

PERFIL DOS IDOSOS PARTICIPANTES DOS PROGRAMAS OFERECIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA/PR

Francisco Isaak Nicolás Ciesielski ¹

Silvia Dimbarre Inglês ¹

Carlos Guilherme do Amaral ¹

Elerson Gaetti-Jardim Jr ²

Rosângela Pironti de Castro ²

RESUMO: O perfil, na área de saúde, tem por base quantificar a necessidade dos trabalhos a serem executados dentro da interdisciplinaridade. Assim, os trabalhos podem ser direcionados com maior exatidão, correspondendo diretamente aos anseios da população idosa frequentadora dos serviços de saúde. O objetivo desse trabalho é avaliar a realidade do atendimento ao idoso na Estratégia Saúde da Família. Foi utilizado um questionário autorizado pela SBGG/PR, (Sociedade Brasileira de Geriatria e gerontologia seção Paraná) para estudo transversal, que engloba perguntas sobre aspectos sociais, políticos e específicos sobre os atendimentos prestados em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família. A população estudada corresponde a um grupo de 90 idosos de ambos os gêneros, freqüentadores da Unidade de Saúde da Família Dr. Nilton Luiz de Castro, no bairro Tarobá no Município de Ponta Grossa – PR. A maioria dos idosos que frequentam as Unidades de Saúde da Família são mulheres; 90% são independentes; 50% esperam entre trinta minutos e uma hora por uma vaga para consulta; 65% das doenças crônicas diagnosticadas são tratadas na unidade de saúde; 100% relataram que não havia nenhum médico especialista na área de geriatria atendendo na unidade de saúde; 90% dos idosos observaram que havia programas de apoio aos idosos na instituição. A falta de informação dos idosos auxiliada pelo descaso dado as suas condições como pacientes especiais, juntamente com a falta de programas para atendimento especializado são os principais problemas que atingem os idosos nas Unidades de Saúde da Família. A maioria dos problemas poderia ser resolvida com a disponibilidade de pessoas treinadas e preparadas para atender esta população.

PALAVRAS-CHAVES: IDOSO, PERFIL, SAÚDE DA FAMÍLIA, GERIATRIA, GERONTOLOGIA.

PROFILE OF PARTICIPANTS OF THE ELDERLY PROGRAM OFFERED IN A FAMILY HEALTH STRATEGY IN CITY OF PONTA GROSSA-PR

ABSTRACT: The profile in health area is based on the need to quantify the work to be performed within the interdisciplinary. Thus, the work can be targeted with greater accuracy, corresponding directly to the wishes of the elderly population frequenter of health services. The aim of this study is to evaluate the reality of senior care in Family Health Strategy. A questionnaire was used by authorized SBGG / PR (Brazilian Society of Geriatrics and Gerontology section Paraná) for cross-sectional study, which includes questions about social, political and specific about the care provided in a unit of the Family Health Strategy. The study population represents a group of 90 elderly people of both genders, attending the Family Health Unit Dr. Nilton Luiz de Castro, Tarobá in the neighborhood in the city of Ponta Grossa - PR. Most seniors who attend the Family Health Units are women, 90% are independent, 50% expect between thirty minutes and one hour for a place for consultation, 65% of diagnosed chronic diseases are treated at the clinic, 100% reported that there was no medical expert in the field of geriatrics serving the health unit, 90% of seniors reported that there was support programs for the elderly in the institution. The lack of information aided by

the neglect of the elderly given their patients as special conditions, coupled with the lack of programs for specialized care are the main problems affecting the elderly in the Family Health Units. Most problems could be solved with the availability of trained professionals and prepared to serve this population.

KEYWORDS: ELDERLY, PROFILE, FAMILY HEALTH, GERIATRICS, GERONTOLOGY.

1 INTRODUÇÃO

A longevidade é uma das grandes conquistas do século XX e XXI, que, juntamente com a queda na taxa de natalidade, vem ocasionando o envelhecimento da população mundial. A expectativa de vida média do brasileiro, de acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) cresceu para 71,9 anos em 2005, contra 70,5 anos em 2000, segundo dados divulgados. (IBGE, 2005).

O envelhecimento da população tem proporções significativas, e várias mudanças já estão sendo sentidas de forma bastante concreta, revelando a necessidade de uma constante revisão das políticas públicas voltadas para este segmento populacional.

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, garantindo-lhes o direito à vida, enquanto o Estado deve assegurar-lhes a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o envelhecimento saudável em condições de dignidade (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o PSF - atualmente denominado ESF (Estratégia Saúde da Família) - consolidado como estratégia prioritária na reorganização da atenção básica. Substituindo o modelo tradicional; objetivando conhecer a realidade das famílias, identificando os problemas de saúde e riscos de exposição das populações (BRASIL, 2006).

Antes da execução de qualquer projeto específico dentro da área de saúde, é essencial que seja traçado um perfil daqueles com quem se está trabalhando. No caso da geriatria não é diferente. É de fundamental importância conhecer quais as reais necessidades e desejos dos idosos. O perfil, na área de saúde, tem por base quantificar a necessidade dos trabalhos a serem executados dentro da interdisciplinaridade. Assim, os trabalhos podem ser direcionados com maior exatidão, correspondendo diretamente aos anseios da população idosa freqüentadora dos serviços de saúde.

A saúde bucal esta diretamente relacionada à saúde geral dos pacientes, principalmente dos pacientes idosos, que em muitos casos não possuem o hábito de procurar atendimento odontológico com regularidade. Sendo assim, a saúde bucal destes necessita ter um maior enfoque, devido aos riscos de agravo na saúde geral. Na Estratégia Saúde da Família (ESF) é ofertada uma programação específica para essa faixa etária.

Por esse motivo faz-se de extrema importância que a população idosa tenha atendimento odontológico diversificado e regular, uma vez que a estratégia saúde da família prevê isso em sua base este atendimento.

O objetivo desse trabalho é avaliar a realidade do atendimento ao idoso na Estratégia Saúde da Família.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta "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".

Neto e Silvestre (1999) destacaram que a equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras". Camarano (1999) afirma que o grupo social "idoso", mesmo quando definido apenas etariamente, não suscita somente referências a um conjunto de pessoas com idades avançadas, mas à pessoas com determinadas características sociais e biológicas. O conceito de idoso envolve mais do que a simples demarcação de idades limítrofes biológicas e enfrenta pelo menos três obstáculos: a heterogeneidade entre indivíduos no espaço e no tempo; a suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais; e a finalidade social do conceito de idoso.

Freitas; Miranda; Nery (2001) afirmaram que o conceito de "doença única" não se aplica ao idoso, que apresenta a soma dos sinais e sintomas de uma ou mais doenças agudas, subagudas e crônicas. Assim, o desempenho funcional do idoso vai se deteriorando pouco a poucos sendo o envelhecimento com dependência um fenômeno que deve ser conhecido e

refletido na saúde pública como um desafio social.

Silvestre e Neto (2003) discorrem sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso cujo propósito basilar reside na promoção do envelhecimento saudável e o cuidado do idoso deve basear-se, fundamentalmente, na família com o apoio das Unidades Básicas de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, as quais devem representar para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde. A prevenção e a manutenção da saúde do idoso são efetivadas por meio de: I – cadastramento da população idosa em base territorial; II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbanos e rurais; V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

Floriano (2005) investigou idosos assistidos por uma equipe de saúde da família no Centro de Saúde de Sousas, localizado na Cidade de Campinas-SP e os resultados evidenciaram uma população bastante carente, vivendo predominantemente com outras pessoas com alta prevalência de doenças físicas crônicas e de transtornos mentais. Cerca de 27% da amostra apresentou perda de independência em atividades de vida diária. Apresentaram uma pior qualidade de vida percebida os idosos não aposentados, com incapacidade física e com maior número de doenças

físicas referidas.

Mendes et al. (2005) relatam que no panorama mundial, bem como nos países em desenvolvimento, a população idosa aumenta significativamente e o contraponto desta realidade aponta que o suporte para essa nova condição não evolui com a mesma velocidade. Diante disto, a preocupação com esse novo perfil populacional vem gerando, nos últimos anos, inúmeras discussões e a realização de diversos estudos com o objetivo de fornecerem dados que subsidiem o desenvolvimento de políticas e programas adequados para essa parcela da população.

Segundo Farinasso (2005) o envelhecimento saudável, com vistas à manutenção da capacidade funcional, deve ser o foco das políticas sociais e de saúde para os idosos. Neste contexto, a instrumentalização das equipes de saúde da família para atender esta emergente parcela populacional deve ser vista como primordial para a consolidação do sistema formal de apoio ao idoso.

Araújo et al. (2006) discorrem que no Brasil, a maioria dos idosos é do sexo feminino; vive em domicílios multigeracionais; é referência econômica nos mesmos; possui baixo nível socioeconômico; portadora de, pelo menos, uma doença crônica; independente para realização das atividades da vida diária; não possui dentes, e busca atenção em saúde no SUS. Os idosos brasileiros expostos a situações de vulnerabilidade social estão sujeitos à interferência direta dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Pilger (2006), Souza; Moraes; Barth (2006), Mastroeni et al. (2007) e Silva (2008) identificaram o perfil multidimensional de idosos de 60 anos ou mais em estudos distintos, porém encontrando resultados similares mostrando uma maioria de idosos do gênero feminino, predomínio da cor

branca, mais da metade eram casados, baixa escolaridade, referiram ter consultado médico nos últimos seis meses, trabalhavam em atividades relacionadas à agricultura, tinham participação econômica na família, autoavaliaram a saúde entre regular e boa e a grande maioria dos idosos consideravam-se felizes na maior parte do tempo.

Costa; Nakatani; Bachion (2006) identificaram algumas características sociais e demográficas de idosos de uma comunidade em Goiânia (GO); avaliaram a capacidade dos mesmos para as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida (AIVD). O estudo envolveu 95 idosos com predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos (60%), sexo feminino (60%), estado civil casado (49,5%), religião católica (54,7%) renda menor ou igual a 1 salário mínimo (45,3%) e moradia própria (89,5%). Foram identificados independência máxima nas AVD (57,9%) e comprometimento nas AIVD (72,6%). Os participantes apresentaram, predominantemente, independência para as atividades no domicílio e dependência para as atividades fora dele.

Segundo Neto et al. (2007), o envelhecimento caracteriza-se por ser um processo natural e gradual, capaz de produzir limitações e alterações no funcionamento do organismo tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças. Essas mudanças poderiam ser minimizadas com atitudes preventivas. Segundo os últimos dados do censo demográfico, houve um aumento no número de idosos, bem como da estimativa de vida desta população no Brasil. Esse fato justifica a necessidade do atendimento à saúde deste grupo de forma mais ativa, já que a população idosa tem sido sistematicamente excluída das programações de saúde bucal em nível coletivo. Assim, enfatiza-se a atuação da classe odontológica de modo a

organizar e desenvolver pesquisas e ações que ampliem o acesso aos serviços para melhorias das condições de vida da população.

Saintrain; Vieira (2008) discorrem sobre o envelhecimento da população brasileira e a mudança na sua estrutura etária, requerendo das políticas públicas e dos profissionais de saúde atitudes definidas na abordagem de atenção à saúde com ênfase no trabalho interdisciplinar. As ações desenvolvidas em um programa para idosos devem promover a interação com as demais áreas do conhecimento, pois a avaliação de saúde geral e bucal dessa população requer conhecimentos interdisciplinares e acompanhamento multiprofissional.

Freire et al. (2002) relatam que a manutenção da saúde dos dentes depende fundamentalmente de dois fatores: a motivação e a cooperação do paciente e sua habilidade para escovar criteriosamente os seus dentes. Uma outra característica muito comum na população geriátrica é o grande uso de medicamentos variados, que causam efeitos colaterais bucais, como sangramento gengival muitas vezes espontâneo e lesões bucais diversas.

Moreira et al. (2005) buscaram destacar em seu estudo os problemas bucais prevalentes vividos pelos idosos, visando conhecer os principais obstáculos no acesso aos serviços de saúde. Valores entre 25 a 31 foram encontrados no índice de CPO, e uma alta porcentagem de edentulismo. As principais barreiras para o acesso aos serviços odontológicos foram à baixa escolaridade, baixa renda, escasses de serviços públicos de saúde bucal. A saúde bucal dos idosos brasileiros está em uma situação precária, com altas taxas de edentulismo, problemas periodontais, grande necessidade de próteses; refletindo a ineficácia histórica de serviços públicos odontológicos, limitados a extrações

em série, com base no modelo curativo.

Teixeira (2007) avaliou as condições de saúde bucal de idosos moradores na área urbana do município de São Paulo em 2006 constatando um alto CPO para homens e mulheres e uma grande necessidade de tratamento periodontal e exodontias e no que diz respeito à presença de lesão em tecidos moles da cavidade bucal, 18,93% das mulheres e 15,95% dos homens, apresentaram algum tipo de lesão.

As necessidades odontológicas de idosos são importantes e amplas. Dados epidemiológicos desse grupo populacional podem mostrar a história de vida-saúde e o tipo de atenção recebida em todas as fases de vida. Esses indivíduos apresentam, em geral, um grande número de dentes perdidos e muitos casos em que há necessidade de reabilitações. Os profissionais de saúde se deparam, além do grande acúmulo de carências, com uma insuficiente rede de serviços para reverter essa realidade.

A promoção de saúde e saúde bucal na população idosa brasileira deve ser estimulada em todos os ambientes sociais, tanto nos serviços de saúde quanto na família, promovendo a autonomia do idoso, possibilitando a consolidação da relação inegável entre o suporte social e a promoção de saúde, pois na medida em que se implementa o primeiro, trabalha-se promovendo a saúde.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo foi utilizado um questionário autorizado pela SBGG/PR, desenvolvido pelo cirurgião-dentista Rosângela Pironti de Castro, para estudo transversal, que engloba perguntas sobre aspectos sociais, políticos e específicos sobre os atendimentos prestados na unidade.

A população estudada corresponde a um grupo de 30 idosos de ambos os gêneros, freqüentadores da Unidade de Saúde da Família Dr. Nilton Luiz de Castro, no bairro Tarobá no Município de Ponta Grossa – PR. Os idosos compareceram na Unidade em um dia previamente programado pela coordenação da ESF para participarem de programação própria e foram sendo aleatoriamente convidados a participar da entrevista. O Termo de Livre e Esclarecido ficou sob responsabilidade do coordenador da USF. (Anexo B). Foram excluídos da pesquisa aqueles pacientes que não desejaram ser entrevistados ou que não assinaram o termo de Livre e Esclarecido.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas e fechadas, por meio de questionário. Todos os questionários foram aplicados por um único entrevistador. Os dados obtidos foram tabulados e organizados em gráficos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo as respostas obtidas, pode se constatar que:

- A maioria dos idosos que frequentam a Unidade de Saúde da Família são mulheres, com primeiro grau incompleto, com média de idade de 63 anos. Já os homens estão em minoria, com média de idade de 64 anos e também com primeiro grau incompleto.

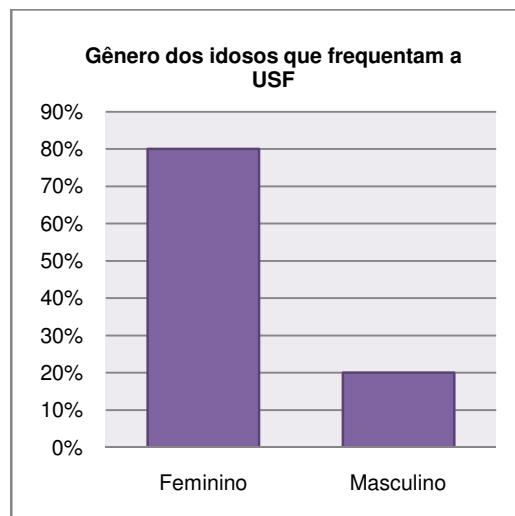


Gráfico 1- Porcentagem do gênero dos idosos que frequentam a USF

90% dos idosos que têm acesso a Unidade de Saúde da Família são independentes, ou seja, possuem autonomia de locomoção e 10% dos idosos são parcialmente dependentes, ou seja, necessitam de ajuda ou acompanhamento.

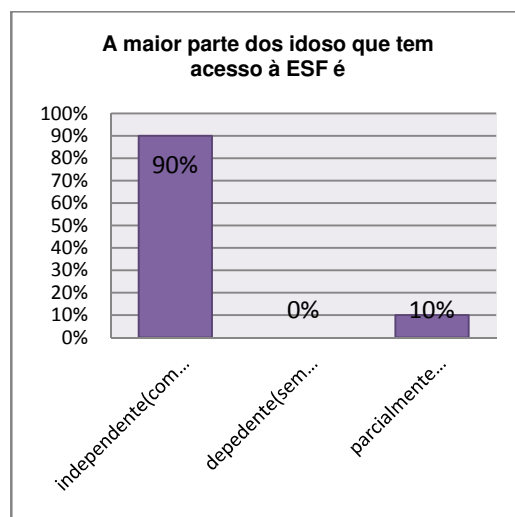


Gráfico 2- porcentagem de como é a locomoção dos idosos até a USF

- 35% dos idosos responderam que esperam por mais de uma hora para conseguir uma vaga para consulta; 50% responderam que esperam entre trinta minutos e uma hora; 5% responderam que esperam

entre quinze e trinta minutos; 10% responderam que esperam menos de quinze minutos por uma vaga para consulta.

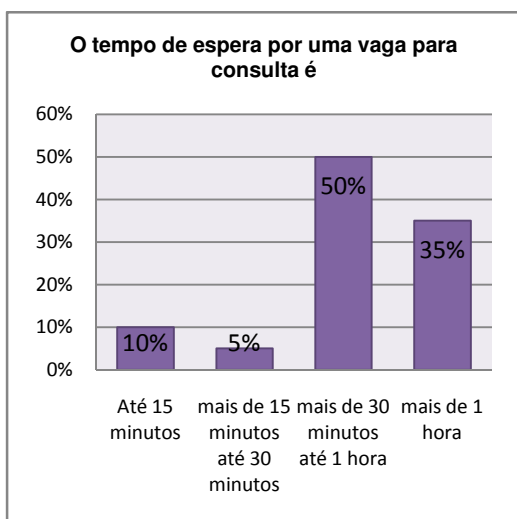


Gráfico 3- Percentagem do tempo de espera por uma consulta

- 65% dos idosos responderam que as doenças crônicas diagnosticadas são tratadas na unidade de saúde, já 35% disseram que as doenças crônicas diagnosticadas não são tratadas.

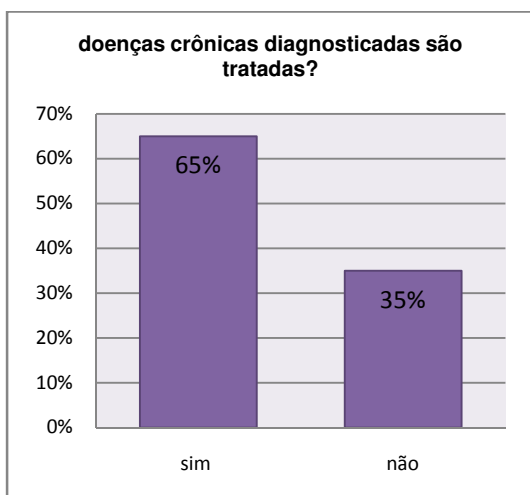


Gráfico 4- porcentagem de doenças crônicas diagnosticadas tratadas

Dos 35 % relataram que as doenças diagnosticadas não são tratadas, 20% informaram que são

encaminhados para o Pronto Socorro Municipal, 60% são encaminhados para especialistas, 20% são encaminhados para outras cidades (como Curitiba).

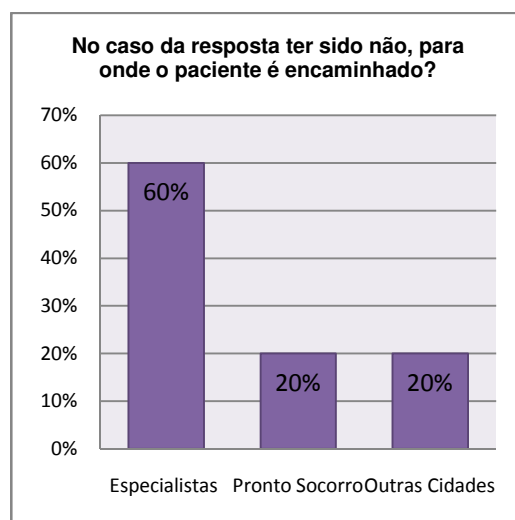


Gráfico 5- Percentagem para onde o paciente é encaminhado

- 100% responderam que não havia nenhum médico especialista na área de geriatria atendendo na unidade de saúde.

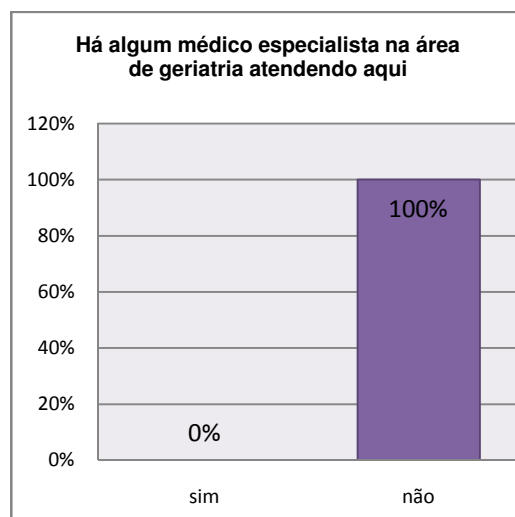


Gráfico 6- Percentagem se há algum médico especialista em geriatria na USF

100% afirmaram que não havia trabalhos voluntários na instituição.



Gráfico 7- porcentagem se há algum trabalho voluntário na USF

- 90% dos idosos observaram que havia programas de apoio aos idosos na instituição e 10% responderam que não havia programas de apoio.

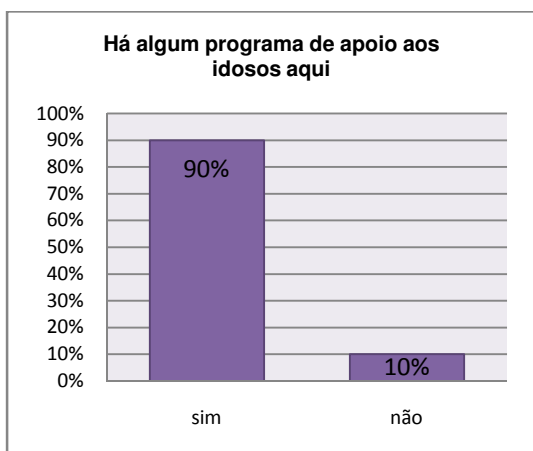


Gráfico 8- Porcentagem se há algum programa de apoio ao idoso na USF

- Os programas com maior quantidade de respostas assinaladas foram: Caminhada com 55%, palestras com 45%, nenhum idoso relatou que tem espaços com maior conforto; treinamento do pessoal para acolhimento; filas especiais.

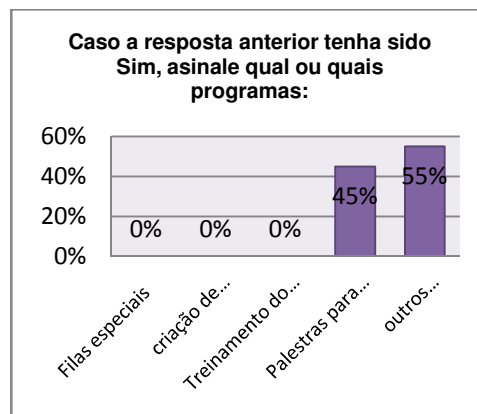


Gráfico 9- Porcentagem dos programas oferecidos na USF

- Dos 10% dos idosos que responderam que não havia programa de apoio na instituição, os motivos dados teriam relação aos péssimos governantes com 50%, falta de tempo dos profissionais com 25% e idosos não tem interesse 25%.

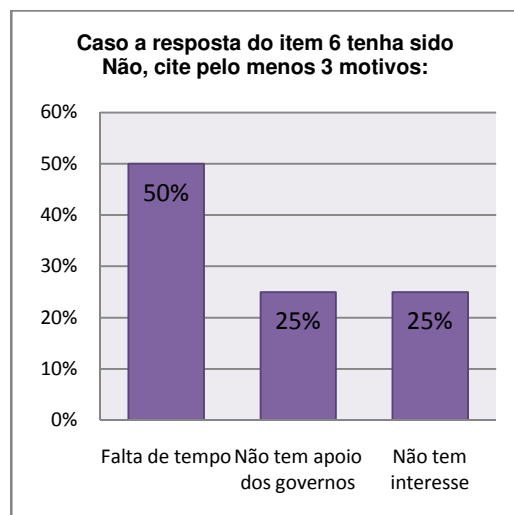


Gráfico 10- Porcentagem dos motivos do idoso não participar dos programas na USF

A média de idade dos idosos entrevistados foi de 63 anos, (FARINASSO, 2005; SOUZA; MORAIS; BARTH 2006; ARAÚJO et al. 2006; PILGER, 2006; COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006; MASTROENI et al. 2007; SILVA, 2008) Estes afirmam que a estrutura etária das mulheres é mais envelhecida, ou seja, que quanto mais

velha a faixa de idade, maior a proporção de mulheres. Nesta pesquisa os dados são compatíveis com tais estudos (Gráfico 1).

Em relação à escolaridade encontrou-se 100% de indivíduos com educação fundamental restrita a menos de sete anos de estudo. Segundo o IBGE 2005, nas décadas de 1930 até, pelo menos, os anos 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. Nessa medida, o baixo saldo da escolaridade média da população idosa é reflexo desse acesso desigual.

O baixo nível de escolaridade associado a fatores socioeconômicos e culturais contribuem para o aparecimento das doenças, considerando que esses fatores podem dificultar a conscientização das pessoas para a necessidade de cuidados com a saúde ao longo da vida, adesão ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável, limitando a ação de fatores de risco. Encontrar estratégias de solução para esses problemas requer o envolvimento de todos os profissionais da equipe, minimizando o efeito negativo da baixa escolaridade na qualidade de vida e no déficit funcional. (REIS; MARCELO, 2006; MASTROENI et al. 2007; SILVA, 2008).

Neste estudo, pesquisaram-se variáveis relacionadas à capacidade de independência e autonomia. Cerca de 90% dos entrevistados referiu não possuir nenhum tipo de dificuldade para locomover-se fora de suas residências (Gráfico 2). No entanto, a dificuldade visual foi referida como a que mais impossibilitava o idoso de locomover-se fora de casa. Porém em outro estudo os participantes apresentaram, predominantemente, independência para as atividades no domicílio e dependência para as atividades fora dele (COSTA; NAKATAMI; BACHION, 2006). A equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à

sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras (NETO; SILVESTRE, 1999; FREITAS; MIRANDA; NERY, 2001; ARAÚJO meio

Considerando a ocorrência de insatisfação dos idosos em relação ao atendimento nas UBSs, que são as portas de entrada do sistema municipal de saúde, principalmente, por intermédio das equipes de ESF cabe aos gestores a investigação detalhada dessa situação, buscando a melhoria na qualidade do atendimento e na satisfação dos usuários (PERIM et al. 2003; FARINASSO, 2005). Ocorre o agendamento, porém os horários não são respeitados ficando desta forma a demanda reprimida.

Cabe ainda aos profissionais das equipes, coordenadores de todas as esferas e gestores de saúde envolvidos nas equipes da ESF, a implementação de estratégias de educação permanente com ênfase na geriatria e gerontologia para que os profissionais de saúde possam analisar e compreender a situação da população idosa (NETO; SILVESTRE, 1999; PERIM et al. 2003; FARINASSO, 2005; ARAÚJO et al. 2006; MASTROENI et al. 2007). Já que no presente estudo foi relatado que os profissionais não estão capacitados para lidar com os idosos, que requerem cuidados especiais, diferenciando a senescência da senilidade (Gráfico 8).

Na amostra estudada 65% (Gráfico 4) referiram serem tratados na Unidade Saúde da Família nos casos de doença crônica. Porém dos 35% que são encaminhados, 60% são para especialista. A prevalência de doenças é maior nas mulheres em comparação aos homens. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por (FARINASSO 2005; FLORIANO, 2005).

Em relação aos programas a caminhada foi indicada como a mais praticada entre os idosos com 55% de respostas positivas (Gráfico 9), seguida das palestras. Tratando-se de idosos, onde a capacidade física é limitada pelo próprio processo de envelhecimento, este resultado é otimista. A baixa frequência de respostas em outras modalidades já era esperada, tendo em vista que os profissionais de saúde se deparam, além do grande acúmulo de carências, com uma insuficiente rede de serviços para reverter essa realidade (REIS; MARCELO, 2006). Porém a gravidade do quadro epidemiológico indica que algo precisa ser feito, e desenvolver ações dirigidas a este grupo não significa deixar de dar atenção prioritária a outros, mas distribuir de maneira equilibrada os recursos, de acordo com a atual situação demográfica e epidemiológica (PERIM et al. 2003; FARINASSO, 2005; ARAÚJO et al. 2006; MASTROENI et al. 2007). Porém em um trabalho foi relatado 64,4 % dos idosos não participam de grupos (SILVA, 2008).

5 CONCLUSÃO

A partir dos dados coletados, pode-se concluir:

. A falta de informação dos idosos somada ao descaso com as suas condições como pacientes especiais e a falta de programas para atendimento especializado são os principais problemas que atingem os idosos nas Unidades de Saúde da Família.

. A maioria dos problemas poderia ser resolvida com a disponibilidade nas unidades de pessoas treinadas e preparadas para atender esta população. Situações como a espera de mais de uma hora para conseguir uma vaga para consulta, do fato que muitas doenças diagnosticadas não

serem tratadas no local e informações errôneas

para o encaminhamento, comprovam o despreparo das pessoas que trabalham nas Unidades de Saúde da Família.

. Não existe nenhum médico especialista em geriatria em toda a rede municipal de saúde de Ponta Grossa- PR, o que corresponde com a afirmação de 100% dos idosos entrevistados no que diz respeito esta questão. Com a contratação de especialistas na área de gerontologia e serviço social, bem como a oferta de um treinamento adequado, resultaria num melhor acolhimento do idoso na unidade, diminuindo assim as filas de espera (este, fator predisponente de doenças infecto-contagiosas, devido ao estresse e diminuição conseqüente na imunidade do idoso), criando um espaço com maior conforto, fornecendo palestras informativas e principalmente orientando de forma correta, poderemos tornar o envelhecer mais digno e com mais saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. S. C. et al. **Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil**. Interface — Comunicação, Saúde, Educação, v.10, n.19, p.203-16, jan./jun., 2006.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. **Regulamenta a Lei nº 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, v. 134, n. 128, p. 12277-12279, 3 jul.1996. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para**

reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, 1999. **Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências.** Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 237-E.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Portaria n. 648 de 28 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** Ministério da Saúde. Brasília, 2003.

CAMARANO, A. A. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.** Rio de Janeiro: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1999.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. **Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária.** Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo. v. 19, n. 1, p. 35-43, 2006.

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

FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família.**

Ribeirão Preto. 2005. 112f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005

FREIRE, R. M. et al. **Saúde bucal dos pacientes idosos institucionalizados.** Revista Paulista de Odontologia, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 30-33, 2002.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global.** In: FREITAS, E. V. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan,. Cap. 72, p. 609-617, 2001.

FLORIANO, P. J. **O perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do centro de saúde de Sousas, no município de Campinas-SP:** Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, 2005.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Censo demográfico. 2005.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 de jul. 2011.

MASTROENI, M. F. et al. **Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar.** Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo. v.10, n. 2, p.190 – 201, 2007.

MOREIRA, R. S. et. al. **A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665 – 1675, nov./dez. 2005.

NETO, N. S. et. al. **Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.** Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 48 – 56, jan./jun. 2007.

PASCHOAL, S. M. P. **Autonomia e Independência. In: Papaléo –Netto M. Tratado de Gerontologia.** 2 ed. São Paulo. Atheneu p. 609 – 621, 2001.

PERIM, C.N.B. et al. **Uma proposta de sistematização para controle da hipertensão arterial sistêmica em idoso no contexto do PACS/PSF com ênfase na saúde bucal [monografia de especialização].** Belo Horizonte (MG): Projeto Veredas de Minas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

PILGER, J. W. **Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Veranópolis-RS.** Porto Alegre, 2006, 153f. Dissertação de (Mestrado em Gerontologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2006.

REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. **Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005.** Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.11, n.1, jan./mar., 2006.

SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, L. J. E. S. **Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar.** Revista Ciência &

Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1127 – 1132, 2008.

SILVA, C. B. D. C. A. **Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família em Rio Grande, RS.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2008.

SILVEIRA, S. R. et. al. **Análise do perfil dos idosos atendidos por um programa de saúde da família do bairro Araçás em Vila Velha – ES.** Revista Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 35-47, 2008.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 18-26, jun., 2003.

SOUZA, L. M.; MORAIS, E. P.; BARTH, Q. C. M. **Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil.** Revista Latino Americana de Enfermagem. v.14, n.6, Ribeirão Preto, nov./dez., 2006.

TEIXEIRA, D. S. C. **Condições de saúde bucal dos idosos moradores no Município de São Paulo em 2006.** (Dissertação de mestrado). São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP, 2007.