU é custeado pelo MEC e pelo SUS; o primeiro visa o ensino, o desenvolvimento de pesquisa e o pagamento de pessoal; o segundo, custeia os serviços de assistência – médico cirúrgico, serviços de terceiros, material de consumo e permanente. Além de financiamento do MEC e SUS, o HU possui vários convênios com outras instituições, como a Secretaria da Saúde do Estado, Prefeitura Municipal de Florianópolis, Fundação de Apoio HEMOSC, CEPON, Hospital de Caridade (serviço de radioterapia), Laboratório Clínico Fleury/SP.

Os hospitais universitários são importantes centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área da saúde. A efetiva prestação de serviços e assistência à população possibilitam o constante aprimoramento do atendimento, desempenhando papel de destaque na comunidade, onde estão inseridos (Moraes, 2001).

1.2 SERVIÇO SOCIAL DO HU

O Serviço Social no HU tem como funções principais a prestação de serviços assistenciais concretos e a escuta qualificada, decodificando anseios e angústias da população atendida. Esta decodificação não se restringe ao trabalho imediatista e restrito a casos individuais, onde estes estão mais voltados à área psicológica; refere-se a uma questão mais ampla, que permeia os conceitos de direito/cidadão, resgatando-se a condição de sujeito histórico do usuário e não o de mero depositário dos serviços de saúde.

A intervenção do Serviço Social se dá desde a entrada do paciente no HU, para tratamento ambulatorial, emergencial ou internação, identificando aspectos a serem trabalhados e servindo de ponte entre os usuários e a instituição: mediando a cultura dominante, a do saber médico e a cultura popular, do senso comum, vivenciada pelo usuário.

Nesta perspectiva, o Serviço Social está estruturado de forma a atender as seguintes áreas no HU:

- **INTERNAÇÃO:** Clínicas Cirúrgicas I e II, UTI, Clínicas Médicas I, II e III, Pediatria, Ginecologia e Maternidade.

- AMBULATÓRIO: Plantão e Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica (NIPEG).
- ATENÇÃO ÀS PATOLOGIAS ESPECÍFICAS (Diabéticos e Renais).
- HEMOTERAPIA (banco de sangue).
- VOLUNTARIADO.
- EMERGÊNCIA.
- PLANEJAMENTO FAMILIAR.
- COMISSÃO DE ATENDIMENTO À CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS TRATOS.
- NÚCLEO DESENVOLVER.

A atuação do Serviço Social se dá nestas diferentes áreas em função do processo trabalho no HU estar dividido desta forma. A inserção do Serviço Social nestes espaços ainda decorre de duas ordens: uma interna resultante da divisão do trabalho entre os integrantes da equipe e outra da demanda da clientela (população atendida).

Para atendimento dessa demanda o Serviço Social faz uso dos instrumentos: entrevista, reuniões, visitas e contatos. Toda a ação profissional está fundamentada nos princípios éticos-políticos, que embasam o Serviço Social enquanto profissão, e circunscrita na divisão sócio-técnica do trabalho.

O Serviço Social segue as diretrizes políticas da instituição (assistência, ensino, pesquisa e extensão), buscando conhecer a realidade sócio-econômica-cultural das pessoas

que são atendidas no HU, refletindo com as mesmas sua situação de saúde relacionada às condições de vida, através da troca de saberes para transformação do seu cotidiano.

A ação profissional se dá no planejamento e execução de políticas sociais específicas, viabilizadas na prestação de serviços à população; sendo pautada, no código de Ética da Profissão; Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (Lei nº 8662 de 07/07/93), nos Princípios e Diretrizes das Leis: 8080 de 19.09.1990, 8142 de 28.12.1990 (SUS) e 8.742 de 07.12.1993 (LOAS).

Visa atender as demandas sócio-assistenciais, ligadas ao processo saúde-doença, no atual contexto do SUS, sendo o trabalho do serviço social realizado numa perspectiva educativa, assistencial e de apoio emocional.

A formação do Assistente Social não é específica da Área da Saúde, mas possibilita aos profissionais atuarem, com competência nas diferentes dimensões da questão social, e, como tal, com habilidades de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive da saúde.

As diretrizes que norteiam o Serviço Social do HU dão enfoque especial:

- À democratização de informações, através da troca de saberes (popular e profissional);
- Ao incentivo à participação na dinâmica do atendimento do HU, no tratamento e na vida comunitária.
- Ao acesso às informações dos recursos institucionais e comunitários afetos à condição de cidadania (direitos trabalhistas, civis, previdenciários e outros).

- À prestação de serviços a internação e após a alta (alimentação, transporte, medicação, prótese, alojamento, etc.).
- Ao respeito da tomada de decisões do usuário e ao saber popular.

O princípio de autonomia do paciente, preconizado pela bioética mundial e acatado pela Constituição Brasileira, sobrepõe-se aos Códigos de Ética Médica e Penal Brasileiros, quando defende o direito do paciente lúcido decidir sobre aceitar ou não um tratamento, clínico ou cirúrgico. Essa aceitação é direito seu fundamental, expressão de sua liberdade, projeção da dignidade humana universalmente aplaudida.

Sendo assim, o Serviço Social estabelece como objetivos de sua ação profissional:

- Atender as demandas sócio-assistenciais dos pacientes do HU.
- Favorecer a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento à clientela, garantindo uma abordagem globalizada à pessoa atendida no HU.
- Desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença.
- Criar condições para o paciente exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade.
- Favorecer ações educativas de saúde à comunidade universitária e à população atendida.

Dentre as principais demandas do HU, destacam-se os usuários idosos, onde o aumento da expectativa de vida da população altera o perfil das demandas das políticas e práticas sociais e principalmente das políticas públicas de saúde.

As demandas por bens e serviços de saúde se modificarão com maior peso para doenças crônico-degenerativas, o que aumenta também os desafios para os governos, sociedade e familiares (Beltrão & Camarano, 1998; Saad, 1990; Berquó & Baeniger, 2000). As pessoas da terceira idade estão mais sujeitas a acidentes (Nunes, Ramos & Chaves, 2000) e às doenças crônicas-degenerativas, em razão do déficit ou falência das suas percepções sensoriais e do desgaste físico natural da velhice (Passarelli, 1997). Isto implica em um maior custo de internamento e de tratamento, com equipamentos e medicamentos mais dispendiosos. O gasto para a recuperação do idoso também é maior, posto que sua fragilidade orgânica aumenta com o passar do tempo, o que implica em um maior período de permanência em tratamento, em regime de internação ou não. (Nunes, Ramos & Chaves, 2000).

As informações apresentadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo 2000², justificam o interesse do HU com esse grupo etário, principalmente sob a ótica da prevenção e de estudos geronto-geriátricos. Ou seja, entender as questões relacionadas ao envelhecimento para prevenir enfermidades é fundamental para reduzir e racionalizar os custos de tratamento e ações médicas com idosos. A partir destes requisitos, o HU presta assistência geronto-geriátrica aos seus usuários idosos, em conjunto com o Serviço Social, através do Programa do NIPEG.

1.3 PROGRAMA DO NIPEG

O Programa do NIPEG está historicamente vinculado ao Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI)³, criado em 1982. O NETI foi a primeira instituição brasileira a desenvolver especificamente estudos e atividades para pessoas da terceira idade. Ao

identificar os interesses dos mais velhos, o núcleo começou a promover atividades diversas e cursos de extensão aos idosos dentro da Universidade Federal de Santa Catarina, conquistando reconhecimento internacional.

O NETI desenvolve, entre outras ações, programas como grupos de crescimento pessoal, grupos de amigos e de interação humana, ginástica, dança folclórica e os cursos Contadores de histórias, Avós na Universidade e Monitores de Ação Gerontológica, além de fornecer consultoria na área.

Dentre as várias iniciativas do NETI, pode-se destacar o Programa do NIPEG (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica), criado em 23/08/1988, então denominado GIG – Grupo Interno de Gerontologia, que a partir de 01/10/1998, através da Portaria n.º 010/DG-HU/98, transformou-se oficialmente em um núcleo, passando a denominar-se NIPEG, desvinculando-se do NETI e transformando-se em um dos vários programas institucionais do HU.

Inserido na área ambulatorial, o Programa do NIPEG presta assistência geronto-geriátrica aos idosos com idade superior a 50 anos, usuários do serviço de saúde, do hospital. A gerontologia e a geriatria são especialidades gêmeas que se desenvolveram acentuadamente, a partir da 2ª guerra mundial, quando o nível médio da vida humana começou a se tornar mais elevado.

No entanto, a preocupação com questões relacionadas ao envelhecimento tem estado em pauta desde os tempos remotos. Alberto & Gomes (1985) apontam a obra de Ptah-Hoptep, no Egito, no ano de 2500 a.C., como a primeira referência à velhice. Já no século

² Consultar o sítio <http://www.ibge.gov.br>

XX, em 1901, Metchinikoff criou o termo *gerontologia* para definir a especialidade que estuda o processo de envelhecimento. Nasche, em 1909, criou o termo *geriatria*, especialidade que trata das enfermidades dos velhos (Gomes, 1985).

A gerontologia e geriatria podem ser classificadas como (Gomes, 1985):

- **Gerontologia Básica:** ciência que estuda o processo de envelhecimento, enfocando a biofisiologia, a genética, a imunologia e o envelhecimento em níveis celular e subcelular.
- **Gerontologia Social:** trata das leis que protegem os idosos, de suas internações, de seu relacionamento com a sociedade, na família e mesmo entre si, estabelecendo programas de recreação, de ocupação de tempo livre e até mesmo de aprendizado como é o caso das universidades da terceira idade.
- **Geriatria Preventiva:** é realizada em idades bem anteriores à geriátrica, visa orientar e ensinar práticas que evitem enfermidades e problemas na velhice.
- **Geriátrica Clínica:** atendimento médico feito aos pacientes idosos.
- **Geriatria Paliativa:** atendimento realizado aos doentes crônicos e aos pacientes terminais.
- **Gerontopsiquiatria:** trata do atendimento dos problemas psiquiátricos dos idosos.

A partir da geronto-geriatria, o objetivo principal do NIPEG é prestar atendimento integral ao idoso, visando à autonomia e à independência nas atividades da vida diária, o controle das condições crônicas de saúde, e a melhoria da qualidade de vida.

³ Para maiores informações sobre o NETI acessar o sítio <http://www.reitoria.ufsc.br/prce>.

O termo qualidade de vida é de difícil conceituação. Durante estas últimas décadas, o debate sobre o seu significado não encontrou consenso satisfatório. Paschoal (2000) elaborou um amplo estudo em torno deste conceito e de sua evolução ao longo do tempo em diferentes áreas do conhecimento.

Dentre os vários referenciais teóricos descritos por Paschoal, a definição de qualidade de vida apresentada pelo grupo de especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) (The Whoqol Group, 1995) merece destaque:

Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

No contexto da área da saúde, a qualidade de vida é um conceito que incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais e crenças de uma pessoa. À medida que se envelhece, a qualidade de vida é determinada por nossa habilidade de manter a autonomia e a independência. O envelhecimento ativo permite participar da sociedade de acordo com os desejos, necessidades e a capacidade de cada um.

A qualidade de vida tem se mostrado importante em vários segmentos e principalmente em relação à população idosa. As pessoas desejam viver cada vez mais, desde que esta longevidade lhes proporcione uma vida com boa qualidade.

Para Nordenfelt, mencionado em Paschoal (2000), o objetivo final da medicina e do cuidado em saúde não pode ser, simplesmente, a cura da doença e a prevenção da morte. O objetivo da atenção à saúde não deve ser a eliminação da doença e, sim, o de melhorar a vida do paciente.

Neste contexto, os pressupostos teóricos–filosóficos que fundamentam e norteiam as ações do programa são:

- A velhice não é doença.
- A saúde e o bem-estar do idoso estão relacionados intimamente à autonomia e independência.
- A autonomia e independência dependem da capacidade funcional do indivíduo, envolvendo a área física, psicológica e social.
- Fatores culturais podem afetar o exercício da autonomia e independência das pessoas idosas.
- Os problemas envolvidos no cuidado de saúde do idoso freqüente requerem a atenção de abordagem interdisciplinar, consonante com o usuário, seus familiares e a comunidade onde vivem.
- Atuação através de equipe interdisciplinar.

Face à abrangência de conceitos e a complexidade que envolvem a gerontogeriatría e a qualidade de vida na área da saúde, faz-se necessário uma integração profissional interdisciplinar.

Para Gomes & Gomes (1985), o objetivo da equipe interdisciplinar é evitar uma intervenção por longo tempo, proporcionando ao paciente uma pronta recuperação, para que rapidamente retorne para o seu domicílio. Para isto ser alcançado, é necessário um bom planejamento, reuniões periódicas de todo o grupo, para realizar a troca de experiências a

partir de estudo de casos. A partir destas reuniões é que se consegue realizar um verdadeiro trabalho em grupo, além de uma assistência geronto-geriátrica com mais eficácia.

Nogueira (1997) ao abordar a importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na saúde, destaca que a ação interdisciplinar vem como uma resposta à diversidade e especialização características da modernidade tanto em relação aos conhecimentos como ao mundo profissional. Surge como a possibilidade de agregar um conhecimento específico aos demais, enriquecendo a compreensão do objeto de estudo e ampliando a eficácia interventiva.

Por sua vez, Brunner & Sudhart (1977) estruturaram a equipe interdisciplinar, colocando o paciente e a família no centro das atenções que lhe são dirigidas, sendo constituída em geral pelo médico, equipe cirúrgica, documentação médica, reabilitação, nutrição, assistência social e enfermagem, que se subdivide em enfermagem hospitalar e sanitária. Gomes & Gomes (1985) entendem que a integração de vários profissionais é importante até mesmo psicólogos, advogados e arquitetos.

No Programa do NIPEG, a equipe interdisciplinar, composta por profissionais de diversas áreas, caracteriza-se pelo desenvolvimento de um trabalho coordenado e sincronizado, onde cada componente reconhece sua atuação, como caráter cooperativo e não competitivo, de interdependência com os demais componentes, com vistas ao alcance dos objetivos.

Atualmente a equipe é composta por: três médicos; uma enfermeira; uma nutricionista; uma assistente social; três psicólogas; uma odontóloga; uma professora de

educação física; conta com o apoio de uma doutora em enfermagem; e muitos outros profissionais que são voluntários no atendimento.

A equipe reúne-se dois dias por semana para atendimento ao idoso, sendo que toda quinta-feira é reservado um horário para discussão e atualização sobre temas na área de geriatria e gerontologia.

Através do Programa do NIPEG, os idosos e familiares trocam experiências e recebem informações gerontológicas, enquanto aguardam consultas na sala de espera do núcleo NIPEG. Este espaço destina-se também às orientações e encaminhamentos para exames, marcação de reconsultas e aos recursos institucionais e comunitários. O trabalho na sala de espera é coordenado pela Assistente Social, Rosilda Machado da Silva, em cooperação com outros profissionais, de diversas áreas.

O contexto interdisciplinar favorece o reconhecimento de que os problemas de saúde não são puramente biológicos, mas também condicionados pela estrutura social, econômica, política e cultural. Portanto suas soluções transitam por áreas diversas e por planos objetivos e subjetivos, simbólicos e concretos (Nogueira, 1997).

A partir destes requisitos, o Programa do NIPEG tem como objetivos (Silva, 2002):

- Prestar atendimento biopsicossocial em nível ambulatorial, com vistas à manutenção da autonomia e melhoria da qualidade de vida, através da profilaxia de agravamentos da saúde e conseqüente rehospitalização.

- Envidar esforços para a adoção de medidas inovadoras ou de adaptação para segurança, conforto e facilidade no tratamento e cuidado de pacientes idosos, nas unidades de clínicas médicas e cirúrgicas.
- Planejar e desenvolver programas de educação continuada no HU, destinado às diversas categorias funcionais, principalmente àquelas que atuam constantemente com clientela idosa.
- Propiciar em função de atividades, um campo de estágio, para ensino com enfoque interdisciplinar, aos universitários de diversas áreas.

O Serviço Social do HU no Programa do NIPEG tem como objetivos específicos (Silva, 2002):

- Conhecer o cotidiano dos idosos que procuram o ambulatório de geriatria preventiva do HU, refletindo com eles a sua realidade para que possam envelhecer com saúde e sua autonomia seja preservada.
- Orientar o idoso e seus familiares quanto aos direitos civis e previdenciários.
- Refletir com os familiares quanto ao compromisso nos cuidados de saúde, necessários ao idoso.
- Aprofundar o conhecimento sobre gerontologia e geriatria, obtendo assim mais subsídios para as ações.
- Valorizar as potencialidades existentes no idoso.
- Participar e colaborar em trabalhos de pesquisas sobre temas relativos à terceira idade.

- Estimular a participação dos idosos em grupos da comunidade, visando a sua integração na sociedade.
- Favorecer a troca de experiências e informações sobre a terceira idade entre usuários e a equipe técnica do programa.

A fim de atender os objetivos propostos, o Serviço Social no Programa do NIPEG adota as seguintes práticas metodológicas (Silva, 2002):

- Prestar atendimento semanal ao idoso.
- Conhecer o cotidiano do idoso nas áreas econômica, social, política, cultural, familiar e religiosa.
- Avaliar o grau de independência e/ou dependência do idoso, através das atividades gerais da vida diária e provê-lo com instrumentos para alcançar um maior grau de autonomia e independência funcional, através de entrevistas individuais e com familiares.
- Organizar e coordenar reuniões em sala de espera semanalmente.
- Realizar intervenção em situações necessárias, através de visitas domiciliares.
- Realizar reuniões semanais e estudos de casos com a equipe interdisciplinar para troca de conhecimentos.
- Encaminhar os usuários do programa para os grupos e/ou atividades comunitárias.
- Realizar reuniões mensais com familiares de portadores da doença de Alzheimer e doenças similares.

- Organizar a exposição de trabalhos manuais dos idosos como forma de valorização pessoal.
- Organizar confraternizações.

As práticas metodológicas do Programa do NIPEG permitem uma visão mais global e integrada da realidade, do todo social que incide sobre o processo saúde-doença, favorecendo o entendimento das relações interpessoais, sociais, subjetivas e emocionais, que permeiam o cotidiano do paciente idoso e de seus familiares.

Programas similares ao do NIPEG estão sendo criados em outros estados, o que demonstra o reconhecimento formal da eficiência e eficácia do núcleo, bem como da sua competência para exercer este tipo de prática e saber em relação aos idosos. Pode-se destacar o Centro de Convivência do Idoso⁴, da Escola Paulista de Medicina; e o Núcleo de Atenção ao Idoso⁵, da Universidade Federal de Pernambuco. Tanto estes dois programas, como o programa do NIPEG, estão estruturados e em acordo com a Política Nacional do Idoso que tem como propósito à promoção funcional dos idosos, através de um conjunto de ações preventivas, curativas e promocionais, objetivando a melhor qualidade de vida do idoso.

Face à qualidade do Programa do NIPEG, o HU está em processo de cadastramento, junto a Secretaria do Estado de Santa Catarina, como Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Esta qualificação é dada aos hospitais que disponham de infraestrutura, competência e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos de forma integral e integrada.

⁴ Maiores informações podem ser obtidas, através do endereço:
<http://www.saudefamilia.unifesp.br/atividades2.htm>

⁵ Maiores informações podem ser obtidas, através do endereço:
http://www.virtual.epm.br/uati/corpo/Nucleo_deAtencao_ao_Idoso_NAI_UFPE.htm

1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROGRAMA DO NIPEG

O fato de o HU, através do Programa do NIPEG, estar sendo credenciado como um Centro de Referência obriga-o a buscar a melhoria e o aprimoramento constante de suas ações e práticas metodológicas. Ao realizar a intervenção em nível de estágio, junto a este programa, foi possível identificar algumas ações que podem agregar valor e qualificar os processos de intervenção social do Programa do NIPEG. Dentre estas ações, inicialmente, pode-se destacar o próprio objeto de estudo deste trabalho.

Em função do NIPEG não dispor formalmente de metodologias e instrumentos para mensurar e avaliar os seus próprios processos e ações, torna-se difícil avaliar as atividades desenvolvidas no programa. Neste sentido, é importante que sejam criados instrumentos que possibilitem avaliar a melhoria da qualidade de vida dos idosos usuários do programa.

Avaliações de qualidade de vida vêm sendo cada vez mais incorporadas às práticas do setor de saúde, permitindo realizar investigações clínicas e a formulação de políticas de saúde específicas (Paschoal, 2000).

Paschoal (2000), cita vários autores (Bowling, A.; Evans, D. R.; Setién, M. L.; dentre outros) que destacam a importância de se avaliar a qualidade de vida e constatar o impacto das intervenções realizadas neste sentido.

Por sua vez, Paschoal (2000) realizou um grande estudo sobre a qualidade de vida do idoso, onde elaborou um instrumento de avaliação medição deste elemento, valorizando a opinião deles a respeito das questões que consideram importantes. A partir deste estudo, o

NIPEG tem um referencial para criar um instrumento, adaptado à realidade e às necessidades do programa.

Outro ponto importante é o instrumento utilizado para conhecer o cotidiano dos usuários. O NIPEG possui um questionário bastante complexo com esta finalidade. Entretanto, a aplicação do mesmo foi suspensa, face à sua complexidade. É importante fazer uma revisão com o intuito de obter dados suficientes para se realizar um diagnóstico mais preciso, que permita correlacionar causas das doenças e medidas de prevenção, por exemplo. Vale ressaltar que para a realização deste estudo este questionário do NIPEG não foi utilizado. Para tanto, adaptou-se o questionário do HU. Este instrumento foi elaborado em Moraes (2001) e adaptado para todas as áreas do HU.

Ao coletar os dados para este estudo, percebeu-se que os usuários têm uma enorme necessidade de conversar e desabafar, expor os seus problemas, angústias, etc. e de serem ouvidos. Sugere-se à equipe do NIPEG, em especial ao Serviço Social, que crie um espaço para abordagens individuais, onde os idosos tenham a oportunidade de compartilhar suas dúvidas, medos ou até mesmo suas alegrias, com os profissionais qualificados e que não pertençam ao seu espaço familiar. Para este trabalho poderiam integrar estagiários dos cursos de serviço social, enfermagem e psicologia, supervisionados por um dos profissionais do NIPEG.

Uma outra ação simples e de muito valor seria formar uma equipe interdisciplinar, que fosse composta por médico, enfermeira e assistente social, com o apoio de estagiários, a fim de efetuarem visitas domiciliares aos pacientes do NIPEG. Estas visitas não devem ocorrer apenas em situações críticas, mas também como forma preventiva e para avaliar o controle das condições crônicas de saúde, verificar junto à família/paciente se o tratamento

está sendo mantido e quais os resultados obtidos. Enfim, pode ser um instrumento de feedback para a equipe do NIPEG, nas reuniões interdisciplinares avaliar o estado geral de determinados pacientes e também avaliar os procedimentos do próprio programa.

Ao voltar-se para a atuação do assistente social que, enquanto membro dessa equipe, de forma integrada aos demais, deve atuar principalmente como “facilitador” nas relações interpessoais: família, equipe e cuidador, visando sedimentar uma base de sustentação para que possam ser prestados todos os serviços pressupostos em um programa de assistência domiciliar.

O grande problema que o NIPEG enfrenta no momento é a falta de médicos. Atualmente, o núcleo conta apenas com dois médicos contratados, que tem alocado, junto ao HU, apenas 2 horas semanais para o programa, e mais 1 médico voluntário (atende também 2 horas por semana no núcleo). Este número reduzido de médicos limita o alcance do programa, uma vez que a capacidade de atendimento de paciente é pequena, provocando assim filas enormes para novas consultas e também retornos.

É importante observar que o credenciamento como centro de referência não é uma etapa fim e sim apenas uma etapa meio na história do NIPEG e do HU. Portanto, deve-se buscar constantemente a melhoria e o aprimoramento das práticas de intervenção, visando sempre assegurar os direitos sociais do idoso. É sobre estes direitos que trataremos no capítulo a seguir.

CAPÍTULO - 2 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O IDOSO

Este capítulo contempla a apresentação das políticas de saúde voltadas para o idoso. Inicialmente, dá-se ênfase a Constituição Federal e ao Código Civil. Em seguida, apresenta-se a Política Nacional do Idoso, os decretos e portarias relacionadas a sua regulamentação e operacionalização; também a Política Nacional de Saúde do Idoso; e o Estatuto Nacional do Idoso. E por fim, elaboram-se considerações sobre a legislação aplicada ao idoso.

2.1 POLÍTICAS, DECRETOS, PORTARIAS E ESTATUTO VOLTADOS PARA A SAÚDE DO IDOSO

O Brasil, por volta do ano 2025, deverá ocupar o 6º lugar no ranking mundial de população idosa, com aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (Costa, 1996). Esta expressiva população não pode ser excluída do processo de desenvolvimento do país, o que exigiu a criação de políticas públicas setoriais para favorecerem a sua inserção na vida sócio-econômica das comunidades.

A percepção destas questões colocou em foco discussões no âmbito de toda a sociedade que, por fim, a reboque das decisões tomadas durante a 1ª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, organizada em 1982 pela Organização das Nações Unidas, levou a que fossem inseridas na Constituição Federal Brasileira, de 1988, as preocupações formais com a proteção aos idosos.

A Constituição Federal de 1988 dispõe sobre o idoso e a velhice em seus artigos:

Art. 229 – “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidades”.

Art. 230 – “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

Inciso 1º – “Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”.

Inciso 2º – “Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes urbanos”.

Ainda neste escopo, o Governo Federal, através da Lei nº 8.648 de 20 de abril de 1993, acrescentou parágrafo único ao artigo 399 do Código Civil (Lei nº 3.071 de 1 janeiro de 1916):

“No caso de pais que na velhice, carência ou enfermidade, ficaram sem condições de prover o próprio sustento, principalmente quando se despojaram de bens em favor da prole, cabe, sem perda de tempo e até em caráter provisional, aos filhos maiores e capazes, o dever de ajudá-los e ampará-los até final de suas vidas”.

Outra iniciativa de destaque é a Política Nacional do Idoso que define uma legislação avançada, inclusive quando comparada em nível internacional. Foi instituída pela Lei Federal nº 8842, de 4 de janeiro de 1994, entrando em vigor na mesma data. Foi regulamentada em 3 de julho de 1996, através do Decreto-Lei Federal nº 1948. Criou normas

para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa lei foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias entidades representativas desse segmento, que elaboraram um documento que se transformou no texto base da lei.

Destina-se às pessoas maiores de 60 anos e tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garanti-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (Brasil, 1999).

Como as demais leis de caráter social, a Lei do Idoso nº 8842 visa garantir o direito à cidadania plena, sendo pautada nos seguintes princípios:

- A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.
- O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos.
- O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza.
- O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política.

- As diferenças sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre os meios rural e urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei.

Compete ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) a coordenação geral da Política Nacional do Idoso, com a participação dos conselhos estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso. Aos ministérios das áreas da saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer, no âmbito de suas competências, elaborar propostas, visando o financiamento e a execução de programas nacionais, compatíveis com a Política Nacional do Idoso.

Especificamente na área da saúde, compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

- Garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde.
- Prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas.
- Adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde.
- Elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares.
- Desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais.

- Incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais.
- Realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação.
- Criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

A Lei nº 8842 define a regra de direito, ditada pela autoridade do Estado e tornada obrigatória para manter no país, a ordem e o respeito aos idosos. Entretanto, em momento algum, explica como serão realizadas as prevenções, os desenvolvimentos, as inclusões, as realizações e as criações, previstas nela.

Para tanto, são publicadas outras leis, decretos, normas e portarias a fim de esclarecer aos órgãos competentes e também a sociedade como se dará na prática a operacionalização de tal lei. Neste sentido, foram criados, em complemento a Política Nacional do Idoso: Decreto-Lei nº 1948; Programa Nacional de Cuidadores de Idosos - Portaria Interministerial do Ministério da Saúde nº 5153; Política Nacional de Saúde do Idoso – Portaria do Ministério da Saúde nº 1395; Portaria do Ministério da Saúde nº 702/2002; e Estatuto Nacional do Idoso – Lei nº 3561/97 (ainda em tramitação no Congresso Nacional).

O Decreto-Lei nº 1948, de 03 de julho de 1996, regulamenta a Lei nº 8842, e no que dispõe sobre a área da saúde, dá outras providências mais específicas, tais como:

- Garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das Unidades Básicas e da implantação da Unidade de Referência, com equipe multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde.
- Estruturar Centros de Referência de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde com as características de assistência à saúde, de pesquisa, de avaliação e de treinamento.
- Garantir o acesso à assistência hospitalar.
- Fornecer medicamentos, órteses e próteses, necessários à recuperação e reabilitação da saúde do idoso.
- Estimular a participação do idoso nas diversas instâncias do controle social do SUS.
- Desenvolver política de prevenção para que a população envelheça, mantendo um bom estado de saúde.
- Desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a:
 - Estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia e independência que lhe for própria.
 - Estimular o auto-cuidado e o cuidado informal.
 - Envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso.
 - Estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social.
 - Produzir e difundir material educativo sobre a saúde do idoso.

- Adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS.
- Elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares e acompanhar a sua implementação.
- Desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal, dos Municípios, as organizações não-governamentais e entre os Centros de Referência em Geriátrica e Gerontologia, para treinamento dos profissionais de saúde.
- Incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais.
- Realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico, visando a ampliação do conhecimento sobre o idoso e subsidiar as ações de prevenção, tratamento e reabilitação.
- Estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de Cuidados Diurnos (Hospital-Dia, Centro-Dia), de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos para o idoso.

A Lei nº 8.842 – regulamentada pelo Decreto nº 1.948, ao definir a atuação do Governo, indicando as ações específicas das áreas envolvidas, busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade, assim considerados as pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Segundo essa legislação, cabe ao setor saúde, em síntese, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área.

Desde a regulamentação da Política Nacional do Idoso, foram instituídos fóruns permanentes para discutir formas de implantação nas diferentes regiões do País. Em decorrência, em 7 de abril de 1999, o Ministério da Saúde publicou uma Portaria Interministerial nº 5153 que instituiu o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, coordenado por uma comissão interministerial, constituída por representantes do Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Saúde.

Este programa visa a formação de recursos humanos para exercer a função de cuidador (pessoa responsável pelos cuidados com o idoso), procurando qualificar e humanizar o atendimento. A função, oficializada por esta portaria, é vista como uma ocupação e não profissão. O cuidador é capacitado a realizar assistência básica em temas relacionados à higiene, alimentação e ajuda na locomoção.

Outra consequência da Política Nacional do Idoso foi a expansão de estudos e formação de recursos humanos em geronto-geriatria. Uma grande quantidade, de cursos de pós-graduação e eventos nesta área, está sendo realizada, todos visando o desenvolvimento e o apoio de programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso.

Em 10 de dezembro de 1999, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria nº 1395/GM, que fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, na conformidade do que determinam a Lei Orgânica da Saúde – nº 8.080/90 – e a Lei nº 8.842/94, que assegura os direitos deste segmento populacional.

No conjunto dos princípios definidos pela Lei Orgânica, destaca-se o relativo à "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral", que

constitui uma das questões essenciais enfocadas nesta Política, ao lado daqueles inerentes à integralidade da assistência e ao uso da epidemiologia para a fixação de prioridades (Art. 7º, incisos III, II e VII, respectivamente).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para tanto, nesta Política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance do propósito acima explicitado. Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Idoso, mediante o qual poderão ser realizados eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática.

A implementação desta política compreende a definição e ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, que direta ou indiretamente se relacionem com o seu objeto. O esforço conjunto de toda a sociedade, aqui preconizado, implica o estabelecimento de uma articulação permanente que, no âmbito do SUS, envolve a construção de contínua cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Ainda como consequência da Política Nacional do Idoso, outra portaria foi publicada pelo Ministério da Saúde nº 702/2002, de 12 de abril de 2002, considerando a

necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido pela Política Nacional do Idoso, cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do idoso e mecanismos para organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão estas redes.

Em nível estadual e municipal, Santa Catarina e Florianópolis respectivamente, pode-se constatar os reflexos da Política Nacional do Idoso. Existem também legislações específicas, todas em acordo com a legislação federal:

- Em nível estadual: Lei nº 11436, de 07 de junho de 2000.
- Em nível municipal: Lei nº 5371/98 de 26 de dezembro de 2000.

Atualmente, encontra-se em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.561/97, que cria o Estatuto do Idoso, acrescentando novos dispositivos à Política Nacional do Idoso. Esse projeto está embasado na concepção da necessidade de aglutinação, em norma legal abrangente, das postulações sobre idosos no país, exigindo um redirecionamento de prioridades das linhas de ação das políticas públicas.

Consideráveis avanços já foram obtidos, com a edição da lei que instituiu a Política Nacional do Idoso. Porém, ela cuida essencialmente da atuação do poder público na promoção das políticas sociais básicas de atendimento ao idoso, enquanto o Estatuto do Idoso consolida os direitos já assegurados na Constituição Federal, sobretudo tentando proteger o idoso em situação de risco social. O Estatuto não só mantém a lei atual, como também amplia os

direitos dos idosos, face às novas exigências da sociedade brasileira para o atendimento da população idosa⁶.

Dentre outras coisas, especificamente na área da saúde prevê:

- Atendimento prioritário no SUS.
- Ter acompanhante por tempo integral em caso de internação.
- Poder público deve fornecer gratuitamente remédios, próteses e tratamento de reabilitação.
- As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para atendimento ao idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.
- Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos a idoso em instituições de saúde serão obrigatoriamente comunicados, sob pena de responsabilidade, aos órgãos competentes.

O Estatuto do Idoso está para a sociedade como o Estatuto da Criança e do Adolescente. Ele é fruto de dezenas de anos de trabalho de grupos de terceira idade e de entidades de aposentados e pensionistas como a COBAP (Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas) e o MOSAP (Movimento dos Servidores Públicos Aposentados e Pensionistas).

⁶ A Política Nacional do Idoso: um Brasil para todas as idades. Disponível em <http://www.comciência.br/reporgagens/envelhecimento/texto/env02.htm> - acesso em 29/05/2003, às 16:20h.

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A LEGISLAÇÃO DE SAÚDE VOLTADA PARA O IDOSO

Conforme apresentado neste capítulo, as políticas de saúde voltadas para o idoso existentes são muitas, entretanto não têm sido eficientemente aplicadas. Isto se deve a vários fatores, que vão desde contradições dos próprios textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo.

A Política Nacional do Idoso estabelecida através da Lei nº 8.842 de 04.01.94, e regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 03/07/96, objetiva colocar em prática, ações voltadas, não apenas para os que estão velhos, mas àqueles que vão envelhecer, no sentido de garantir melhor qualidade de vida ao idoso.

Entretanto, a Política Nacional do Idoso apresenta algumas deficiências, tais como:

- A falta de especificação da lei que contribua para incriminar a discriminação, o preconceito, o desprezo e a injúria em relação ao idoso, assim como para publicidades preconceituosas e outras condutas ofensivas.
- Dificuldades em tipificar o abandono do idoso em hospitais, clínicas, asilos e outras entidades assistenciais para a punição de parentes das vítimas.
- Falta de regulamentação criteriosa sobre o funcionamento de asilos, sendo preciso que a lei especifique o que devem essas entidades disponibilizar para a clientela, quem deverá fiscalizá-las, e qual a punição para os infratores.

Em relação ao Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, Santos & Diogo (2000), alertam para o perigo da formação ou capacitação em “massa” de cuidadores de

idosos leigos, em detrimento de profissionais especializados, o que pode comprometer a qualidade do atendimento.

Outra complexidade é a diversidade de decretos, portarias e leis que foram e estão sendo criadas a fim de regulamentar e operacionalizar as políticas públicas, principalmente em relação aos idosos, o que torna extremamente complexo o entendimento e aplicação de toda a legislação.

Isto gera controvérsias, por exemplo: um dos grandes problemas da legislação é a definição de "idoso" para fins de proteção. A Constituição Federal menciona, no § 2º, do seu art. 230, o limite de 65 anos, ao passo que na Política Nacional do Idoso, definida pela Lei nº 8.842/94, é de 60 anos, conforme, também, é adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), já o nosso código penal, por sua vez, menciona a idade de 70 anos.

Por outro lado, a dificuldade de funcionamento efetivo daquilo que está disposto na legislação está muito ligada à estrutura governamental que provoca muitas vezes a superposição desarticulada de programas e projetos, voltados para um mesmo público. A área de amparo à terceira idade é um dos exemplos que mais chama atenção para necessidade de uma integração na ação pública, pois os idosos muitas vezes são "vítimas" de projetos implantados sem qualquer articulação pelos órgãos de educação, de assistência social e de saúde.

Especificamente, em tratando-se do Programa do NIPEG, conforme descrito no item 1.3, seus objetivos e práticas metodológicas estão em acordo com a Política Nacional do Idoso e voltados para uma política de prevenção a fim de que a população envelheça, mantendo um bom estado de saúde. Neste sentido, o programa atende pessoas a partir dos 50

anos, diferentemente, da Política Nacional do Idoso que está voltada para pessoas a partir dos 60 anos.

Por prestar assistência geronto-geriátrica com competência, através do Programa do NIPEG, o HU está sendo cadastrando como um centro de referência à saúde do idoso, atendendo a normatização da Portaria do Ministério da Saúde nº 702/2002.

De uma maneira geral, o Estado publica leis para garantir a cidadania à criança, ao adolescente e aos idosos, entretanto não fornece instrumentos e meios para o cumprimento destas leis. O Programa do NIPEG, apesar de ser uma referência, caso dispusesse de mais recursos materiais, financeiros e humanos, poderia atender a uma quantidade maior de usuários e prestar serviços variados.

CAPÍTULO - 3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo contempla a apresentação dos dados coletados, através do instrumento descrito em Anexo, bem como a análise dos mesmos, baseado no enfoque teórico concentrado nos capítulos iniciais deste trabalho.

O estudo proposto foi idealizado a partir do Estágio Curricular Obrigatório, 7ª fase do Curso de Serviço Social da UFSC, realizado junto ao Programa do NIPEG do HU, no segundo semestre de 2002. Dentre as várias atividades desenvolvidas durante o estágio, uma delas era conhecer o cotidiano dos idosos que procuravam o ambulatório de geriatria do HU.

A prática de intervenção para alcançar este objetivo consistia em uma abordagem coletiva, realizada em uma sala de espera, onde cada idoso fazia um breve relato de sua vida. Este procedimento não era formal e sistêmico. Estas informações não eram socializadas para toda a equipe do NIPEG e quase sempre eram perdidas.

Portanto, neste período, foram identificadas a necessidade e a importância de se sistematizar este processo, a fim de coletar dados e conhecer a realidade sócio-econômica dos usuários do programa para subsidiar as ações e práticas metodológicas desenvolvidas.

O NIPEG dispunha de um questionário para coletar dados de seus usuários, mas devido a sua complexidade a aplicação do mesmo foi suspensa. Sendo assim, adaptou-se o instrumento utilizado para traçar o perfil do usuário do HU, elaborado pelo Serviço Social. O questionário do HU, adaptado para elaborar o perfil do usuário do NIPEG, foi organizado em 4 itens de referência:

- Dados Pessoais.
- Características do Domicílio.
- Nível de Escolaridade.
- Profissionalização.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira durante a atividade de estágio curricular e correspondeu aos 4 itens de referência descritos anteriormente. Durante o TCC, identificou-se a necessidade de se conhecer as patologias específicas dos idosos entrevistados. Para tanto, foi realizada, a segunda etapa da coleta de dados, diretamente sobre o prontuário médico dos mesmos.

O número total de questionamentos, na modalidade de interrogações e afirmativas, foi 25, sendo que o número de questionários tabulados segue a ordem de 19, o que corresponde a aproximadamente 20% do total de usuários do programa na época.

Este tipo de pesquisa tem como característica a análise de uma unidade de estudo, com um enfoque descritivo e interpretativo, já que tem a clara intenção de descrever, quantificar, explicar o perfil dos usuários assistidos pelo Programa do NIPEG. Conforme (Gil, 1996), a pesquisa descritiva tem por objetivo básico descrever as características de determinada população ou fenômeno, e conseqüentemente, estabelecer relações possíveis entre variáveis.

Tabela 1: Distribuição por sexo

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
Feminino	16	84,2	84,2
Masculino	3	15,8	100,0
Total	19	100,0	

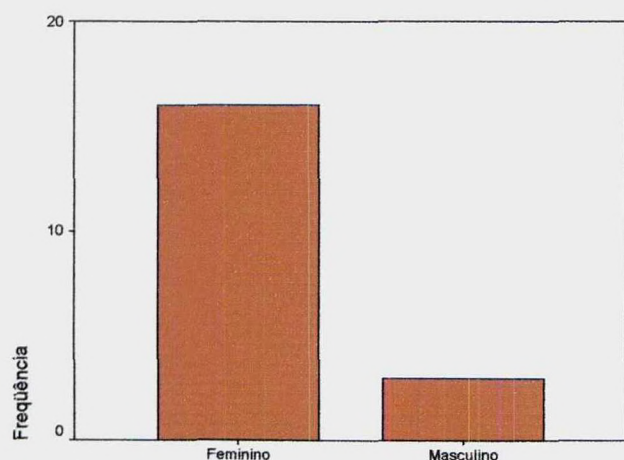


Gráfico 1: Distribuição por sexo

Dos 19 idosos que responderam ao questionário, observou-se uma grande incidência do sexo feminino, com 84,2% contra 15,8% do sexo masculino. Segundo Camarano (2002), a população feminina, com mais de 60 anos é superior à masculina, em consequência da maior expectativa de vida que permite às mulheres sobreviverem aos seus contemporâneos masculinos. Como consequência, quanto mais *velho* for o contingente estudado maior a proporção de mulheres.

Tabela 2: Distribuição por faixa etária

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
46 a	7	36,8	36,8
66 a	12	63,2	100,0
Total	19	100,0	

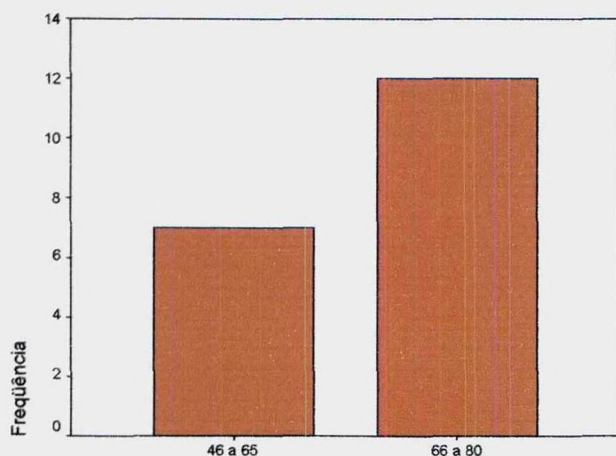


Gráfico 2: Distribuição por faixa etária

Do total de usuários do NIPEG entrevistados, os dados mostraram que o grupo majoritário desta amostra está na faixa etária de 66 a 80 anos – mais idosos⁷, sendo portanto pessoas nascidas entre 1922 a 1936. A representatividade menor encontra-se na faixa de 60 a 65 anos – idosos jovens, pessoas nascidas a partir de 1943, com estado de saúde superior aos mais idosos. Conforme Almeida (2002), à medida que avança a idade, o número de idosos e idosas que classificam sua saúde como boa ou muito boa está diminuindo, o que os obriga recorrer mais aos serviços prestados pelo programa.

Tabela 3: Distribuição por estado civil

	Freqüência	Percentu	Percentu acumulad
casado(a)	6	31,6	31,6
divorciado(a)	3	15,8	47,4
solteiro(a)	4	21,1	68,4
viúvo(a)	6	31,6	100,0
Total	19	100,0	

⁷ Camarano (2002) apresenta a referida classificação de idosos jovens e mais idosos para distinguir dois grupos, visto que o segmento idoso compreende um intervalo etário amplo, aproximadamente 30 anos.

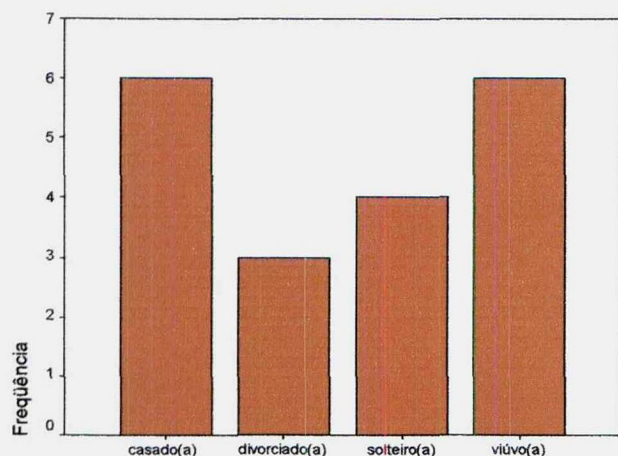


Gráfico 3: Distribuição por estado civil

Ao analisar-se isoladamente os elementos da Tabela.3, observou-se que o percentual de usuários casados e viúvos é igual (31,6%) e superior ao número de divorciados (15,8%) e solteiros (21,1%).

Entretanto, a correlação destes elementos indicou que o número de usuários divorciados, solteiros e viúvos, correspondeu a 88,5%. As mulheres são a maioria deste grupo (84,2% - Tabela.1), elas vivem mais do que os homens e em contrapartida se casam menos. Sendo assim, esta distribuição apresentou-se dentro do padrão de comportamento.

Tabela 4: Distribuição por procedência

	Frequência	Percentu	Percentu acumulad
Antonio	1	5,3	5,3
Armazém/S	2	10,5	15,8
Assis/S	1	5,3	21,1
Belo	1	5,3	26,3
Bom	1	5,3	31,6
Braço do	1	5,3	36,8
Cruz	1	5,3	42,1
Florianópolis/	4	21,1	63,2
Garopaba/S	1	5,3	68,4
Lages/S	1	5,3	73,7
Paulo	1	5,3	78,9
Santana	1	5,3	84,2
Livramento/R	1	5,3	84,2
São	2	10,5	94,7
Urussanga/S	1	5,3	100,0
Total	19	100,0	

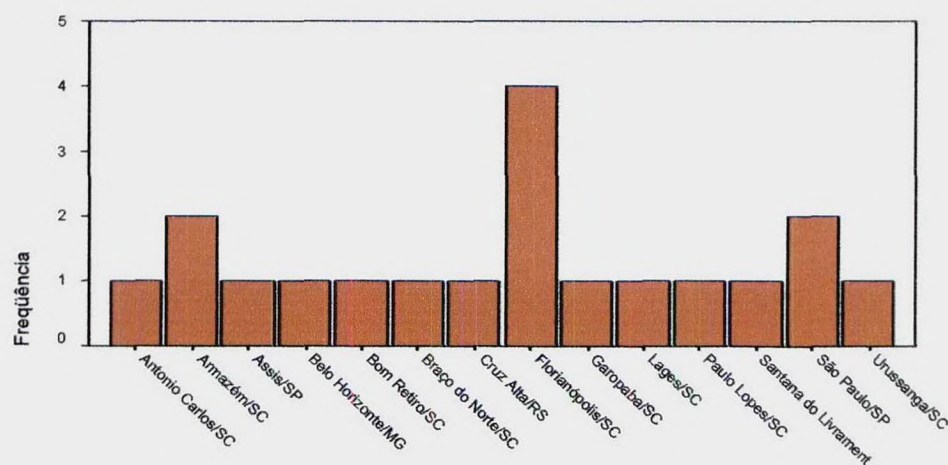


Gráfico 4: Distribuição por procedência

Observou-se que a 68,4% usuários do programa do NIPEG são naturais do próprio Estado e 31,6% são oriundos de outros Estados: São Paulo (15,8%); Rio Grande do Sul (10,5%); e Minas Gerais (5,3%). Estes dados apontaram também que 36,8% são oriundos do interior do Estado, representando uma dinâmica de migração rural/urbana, fruto da mecanização da política agrícola do país, que obriga a população rural a migrar para os centros urbanos em busca de melhores oportunidades e condições de vida, incrementando o processo de urbanização e de crescimento da capital do Estado de SC.

Tabela 5: Distribuição por bairro de residência

	Freqüência	Percentu	Percentu acumulad
Barreiro	1	5,3	5,3
Biguaçu	1	5,3	10,5
Braço do	1	5,3	15,8
Caminho	1	5,3	21,1
Campech	1	5,3	26,3
Centr	1	5,3	31,6
Costeir	1	5,3	36,8
Inglese	1	5,3	42,1
Kobraso	1	5,3	47,4
Nova	1	5,3	52,6
Nova	1	5,3	57,9
Pantan	2	10,5	68,4
Porto	1	5,3	73,7
Rio	1	5,3	78,9
Saco	1	5,3	84,2
Trindade	3	15,8	100,0
Total	19	100,0	

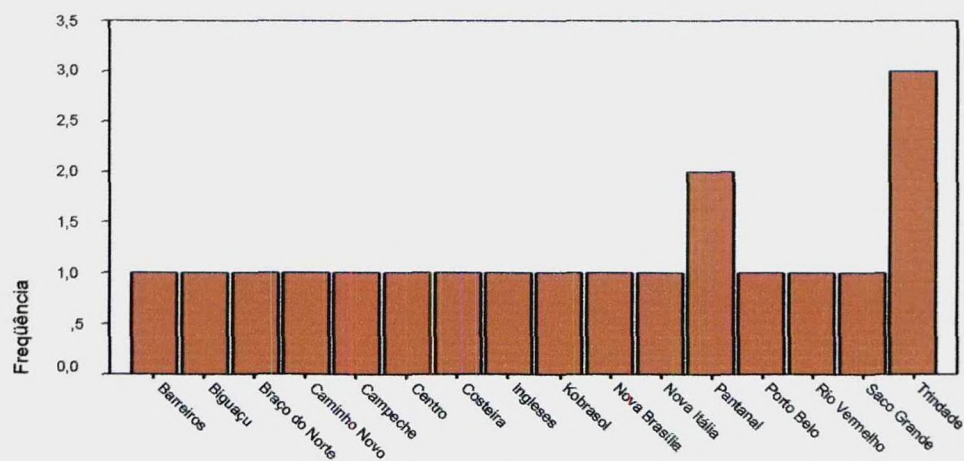


Gráfico 5: Distribuição por bairro de residência

A distribuição por bairro mostra que 26,3% dos usuários residem em bairros próximos ao HU (Trindade e Pantanal). A grande parcela de usuários 73,7% reside em bairros distantes e até mesmo em outras cidades, como é o caso do Bairro Bom Retiro e Porto Belo, que são bairros das cidades de Bom Retiro (SC) e Urussanga (SC) respectivamente.

A partir destes números concluiu-se que o sistema de saúde do Estado carece de iniciativas similares ao Programa do NIPEG, o que obriga aos idosos se deslocarem para fazer uso dos serviços prestados. Sendo assim, idosos com dificuldade para deslocar-se e que não residem em localidades próximas ao HU não podem se beneficiar do programa.

Tabela 6: Distribuição do núcleo familiar

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
0	1	5,3	5,3
1	3	15,8	21,1
2	5	26,3	47,4
3	4	21,1	68,4
4	1	5,3	73,7
5	3	15,8	89,5
6	1	5,3	94,7
9	1	5,3	100,0
Total	19	100,0	

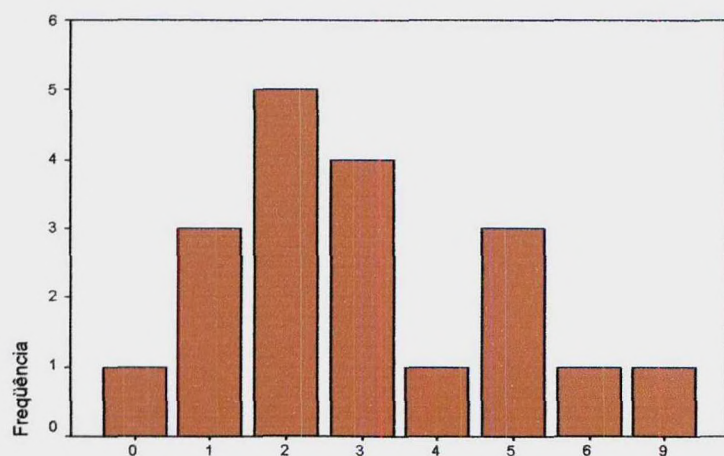


Gráfico 6: Distribuição do núcleo familiar

Com relação à composição familiar e relações sociais, ao analisarmos as tabelas 6, 7 e 8, foram identificadas informações relevantes em relação à família, como componente da estrutura social.

A Tabela.6 apresentou núcleos familiares pequenos, onde 68,4% destes núcleos são compostos por no máximo 3 pessoas. Ao cruzar estes dados com a Tabela.7, constatou-se que

dos 68,4% dos usuários do programa, 21,1% moram sozinhos; outros 21,1% moram apenas com o cônjuge; e o restante destes, os outros 26,2, moram com filhos, netos e/ou colega.

Estes números apresentados pelas tabelas 6 e 7 podem ser melhores compreendidos a partir da Tabela.8, onde viu-se que 57,9% dos usuários tiveram no máximo 3 filhos, ou seja constituíram famílias pequenas quando comparadas com famílias tradicionais, formadas nas décadas de 40 e 50, que eram numerosas. Como os dados apontaram para pequenas famílias, isto explica porque 68,4% destes usuários atualmente pertencem a núcleos familiares pequenos (ver Tabela.6) e que destes 42,2% moram sozinhos ou moram apenas com o cônjuge.

Tabela 7: Com quem reside

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
com colega	1	5,3	5,3
esposa e neto	1	5,3	10,5
esposa/marido	4	21,1	31,6
filho e nora	1	5,3	36,8
filhos	4	21,1	57,9
filhos e netos	2	10,5	68,4
marido e filhos	1	5,3	73,7
marido, filha e netos	1	5,3	78,9
sozinho(a)	4	21,1	100,0
Total	19	100,0	

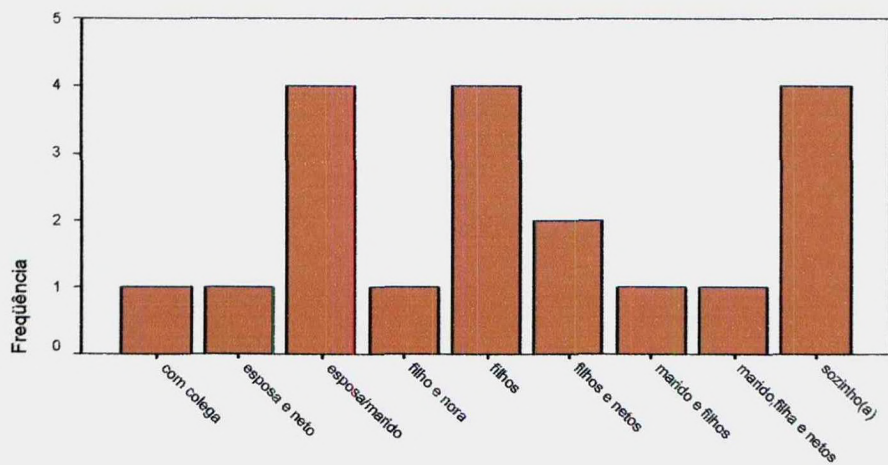


Gráfico 7: Com quem reside

Tabela 8: Distribuição por número de filhos

	Freqüênci	Percentu	Percentu acumulad
0	2	10,5	10,5
1	2	10,5	21,1
2	3	15,8	36,8
3	4	21,1	57,9
4	1	5,3	63,2
5	1	5,3	68,4
6	2	10,5	78,9
7	2	10,5	89,5
8	1	5,3	94,7
12	1	5,3	100,0
Total	19	100,0	

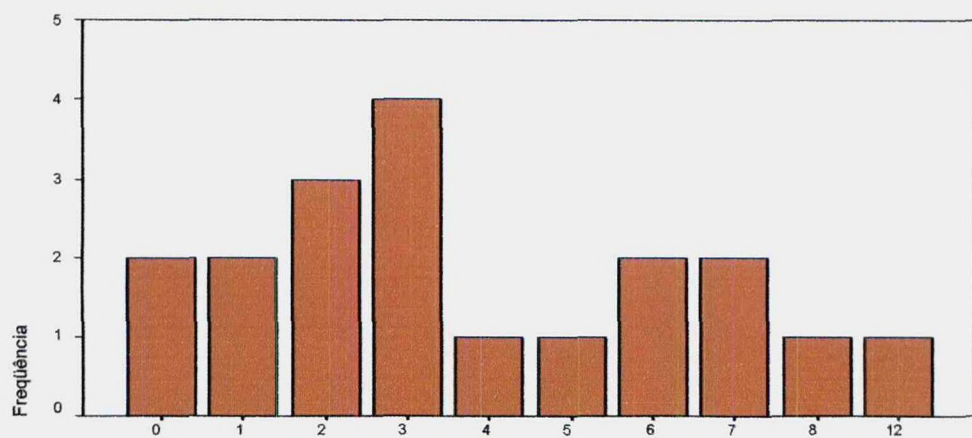


Gráfico 8: Distribuição por número de filhos

Tabela 9: Distribuição por religião

	Freqüência	Percentu	Percentu acumulad
Catolic	16	84,2	84,2
Espirit	1	5,3	89,5
Evangélic	1	5,3	94,7
Nenhum	1	5,3	100,0
Total	19	100,0	

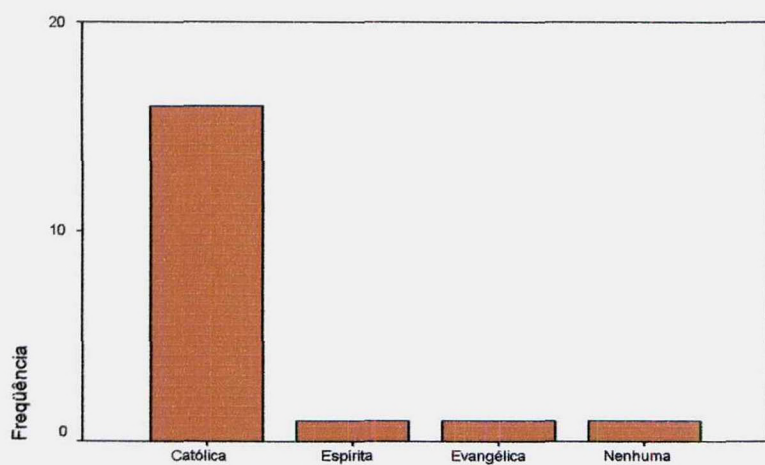


Gráfico 9: Distribuição por religião

A Tabela.9 apontou para uma predominância de católicos (84,2%), isto pode ser explicado pela faixa etária dos usuários do programa (Tabela.2) e por ser a religião católica, por muito tempo, a religião oficial do país.

Tabela 10: Distribuição por tipo de domicílio

	Freqüência	Percentu	Percentu acumulad
apto	3	15,8	15,8
casa	16	84,2	100,0
Total	19	100,0	

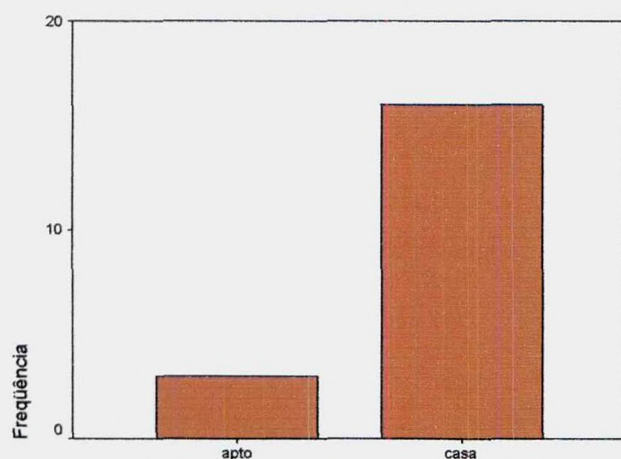


Gráfico 10: Distribuição por tipo de domicílio

Com relação ao domicílio, as tabelas 10, 11 e 12 caracterizam quanto ao tipo, tamanho e propriedade. Constatou-se que 84,2% (Tabela.10) residem em casa e que quase todos são donos do próprio imóvel (94,7% - Tabela.12). A Tabela.11 indicou que 63,2% destes imóveis têm mais de 4 cômodos, ou seja são domicílios de médio e grande porte. Estes números reforçam o dito popular de que os idosos não são simpatizantes de imóveis do tipo apartamento, pois não se adaptam à idéia de ficarem confinados em pequenos espaços, sem uma área aberta para realizarem suas tarefas diárias, tais como plantar, estender roupa, criar um animal, etc.

Tabela 11: Distribuição dos domicílios por cômodos

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
1 a 2	1	5,3	5,3
3 a 4	6	31,6	36,8
5 a 6	4	21,1	57,9
7 a 8	6	31,6	89,5
9 ou +	2	10,5	100,0
Total	19	100,0	

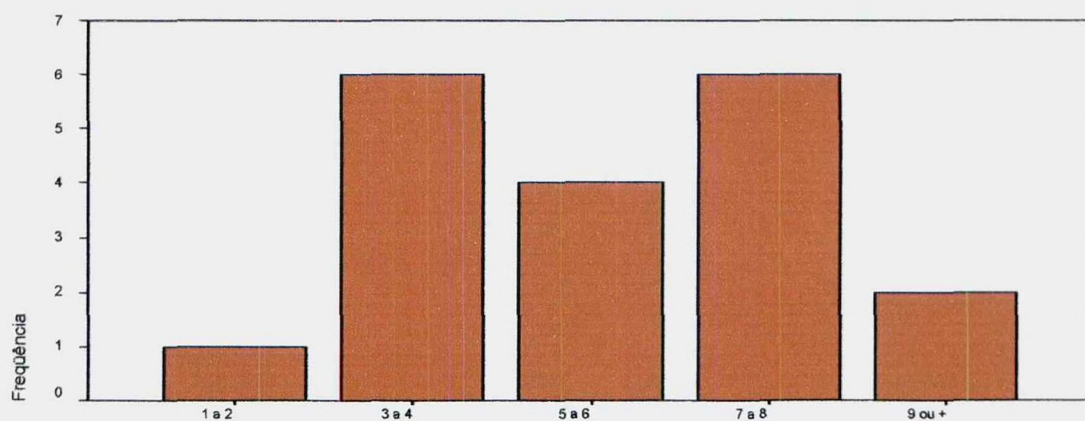


Gráfico 11: Distribuição dos domicílios por cômodos

Tabela 12: Quanto à situação do domicílio

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
cedido	1	5,3	5,3
próprio	18	94,7	100,0
Total	19	100,0	

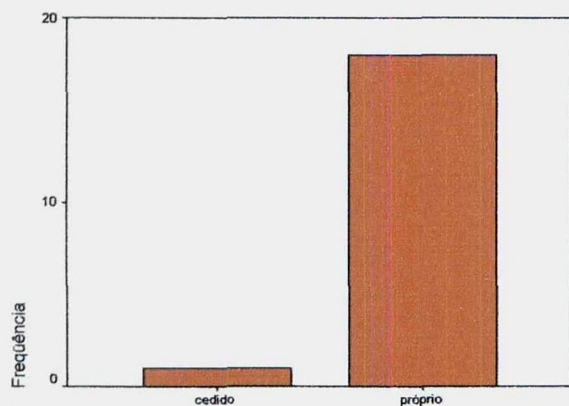


Gráfico 12: Quanto à situação do domicílio

Tabela 13: Quanto ao abastecimento de água

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
nascente	1	5,3	5,3
poço	2	10,5	15,8
rede geral	16	84,2	100,0
Total	19	100,0	

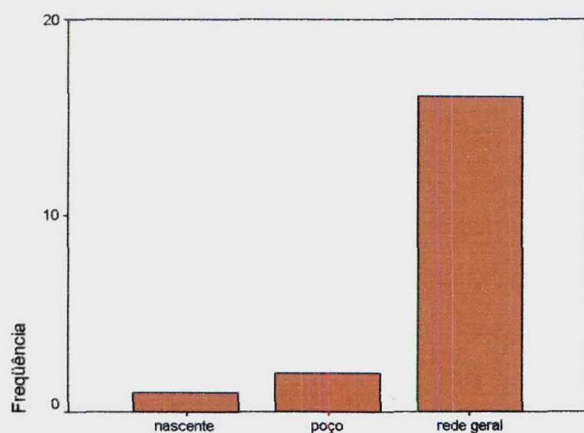


Gráfico 13: Quanto ao abastecimento de água

Em termos de infra-estrutura domiciliar, as tabelas 13, 14, 15, 16 e 17 descrevem dados relativos ao abastecimento de água, energia elétrica, instalação sanitária e coleta de lixo. A grande maioria consome água da rede geral (84,2% - Tabela.13); 100% tem fornecimento de energia elétrica (Tabela.12); 100% possuem instalação sanitária (Tabela.15) e coleta de lixo (Tabela.17); e 73,7% enviam dejetos através da rede de instalação sanitária (Tabela.16).

De modo geral, esta infra-estrutura é excelente quando comparada com outras, de parcelas da população, localizadas em comunidades mais carentes. Conforme, descrito na Tabela.5, os bairros dos domicílios dos usuários do NIPEG são bairros bons, que possuem boa infra-estrutura (tabelas 13, 14, 15, 16 e 17) o que contribui para a qualidade de vida destes usuários.

Tabela 14: Quanto ao fornecimento de energia elétrica

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
rede geral	19	100,0	100,0

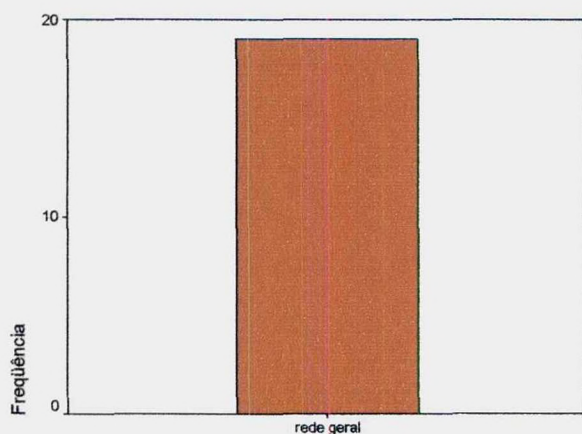


Gráfico 14: Quanto ao fornecimento de energia elétrica

Tabela 15: Possui instalação sanitária

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
sim	19	100,0	100,0

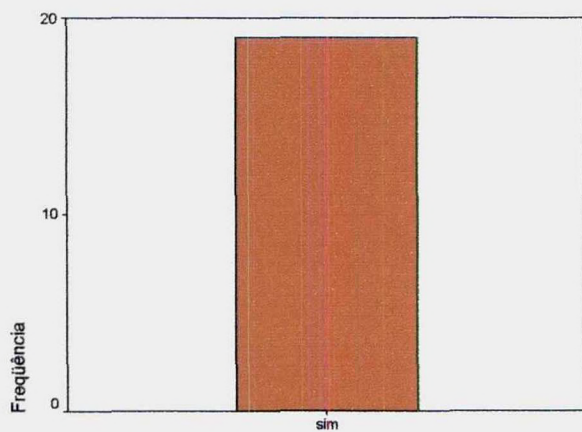
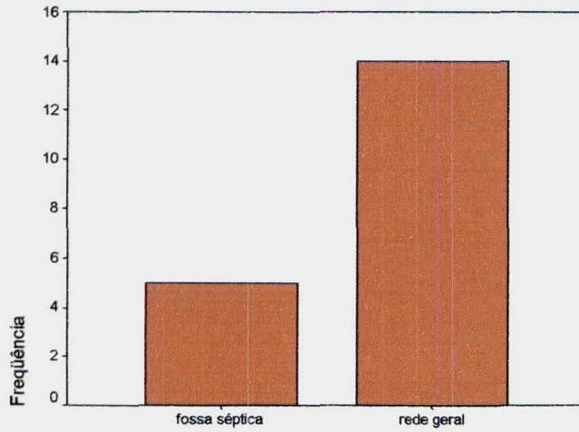


Gráfico 15: Possui instalação sanitária

Tabela 16: Para onde vão os dejetos da instalação sanitária

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
fossa séptica	5	26,3	26,3
rede geral	14	73,7	100,0
Total	19	100,0	

**Gráfico 16: Para onde vão os dejetos da instalação sanitária****Tabela 17: Qual o destino do lixo da residência**

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
serv. limpeza	19	100,0	100,0

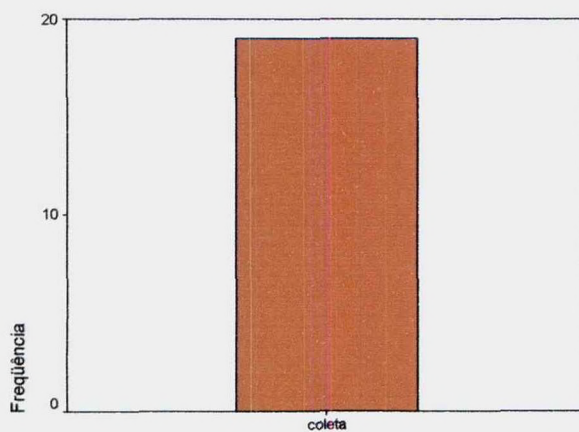
**Gráfico 17: Qual o destino do lixo da residência**

Tabela 18: Quanto à alfabetização

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
semi analfabeto	1	5,3	5,3
alfabetizados	18	94,7	100,0
Total	19	100,0	

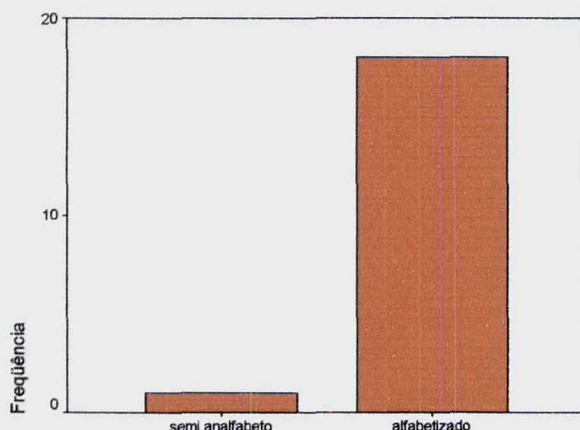


Gráfico 18: Quanto à alfabetização

Da Tabela.18 à Tabela.21 são traçadas as características dos usuários do NIPEG quanto a educação. É importante contextualizar que na idade escolar destes usuários (década de 30 a 50 – Tabela.2), a educação não era tão valorizada quanto é atualmente. A economia brasileira era praticamente agrícola, os centros urbanos começavam a se formar e a indústria não era muito significativa. O conhecimento não era um diferencial. Entretanto, apesar de serem criados neste cenário, nenhum deles é analfabeto (Tabela.18) e apenas 1 é semi-analfabeto, ou seja, sabe apenas escrever o nome.

Atualmente, nenhum dos idosos estuda (Tabela.19) ou frequenta algum curso de aperfeiçoamento e/ou extensão, oferecido pela universidade ou pela própria comunidade (Tabela.21). Deste grupo de usuários, 89,5% têm formação até o 2º grau e apenas 2 usuários (10,5%) têm formação superior (Tabela.10).

Os números apresentados nestas tabelas permitem que a equipe do NIPEG consiga mais facilmente executar ações quanto a orientação do idoso em relação a seus direitos previdenciários, aos cuidados com a saúde, dentre outros dos seus objetivos. O grupo tem um razoável nível de escolaridade - sem analfabetos, o que facilita a socialização do conhecimento e das práticas requeridas para alcançarem a qualidade de vida.

Tabela 19: Você é estudante

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
não	19	100,0	100,0

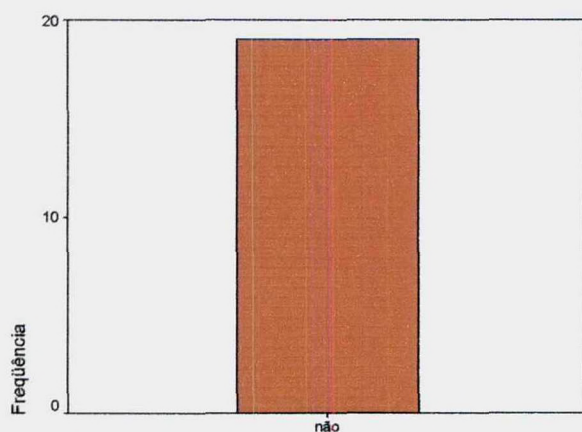


Gráfico 19: Você é estudante

Tabela 20: Quanto à escolaridade

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
1o grau	2	10,5	10,5
2o grau	2	10,5	21,1
antigo ginásio	4	21,1	42,1
antigo primário	9	47,4	89,5
superior	2	10,5	100,0
Total	19	100,0	

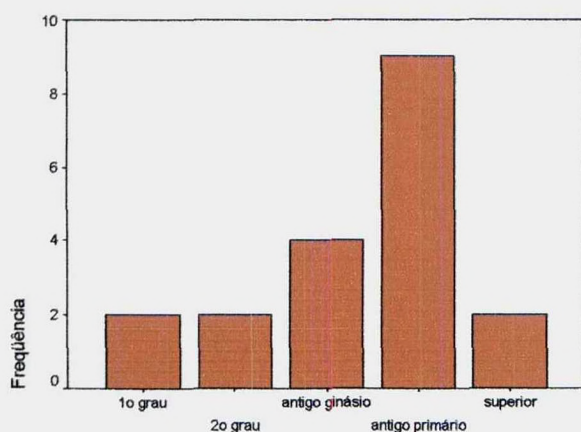


Gráfico 20: Quanto à escolaridade

Tabela 21: Frequenta algum curso

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
nenhum	19	100,0	100,0

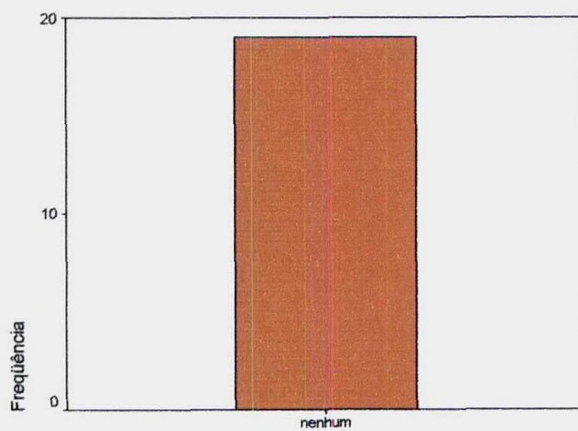


Gráfico 21: Frequenta algum curso

Tabela 22: Qual a sua profissão

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
aux.enfermagem	1	5,3	5,3
camareira	1	5,3	10,5
comerciante	3	15,8	26,3
do lar	7	36,8	63,2
doméstica	1	5,3	68,4
lavadeira	1	5,3	73,7
lavradora	1	5,3	78,9
motorista	1	5,3	84,2
professora	2	10,5	94,7
secretária	1	5,3	100,0
Total	19	100,0	

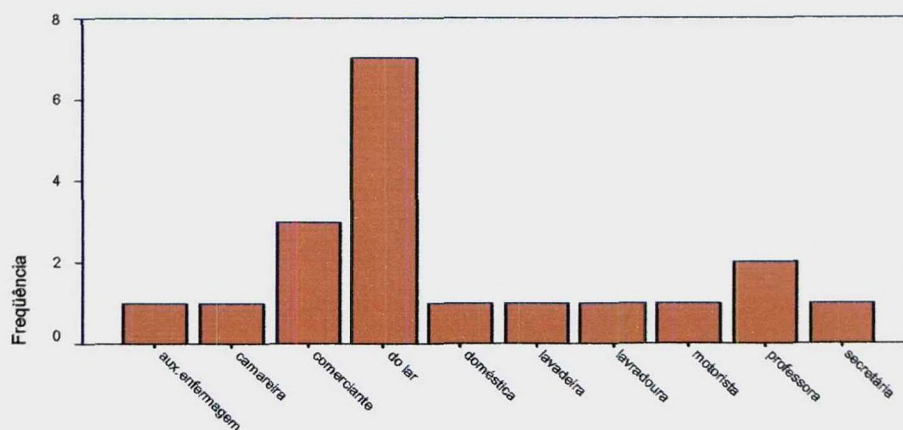


Gráfico 22: Qual a sua profissão

Houve uma grande diversidade de atividades profissionais, tais como: auxiliar de enfermagem, camareira, comerciante, do lar, doméstica, lavadeira, lavrador, motorista, secretária e até mesmo professora (Tabela.22). A maior incidência foi da categoria “do lar”, com 36,8% dos entrevistados, seguido de comerciantes (15,8%) e professora (10,5%). A natureza das atividades profissionais dos idosos que frequenta o Programa do NIPEG pode ser justificada a partir da predominância do sexo feminino, conforme apontado na Tabela.1.

Tabela 23: Qual sua situação empregatícia

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
aposentado(a)	17	89,5	89,5
desempregado(a)	2	10,5	100,0
Total	19	100,0	

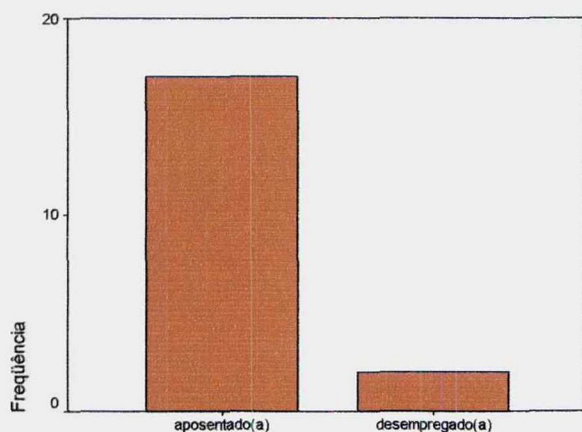


Gráfico 23: Qual sua situação empregatícia

Em relação à situação empregatícia (Tabela.23), observou-se que atualmente nenhum deles desenvolve uma atividade profissional formal, com contrato de trabalho. A maioria dos usuários é aposentada (89,5%) e o restante encontra-se desempregado (10,5%).

Tabela 24: Qual a sua renda em salários mínimos

	Frequência	Percentual	Percentual acumulado
até 01 sm	5	26,3	26,3
até 02 sm	3	15,8	42,1
até 03 sm	4	21,1	63,2
até 04 sm	4	21,1	84,2
até 05 sm	1	5,3	89,5
mais 05 sm	1	5,3	94,7
s/ beneficio	1	5,3	100,0
Total	19	100,0	

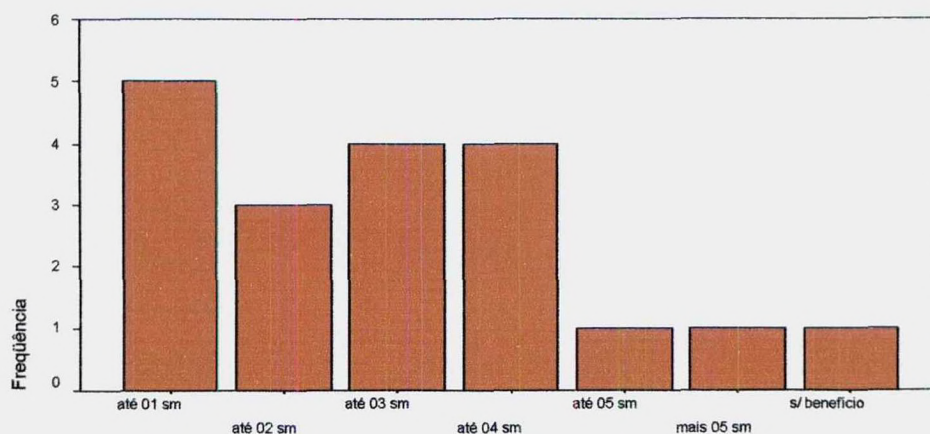


Gráfico 24: Qual a sua renda em salários mínimos

A renda familiar depende, principalmente, dos benefícios previdenciários. A composição da renda apresenta a realidade vivenciada na atual proposta de previdência social quando se trata de aposentados, com formação não qualificada, que não dispõem de planos privados de previdência complementar. A maioria percebe de 1 até 4 salários mínimos (84,2%).

Tabela 25: Patologias

Patologias	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Cardíaco	2	4,2	4,2
Catarata	1	2,1	6,3
Depressão	6	12,5	18,8
Diabetes	1	2,1	20,9
Dislipidemia	6	12,5	33,4
Dispepsia Flatulenta	1	2,1	35,5
DPOC	1	2,1	37,5
Gastrite	1	2,1	39,6
Gota	1	2,1	41,7
HAS	6	12,5	54,2
Hipotiroidismo	3	6,3	60,5
Litíase Renal Bilateral	1	2,1	62,5
Osteoartrose	9	18,8	81,3
Osteoporose	8	16,7	98,0
Síndrome do Pânico	1	2,1	100,0

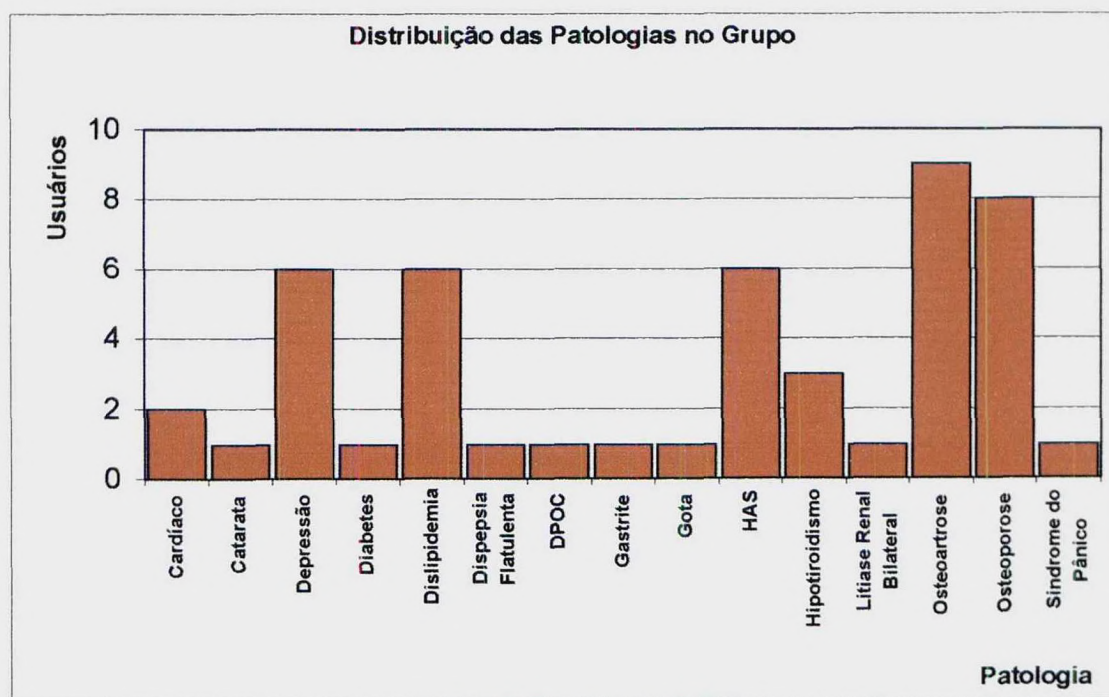


Gráfico 25 - Patologias

Houve uma grande diversidade de tipos de patologias (Tabela.25). Observa-se que geralmente os usuários tratam ao mesmo tempo de mais de uma patologia. A maior incidência é em relação às afecções ósseas: osteoartrose (18,8 %) e osteoporose (16,7%), seguidas de depressão, HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e dislipidemia, todas com índice de 12,5%.

A seguir são comentadas as principais patologias dos usuários do programa:

- Osteoartrose, também conhecida como artrose, artrose degenerativa, osteoartrite, é uma doença articular que se caracteriza por um desgaste nas cartilagens que revestem as articulações. Pode ser causada pelo próprio envelhecimento e sobrecarga mecânica sobre as articulações, ou ainda causada por traumatismos articulares (fraturas), infecção articular, necrose avascular (infarto ósseo), doenças inflamatórias, doenças metabólicas (gota) e hemorrágicas (hemofilia). Quanto ao tratamento, infelizmente a cartilagem lesada não se regenera e a artrose, uma vez estabelecida, tende a evoluir com desgaste progressivo da cartilagem articular. Faz-se uso de antiinflamatórios: para reduzir a dor e o processo inflamatório articular; modificação da atividade; fisioterapia e, às vezes, até intervenção cirúrgica⁸.
- Osteoporose é uma doença complexa que leva ao enfraquecimento dos ossos, tornando-os vulneráveis aos pequenos traumas. A osteoporose é assintomática, lenta e progressiva. Seu caráter silencioso faz com que, usualmente, não seja diagnosticada até que ocorram as fraturas, principalmente nos ossos do punho, quadril e coluna vertebral. As causas não são totalmente conhecidas. Sabe-se que certos fatores estão associados com um maior risco para essa doença. Dentre esses fatores de risco, destacam-se: ser mulher; envelhecimento; ter um corpo pequeno; ser branco ou asiático; e ter história familiar da doença. O tratamento envolve desde a reposição hormonal, como também o uso de analgésicos,

vitaminas e fisioterapia, até uma adaptação a um novo estilo de vida, com mudanças na atividade diária, alimentação e também no relacionamento familiar⁹.

- A depressão é uma doença "do organismo como um todo", que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento. A Depressão altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente a disposição e o prazer com a vida. Ela afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si próprio e como pensa sobre as coisas. As pessoas com doença depressiva não podem, simplesmente, melhorar seu quadro por conta própria e através dos *pensamentos positivos*, conhecendo pessoas novas, viajando, passeando ou tirando férias. Sem tratamento, os sintomas podem durar semanas, meses ou anos. O tratamento adequado, entretanto, pode ajudar a maioria das pessoas que sofrem de depressão. As causas e tipos de depressão são diversos, consequentemente o tratamento também¹⁰.
- A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) também conhecida como Hipertensão Arterial Essencial, Doença Hipertensiva vulgarmente chamada de "Pressão Alta" é caracterizada pelos níveis pressóricos. Ocorre quando a Pressão Arterial Sistólica (pressão do sangue dentro das artérias no momento da contração do coração) é maior que 140 milímetros de mercúrio, e/ou quando a Pressão Arterial Diastólica (pressão do sangue dentro das artérias entre uma contração e outra) é maior que 90 milímetros de mercúrio(2,3). A HAS é uma das doenças mais comuns nos idosos. Quando não é controlada pode causar vários problemas; derrame; infarto; mau funcionamento dos rins. O paciente tratado convenientemente está protegido das complicações enquanto a doença estiver sobre

⁸ Maiores informações podem ser obtidas através do sítio: <http://www.meuortopedista.hpg.ig.com.br/artrose.htm>.

⁹ Maiores informações podem ser obtidas através do sítio: <http://www.uddo.com/osteoporose>.

¹⁰ Maiores informações podem ser obtidas através do sítio: <http://www.psiqweb.med.br/trats/deprat.html>

controle. Seu tratamento envolve vários aspectos: mudanças dietético-comportamentais e medicamentos¹¹.

- A dislipidemia resulta de alterações do metabolismo de absorção de gorduras no sangue que se refletem num aumento de colesterol (hipercolesterolemia) e dos triglicéridos (hipertriglicidemia) sanguíneos. A longo prazo, estas alterações metabólicas provocam lesões de aterosclerose e complicações macrovasculares - doença cardíaca isquêmica, problemas vasculares cerebrais e doenças vasculares periféricas. Geralmente não há sintomas. Para além do fator genético, outros elementos contribuem para o surgimento do problema: alimentação, a obesidade, a insulinoresistência ou o hipotiroidismo. O tratamento passa sempre por medidas gerais relacionadas à alimentação, tais como: reduzir o peso se você estiver acima do peso normal, diminuir o consumo de açúcar, doces, massas e gorduras, além não ingerir bebidas alcoólicas¹².

Uma questão muito presente nos estudos de gerontologia é a qualidade de vida ou sobrevida dos idosos, em termos de saúde. Conforme apresentado no item 1.3, a qualidade de vida é determinada por nossa habilidade de manter a autonomia e a independência. O envelhecimento ativo permite participar da sociedade de acordo com os desejos, necessidades e a capacidade de cada um. Vale ressaltar que algumas dessas patologias, antes de representar um risco de vida, constituem uma ameaça à autonomia do indivíduo, prejudicando a sua sobrevida – qualidade de vida.

¹¹ Maiores informações podem ser obtidas através do sítio: <http://www.epub.org.br/nutriweb/n0202/hipertenso.htm>

¹² Maiores informações podem ser obtidas através do sítio: <http://saude.sapo.pt/gkBAA/>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho culminou com alguns resultados importantes: a divulgação do Programa do NIPEG, seus objetivos, atividades e práticas metodológicas; a elaboração de uma revisão bibliográfica acerca das políticas de saúde voltadas para os idosos; e a elaboração de um perfil que permitiu conhecer as características dos usuários do Programa do NIPEG, percebendo-os a partir da sua realidade sócio-econômica.

O Programa do NIPEG, no contexto do serviço social, caracteriza-se pela prestação de assistência geronto-geriátrica aos idosos, com idade superior a 50 anos, usuários do serviço de saúde, do HU. Foi apresentado a partir dos elementos teórico-filosóficos que o norteiam, com ênfase nos conceitos de gerontologia e geriatria, qualidade de vida na saúde e interdisciplinaridade. Vale destacar também a importância do Programa do NIPEG, o seu alinhamento à Política Nacional do Idoso e o seu reconhecimento, em curso, como Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

Apesar destes pressupostos, foram apresentadas sugestões (Ver item 1.4) para aprimorar algumas ações que podem agregar valor e qualificar os processos de intervenção social do Programa do NIPEG, dentre estas destaque para a necessidade de se criar instrumentos que possibilitem avaliar a melhoria da qualidade de vida dos usuários do programa; visitas domiciliares e incremento da equipe interdisciplinar.

Em relação às políticas públicas, há um aumento da parcela de idosos na população, acarretando mudanças no perfil das demandas por políticas de saúde voltadas para idosos. Neste contexto, foram apresentadas e discutidas a Política Nacional do Idoso, os decretos e

portarias relacionadas a sua regulamentação e operacionalização; também a Política Nacional de Saúde do Idoso; e o Estatuto Nacional do Idoso.

Observou-se que as políticas de saúde voltadas para o idoso existentes são muitas, entretanto não têm sido eficientemente aplicadas, devido a fatores diversos: excesso de regulamentação, excesso de burocratização, falta de infra-estrutura e recursos para operacionalização, conflitos e contradições dos próprios textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo por parte de autoridades competentes, profissionais da área e da própria população idosa.

Entretanto, o Brasil dispõe de uma legislação muito avançada quando comparada em nível mundial. O que falta é disponibilização de recursos financeiros e humanos para a colocação em prática de tal legislação e principalmente a divulgação de tal legislação a fim de que a população idosa possa conhecer e usufruir seus direitos assegurados em lei.

Em relação ao perfil dos usuários do Programa do NIPEG, a exposição que segue está organizada a partir dos itens de referencia, organizados no capítulo anterior, objetivando descrever as particularidades evidenciadas na pesquisa.

O primeiro grupo – dados pessoais nos revela que a maioria dos usuários do programas são do sexo feminino; que pertencem à população mais idosa, faixa etária de 66 a 80 anos; apresentam constituição familiar na modalidade de solteiros, viúvos e divorciados em sua maioria; procedem do próprio Estado de Santa Catarina; há uma maior concentração de residentes em bairros distantes do HU; a composição familiar é composta principalmente por núcleos pequenos, com no máximo 3 pessoas; a maioria dos entrevistados tiveram de 0 a 4 filhos; e a opção religiosa predominante é a católica.

O segundo grupo aborda a questão do domicílio, verificando-se que a maioria reside em casas com média de 4 cômodos; são donos do próprio imóvel; quanto a infra-estrutura consomem água da rede geral; todos têm fornecimento de energia elétrica, instalação sanitária e coleta de lixo; a maioria encaminha seus dejetos através desta rede de instalação sanitária.

O terceiro grupo trata a questão da escolarização, evidenciando, que quase na totalidade, os entrevistados são alfabetizados e apenas 1 dos usuários do programa é semi-analfabeto, ou seja sabe ler e escrever; destaca-se que a maioria tem formação em 1º e 2º graus, e apenas 10% tem formação superior; atualmente nenhum deles frequenta algum curso.

O quarto grupo trabalha a questão da profissionalização. Houve uma diversificação de atividades apresentadas, que vão desde as classificadas como autônomas (lavadeira) às com vínculo empregatício formal (auxiliar de enfermagem, professora, secretária, motorista, etc.). A maior incidência foi a categoria “do lar” , seguido de comerciantes e professoras. Atualmente nenhum deles desenvolve uma atividade formal, com contrato de trabalho; a maioria são aposentados e percebem de 1 a 4 salários mínimos.

O quinto grupo trabalha as patologias que afetam os entrevistados. A primeira condição a ser considerada é a multiplicidade de doenças que coexistem no idoso. Dada a progressiva perda funcional, onde diversos órgãos e sistemas podem apresentar alterações que se vão se somando em diversas doenças crônicas ao mesmo tempo. Neste contexto, destaque para depressão, osteoartrose, osteoporose e hipertensão.

O perfil sócio econômico acima possibilitou conhecer a realidade dos usuários do Programa do NIPEG a fim de se identificar as diversas situações e relações que ocorrem na vida social destes.

Com os resultados apresentados neste trabalho, espera-se que o Programa do NIPEG possa repensar suas ações, organizando racionalmente o processo de trabalho e articulando os limites institucionais, as demandas, as ações profissionais e instrumentos de ação, a fim de que seus objetivos sejam alcançados.

Em termos de trabalhos futuros, sugere-se a realização de estudos, em nível de pós-graduação, para a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar a melhoria da qualidade de vida do idoso, assistido pelo Programa do NIPEG, visto que esta é uma de suas metas.

REFERÊNCIAS

Almeida, A. N. (2002). A demanda por serviços de saúde dos idosos no Brasil em 1998. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto, novembro de 2002. Disponível em

<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_ST31_Almeida_texto.pdf>.

Acesso em 12 de junho de 2003, às 14:30h.

Brasil (1999). Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde, nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 237-E, p.21, 13 de dezembro, seção 1, 1999.

Beltrão, K. I. & Camarano, A. A. (1998). A dinâmica populacional brasileira e a previdência social: uma descrição com ênfase nos idosos. Disponível em <http://www.sespa.pa.gov.br/variedade_textos_din.htm>. Acesso em 02 de maio de 2003, às 17:34h.

Berquó, E. & Baeninger, R. (2000). Os idosos no Brasil: considerações demográficas. Texto NEPO 37. Campinas, Outubro de 2000.

Brunner, L. S. & Sudhart, D.S. (1977). Enfermagem médico-cirúrgica. 3ª ed. Interamericana. Rio de Janeiro, 1977.

Camarano, A. A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão nº 858, IPEA. Rio de Janeiro, Janeiro de 2002. Disponível

em <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2002/td_0858.pdf>. Acesso em 14 de junho de 2002, às 18:20h.

Costa, L. V. A. (1996). Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental. Anais do I Seminário Internacional de Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século, Ministério da Previdência e Assistência Social/SAS. Brasília, 1996.

Gil, A. C. (1996). Projetos de Pesquisa. Ed. Atlas. São Paulo, 1996.

Gomes, F. A. A. (1985). Introdução ao estudo da geriatria e da gerontologia. Manual de geriatria e gerontologia. 11ª ed., EBM, Rio de Janeiro, 1985.

Gomes, F. A. A. & Gomes, R. M. A. A. (1985). Importância da equipe multiprofissional. 11ª ed., EBM, Rio de Janeiro, 1985.

Iamamoto, M. V. (2001). O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 5ª edição, São Paulo: Cortez Editora, 2001.

Melo, O. V. (1996). O idoso cidadão. São Paulo: AM Edições, 1996.

Moraes, A. C. (2001). Perfil sócio econômico do paciente assistido na unidade de emergência do Hospital Universitário/UFSC: um estudo de caso. Monografia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

Nogueira, V. M. R. (1997). A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. Revista Katálysis. UFSC/CSE/DSS, Nº 1, Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

Nunes, M.B.G., Ramos, C.N.S. & Chaves, M. Y. (2000). Estudo das políticas públicas de proteção às pessoas da terceira idade no Brasil. Disponível em <<http://www.alass.org/es/actas/50-Br.doc>>. Acesso em 01 de junho de 2003, às 11:50h.

Paschoal, S. M. P. (2000). Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

Passarelli, M. C. G. (1997) O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. O mundo da saúde, São Paulo: v.21, p.208-212, jul/ago, 1997.

Saad, P. (1990). O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde. In: VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Volume III, Anais: ABEP. Caxambu. p. 353-369, 1990. Disponível em <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1990/t90v03a13.pdf>>. Acesso em 25 de outubro de 2002, às 9:10h.

Santos, S. M. A. & Diogo, M. J. D. (2000). Capacitação de recursos humanos em gerontologia: os cuidadores leigos seriam a melhor opção. Revista online Bibl. Prof. Joel Martins, Campinas, SP. V.2, n.1, outubro, 2000.

Silva, R. M. *et al.* (2002). Plano de atuação do serviço social no Hospital Universitário. Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário, Serviço Social. Florianópolis, Junho de 2002.

The Whoqol Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (Whoqol): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, v.41, n°. 10, p. 1403-9, 1995.

ANEXO

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

O Perfil do Paciente Assentado nas Unidades do Hospital Universitário - UFSC
Unidade e ou Projeto de Atuação:

I - DADOS PESSOAIS

1.1. - Sexo :

- Masculino
 Feminino

1.2 - Idade (Qual sua idade ?.....)

- De 0 a 14
 De 14 a 25
 De 26 a 45
 De 46 a 65
 De 66 a 80
 Acima de 80 anos

1.3 – Qual seu estado civil?.

- Solteiro (a) Divorciado(a)
 Casado(a) Amasiado(a) Viúvo(a)

1.4 – Qual sua procedência ? (Cidade em que nasceu)

.....

1.5 – Qual bairro que você reside atualmente?

.....

1.6 – Quantos componentes formam o núcleo familiar ?

.....

1.7 – Com quem reside no momento?

.....

1.8 – Possui filhos? (Quantos ?.....)

- Sim .
 Não. Especificar por idade crescente :

.....

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
SERVIÇO SOCIAL

1.9 – Qual sua religião?

- Católica Evangélica Espirita
 Umbandista Nenhuma Outra

2- CARACTERÍSTICA DO DOMICÍLIO

2.1 – Tipo :

- Casa Apartamento Cômodo

2.2 – Quantos cômodos possui sua morada ?

- 01 a 2 Cômodos 05 a 6 Cômodos
 03 a 4 Cômodos 07 a 8 Cômodos Mais de 08 Cômodos

2.3 - Este domicílio é :

- Próprio – Já pago (financiado)
 Próprio – Ainda pagando (em financiamento)
 Alugado Cedido por empregador (emprestado pelo patrão)
 Cedido de outra forma (emprestado por outra pessoa)

2.4 – A forma de abastecimento de água é:

- Rede Geral Poço Nascente Cedida Outros

2.5 – A forma de iluminação é :

- Rede Geral Rabicho/gato (clandestino) Outro

2.6 – Existe banheiro neste domicílio (nesta casa)?

- Sim (Quantificar se houver :)
 Não

2.7 – O escoadouro deste banheiro ou sanitário é ligado a:

- Rede geral de esgoto ou pluvial Vala Rio, lagoa ou mar
 Fossa Séptica Fossa Rudimentar (latrina)

2.8 – O lixo deste domicílio :

- É coletado por serviço de limpeza Queimado Enterrado
 Jogado em terreno baldio Jogado em rio, lagoa ou mar

3 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE

3.1 Sabe ler e escrever ?

- Sim Semi-analfabeto Iltrado

3.2 Você é estudante?

Sim Não

3.3 - Qual é o curso mais elevado que frequentou (caso não seja estudante) ?

Antigo primário Antigo ginásio Ensino fundamental ou 1º grau

Ensino médio ou 2º grau Superior – graduação

3.4 - Qual é o curso mais elevado que frequenta (caso seja estudante) ?

Ensino Fundamental -1ª a 4ª séries Ensino Fundamental - 5ª a 8ª séries

Ensino Médio Superior – graduação

4 – DADOS SOBRE A PROFISSIONALIZAÇÃO

4.1 – Qual a sua profissão ?

.....

4.2 – Atualmente você está :

Empregado – mercado formal Empregado - mercado informal (autônomo)

Desempregado – em benefício do INSS Desempregado, sem benefício do INSS

Realizando trabalho eventual (biscate) Aposentado e/ou Pensionista

4.3 – Quantas horas você trabalha por dia ?

Até 04 horas diárias Até 06 horas diárias Até 08 horas diárias

Até 10 horas diárias Acima de 10 horas

4.4 – Qual a sua renda ?

Até 01 Salário Mínimo Até 02 Salários Mínimos Até 03 Salários Mínimos

Até 04 Salários Mínimos Até 05 Salários Mínimos Mais de 05 Salários Mínimos

4.5 - Caso seja autônomo você recolhe para o INSS?

Sim Não

4.6 – Caso sua resposta seja negativa o porque da opção ?

.....

.....

.....

4.7 – Se o paciente for procedente do interior do Estado, qual a razão do encaminhamento para HU?

.....

.....