

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Priscila Karolline Rodrigues Cruz

DIFICULDADE DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE EM IDOSOS
COMUNITÁRIOS: prevalência e fatores associados

Montes Claros, MG
2019

Priscila Karolline Rodrigues Cruz

DIFICULDADE DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE EM IDOSOS
COMUNITÁRIOS: prevalência e fatores associados

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dra. Fernanda Marques da Costa

Coorientadora: Prof^ª Dra. Maria Aparecida Vieira

Montes Claros, MG

Cruz, Priscila Karolline Rodrigues.

C955d Dificuldade de acesso a serviços de saúde em idosos comunitários
[manuscrito] : prevalência e fatores associados / Priscila Karolline Rodrigues Cruz.
– 2019.

70 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -
Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS,
2019.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Marques da Costa.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida Vieira.

1. Serviços de saúde – Idosos – Assistência. 2. Acesso aos serviços de
saúde – Dificuldades - Prevalência. 3. Enfermagem em saúde comunitária. 4.
Geriatria. I. Costa, Fernanda Marques da. II. Vieira, Maria Aparecida. III.
Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título: Prevalência e fatores
associados.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Prof. Dr. Antônio Alvimar de Souza

Vice-reitor: Prof^a. Dr^a. Ilva Ruas Abreu

Pró-reitor de Ensino: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Pró-reitor de Pesquisa: Prof. Dr. José Reinaldo Mendes Ruas

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Prof. Dr. Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof^a. Dr^a. Sônia Ribeiro Arruda

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof^a. Dr^a. Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. Dr. André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato-sensu*: Prof. Dr. Felipe Fróes

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Prof. Dr. Marcelo Perim Baldo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Prof. Dr^a. Simone de Melo Costa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATA: PRISCILA KAROLLINE RODRIGUES CRUZ

DATA: 19/07/2019

HORÁRIO: 14:00

TÍTULO DO TRABALHO: "DIFICULDADES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

BANCA (TITULARES)

PROFª. DRª. FERNANDA MARQUES DA COSTA (ORIENTADORA/PRESIDENTE)

PROFª. DRª. MARIA APARECIDA SILVEIRA (COORIENTADORA)

PROFª. DRª. JOSIANE SANTOS BRANT ROCHA

PROF. DR. DIEGO DIAS DE ARAÚJO

PROFª. DRª. ANAMARIA DE SOUZA CARDOSO

ASSINATURAS

Fernanda Marques da Costa
Maria Aparecida Silveira
Josiane Santos Brant Rocha
Diego Dias de Araújo
Anamaria Cardoso

BANCA (SUPLENTE)

PROFª. DRª. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO

PROFª. DRª. ORLENE VELOSO DIAS

ASSINATURAS

APROVADO [] REPROVADO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

<http://www.unimontes.br> / mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3229-8292

Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia - Montes Claros - MG, Brasil - Cep: 39401-089

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, trilhou comigo cada passo dessa jornada, me sustentando dia após dia, sendo meu porto seguro e pela permissão da concretização desse sonho.

Aos meus pais pelos ensinamentos, pela educação, por não medir esforços aos meus estudos para que hoje tenham a alegria e satisfação de ter uma filha MESTRE. Em especial a minha mãe, meu espelho de profissão e de vida.

Ao meu amado esposo, companheiro de sonhos e de vida, pelo amor, compreensão, apoio, pelas cobranças e presença constante em minha vida.

Ao meu colega e amigo Cássio de Almeida Lima, pelo incentivo na realização do processo seletivo do Mestrado, na qual acreditou em mim e hoje tenho êxito nesta conclusão.

A todos meus familiares: avós, tios, primos, sogra, sogro, pelo companheirismo e por sempre torcerem pela minha felicidade e reafirmo que o estudo e o conhecimento mudam a vida das pessoas.

As minhas orientadoras Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Marques da Costa e Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Vieira, pelo apoio constante, dedicação, paciência, ensinamentos, pelas riquezas das orientações e amizade. Seus conhecimentos e competência no ensino e na pesquisa me permitiram trilhar um crescimento profissional desde o primeiro contato, ainda na graduação.

Aos colegas de turma, pelos momentos alegres, tristes e de aprendizado vividos. Os momentos compartilhados, tão ricos de aprofundamento intelectual e pessoal, no dia a dia do curso, muito facilitaram a realização deste estudo, sentirei saudades.

A Universidade Estadual de Montes Claros, que me possibilitou o ensino público e de qualidade na graduação e pós-graduação.

Aos professores da Banca de Qualificação pelas contribuições para aprimoramento do estudo.

Aos acadêmicos de medicina e enfermagem pela contribuição na coleta de dados.

Aos idosos participantes desta pesquisa pela aceitação e contribuição.

O meu muito obrigada a todas as pessoas que, pessoal ou profissionalmente, contribuíram para esta realização.

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em escala global, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida e queda da taxa de fecundidade. Possui cada vez mais relevância e impacto na sociedade e traz consigo grandes repercussões, entre elas destaca-se a necessidade de adaptações do sistema de saúde para garantir qualidade de acesso aos serviços de saúde pelos idosos. O objetivo do estudo foi estimar a prevalência de dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não comunitários na zona urbana de Montes Claros, MG, Brasil e descrever os fatores associados. Trata-se de Estudo transversal, entre idosos não institucionalizados Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso entre novembro de 2016 e fevereiro de 2017. Avaliou-se características demográficas (sexo, faixa etária), sociais (situação conjugal, arranjo familiar, escolaridade e leitura) variáveis econômicas (renda própria e renda familiar mensal) características clínicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, infarto agudo do miocárdio, doença osteoarticular, neoplasia, acidente vascular encefálico, autopercepção de saúde, presença de cuidador, queda nos últimos 12 meses, internação nos últimos 12 meses e fragilidade) relativas ao acesso (possui plano de saúde, principal serviço de saúde procurado, público ou privado, dentre eles pronto atendimento do Sistema Único de Saúde, Pronto Atendimento Particular, Consultório Particular, Centro de Especialidades, e Estratégia Saúde da Família. Foram realizadas análises bivariadas (teste qui-quadrado de *Pearson*) adotando-se nível de significância menor que 0,20 para inclusão das variáveis independentes no modelo múltiplo. O modelo final foi gerado por meio de análise de regressão de *Poisson*, com variância robusta, e as variáveis mantidas apresentaram associação com dificuldade de utilização dos serviços de saúde até o nível de significância de 0,05 ($p < \text{igual } 0,05$). Participaram deste estudo 394 idosos, a avaliação das características da amostra evidenciou a predominância do sexo feminino, 263 (66,8%). A faixa etária com maior contingente foi entre 60 e 79 anos 302 (76,6%), com média de idade de 73,9 ($DP \pm 7,9$) anos. Residiam sem companheiro 199 (50,6%); 295 (74,9%) possuíam até quatro anos de estudo. Em relação às variáveis sociais, 348 (88,3%) idosos não possuíam cuidador. Das variáveis clínicas 281 (71,3%) eram hipertensos; 189 (48,0%) referiam doenças ósteo-articulares. Dos idosos avaliados, 33% referiram dificuldades de acesso. Verificou-se, na análise múltipla, maior dificuldade de acesso entre os idosos sem companheiro ($RP=1,21$); que não sabem ler ($RP=1,23$); com autopercepção negativa de saúde ($RP=1,13$) frágeis ($RP=1,35$). Os idosos enfrentaram maiores dificuldades no acesso quando procuram serviços públicos ($RP= 1,32$). Conclui-se que há alta percepção de dificuldade de acesso, influenciada por aspectos sociais e físicos inerentes ao envelhecimento. Evidencia-se necessidade de investimentos na assistência à saúde do idoso, de forma a garantir a assistência de qualidade e promover um envelhecer com melhor acesso à saúde.

Palavras-chave: Serviços de Saúde. Assistência a idosos. Acesso aos serviços de saúde. Prevalência. Enfermagem em saúde comunitária. Geriatria.

ABSTRACT

Population aging is a phenomenon that occurs on a global scale characterized by an increase in life expectancy and a drop in fertility rate. It has more and more relevance and impact in society and brings with it great repercussions, among them the need for adaptations of the health system to guarantee quality of access to health services by the elderly. The objective of the study was to estimate the prevalence of difficulties in accessing health services among non-institutionalized elderly in the municipality of Montes Claros, MG, Brazil, and to describe the associated factors. This is a cross-sectional study among community elders in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Data collection was carried out at the household of the elderly between November 2016 and February 2017. Demographic characteristics (sex, age group), social (marital status, family arrangement, schooling and reading) (hypertension, diabetes mellitus, acute myocardial infarction, osteoarticular disease, neoplasia, stroke, self-perception of health, presence of caregiver, decrease in the last 12 months, hospitalization in the last 12 months and frailty). public health system, private care, private practice, special care center, and family health strategy. Bivariate analyzes were carried out (Pearson's chi-square test), adopting a level of significance lower than 0.20 for inclusion of the independent variables in the multiple model. O The final model was generated by means of Poisson regression analysis, with robust variance, and the variables maintained showed an association with difficulty of using the health services up to the level of significance of 0.05 ($p < 0.05$). A totally of 394 elderly people participated in the study, and the evaluation of the characteristics of the sample showed a predominance of females, 263 (66.8%). The age group with the highest contingent was between 60 and 79 years old 302 (76.6%), with a mean age of 73.9 (SD \pm 7.9) years. They lived without partner 199 (50.6%); 295 (74.9%) had up to four years of study. Regarding social variables, 348 (88.3%) elderly did not have a caregiver. Of the clinical variables 281 (71.3%) were hypertensive; 189 (48.0%) reported osteo-articular diseases. Of the elderly evaluated, 33% reported access difficulties. It was verified, in the multiple analysis, greater difficulty of access among the elderly without companion (RP = 1.21); who can not read (PR = 1.23); with negative self-perception of health (PR = 1.13) fragile (PR = 1.35). The elderly faced greater difficulties in access when seeking public services (PR = 1.32). It is concluded that there is a high perception of access difficulty, influenced by social and physical aspects inherent to aging and that can be enhanced by characteristics of public services. There is a need for investments in the health care of the elderly, in order to guarantee the assistance promoting a healthy aging.

Keywords: Health Services. Old Age Assistance. Health Services Accessibility. Prevalence. Community Health Nursing. Geriatrics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DP	Desvio-padrão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RP	Razão de Prevalência
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1: Análise bivariada da dificuldade de acesso aos serviços de saúde segundo variáveis demográficas, sociais, econômicas, clínicas e relativas ao acesso aos serviços de saúde. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. 2018. (n=394).....34
- Tabela 2: Fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2018).....36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de Utilização dos Serviços de Saúde de Andersen e Newman (1973).....14

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO/REVISÃO DE LITERATURA.....	11
1.1 Envelhecimento Populacional	11
1.2 Acesso e utilização dos Serviços de Saúde.....	12
1.2.1 Serviços de Saúde à População Idosa Brasileira.....	14
1.2.2 Determinantes do acesso aos cuidados de saúde em idosos.....	17
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
3 MÉTODO.....	22
3.1 Desenho, Local do estudo e Período.....	22
3.2 Amostra.....	22
3.3 Protocolo de Estudo.....	23
3.4 Análise dos Resultados.....	24
3.5 Aspectos Éticos.....	25
4 PRODUTOS CIENTÍFICOS.....	26
4.1 Artigo 1: Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados.....	27
4.2 Cartilha Educativa: acesso aos serviços de saúde pela população idosa	46
4.3 Resumo expandido publicado em anais de congressos.....	47
4.3.1 Avaliação das dificuldades do acesso aos serviços de Saúde da população idosa	47
6 CONCLUSÕES	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	53
ANEXOS.....	61

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em escala global, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida e queda da taxa de fecundidade. Os países desenvolvidos Japão, Islândia, Suíça, França, Itália, Austrália, Suécia e Canadá possuem as expectativas de vida mais elevadas e a África é o continente com a menor expectativa de vida. O Brasil é o quinto país com a maior população do mundo com uma transição demográfica que vem ocorrendo de forma progressiva (OMS, 2017; ONU, 2018; WANG *et al.*, 2016).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contabiliza que existem, no Brasil aproximadamente 30.200.000 pessoas com 60 anos ou mais, e revela o crescimento de 18% desse grupo etário. Entre 2012 e 2017 o número de idosos cresceu em todas as unidades da federação, e os estados com maior proporção, o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, correspondendo a mais de 18,6% em ambos estados. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos - 7,2% da população. No ano de 2010, a população idosa representava 11,2% da população geral no estado de Minas Gerais e 8% na cidade de Montes Claros. A regionalidade, os aspectos geográficos, sociais e econômicos explicam as divergências dos percentuais de idosos nos locais apresentados. Há previsão que em meados de 2025 a 2050 o mundo estará constituído de 50% de idosos e, nessa previsão, o Brasil estará incluído (ARAÚJO; AZEVEDO; CHIANCA, 2011; IBGE, 2017).

A média de vida dos homens brasileiros é de 72,5 anos e das mulheres de 79,6 anos. Observa-se em análise das diferenças por sexo, que é possível evidenciar a feminização do envelhecimento, o que ocorre principalmente em função do diferencial da mortalidade por sexo. Esse fenômeno afeta o ritmo de crescimento das populações masculina e feminina e prevalece na população brasileira, resultando em maior sobrevivência das mulheres. Essa diferença pode ser explicada pela maior taxa de homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e outras causas de morte entre os homens (ALMEIDA *et al.*, 2015; IBGE, 2017).

Populações mais envelhecidas apresentam maior carga de doenças crônicas e de incapacidades, o que, por sua vez, repercutem no aumento da demanda por atenção à saúde. Compreender os fatores que influenciam o uso dos serviços de saúde pode ajudar a planejá-los. Os serviços de saúde, não são, isoladamente, suficientes para garantir a saúde, mas desempenham papel essencial na prevenção da limitação funcional, na relação do indivíduo com a sociedade e na reabilitação (CHEN *et al.*, 2014; GONG; KENDIG; HE, 2016; HAVERCAMP; SCOTT, 2015; JEON; KWON; KIM, 2015).

1.2 Acesso e utilização dos Serviços de Saúde

Os diversos determinantes sociais da saúde incluem as condições econômicas e sociais que afetam o indivíduo, inclusive no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. O ingresso do usuário aos serviços pode ser considerado o primeiro passo para atendimento às necessidades de saúde da população, de forma que deve proporcionar condições de ir e vir, com independência, conforto e segurança (PAGLIUCA *et al.*, 2017). O acesso aos serviços de saúde representa importante aspecto que fundamenta a qualidade e desempenho adequado dos serviços de saúde. Acesso é um conjunto de dimensões que determinam a relação entre a procura e a entrada no serviço (PAGLIUCA *et al.*, 2017).

Ter o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, é um direito fundamental e reconhecido a todo cidadão brasileiro. A legislação brasileira considera a saúde como resultado de determinantes, incluindo o acesso à assistência à saúde. Todavia, existem barreiras que comprometem o ingresso da população aos cuidados básicos e a lacuna dos que recebem e não recebem esses cuidados ampliou ao decorrer dos anos em serviços de saúde (BRASIL, 1988; DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978; PAGLIUCA *et al.*, 2017; SCOLARI *et al.*, 2018).

O acesso oportuno é a capacidade de se obter um agendamento tão rápido quanto possível, permitindo que o usuário obtenha assistência imediata para condições agudas, o que proporciona redução de gastos e danos com atendimento de alta complexidade. A continuidade do cuidado é a capacidade do usuário de acessar o profissional de saúde de referência para acompanhamento sempre que possível em casos crônicos, visando ao desenvolvimento de uma relação duradoura com o profissional e, por conseguinte, se alcançar o cuidado individual e holístico. Tais medidas operacionais são utilizadas internacionalmente para verificar a qualidade do acesso do usuário à atenção primária em saúde (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2014).

O uso dos serviços de saúde, por sua vez, representa todo o contato direto, por meio de consultas médicas, hospitalizações e atendimento multiprofissional, ou indireto com a realização de exames preventivos e diagnósticos dos usuários com os serviços de saúde, assim é a evidência de que o acesso foi alcançado. Avaliar a utilização dos serviços de saúde é um modo de compreender o acesso, conceito amplo, complexo e pode variar conforme o contexto, tempo e autores. Está relacionado a organização dos serviços no sistema de saúde e é a característica de oferta. Representa a entrada do usuário no serviço de saúde e sua continuidade dos tratamentos posteriores e reflete no processo saúde-doença. O acesso envolve os aspectos geográficos, funcionais, socioculturais e econômicos (PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

O aspecto geográfico do acesso está relacionado as características de distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado. O aspecto funcional inclui os recursos que facilitam ou impedem os indivíduos de receber os cuidados de uma equipe de saúde, como horário de funcionamento, forma de marcação de consulta, presença de longas filas, oferta de cobertura após o horário de funcionamento, explicitação dos serviços e a aceitabilidade das diferenças culturais. Os aspectos socioculturais se relacionam a religião, psíquicos, educação e os econômicos são os relativos à renda, custos e insumos que devem ser pagos (BORGHI et al., 2015).

O modelo teórico de utilização de serviços de saúde evidenciado na Figura 1 agrupa os perfis de consumo em três dimensões: capacitação, necessidade e predisposição. Os fatores de capacitação se referem à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde; diretamente ligados às condições econômicas e à oferta de serviços: renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados. Os relativos à necessidade estão ligados às percepções subjetivas das pessoas e ao estado de saúde. O perfil de predisposição refere-se às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde como as variáveis sociodemográficas e familiares: idade; sexo; nível de escolaridade e raça. Portanto, tais fatores podem interferir para o alcance ou dificuldade no acesso aos serviços de saúde (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

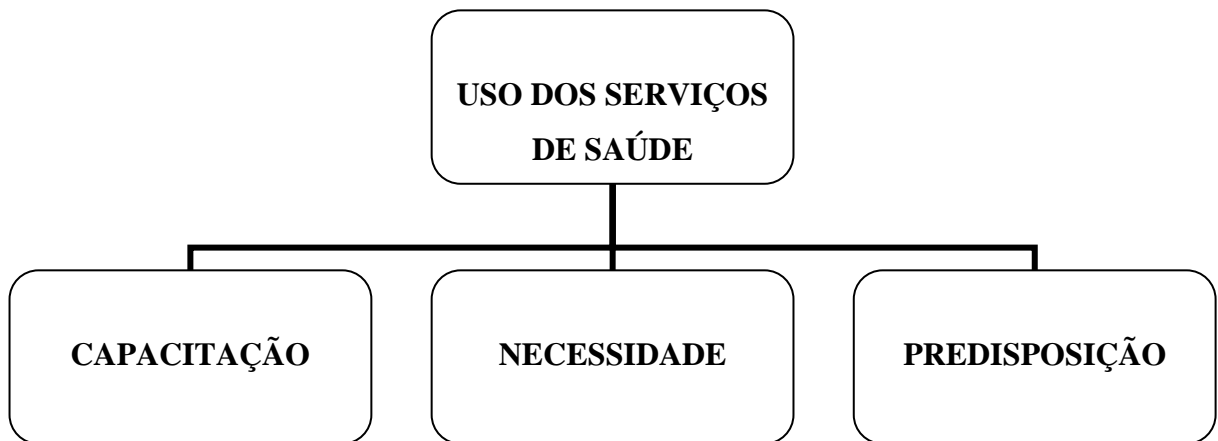


Figura 1: Modelo Teórico de Utilização dos Serviços de Saúde, Andersen e Newman, 1973. Fonte: Andersen; Newman (1973)

O processo de envelhecimento implica menor expediente do idoso em buscar atendimento nos serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção. Altera, portanto, o aspecto de capacitação descrito no modelo teórico (ANDERSEN; NEWMAN, 1973). Naturalmente, a população idosa apresenta alta prevalência na utilização dos serviços se comparados as demais faixas etárias, o que é explicado pelo aspecto da predisposição natural da idade. Outros fatores, como variações geográficas; socioeconômicas; necessidades individuais; qualidade de vida e nível de conhecimento sobre saúde, associados ao perfil de morbidade são determinantes na utilização de serviços de saúde e em sua frequência (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Dessa forma, a utilização dos serviços de saúde pelos idosos pode ser explicada pelos aspectos indicados no modelo teórico descrito por Andersen; Newman (1973).

1.2.1 Serviços de Saúde à População Idosa Brasileira

Um dos maiores episódios da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Chegar à velhice, que antes era privilégio de poucos, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Essa conquista, maior do século XX, transformou, no entanto, o grande desafio para o século atual. O idoso tem particularidades bem conhecidas, acompanhados de doenças crônicas e fragilidades. Além de maiores custos e menos recursos sociais e financeiros. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional. Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado de forma diferente da que é

realizada para o adulto mais jovem. O envelhecimento da população não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida e um dos desafios atuais é a escassez e/ou restrição de recursos para a demanda crescente de idosos (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Observa-se superlotações dos serviços de saúde, em policlínicas, centro de especialidades, hospitais e demais locais. Além de longas filas em Estratégias Saúde da Família (ESF), para conseguir o atendimento necessário e oportuno no dia pela procura ao serviço. Esse fato é decorrência do padrão das doenças dos idosos, que são crônicas e múltiplas, e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. Diante disso, observa-se que os serviços de saúde não estão estruturados para atender toda a população incluindo os idosos com tantas necessidades (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos. Sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a saúde, nem para a qualidade de vida (VERAS *et al.*, 2018).

Um dos problemas da maioria dos modelos assistenciais vigentes decorre do foco exclusivo na patologia existente. Mesmo quando se oferece um programa com uma lógica de antecipação dos agravos, as propostas são voltadas, prioritariamente, para a redução de determinada moléstia. E deslembra que em uma doença crônica já estabelecida o objetivo não deve ser a cura, mas a busca da estabilização do quadro clínico e o monitoramento constante, de forma a impedir ou amenizar o declínio funcional (VERAS; CALDAS, 2013).

Evidencia-se que a atenção à saúde do idoso, deve ser organizada de maneira integrada, e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, numa lógica de rede, desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida. Os adequados modelos de atenção à saúde para idosos, são aqueles que apresentam uma proposta de linha de cuidados pautados no foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação, e ressalta-se que para isso o acesso aos serviços de saúde deve ser alcançado (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O modelo deve ser baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização dos usuários. Uma vez identificado o risco, a prioridade é a reabilitação precoce, a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade – busca-se intervir antes de o agravo ocorrer. A ideia é monitorar a saúde, não a doença; a intenção é postergar a doença, a fim de que o idoso possa usufruir seu tempo a mais de vida com qualidade. Assim, a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da sua saúde, tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção (MENDES, 2011).

É importante que o sistema de saúde atenda, adequadamente, as crescentes demandas da população que envelhece, levando em consideração as questões que refletem as peculiaridades desse grupo etário, o que trouxe à tona a necessidade de elaboração e adequação de ações e políticas públicas com vistas à melhoria das condições de vida da população idosa. É fundamental a inovação nas formas de cuidado, a assistência à saúde deve ser organizada de modo integral durante todo o percurso do idoso na rede de saúde (MELO *et al.*, 2017).

Assim, a responsabilidade pela garantia de acesso aos cuidados para aqueles que deles necessitarem não recairá exclusivamente sobre o indivíduo prevenido ou sobre as famílias bem-afortunadas: trata-se de uma questão de cunho social, e como tal deve ser também assumida pela sociedade e pelo estado. São as políticas públicas relacionadas a esses cuidados para as atividades da vida diária (formação de cuidadores, programas de acompanhantes, centros-dias, seguros) de responsabilidade da saúde, da previdência e da assistência social. Com esse foco foi elaborada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006; GRAEFF, 2014).

A finalidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter, e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, com consonância com os princípios do Sistema único de Saúde (SUS). Proporcionar uma saúde adequada e digna para idosos brasileiros, sobretudo à aquela parcela da população idosa, que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006; MARIN; PANES, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as bases para um envelhecimento saudável. A equidade no acesso aos cuidados de saúde e o desenvolvimento continuado de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, para tal são presentes as seguintes leis: Política

Nacional do Idoso – Lei 8.842 de 1994; Portaria 702 de 2002 que cria mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS); Portaria 703 de 2002 que institui no âmbito do SUS o Programa de assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer; Protocolo de Tratamento da Doença de Alzheimer – Portaria n.º 843 de 2002; Estatuto do Idoso – Lei 10.741 de 2003 e, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria n.º 2.528 de 2006. Observa-se que após a tramitação de tais leis ocorreu melhora na qualidade do acesso aos cuidados de saúde dos idosos, no entanto há, ainda, necessidade de reorientação dos serviços de saúde, investindo-se, principalmente, na atenção básica com discussões de estratégias preventivas e de promoção à saúde do idoso (BRASIL, 2006; CAMACHO; COELHO, 2010).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, saudável e livre de qualquer tipo de dependência funcional. Importante ressaltar que o processo de envelhecimento ocorrerá, mesmo com a falta de recursos, de acesso aos serviços de saúde, de cuidados específicos de prevenção em saúde. No entanto, para esse público é preciso encontrar respostas e ter ações específicas (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

Os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na rede de atenção primária, porta de entrada aos serviços de saúde, devem ser alvo de treinamento e capacitações para se adequarem às necessidades da população idosa. Levando em consideração que o ambiente familiar se constitui uma principal fonte de apoio ao idoso, há que se estimular o fortalecimento das relações familiares com o propósito de se minimizarem as dificuldades e angústias vivenciadas por ambos, idosos e familiares (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

Portanto, quanto maior for o acesso aos bens e serviços da sociedade, maior será a qualidade de vida no processo de envelhecimento. Sob essa ótica, os serviços de saúde têm papel fundamental na atenção à saúde, para que a população idosa possa usufruir a vida com tudo aquilo que construiu. Para tal, são requeridos investimentos que priorizem a prevenção de doenças e controle de condições de cronicidade que permita aos idosos um viver com qualidade (CAMACHO; COELHO, 2010).

1.2.2 Determinantes do acesso aos Cuidados de Saúde para Idosos

Os idosos estão entre os grupos populacionais que mais utilizam os serviços de saúde. O envelhecimento está associado à maior prevalência de doenças e incapacidades. Por essa razão, é uma fase da vida na qual a utilização de serviços de saúde tende a aumentar (ALMEIDA *et al.*, 2017).

As características socioeconômicas podem influenciar nos padrões de utilização de serviços de saúde. Pessoas com melhor condição socioeconômica podem ter maior facilidade em obter cuidado de saúde do que indivíduos mais pobres. Essa desigualdade social no acesso tende a ser maior em países com sistema de saúde privado, no qual as pessoas têm que pagar pela assistência à saúde via planos e seguros ou pagamento direto ao prestador do que em países com sistema universal, como no Brasil. Nos Estados Unidos, país com sistema de saúde predominantemente privado, idosos pertencentes ao quintil de renda mais alta apresentam chance duas vezes maior de acesso aos serviços de saúde comparado aos idosos do menor quintil. Na França, que possui sistema universal, não se observa tal diferença. No Brasil, embora o sistema de saúde seja universal, o acesso e a resolubilidade ainda são marcados por grandes dificuldades (ALLIN; MASSERIA; MOSSIALOS, 2009).

A educação também pode exercer importante influência no acesso e utilização de serviços de saúde. Outrossim, associação com a renda, pessoas com maior escolaridade tendem a ter maior facilidade em reconhecer uma necessidade de saúde e buscar atendimento. Apesar da tendência de redução das desigualdades sociais com o aumento da idade, essas desigualdades tendem a persistir, mesmo em menor grau, e podem influenciar o acesso aos serviços de saúde entre idosos. O valor do contrato de planos e seguros de saúde aumenta conforme a idade, favorecendo o acesso aos idosos com mais recursos financeiros (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

As características individuais, as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde são também visíveis nas características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. No caso dos serviços públicos há grandes dificuldades de financiamento que podem comprometer o percurso assistencial da pessoa idosa que muitas vezes terá seu tratamento interrompido por falhas na rede assistencial (POLITI, 2014).

A falta de companheiros dos idosos pode ser um limitador do acesso aos serviços de saúde, o idoso que não possui tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido a ausência de companhia, para encaminhá-los aos serviços de saúde. Idosos viúvos, divorciados ou separados utilizaram com menor frequência os serviços de saúde, devido a dificuldade de locomoção e companhia para ajudar no cuidado em saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

A autopercepção negativa de saúde está relacionada com a presença de morbidade, fragilidade e outras condições que determinam maior necessidade de procura por serviços médicos. Quando presente essas condições, uma busca mais frequente implica também em maiores dificuldades de acesso e utilização (FERNANDES, 2010).

O acesso, acolhimento, resolutividade, vínculo, unidades bem estruturadas, entre outros, fazem parte de um processo maior de democratização e exercício de cidadania no sistema de saúde. Ter acesso a serviços públicos de saúde resolutivos, humanizados, de qualidade, onde o usuário seja escutado e considerado ativamente na construção de intervenções, além de repassar a dimensão subjetiva e relacional do trabalho em saúde, está diretamente articulado ao reconhecimento e exercício pleno da cidadania de usuários, profissionais e gestores, sujeitos que cotidianamente, constroem o Sistema Único de Saúde (SOPELETE; BISCARDE, 2013).

A lacuna do conhecimento deste estudo está pautada na demanda de pessoas que não estão presentes nos serviços, com as características demográficas e nos problemas de saúde com maior prevalência. Portanto, estudos realizados com usuários presentes nos serviços de saúde excluem aqueles que não procuram atendimento e comprometem o conhecimento em nível populacional. Sendo assim, justifica-se a realização de estudos de base populacional, que são utilizados em sua maioria para avaliar o acesso (VIEGAS; CARMO; LUZ 2015).

Este estudo justifica-se devido o envelhecimento ser um fenômeno que ocorre no âmbito mundial e os idosos serem em número expressivo, usuários dos serviços de saúde, em decorrência do declínio das condições biológicas e morbidades associadas que favorece a fragilidade, o déficit funcional, vulnerabilidade, exposição de riscos, redução da independência e autonomia (CARNEIRO *et al.*, 2017; FREIRE *et al.*, 2017).

Assim, é necessário que os serviços de saúde se adequem e viabilize ações para oferecer ao idoso melhor acesso e qualidade de vida. Estimar a prevalência e identificar os fatores

associados a dificuldade de acesso aos serviços de saúde salienta o real contexto do acesso da população idosa e contribui para sensibilizar com dados fidedignos, gestores e profissionais de saúde sobre a necessidade de adaptações, reorganização dos serviços de saúde, intervenções, conhecimento, planejamento de políticas públicas a fim de promover ampliação do acesso, acolhimento, atendimento efetivos e eficazes para o envelhecer com qualidade (PAGLIUCA, 2017; BORDIN *et al.*, 2018).

Aos profissionais de saúde, com ênfase na enfermagem, este estudo pode despertar treinamentos nos locais de trabalho, para proporcionar aos idosos acesso aos serviços de saúde. Em concomitante, a fragilidade, morbidades e demais determinantes são barreiras para o acesso em saúde e reconhecê-los é importante para o profissional enfermeiro atuar na família, no atendimento integral ao idosos, no acolhimento e atuar com a construção do plano de cuidados (MACIEL *et al.*, 2016)

Nesse contexto, é relevante destacar que o norte do estado de Minas Gerais, uma das regiões mais pobres do país e com vários municípios com índices de desenvolvimento humano entre os mais baixos do estado, carece de estudos relacionados as dificuldades de acesso pela população idosa. Percebe-se, assim, que não há uniformidade no processo de análise da dificuldade de utilização dos serviços de saúde, o que representa um obstáculo para investigação comparativa da literatura e destaca a necessidade de mais estudos nessa área, que possibilitem detectar iniquidades no sistema e possam contribuir para o seu contínuo aperfeiçoamento (BASTOS; HARZHEIM; SOUSA, 2014).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Estimar a prevalência e identificar os fatores associados às dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados da zona urbana da cidade de Montes Claros, MG, Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas, clínicas e relativas ao acesso, dos idosos da zona urbana de Montes Claros, MG, Brasil.
- Analisar o acesso aos serviços de saúde entre idosos da zona urbana de Montes Claros, MG, Brasil.
- Identificar dificuldades de acesso aos serviços de saúde entre idosos da zona urbana de Montes Claros, MG, Brasil.

3 MÉTODO

3.1 Desenho, Local do estudo e Período

Trata-se de estudo transversal realizado no município de Montes Claros, no Estado de Minas Gerais, Brasil. A cidade está localizada na região norte do estado e constitui o núcleo urbano mais expressivo e influente dessa região e do sul da Bahia. Conforme o recenseamento (IBGE), Montes Claros apresenta uma população residente estimada no ano de 2017 de, aproximadamente, 404 mil habitantes. A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso entre novembro de 2016 e fevereiro de 2017.

3.2 Amostra

O tamanho da amostra na linha de base foi calculado para estimar a prevalência de cada desfecho em saúde investigado no inquérito epidemiológico, considerando uma população estimada de 30.790 idosos (13.127 homens e 17.663 mulheres), residentes na região urbana, segundo dados do censo de 2010 (IBGE,2010); nível de confiança de 95%; prevalência conservadora de 50% para os desfechos desconhecidos e erro amostral de 5%. Por tratar-se de amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção e efeito de delineamento (deff) de 1,5%, e acrescido de 15% para eventuais perdas. O número mínimo de idosos definido pelo cálculo amostral foi de 360 pessoas.

O processo de amostragem na linha de base foi probabilístico, por conglomerados e em dois estágios. No primeiro estágio, utilizou-se como unidade amostral o setor censitário. Foram selecionados aleatoriamente 42 setores censitários, entre os 362 setores urbanos do município, segundo dados do IBGE (2010). No segundo estágio, definiu-se o número de domicílios de acordo com a densidade populacional de indivíduos, com idade igual ou maior que 60 anos. Nessa etapa, os setores com maior número de idosos tiveram mais domicílios alocados, de forma a produzir uma amostra mais representativa da população. Os entrevistadores que efetuaram a coleta de dados verificaram que após sorteio dos domicílios, se a casa sorteada possuía idosos, caso não, avaliavam se o domicílio à direita ou à esquerda havia o público referido para a coleta de dados.

3.3 Protocolo do Estudo

Neste estudo, os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou maior que 60 anos, ter condições de saúde para responder ao questionário aplicado, colaboração do cuidador quanto ao entendimento frente as perguntas, caso tivesse necessidade. E teve como critérios de exclusão idosos não disponíveis para participação da pesquisa em pelo menos três visitas em dias e horários diferentes, mesmo com agendamento prévio, e idosos cujos cuidadores/familiares recusaram a participação no estudo.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi baseado em estudos similares, de base populacional (BONELLO; CORREA, 2014; CARNEIRO *et al.*, 2017). A dimensão do acesso, especificamente, foi adaptada do inquérito Vigitel de 2010, do Ministério da Saúde, e foi previamente testado, nesta investigação, em estudo piloto em um setor censitário especialmente sorteado e cujos dados não foram incluídos na pesquisa final. O processo de preenchimento, de verificação de coerência dos dados e controle de qualidade, o arquivamento das informações foi coordenado pelo investigador principal.

Os entrevistadores (estudantes de graduação em enfermagem e medicina), previamente treinados e calibrados pela medida de concordância Kappa, com resultado de (0,8). Esses entrevistadores percorreram os setores censitários a partir de um ponto previamente definido em cada setor censitário para realizarem as entrevistas. As perguntas do questionário foram respondidas com o auxílio de familiares ou acompanhantes para os idosos incapazes de responder, seguindo orientações dos instrumentos de coleta de dados.

Foram avaliadas as características demográficas; sociais e econômicas do grupo; além das variáveis clínicas e ao acesso e utilização dos serviços de saúde. A fragilidade foi avaliada por meio da escala *Edmonton Frail Scale* (EFS). Avaliou-se, ainda, a percepção de dificuldade para utilização do serviço de saúde mais procurado, por meio da questão “O(a) Sr(a). tem alguma dificuldade para usar seu principal serviço de saúde, quando necessário?”. A resposta a essa questão foi tomada como variável dependente e foi dicotomizada em sim ou não.

As variáveis independentes estudadas foram as **Demográficas**: sexo (masculino e feminino), faixa etária (dicotomizada até 79 anos e igual ou maior de 80 anos, devido uma piora da fragilidade em tal faixa etária. **Sociais**: situação conjugal (com ou sem companheiro), condição de residir sozinho ou com outras pessoas, escolaridade (até 4 nos de estudo ou mais que 4 anos),

leitura (saber ler ou não). **Econômicas:** renda própria, renda familiar mensal (até 1 salário mínimo ou maior de 1 salário). **Clínicas:** presença de comorbidades crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, infarto agudo do miocárdio, doenças osteoarticulares, neoplasia, acidente vascular encefálico). Autopercepção da saúde, presença de cuidador, queda nos últimos 12 meses, internação nos últimos 12 meses, fragilidade. **Relativas ao acesso:** dificuldades de transporte, dificuldades financeiras, ausência de companhia, serviços ruins, barreiras geográficas e arquitetônicas, além do tempo necessário para se chegar ao serviço de saúde. Possuir plano de saúde, principal tipo de serviço procurado (público ou privado), tipos de serviço em que encontrou mais dificuldade de acesso: pronto atendimento (PA) particular, PA SUS, centro de especialidades e unidade básica da Estratégia Saúde da Família (ESF),

A fragilidade foi avaliada por meio da escala *Edmonton Frail Scale* (EFS), instrumento que avalia 9 domínios: cognição; estado de saúde; independência funcional; suporte social; uso de medicação; nutrição; humor; continência urinária e desempenho funcional. Esses domínios estão distribuídos em 11 itens, com pontuação de 0 a 17. Para a análise estatística, os resultados da escala foram divididos em dois níveis: sem fragilidade (escore final ≤ 6) e com fragilidade (escore > 6) (ROLFSON *et al.*, 2006).

3.4 Análise dos Dados

A análise dos resultados envolveu a construção de uma planilha eletrônica no programa Excel®, para organização e dupla digitação com realização da conferência e comparação das digitações. As informações foram codificadas e transferidas para um banco de dados do *software* analítico *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS, versão 18.0, (SPSS for Windows, Chicago, EUA), a fim de avaliar possíveis relações de associação entre as variáveis.

Realizou-se análises bivariadas para identificar fatores associados à variável resposta, por meio do teste qui-quadrado. A magnitude das associações foi estimada a partir da razão de prevalência (RP). A regressão de *Poisson*, com variância robusta, foi utilizada para calcular as RP ajustadas, considerando, de forma conjunta, as variáveis independentes que estiveram mais fortemente associadas com a dificuldade de acesso na análise bivariada, até o nível de significância de 20% ($p < 0,20$). Para a análise do modelo final, considerou-se um nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$).

3.5 Aspectos Éticos

O estudo atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que estabelece diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros - Parecer nº 1629.395 08/07/2016 - CAAE nº 56520216.4.0000.5109. Todos os idosos, ou cuidadores e/ou familiares assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participação neste estudo.

4 PRODUTOS CIENTÍFICOS

Atendendo às recomendações do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, os produtos/resultados do presente estudo serão apresentados na forma de um Artigo Científico.

4.1 Artigo “Dificuldades de acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados”, formatado segundo as normas para publicação do periódico *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*.

Além do artigo produzido, contruiu-se uma cartilha como produto técnico, e o estudo foi apresentado em evento científico.

4.2 Cartilha Educativa: acesso aos serviços de saúde pela população idosa.

4.3 Resumo expandido publicado em anais de congresso.

4.3.1- Avaliação das dificuldades do acesso aos serviços de Saúde da população idosa *In*: 11º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão Montes Claros. Anais FEPEG, 2017.

4.1 Artigo

DIFICULDADES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

DIFFICULTIES OF ACCESS TO HEALTH SERVICES BETWEEN ELDERLY NON INSTITUTIONALIZED PERSONS: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS

ACCESS TO HEALTH SERVICES BETWEEN NON-INSTITUTIONALIZED PERSONS

Priscila Karolline Rodrigues Cruz¹, Maria Aparecida Vieira², Jair Almeida Carneiro^{3,4}, Antônio Prates Caldeira⁵ Fernanda Marques da Costa^{2,3,4}¹Mestranda. Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.²Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem. Programa Pós-graduação em Cuidados Primários em Saúde. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.³Centro Universitário FIPMoc - UNIFIPMoc. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.⁴Universidade Estadual de Montes Claros. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva. Montes Claros, MG, Brasil.⁵Universidade Estadual de Montes Claros. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamento de Saúde da Mulher e da Criança. Programa Pós-graduação em Cuidados Primários em Saúde. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.**RESUMO**

Objetivo: Estimar a prevalência e identificar os fatores associados às dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados na zona urbana do município de Montes Claros, MG, Brasil. **Método:** Estudo transversal, entre idosos comunitários, em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso entre novembro de 2016 a fevereiro de 2017. Avaliou-se características demográficas, sociais, econômicas, variáveis clínicas e ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Foram efetuadas análises bivariadas (teste qui-quadrado de Pearson) adotando-se nível de significância menor que 0,20 para inclusão das variáveis independentes no modelo múltiplo. O modelo final foi gerado por meio de análise de regressão de *Poisson*, com variância robusta, e as variáveis mantidas apresentaram associação com dificuldade de acesso aos serviços de saúde até o nível de significância de 0,05 ($p < \text{igual } 0,05$). **Resultados:** Participaram deste estudo 394 idosos, 33% referiram dificuldades de acesso. Verificou-se, na análise múltipla, maior dificuldade de acesso entre os idosos sem companheiro; sem leitura; com autopercepção negativa saúde e frágeis. Os idosos enfrentaram maiores dificuldades no acesso quando procuraram por serviços de pronto atendimento participar e o serviço mais procurado foram os públicos. Entretanto, 67% dos idosos tiveram acesso aos serviços de saúde, quando procurado, observando-se um caminho progressivo das políticas de saúde destinadas aos idosos que necessitam de melhoria e ampliação do acesso para o alcance integral, igualitário e universal. **Conclusão:** Estimou-se alta

percepção de dificuldade de acesso, determinada por aspectos sociais e físicos inerentes ao envelhecimento, que podem ser potencializadas por características dos serviços públicos. Evidencia-se a necessidade de investimentos na assistência a saúde do idoso, de forma a garantir a assistência e promover um envelhecer ativo com saúde.

Descritores: Serviços de Saúde; Assistência a idosos; Acesso aos serviços de saúde; Prevalência; Enfermagem em saúde comunitária.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence and factors associated with the difficulties of access to health services among non-institutionalized elderly people in the municipality of Montes Claros, MG, Brazil. **Method:** Cross-sectional study nested in a population-based cohort among community-dwelling elderly in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Data collection was performed in the elderly's home between November 2016 and February 2017. Demographic, socioeconomic, and health-related variables and access to and use of health services were evaluated. We conducted bivariate analyzes (Pearson's chi-square test), adopting a level of significance lower than 0.20 for inclusion of the independent variables in the multiple model. The final model was generated by Poisson regression analysis, with robust variance, and the variables maintained were associated with difficulty in using the health services until the level of significance of 0.05 ($p < 0.05$). **Results:** 394 elderly people participated in this study, 33% reported access difficulties. It was verified, in the multiple analysis, greater difficulty of access among the elderly without companion; without reading; fragile and self-perceived negative health. The elderly have faced greater difficulties in access when seeking public services. **Conclusion:** It was identified a high perception of access difficulty, determined by social and physical aspects inherent to aging and that can be enhanced by characteristics of public services. There is a need for investments in the health care of the elderly, in order to guarantee the assistance promoting a healthy aging.

Keywords: Health Services; Old Age Assistance; Health Services Accessibility; Prevalence; Community Health Nursing.

INTRODUÇÃO

Mudanças nos padrões demográficos e acentuada longevidade são tendências que tem redesenhado a estrutura etária da população no mundo e no Brasil^(1,2). Esse cenário exige modificações na composição e oferta de serviços fundamentais que podem ter padrões mínimos de qualidade e permitir ao idoso não somente viver por mais tempo, mas viver de forma ativa e saudável^(2,3).

Com base nesse paradigma do envelhecer ativo surge a necessidade de adaptações do sistema de saúde para garantir qualidade de acesso e utilização dos serviços de saúde. As adequações indicam reformulação de políticas de saúde que contemplem novas formas de cuidado, pautadas na melhoria na qualidade de vida, manutenção da

capacidade funcional e prevenção às condições crônicas em saúde. Faz-se necessário modelos de atenção que respeitem as características dos idosos e que vislumbrem o atendimento integral ao longo do percurso assistencial⁽⁴⁾.

O acesso aos serviços de saúde representa um importante aspecto que fundamenta a qualidade e desempenho adequado dos serviços de saúde⁽⁵⁾. Acesso pode ser definido é um conjunto de dimensões que determinam a relação entre a procura e a entrada no serviço. A utilização de serviços de saúde compreende todo contato direto com os pontos assistenciais e é a evidência de que o acesso foi alcançado⁽⁶⁾.

A relação do envelhecimento e acesso pode representar uma situação preocupante. Características inerentes ao envelhecimento podem apresentar, como consequência, menor disposição física do idoso em procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção. Outros fatores, como variações geográficas; socioeconômicas; necessidades individuais; qualidade de vida; nível de conhecimento sobre saúde, associados ao perfil de morbidade são determinantes na utilização de serviços de saúde e de sua frequência e, portanto, podem determinar dificuldades de acesso aos serviços de saúde para a população idosa⁽⁷⁾.

As dificuldades do acesso aos serviços de saúde relaciona-se ao aspecto geográfico e principalmente, à baixa oferta de serviços⁽⁸⁾. Além disso, devem ser considerados os aspectos organizacionais; econômicos; sociais; culturais; religiosos; epidemiológicos e de comunicação com as equipes de saúde^(9,10). De modo geral, ainda há lacunas no conhecimento sobre acesso e utilização de serviços de saúde. Os estudos, em sua maioria, são pautados na demanda de pessoas que estão presentes nos serviços, nas características demográficas e nos problemas de saúde com maior prevalência. Pesquisas realizados com usuários presentes nos serviços de saúde excluem aqueles que não procuram atendimento e comprometem o conhecimento em nível populacional⁽¹¹⁾. Portanto, justifica-se a realização de estudos de base populacional. Além disso, percebe-se que não há uniformidade no processo de análise da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que representa um obstáculo para investigação comparativa da literatura e destaca a necessidade de mais estudos na área⁽¹²⁾

Estimar a prevalência e identificar os fatores associados a dificuldade de acesso aos serviços de saúde salienta o real contexto do acesso da população idosa e contribui para sensibilizar, com dados fidedignos, gestores e profissionais de saúde sobre a necessidade de adaptações, intervenções, conhecimento e planejamento de políticas públicas com a fim de promover ampliação do acesso, acolhimento, atendimento resolutivos com possíveis impactos no envelhecer com qualidade.⁽¹³⁻¹⁵⁾

É relevante, ainda, destacar que o norte do Estado de Minas Gerais, onde está situado o cenário deste estudo, configur-se como uma das regiões mais carentes do país e apresenta índices de desenvolvimento humano entre os mais baixos desse Estado e, portanto, carece de pesquisas relacionados a assistência de saúde aos idosos, incluindo a avaliação de possíveis dificuldades de acesso e seus determinantes ⁽¹⁶⁾. Neste contexto, esse estudo teve como objetivo estimar a prevalência e identificar os fatores associados às dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos comunitários da zona urbana do município de Montes Claros, MG, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal realizado na zona urbana do município de Montes Claros, norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. Com população de, aproximadamente no total de 404 mil habitantes e representa o principal polo urbano regional ^(17,18). Esta pesquisa faz parte de um estudo sobre condições de saúde do idosos, longitudinal e a primeira coleta foi realizada em 2013.

O tamanho da amostra foi calculado para estimar a prevalência de cada desfecho em saúde investigado, considerando uma população estimada de 30.790 idosos (13.127 homens e 17.663 mulheres), residentes na região urbana, segundo dados do censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); nível de confiança de 95%; prevalência conservadora de 50% para os desfechos desconhecidos e erro amostral de 5%. Por tratar-se de amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção e efeito de delineamento (deff) de 1,5%, e acrescido de 15% para eventuais perdas. O número mínimo de idosos definido pelo cálculo amostral foi de 360 pessoas.

O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerados e em dois estágios. No primeiro estágio, utilizou-se como unidade amostral o setor censitário. Foram selecionados aleatoriamente 42 setores censitários, entre os 362 setores urbanos do município, segundo dados do IBGE (2010). No segundo estágio, definiu-se o número de domicílios de acordo com a densidade populacional de indivíduos, com idade igual ou maior que 60 anos. Nessa etapa, os setores com maior número de idosos tiveram mais domicílios alocados, de forma a produzir uma amostra mais representativa da população. Os entrevistadores verificavam após sorteio dos domicílios se a casa

sorteada possuía idosos, caso não, avaliavam se o domicílio à direita ou à esquerda havia o público referido para a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2016 e fevereiro de 2017, que faz parte do presente estudo. Neste estudo, os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou maior que 60 anos, ter condições de saúde para responder ao questionário aplicado, colaboração do cuidador quanto ao entendimento frente as perguntas, caso tivesse necessidade. E teve como critérios de exclusão idosos não disponíveis para participação da pesquisa em pelo menos três visitas em dias e horários diferentes, mesmo com agendamento prévio, e idosos cujos cuidadores/familiares recusaram a participação no estudo.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi baseado em estudos similares, de base populacional ^(19,20,21). A dimensão do acesso, especificamente, foi adaptada do inquérito Vigitel de 2010 ⁽²²⁾, do Ministério da Saúde, e foi previamente testado, nesta investigação, em estudo piloto em um setor censitário especialmente sorteado e cujos dados não foram incluídos na pesquisa final. O processo de preenchimento, de verificação de coerência dos dados e controle de qualidade, o arquivamento das informações foi coordenado pelo investigador principal.

Os entrevistadores (estudantes de graduação em enfermagem e medicina), previamente treinados e calibrados, e para tal foi utilizada a medida de concordância Kappa com resultado de 0,8. Esses entrevistadores percorreram os setores censitários a partir de um ponto previamente definido em cada setor censitário para realizarem as entrevistas. As perguntas do questionário foram respondidas com o auxílio de familiares ou acompanhantes para os idosos incapazes de responder, seguindo orientações dos instrumentos de coleta de dados.

Foram avaliadas as características demográficas; sociais e econômicas do grupo; além das variáveis relacionadas, clínicas e ao acesso e utilização dos serviços de saúde. A fragilidade foi avaliada por meio da escala *Edmonton Frail Scale* (EFS). Avaliou-se, ainda, a percepção de dificuldade para utilização do serviço de saúde mais procurado, por meio da questão “O(a) Sr(a). tem alguma dificuldade para usar seu principal serviço de saúde, no último mês?”. A resposta a essa questão foi tomada como variável dependente e foi dicotomizada em sim ou não.

As variáveis independentes estudadas foram as **Demográficas**: sexo (masculino e feminino), faixa etária (dicotomizada até 79 anos e igual ou maior de 80 anos, devido uma piora da fragilidade em tal faixa etária. **Sociais**: situação conjugal (com ou sem

companheiro), condição de residir sozinho ou não reside sozinho, escolaridade (até 4 anos de estudo ou mais que 4 anos), leitura (saber ler ou não). **Econômicas:** renda própria, renda familiar mensal (até 1 salário mínimo ou maior de 1 salário). **Clínicas:** presença de comorbidades crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, infarto agudo do miocárdio, doenças osteoarticulares, neoplasia, acidente vascular encefálico). Autopercepção da saúde, presença de cuidador, queda nos últimos 12 meses, internação nos últimos 12 meses, fragilidade. **Relativas ao acesso:** dificuldades de transporte, dificuldades financeiras, ausência de companhia, serviços ruins, barreiras geográficas e arquitetônicas, além do tempo necessário para se chegar ao serviço de saúde. Possuir plano de saúde, principal tipo de serviço procurado (público ou privado), tipos de serviço em que encontrou mais dificuldade de acesso: pronto atendimento (PA) particular, PA SUS, centro de especialidades e unidade básica da Estratégia Saúde da Família (ESF),

A fragilidade foi avaliada por meio da escala *Edmonton Frail Scale* (EFS) ⁽²³⁾, instrumento que avalia 9 domínios: cognição; estado de saúde; independência funcional; suporte social; uso de medicação; nutrição; humor; continência urinária e desempenho funcional. Esses domínios estão distribuídos em 11 itens, com pontuação de 0 a 17. Para a análise estatística, os resultados da escala foram divididos em dois níveis: sem fragilidade (escore final ≤ 6) e com fragilidade (escore > 6).

A análise dos resultados envolveu a construção de uma planilha eletrônica no programa Excel®, para organização e dupla digitação com realização da conferência e comparação das digitações. As informações foram codificadas e transferidas para um banco de dados do *software* analítico *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS*, versão 18.0, (SPSS for *Windows*, Chicago, EUA), a fim de avaliar possíveis relações de associação entre as variáveis.

Realizou-se análise bivariada para identificar fatores associados à variável resposta, por meio do teste qui-quadrado. A magnitude das associações foi estimada a partir da razão de prevalência (RP). A regressão de *Poisson*, com variância robusta, foi utilizada para calcular as RP ajustadas, considerando, de forma conjunta, as variáveis independentes que estiveram mais fortemente associadas com a dificuldade de acesso na análise bivariada, até o nível de significância de 20% ($p \leq 0,20$). Para a análise do modelo final, considerou-se um nível de significância de 0,05 ($p \leq 0,05$).

O estudo atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que estabelece diretrizes e normas que

regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros - Parecer nº 1629.395 08/07/2016 - CAAE nº 56520216.4.0000.5109. Todos os idosos, com auxílio dos cuidadores e/ou familiares assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participação neste estudo.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 394 idosos comunitários. Identificou-se, quanto as características demográficas, que 66,8% da população em estudo era do sexo feminino e encontrava-se na faixa etária entre 60 e 79 anos, 76,6%, com média de idade de 73,9 (dp±7,9) anos. Em relação as sociais verificou-se que 50,6% idosos viviam com companheiro, 87,3% não residiam sozinhos, 74,9% possuíam até quatro anos de estudo. A característica econômica mostrou que 90,1 % tinham renda própria e 74,1 posuíam até 1 salário mínimo.Quanto as características clínicas observou-se que 71,3% dos idosos eram hipertensos e 52,0% não referiam doenças ósteo-articulares; 52, 5 % tinham autopercepção de saúde como negativa, 88,3% não tinham cuidador; 68,8% não sofreram queda no último ano 85,5% não apresentaram registro de internação nos 12 meses anteriores à pesquisa.

Os serviços de saúde mais procurados foram as Estratégias Saúde da Família, 65,7%; seguido do Pronto Atendimento Público, 47,7%. Os serviços particulares ou seguros de saúde (convênios) foram procurados por 33,5% dos idosos (Tabela 1) .

A Tabela 1 também apresenta a análise bivariada da dificuldade de acesso aos serviços de saúde segundo as variáveis demográficas, sociais, econômicas, clínicas e relativas ao acesso aos serviços de saúde.

Tabela 1: Análise bivariada da dificuldade de acesso aos serviços de saúde segundo as variáveis demográficas, sociais, econômicas, clínicas e relativas ao acesso aos serviços de saúde. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. 2018. (n=394)

Variáveis Independentes	Amostra		Dificuldade de Acesso				p-valor
	n	%	Sim n	%	Não n	%	
Características Demográficas							
Sexo							0,463
Masculino	131	33,2	40	30,5	91	69,5	
Feminino	263	66,8	90	34,2	173	65,8	
Faixa etária (media 73,9 ±7,9)							0,928
Até 79 anos	302	76,6	100	33,1	202	69,9	
≥ 80 anos	92	23,4	30	32,6	62	67,4	
Características Sociais							
Situação conjugal							0,004
Com companheiro	195	49,5	51	26,2	144	73,8	
Sem companheiro	199	50,5	79	39,7	120	60,3	
Arranjo familiar							0,036
Reside sozinho	50	12,7	107	31,1	237	68,9	
Não reside sozinho	344	87,3	23	46,0	27	54,0	
Escolaridade							0,032
> 4 anos	295	74,9	24	24,2	75	75,8	
Até 4 anos	99	25,1	106	35,9	189	64,1	
Sabe ler							0,006
Sim	300	76,1	88	29,3	212	70,7	
Não	94	23,9	42	44,7	52	55,3	
Características Econômicas							
Renda própria							0,755
Sim	355	90,1	118	33,2	237	66,8	
Não	39	9,9	12	30,8	27	69,2	
Renda familiar mensal							0,041
> de 1 salário*	292	74,1	88	30,1	204	69,9	
Até 1 salário	102	25,9	42	41,2	60	58,8	
Características Clínicas							
Hipertensão Arterial							0,137
Não	113	28,7	31	27,4	82	72,6	
Sim	281	71,3	99	35,2	182	64,8	
Diabetes Mellitus							0,346
Não	304	77,2	104	34,2	200	65,8	
Sim	90	22,8	26	28,9	64	71,1	
Infarto Agudo do Miocárdio							0,261
Não	284	72,1	89	31,3	195	68,7	
Sim	110	27,9	41	37,3	69	62,7	
Doença Osteoarticular							0,040
Não	205	52,0	58	28,3	147	71,7	

Sim	189	48,0	77	38,1	117	61,9	
Neoplasia							0,596
Não	356	90,4	116	32,6	240	67,4	
Sim	38	9,6	14	36,8	24	63,2	
Acidente Vascular Encefálico							0,859
Não	365	92,6	120	32,9	245	67,1	
Sim	29	7,4	10	34,5	19	65,5	
Autopercepção de saúde							0,002
Positiva	187	47,5	47	25,1	140	74,9	
Negativa	207	52,5	83	40,1	124	59,9	
Possui Cuidador							0,052
Não	348	88,3	109	31,3	239	68,7	
Sim	46	11,7	21	45,7	25	54,3	
Queda nos últimos 12 meses							0,002
Não	271	68,8	76	28	195	72	
Sim	123	31,2	54	43,9	69	56,1	
Internação nos últimos 12 meses							0,005
Não	337	85,5	102	30,3	235	69,7	
Sim	57	14,5	28	49,1	29	50,9	
Fragilidade							<0,001
Não	283	71,8	75	26,5	208	73,5	
Sim	111	28,2	55	49,5	56	50,5	
Características Relativas ao Acesso							
Possui Plano de Saúde							0,007
Sim	149	37,8	37	24,8	112	75,2	
Não	245	62,2	93	38,0	152	62,0	
Principal Serviço Procurado							<0,001
Público	272	69,0	108	39,7	164	60,3	
Privado ou convênio	122	31,0	22	18,0	100	82,0	
Procurou PA SUS							0,516
Sim	188	47,7	59	31,4	129	68,6	
Não	206	52,3	71	34,5	135	65,5	
Procurou PA Particular							0,207
Sim	94	23,9	26	27,7	68	72,3	
Não	300	76,1	104	34,7	196	65,3	
Consultório Particular							0,052
Sim	132	33,5	35	26,5	97	73,5	
Não	262	66,5	95	36,3	167	63,7	
Procurou Clínica de Especialidades							0,249
Sim	83	21,1	23	27,7	60	72,3	
Não	311	78,9	107	34,4	204	65,6	
Procurou Estratégia Saúde da Família							0,005
Sim	259	65,7	98	37,8	161	62,2	
Não	100	34,3	32	23,7	103	76,3	

* Salário Mínimo vigente na época da coleta de dados (R\$ 880,00)

A Tabela 2 apresenta os fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados.

Tabela 2 – Fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde entre idosos comunitários em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Variável	RP (ajustado)	IC	valor p
Situação conjugal			
Com companheiro	1		
Sem companheiro	1,21	1,05-1,38	0,005
Saber Ler			
Sim	1		
Não	1,23	1,02-1,49	0,040
Autopercepção de saúde			
Positiva	1		
Negativa	1,13	1,01-1,30	0,054
Fragilidade			
Não	1		
Sim	1,35	1,10-1,65	0,003
Principal Serviço Procurado			
Privados e convênios	1	1,17 -1,50	0,000
Públicos	1,32		

Na análise múltipla, a maior dificuldade de acesso foi entre os idosos sem companheiro; que não sabem ler; que possuem autopercepção negativa da própria saúde e que são frágeis. Quanto aos serviços de saúde mais procurados foram 65,7% as Estratégias Saúde da Família, seguido pelo Pronto Atendimento Público 47,7% e os idosos enfrentaram maiores dificuldades no acesso, quando buscaram atendimento nos serviços públicos.

Verificou-se, neste estudo, que 33% dos idosos relataram dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A prevalência estimada representa um percentual preocupante, o que é relevante, uma vez que os idosos constituem importante parcela de demanda por atendimento nos serviços de saúde, devido as suas características de comorbidades, fragilidade e suas condições de saúde, que os tornam vulneráveis ⁽⁷⁾. Possivelmente, o acesso aos serviços de saúde para os idosos, determinado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa ⁽²⁴⁾, não está sendo legitimado na prática. Em estudo realizado na África observou-se uma prevalência de falta de acesso aos serviços de saúde dos idosos de 17%. E a redução do acesso aos serviços de saúde dos idosos na África estão pautadas nas incapacidades físicas e limitações de mobilidade ⁽²⁵⁾. Outro estudo conduzido no Brasil, na Paraíba, idosos com deficiência física relataram dificuldade de acesso aos serviços devido os meios de transporte e as

barreiras geográficas ⁽²⁶⁾. Entretanto, 67% dos idosos tiveram acesso aos serviços de saúde, quando procurado, observando-se um caminho progressivo das políticas de saúde destinadas aos idosos que necessitam de melhoria e ampliação do acesso para o alcance integral, igualitário e universal.

A importante predominância de mulheres 66,8% evidencia o crescente fenômeno da feminização da população idosa. Essa tendência ocorre principalmente em função do diferencial da mortalidade por sexo, que afeta o ritmo de crescimento das populações masculina e feminina e que prevalece na população brasileira, resultando em maior sobrevivência das mulheres. Um dos desafios do processo de feminização do envelhecimento é possibilitar a criação de um espaço de convivência com o objetivo de motivar a participação das mulheres idosas no convívio social, evitando o isolamento e fortalecendo a autoestima e a autonomia feminina ⁽²⁷⁾.

Em relação a ausência de companheiro foi observada situação semelhante em outro estudo nacional com idosos com deficiências ⁽²⁶⁾ ao evidenciar que idosos sem companheiros tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à ausência de companhia, para auxiliá-los aos serviços. Pesquisa ⁽²⁸⁾ evidenciou que idosos viúvos, divorciados ou separados apresentaram a dificuldade de locomoção e a ausência de companhia para o cuidado em saúde como determinantes de problemas relacionados a ausência de procura pelos serviços de saúde.

A relação entre a falta de leitura e piores indicadores de saúde incluindo maiores dificuldades em acessar os serviços de saúde já foi bem descrita ^(29,30,31). Em estudo realizado no Ceará foi evidenciada que a baixa escolaridade pode potencializar piora no estado de saúde, em função de hábitos não saudáveis pela falta de conhecimento; maior exclusão e menor nível de informação para procurar serviços de saúde precocemente ⁽³⁰⁾.

As chances de procurar serviços de saúde aumentam à medida que os indivíduos envelhecem e não acumulam anos de estudo, e é esperado que a maior procura faça emergir maiores dificuldades de acesso. Estudos conduzidos na Dinamarca, Suécia, e Alemanha ⁽³²⁾ também evidenciaram que usuários com escolaridade menor que 4 anos são os que enfrentam maiores entraves no uso dos serviços de saúde que procuram. Faz-se necessário contínuo incentivo à alfabetização dos idosos, oferecendo-lhes oportunidade de aprendizado que lhes proporcionará melhoria nos aspectos relacionados ao autocuidado e à responsabilização para com sua saúde e a busca oportuna pelos serviços de saúde ⁽³³⁾.

Neste estudo, idosos que apresentaram autopercepção negativa da saúde e eram frágeis relataram maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Resultados semelhantes foram observados em estudos realizados em São Paulo ⁽³⁴⁾, Minas Gerais ⁽³⁵⁾ e Rio Grande do Sul ⁽³⁶⁾. A percepção negativa de saúde poder estar relacionada à presença de morbidade, fragilidade e outras condições que determinam maior necessidade de procura por serviços de saúde. Nessas condições, uma busca mais frequente implica em maiores dificuldades de acesso e utilização ⁽³⁵⁾.

A associação significativa entre acesso e fragilidade, que é uma síndrome que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais e pode impactar negativamente na vida social e pessoal dos idosos pode ser compreendida pela maior necessidade percebida. Ao alcançar o acesso aos serviços de saúde, embora a fragilidade seja uma condição progressiva, é possível que o atendimento adequado possa atenuar e prevenir os sintomas. Com o aumento da fragilidade o idoso tem dificuldade de se locomover, necessita de ajuda; da presença do cuidador e tais acometimentos são barreiras para os idosos procurarem e usarem os serviços de saúde ⁽³⁷⁾.

Quanto aos serviços mais utilizados verificou-se, no presente estudo, maiores dificuldades entre idosos que procuraram os serviços públicos. Essas dificuldades foram principalmente relacionadas à falta de transporte para se chegar ao serviço, poucos recursos financeiros, ausência de companhia, percepção de serviços pouco resolutivos e ainda em função de barreiras geográficas e arquitetônicas que impediam ou dificultavam o acesso. De forma semelhante, outro estudo evidenciou uma percepção negativa da população sobre os serviços públicos que oferecia atendimento precário, de custo elevado para o sistema, com desperdícios de recursos e com má prestação de cuidados ⁽⁴⁾. Estudo realizado no Paraná ⁽⁴⁾ também mostrou que os idosos relatavam obstáculos para obter assistência quando procuravam serviços de saúde públicos. Tais serviços apresentavam problemas relativos a não continuidade dos programas realizados, principalmente em função das mudanças de governo, e conseqüente modificações das políticas públicas de saúde. Também em pesquisas realizadas em Maranhão ⁽³⁷⁾ e no Rio de Janeiro ⁽³⁸⁾ o acesso aos serviços públicos também foi considerado deficiente devido ao horário de atendimento das unidades básicas, que funcionam em horários comerciais, falta de um telefone fixo para agendamentos de consultas e em função de questões organizacionais precárias ⁽³⁹⁾.

Nesta pesquisa, a menor dificuldade em acessar os serviços privados pelos idosos pode ser compreendida pela significativa parcela da população participante que

possuía planos de saúde, (37,8%), mesmo com uma renda baixa, uma vez que 25,9% recebiam até 1 salário mínimo. Além disso, cerca de 70% dos idosos pagam seus próprios planos. A cobertura dos planos de saúde entre os idosos no Brasil tem crescido rapidamente e é de aproximadamente 5 milhões de pessoas de 60 anos ou mais, representando 29,4% do total de idosos no País⁽³⁸⁾. A provável insatisfação diante das dificuldades de acessar os serviços públicos pode explicar a tendência de uma população empobrecida buscar atendimento em serviços privados por meio dos planos de saúde.

Embora não tenha sido significativo no modelo final, neste estudo, o serviço mais procurado foi a ESF e prováveis problemas nesse serviço. A cobertura da ESF mesmo que esteja aumentando em todo País a iniquidade de acesso ainda persiste. Prover cuidados com qualidade é um dos principais objetivos dos sistemas de saúde, mas a intenção nem sempre é suficiente. Equilibrar a demanda com a capacidade atendimento ainda parece ser um sério problema a ser enfrentado em relação ao acesso na atenção primária em saúde⁽⁴⁰⁾. Apesar das dificuldades existentes a ESF tem se mostrado capaz de minimizar diferenças de acesso que há muito tempo se perpetuam⁽⁴¹⁾. Acredita-se que para que o impacto positivo no acesso seja percebido pela população ainda será necessário mais tempo para plena consolidação da ESF⁽⁴²⁾. A longevidade é paradoxal, pois os benefícios de viver mais tempo são contrapostos pela possibilidade de doenças crônicas, declínio físico e psicológico, isolamento, depressão e declínio do *status* social e econômico. Com o aumento de pessoas idosas na comunidade também aumentam a necessidade da qualificação da atenção à saúde e a dependência de cuidados tanto da equipe de saúde como dos familiares e maior procura pelos serviços de saúde⁽⁴³⁾.

Diante disso, há muito que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde a população idosa. O acesso aos diversos serviços de saúde precisa ser ampliado e todos os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na rede de atenção básica, porta de entrada aos serviços de saúde, devem ser alvo de treinamento e capacitação continuados para se adequarem às necessidades da população idosa. Quanto maior for o acesso aos bens e serviços da sociedade, maior será a qualidade de vida no processo de envelhecimento. Nesse contexto, os serviços de saúde têm papel fundamental na atenção à saúde, para que a população idosa possa usufruir a vida com tudo aquilo que construiu. Para tal, são requeridos investimentos que priorizem a prevenção de

doenças; controle de condições de cronicidade e ampliação do acesso aos serviços de saúde que permita aos idosos um viver com bem-estar^(44,45,46).

Os dados deste estudo devem ser interpretados a luz de algumas limitações, como a própria condição do idoso, com suas limitações; possíveis perdas da funcionalidade e capacidade cognitiva, que podem dificultar as respostas aos vários questionamentos. Sugere-se em outros estudos que a coleta de dados possa ser realizada em mais de um momento, por etapas, devido ao desgaste os idosos, cansaço mental e físico para responder aos questionamentos. Além disso, trata-se de um estudo transversal que por isso apresenta limitações no tocante à identificação temporal dos fatores estudados. Observa-se a necessidade de estudos longitudinais acerca da temática que desenvolvam e validem instrumentos de avaliação do acesso e a qualidade dos serviços de saúde, específicos para idosos tendo em vista as particularidades desse segmento da população e a falta de padronização na avaliação de acesso e uso de serviços de saúde.

Alguns dos resultados evidenciam que as condições relacionadas às dificuldades de acesso são passíveis de intervenção, o que é fundamental para a prevenção e promoção de saúde dos idosos, de forma a evitar desfechos clínicos adversos, principalmente no que se refere a dificuldades de usar os serviços de saúde. O conhecimento dos fatores associados às dificuldades de acesso entre idosos permite que ações de saúde destinadas a esse grupo possam ser desenvolvidas de forma a minimizar tais dificuldades⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo estimou a prevalência de dificuldades de acesso aos serviços de saúde entre idosos na zona urbana do município de Montes Claros – MG de 33%, identificou os fatores associados as dificuldades de acesso aos serviços: os aspectos sociais, como a ausência de companheiro e falta de leitura além dos problemas físicos, inerentes ao envelhecimento, como a fragilidade, além da caracterização dos idosos pesquisados.

Em contrapartida, 67% dos idosos tiveram acesso aos serviços de saúde quando necessitaram, observa-se que as políticas de saúde com foco no idoso estão no caminho para melhorar a qualidade de atendimento aos idosos, promovendo acessibilidade e ampliação dos serviços de saúde. Além disso, o SUS por sua natureza

pública e gratuita facilita o acesso, especialmente em caso de busca persistente pelo serviço, entretanto evidencia-se que o acesso integral ainda não ocorre em sua totalidade e necessita de melhora contínua. O estudo demonstra a necessidade de investimentos direcionados a saúde do idoso, de forma a garantir a assistência a esse crescente contingente populacional. A relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa e pode refletir iniquidades que impactam negativamente na qualidade de vida dessa população que depende de políticas públicas integradas e efetivas

Em relação aos profissionais de saúde este estudo pode despertar para a necessidade de treinamentos e mudanças na organização do processo de trabalho, para proporcionar aos idosos acesso aos serviços de saúde com qualidade. A fragilidade, morbidade e demais determinantes são barreiras para o acesso em saúde e reconhecê-los é importante para os profissionais atuarem nos serviços, na família, no acolhimento e no atendimento integral aos idosos

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Demografia Econômica e Envelhecimento Populacional. 2018. [acesso em 2018 nov 11]. Disponível em: https://nacoesunidas.org/?post_type=post&s=envelhecimento
2. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento e saúde. 2017 [acesso em 2018 nov 11]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-relatorio-sobre-envelhecimento-e-saude/>
3. Miranda, GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol [Internet]. 2016 Jun [acesso em 2018 nov 18]; 19 (3): 507-519. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
4. Scolari GAS, Rissardo LK, Baldissera VDA, Carreira L. Unidades de pronto atendimento e as dimensões de acesso à saúde do idoso. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2018 [acesso 2018 nov 18]; 71(Suppl 2): 811-817. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0440>
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet [Internet]. 2011 [acesso 2018 nov 18]; 377(9779):1778-97. Disponível em: [http://doi:10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
6. Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília, DF: CONASS; 2016.

7. Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Fev [acesso 2018 nov 18]; 47(1), 213-220. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100027>
8. Gibson O, Lisy K, Davy C, Aromataris E, Kite E, Lockwood C, et al. Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review. Implement Sci [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mai 18]; 2;1-11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25998148>
10. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Mai 23]; 66(Esp):158-164. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
11. Figueira MCS, Silva WP, Silva EM. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Fev 26]; 71(3):1178-1188. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>
12. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saude soc. [Internet] 2015 Mar [acesso em 2019 Fev 26]; 24(1):100-112. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>
13. Bastos GAN, Harzheim E, Sousa AI. Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2014 Set [acesso 2019 Abr 03]; 23(3):409-420. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300004>
14. Pagliuca LMF, Lima BS, Silva JM, Cavalcante LM, Martins MC, Araújo TL. Acesso de idosos às unidades de Atenção Primária à Saúde. REME – Rev Min Enferm [Internet]. 2017 [acesso 2019 Abr 03]; 21:e-1021. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20170031
15. Bordin D, Cabral LPA, Fadel CB, Santos CB, Grden CRB. Factors associated with the hospitalization of the elderly: a national study. Rev. bras. geriatr. gerontol [Internet]. 2018 Ago [acesso 2019 abr 03]; 21(4):439-446. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/198122562018021.180059>
16. Maciel GM, Santos RS, Santos TM dos, Menezes RMP de, Vitor AF, Lira ALB de C. Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. Rev Enferm Centro Oeste Min. 2016; 6(3):2430-8.
17. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. J. Bras. Psiquiatr [Internet]. 2015 [acesso em 12 nov. 2017]; 64(2):123-131. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000067>

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama. Populações Estimadas, Cidades, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama. Populações Estimadas, Cidades, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>.
20. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa FM, et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017; [acesso 2019 abr 04]; 70(4):747-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>
21. Bonello AALM, Correa CRS. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014, [acesso 2019 abr 04]; 19(11): 4397-4406. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.13922013>
22. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. Rev. bras. geriatr. gerontol [Internet]. 2015 Dez [acesso em 2019 fev 26];18(4):893-908. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14123>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Vigitel 2010. Brasília: Ministério da Saúde.
24. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age Ageing [Internet] 2006 [acesso em 2019 fev 26]; 35(5): 526-529. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afl041>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Diário Oficial da União. Outubro de 2006.
26. Wandera SO, kwagala B, Ntozi J. Determinants of access to healthcare by older persons in Uganda: a cross-sectional study. Int J Equity Health [Internet]. 2015 Mar [acesso em 2019 fev 26]; 15(26). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0157-z>
27. Amaral FLJS, Motta MHA, Silva LPG da, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Nov [acesso em 2019 fev 26]; 17(11):2991-3001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100016>
28. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. Rev Saude Publica. 2017; 51:50.
29. Domingues MA, Ordonez TN, Lima-Silva TB, Torres MJ, Barros TC, Florindo AA. Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo:

um estudo epidemiológico. Rev. bras. geriatr. gerontol [Internet]. 2013 Mar [acesso em 2019 fev 26]; 16(1):49-59. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100006>

30. Almeida AV, Mafrá SCT, Da Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. Textos & Contextos (Porto Alegre) 2015;14(1):115-31.

31. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. Rev. bras. geriatr. gerontol [Internet]. 2015 [acesso 2019 mai 08]; 18(4):893-908. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14123>

32. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. Rev. bras. geriatr. gerontol [Internet]. 2011 Mar [acesso 2019 mai 08]; 14(1): 109-121. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100012>

33. Ferreira MRJ, Mendes AN. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Jul [acesso em 2019 fev 26]; 23(7): 2159-2170. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.12972018>

34. Santos ZMSA, Martins JO, Frota NM, Caetano JA, Moreira RAN, Barros LM. Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. Rev. bras. geriatr. gerontol [Internet]. 2012 Dez [acesso em 2019 fev 26]; 15(4):747-754. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400013>

35. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. Rev Bras Epidemiol. 2013; 16(3):559-571.

36. Medeiros SM, Silva LRS, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Nov [acesso 2018 nov 19]; 21(11): 3377-3386. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>

37. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. R Bras Med Fam e Comum. 2010; 5(17):9-15.

38. Fernandes, HC. O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

39. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM da, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Nov [acesso

2018 nov 19]; 18(11): 3321-3331. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>.

40. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2016 Mai [acesso 2018 nov 19]; 21(5):1499-1510. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>

41. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Jan [acesso em 2018 nov 19]; 22(1): 179-190. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.16782015>

42. Rocha SA, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis* [Internet]. 2016 Mar [acesso em 2018 nov 19]; 26(1):87-111. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>.

43. Andrade MV, Noronha K, Barbosa ACQ, Rocha TAH, Silva NC, Calazans JA, et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 Jun [acesso em 2018 nov 19]; 31(6):1175-1187. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00130414>

44. Silva RM, Brasil CCP. A quarta idade: o desafio da longevidade. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Nov [acesso em 2018 nov 19]; 21(11):3631-3632. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.13022016>

45. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev. bras. enferm* [Internet]. 2010 Abr [acesso 2019 mai 08]; 63(2): 279-284. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200017>

46. Macinko J, Andrade FB, Souza Junior PRB de, Lima-Costa MF Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso 2019 mai 08]; 52(2):6s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000595>

4.2 CARTILHA EDUCATIVA: Acesso aos serviços de saúde pela população idosa

Atendendo às recomendações do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, os produtos/resultados do presente estudo serão apresentados na forma de uma cartilha educativa, pautadas nas necessidades sociais do contexto pesquisado. Tal cartilha será destinada aos profissionais de saúde e gestores, como fruto deste estudo.



ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POPULAÇÃO IDOSA

1.. APRESENTAÇÃO

“O tempo não se perde, se cria e se transforma”. Voto de Duração! Para se prolongar e não deixar-se vencer muitas vezes pelas doenças e outras aflições! Não é isso que penso atualmente? Que posso mudar? (BORGES)

A presente cartilha é fruto de uma pesquisa intitulada: Dificuldade de acesso ao serviço de saúde pelos idosos não institucionalizados: Prevalência e fatores associados que é parte de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Cuidado Primário da Universidade Estadual de Montes Claros. Foi desenvolvida com o objetivo de informar sobre o acesso aos serviços de saúde por parte da população idosa, suas dificuldades e os fatores que podem determiná-las. Nela você poderá encontrar os direitos dos idosos, o papel dos profissionais de saúde, além de medidas para envelhecer mantendo a qualidade de vida. A pessoa idosa está no futuro de cada um dos seres humanos, portanto os assuntos aqui tratados são de interesse de todos.

2-ESTATUTO DO IDOSO, POLITICA NACIONAL DE SAUDE DO IDOSO E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para que a pessoa idosa tenha um atendimento com dignidade e que as ações em saúde possam ser concretizadas, faz-se necessária a articulação entre União, Estados, Municípios e o apoio de toda a sociedade. A família, a comunidade em geral e o poder público.

DIREITOS DOS IDOSOS

3-LEI DE PROTEÇÃO A PESSOA IDOSA

O Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) tem o objetivo de garantir os direitos à pessoa idosa, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. A pessoa idosa tem todos os direitos e a lei protege e facilita a preservação de sua saúde física, mental, moral, intelectual, espiritual e social e objetiva amparar as necessidades comuns a essa fase da vida.

3.1- Quem deve proteger a pessoa idosa?

Todas as pessoas devem proteger a dignidade da pessoa idosa e podem sofrer qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, sendo que qualquer descumprimento aos direitos da pessoa idosa será punido por lei.

O art. 3º do Estatuto do Idoso afirma que “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar”. (...)

§ 2º Dentro os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de oitenta anos, atendendo suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos. Redação dada pela Lei 13.486/17.

A Lei 13.486/17 alterou os artigos 3º, 15 e 71 da Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, a fim de estabelecer a prioridade especial das pessoas maiores de oitenta anos.

São direitos das pessoas idosas: O respeito é essencial e extremamente importante dentro de qualquer relacionamento e, no universo da pessoa idosa, ser respeitado pode traduzir-se nas seguintes garantias.

I – Direito de envelhecer.

II – Liberdade, respeito e dignidade

III – Alimentos

IV – Saúde

V – Educação, cultura, esporte e lazer

VI – Exercício da atividade profissional e aposentarem-se com dignidade

VII – Moradia digna

VIII – Transporte

IX – Política de atendimento por ações governamentais e não governamentais

X – Atendimento preferencial

XI – Acesso à justiça

4-DIREITO A SAÚDE

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos.

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1 A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatorios;

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 dela 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 urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

O § 2 Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso contínuo, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3 É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4 Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei. (...)

§ 5 Em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência.

Redação dada pela Lei 13.486/17. Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, seguindo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito. Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. (...)

Art.18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais,

assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

5-A POLITICA NACIONAL DO IDOSO (A LEI Nº 8.842 DE 04/01/1994.)

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da pessoa idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Suas Diretrizes:

- ✓ Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- ✓ Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- ✓ Estimular as ações ~~gerontológicas~~ visando à integralidade da atenção;
- ✓ Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- ✓ Estimular à participação e fortalecimento do controle social;
- ✓ Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- ✓ Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- ✓ Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- ✓ Apoio ao desenvolvimento de ~~ações~~ pesquisas.

4.3 APRESENTAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS E ANAIS DE CONGRESSO

4.3.1 Resumo expandido publicado em anais de congressos

Avaliação das dificuldades do acesso aos serviços de Saúde da população idosa *In:* 11º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão Montes Claros. Anais FEPEG, 2017

11^o FEPEG

FÓRUM

ENSINO · PESQUISA
EXTENSÃO · GESTÃO

UNIVERSIDADE, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS



ISSN: 1806-549X



CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho **AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA** de autoria de: **PRISCILA KAROLINE RODRIGUES CRUZ; JAIR DE ALMEIDA CARNEIRO; MARIA APARECIDA VIEIRA; FERNANDA MARQUES COSTA; GABRIELA PEREIRA DIAS; WIVIANE DA COSTA PIMENTA; VIVIANE MAIA SANTOS** foi apresentado no formato de pôster no 11º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG) promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, no período de 08 a 11 de novembro de 2017.

Montes Claros/MG, 11 de novembro de 2017.


Prof. João dos Reis Canela
REITOR DA UNIMONTES


Prof. Antonio Alvimar Souza
VICE-REITOR DA UNIMONTES


Prof. Jussara M. de Carvalho Guimarães
PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO


Prof. Paulo Eduardo G. de Barros
PRÓ-REITOR ADJUNTO DE EXTENSÃO
E PRESIDENTE DO X FEPEG

Ativar o Win

6 CONCLUSÕES

Este estudo estimou a prevalência de dificuldades de acesso aos serviços de saúde entre idosos na zona urbana do município de Montes Claros – MG de 33%, identificou os fatores associados as dificuldades de acesso aos serviços: os aspectos sociais, como a ausência de companheiro e falta de leitura além dos problemas físicos, inerentes ao envelhecimento, como a fragilidade, além da caracterização dos idosos pesquisados.

Em contrapartida, 67% dos idosos tiveram acesso aos serviços de saúde quando necessitaram, observa-se que as políticas de saúde com foco no idoso estão no caminho para melhorar a qualidade de atendimento aos idosos, promovendo acessibilidade e ampliação dos serviços de saúde e necessitam de investimentos. Além disso, o SUS por sua natureza pública e gratuita facilita o acesso, especialmente em caso de busca persistente pelo serviço, entretanto evidencia-se que o acesso integral ainda não ocorre em sua totalidade e necessita de melhora contínua.

O estudo demonstra a necessidade de investimentos direcionados a saúde do idoso, de forma a garantir a assistência a esse crescente contingente populacional. A relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa e pode refletir iniquidades que impactam negativamente na qualidade de vida dessa população que depende de políticas públicas integradas e efetivas.

A relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa e pode refletir iniquidades que impactam negativamente na qualidade de vida dessa população que depende de políticas públicas integradas e efetivas, reorganização dos serviços de saúde, atendimento em redes de cuidado com qualidade e eficazes.

Treinamentos aos profissionais de saúde, para mudanças na prática. Acolhimento, atendimento holístico aos idosos, frente as fragilidades, déficit funcional, incapacidades que acometem aos idosos.

Alguns resultados evidenciaram que as condições relacionadas às dificuldades de acesso são passíveis de intervenção, o que é fundamental para a prevenção e promoção de saúde dos idosos, de forma a evitar desfechos clínicos adversos, principalmente no que se refere a dificuldades de usar os serviços de saúde. O conhecimento dos fatores associados às dificuldades de acesso entre idosos permite que ações de saúde, destinadas a esse grupo, possam ser desenvolvidas de forma a minimizar tais dificuldades.

REFERÊNCIAS

- ALLIN, S.; MASSERIA, C.; MOSSIALOS, E. Measuring socioeconomic differences in use of health care services by wealth versus by income. *Am J Public Health.*, v.10, p:1849-55, Out. 2009. Disponível em: < <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.141499>>. Acesso em: 10 nov., 2018.
- ALMEIDA, A.P.S.C., *et al.* Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saude Publica*, v. 51, 2017.
- ALMEIDA, A.V., *et al.* A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v.14, n.1, p.115-131, 2015. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321540660010> >. Acesso em: 02 jul., 2018.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Mem Fund Q Health Soc.*, v.51, .1, p:95-124, 1973.
- ARAÚJO, D. D.; AZEVEDO, R. S.; CHIANC, T. C. M. Perfil demográfico da população idosa de Montes Claros, Minas Gerais e Brasil. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v.1, n. 4, p.462-469, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/151>>. Acesso em: 02 jul., 2018.
- BALASUBRAMANIAN, H., *et al.* Dynamic allocation of same-day requests in multiphysician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. *Health Care Manag. Sci.*, v. 17, p. 31-48, 2014.
- BASTOS, G. Al. N.; HARZHEIM, E.; SOUSA, A. I. Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília., v. 23, n. 3, p. 409-420, Set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300004>>. Acesso em: 12 jun., 2018.
- BONELLO, A. A. L. M.; CORREA, C. R. S. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva*, v.19, n.11, p:4397-4406, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.13922013>> Acesso em: 04 abr., 2019.
- BORGHI, A. C., *et al.* Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo., v.49, n. 4, p. 589-595, Ago 2015.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos de 196 a 200. Senado Federal. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 12 jun., 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-284, Abr. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200017>>. Acesso em: 09 jan., 2019.

CARNEIRO, J.A., *et al.* Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm.*, v.70, n.4, p:747-52, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>> Acesso em: 09 jan., 2019.

CHEN, C. M., *et al.* Health-related services use and the onset of functional disability: 10 year follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr.*, v.58, n.3, p.356-363. Mai/Jun. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.11.011>>. Acesso em: 02 jul., 2018.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 8; Alma-Ata; USSR, 6-12 de setembro 1978.

FERNANDES, H.C. *O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FREIRE, J. C. G., *et al.* Fatores associados à fragilidade em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. *Saud em Debate*, v. 41, n. 115, p:199-1211, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711517>>. Acesso em: 14 nov., 2018.

GONG, C. H.; KENDIG, H.; HE, X. Factors predicting health services use among older people in China: an analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013. *BMC Health Serv Res.*, v.16, n.63. Fev. 2016. DOI: 10.1186/s12913-016-1307-8.

GRAEFF, B. Envelhecimento, velhice e saúde: transformando o invisível em visível. *Rev. Dir. sanit.*, São Paulo v.15 n.1, p. 77-82, mar./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82807>>. Acesso em: 14 nov., 2018.

HAVERCAMP, S.M.; SCOTT, H.M. National health surveillance of adults with disabilities, adults with intellectual and developmental disabilities, and adults with no disabilities. *Disabil Health J.*, v.8, n.2, p.165-72, Abr. 2015. Doi:10.1016/j.dhjo.2014.11.002.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. 2010. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>>. Acesso em: 02 jun., 2017.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459>>. Acesso em: 02 jul., 2018.

JEON, B.; KWON, S.; KIM, H. Health care utilization by people with disabilities: A longitudinal analysis of the Korea Welfare Panel Study (KoWePS). *Disabil Health J.*, v.8, n.3, p.353-62, Jul. 2015. DOI: 10.1016/j.dhjo.2015.01.001.

- MACIEL G.M., *et al.* Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. *Rev Enferm Centro Oeste Min.*, v.6, n.3, p:2430-2438, 2016.
- MARIN, M.J.S.; PANES, V.C.B. Envelhecimento da população e as políticas públicas de saúde. *Rev. Instituto de Políticas Públicas de Marília*, v.1, n.1, p.26-34, jul./dez. 2015.
- MELO, D. S., *et al.*, Avaliação da responsividade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso. *Rev. Saúde Pública*, v.51, n.62, 2017.
- MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- OLIVEIRA, M.R., *et al.* *Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2016.
- OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial de envelhecimento*. 2015. Disponível em: <www.who.int> 2015. Acesso em: 04 mai., 2017.
- ONU-ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Demografia Econômica e Envelhecimento Populacional*. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/?post_type=post&s=envelhecimento>. Acesso em: 18 nov., 2018.
- PAGLIUCA, L.M.F., *et al.* Acesso de idosos às unidades de Atenção Primária à Saúde. *REME – Rev. Min. Enferm.*, 21:e-1021, 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170031
- PASKULIN, L.M.G.; VALER, D.B.; VIANNA, L.A.C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciê. & Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p:2935-2944. 2011.
- PEREIRA, D.S.; NOGUEIRA, J.A.D.; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 893-908, Dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100012>>. Acesso em: 28 fev., 2019.
- PILGER, C.; MENON, U.M.; MATHIAS, T.A.F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. *Revista Esc. Enferm USP.*, v.47, n.1, p 213-220, 2013.
- POLITI, R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. *Econ. Apl.*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p:117-137, Mar 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-8050/ea379>>. Acesso em: 28 fev., 2019.
- SCOLARI, G. A. S., *et al.* Unidades de pronto atendimento e as dimensões de acesso à saúde do idoso. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.71, supl. 2, p. 811-817, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-044>>. Acesso em: 28 fev., 2019.
- SOPELETE, M.C.; BISCARDE, D.G.S. Acesso aos serviços de saúde na realidade brasileira: sugestões para superação de alguns desafios. *Rev. Encontro de Pesquisa em Educação*. Uberaba, v.1, n.1, p:140-153, 2013.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *In: GIOVANELLA, L. Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro -RJ: Fiocruz; 2008, p.215-46.

VERAS, R; OLIVEIRA, M. Care pathway for the elderly: detailing the model. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, Dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>>. Acesso em: 28 fev., 2019.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, Dez. 2013.

VERAS, R.P., *et al.* Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v.16, n.2, p:385-392, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/18.pdf>>. Acesso em: 28 fev., 2019.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saude soc.*, v. 24, n.1, p:100-112, Mar. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>> . Acesso em: 28 fev., 2019.

WANG, H., *et al.* Prevalence, characteristics, and acute care utilization of disabled older adults with an absence of help for activities of daily living: findings from a nationally representative survey. *Arch Gerontol Geriatr.*, v.67, p.28-33. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.007>>. Acesso em: 10 nov., 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Nome:		
Rua:	Nº:	Telefone:
Bairro:	Setor:	Entrevistador:

O IDOSO SE ENCONTRA NO DOMICÍLIO?

() – 0. SIM. Seguir o questionário.

() – 1. NÃO. Por qual motivo? () 1. Mudou-se () 2. Faleceu. Quando – mês e ano? ____/____.

Motivo: _____

() 3. Recusa a participar. () 4. Três visitas sem sucesso.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO	_____
Idade: ____ anos	_____
Data de nascimento: ____/____/____	_____
Gênero: () 0 - Masculino () 1 – Feminino	____
Cor da pele: () 0 - Parda () 1 - Preta () 2 - Branca () 3 - Amarela	____
Estado conjugal: () 0 – Solteiro () 1 – Casado () 2 - União estável () 4 - Divorciado/separado () 5 - Viúvo	____
Tem prática religiosa? () 0 - Sim () 1 - Não	____
Arranjo familiar: () 0 - Mora sozinho () 1- Mora somente com o cônjuge () 2 - Mora com outros familiares () 3 - Mora com não familiares	____
Possui renda própria? () 0 - Sim () 1 - Não	____
Renda pessoal proveniente de: () 1 - Trabalho próprio () 2 – Aposentadoria () 4 – Pensão () 8 - Aluguel () 16 - Outros _____	_____
Número de pessoas residentes no domicílio, incluindo o idoso: _____	_____
Presta cuidados a alguém? () 0 - Sim () 1 - Não	____
Se sim, a quem presta cuidados? () 0 – Cônjuge () 1 - Filho(a) () 2 - Outro familiar () 3 - Outro _____ () 9 – Não se aplica	____
Qual a renda familiar mensal? (soma da renda de todos que vivem na residência). Valores em reais: _____	_____
Quantos anos o(a) Sr.(Sra.) estudou? _____	____
Sabe ler? () 0 - Sim () 1 - Não	____

Nas duas últimas semanas, o (a) Sr. (Sra) procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não – passa para #####	<input type="checkbox"/>
Qual foi o motivo principal pelo qual o (a) Sr. (Sra) procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas? <input type="checkbox"/> 1. Acidente/ lesão <input type="checkbox"/> 2. Problema odontológico <input type="checkbox"/> 3. Reabilitação <input type="checkbox"/> 4. Doença <input type="checkbox"/> 5. Vacinação <input type="checkbox"/> 6. Outros atendimentos: _____ <input type="checkbox"/> 9 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Quantas vezes o (a) Sr. (Sra) procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas? <input type="checkbox"/> 99 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Onde o (a) Sr. (Sra) procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas? <input type="checkbox"/> 1. PSF <input type="checkbox"/> 2. Posto ou centro de saúde <input type="checkbox"/> 3. Consultório médico particular <input type="checkbox"/> 4. Farmácia <input type="checkbox"/> 5. Consultório odontológico <input type="checkbox"/> 6. Pronto socorro/ Hospital <input type="checkbox"/> 7. Laboratório/Exames complementares <input type="checkbox"/> 8. Consultório de outro profissional de saúde (fisioterapia, psicólogo) <input type="checkbox"/> 9. Atendimento domiciliar <input type="checkbox"/> 10. Outro: _____ <input type="checkbox"/> 99 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, o (a) Sr. (Sra) foi atendido? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Por que motivo o (a) Sr. (Sra) não foi atendido na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas? <input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga ou senha <input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico atendendo <input type="checkbox"/> 3. Não tinha dentista atendendo <input type="checkbox"/> 4. Não tinha serviço ou profissional especializado <input type="checkbox"/> 5. O serviço ou equipamento não estava funcionando <input type="checkbox"/> 6. Não podia pagar <input type="checkbox"/> 7. Esperou muito e desistiu <input type="checkbox"/> 8. Outro motivo: _____ <input type="checkbox"/> 9 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Nas duas últimas semanas, o (a) Sr. (Sra) voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Onde o (a) Sr. (Sra) procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas? <input type="checkbox"/> 1. PSF <input type="checkbox"/> 2. Posto ou centro de saúde <input type="checkbox"/> 3. Consultório médico particular <input type="checkbox"/> 4. Consultório odontológico <input type="checkbox"/> 5. Pronto socorro/ Hospital <input type="checkbox"/> 6. Farmácia <input type="checkbox"/> 7. Consultório de outro profissional de saúde (fisioterapia, psicólogo) <input type="checkbox"/> 8. Laboratório ou clínica para exames complementares <input type="checkbox"/> 9. Atendimento domiciliar <input type="checkbox"/> 10. Outro: _____ <input type="checkbox"/> 99 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Nessa última vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, o (a) Sr. (Sra) foi atendido? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Por que motivo o (a) Sr. (Sra) não foi atendido nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas? <input type="checkbox"/> 1. Não conseguiu vaga ou senha <input type="checkbox"/> 2. Não tinha médico atendendo <input type="checkbox"/> 3. Não tinha dentista atendendo <input type="checkbox"/> 4. Não tinha serviço ou profissional especializado <input type="checkbox"/> 5. O serviço ou equipamento não estava funcionando <input type="checkbox"/> 6. Não podia pagar <input type="checkbox"/> 7. Esperou muito e desistiu <input type="checkbox"/> 8. Outro motivo: _____ <input type="checkbox"/> 9 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Qual foi o principal atendimento de saúde que o (a) Sr. (Sra) recebeu? <input type="checkbox"/> 1. Consulta médica <input type="checkbox"/> 2. Consulta odontológica <input type="checkbox"/> 3. Agente comunitário de saúde <input type="checkbox"/> 4. Consulta de outro profissional de saúde <input type="checkbox"/> 5. Atendimento na farmácia <input type="checkbox"/> 6. Exames complementares <input type="checkbox"/> 7. Internação hospitalar <input type="checkbox"/> 8. Outro: _____ <input type="checkbox"/> 9 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>

O serviço de saúde atendido era? () 1. Público/SUS () 2. Convênio () 3. Particular () 9 – Não se aplica	__
O (a) Sr. (Sra) considera que o atendimento de saúde recebido foi: () 1. Muito bom () 2. Bom () 3. Regular () 4. Ruim () 5. Muito ruim () 9 – Não se aplica	__
Neste atendimento de saúde, foi receitado algum medicamento? () 1. Sim () 2. Não () 9 – Não se aplica	__
Neste atendimento de saúde, o (a) Sr. (Sra) recebeu gratuitamente os medicamentos receitados? () 1. Todos os medicamentos () 2. Parte dos medicamentos () 3. Nenhum dos medicamentos () 9 – Não se aplica	__
Dos medicamentos receitados que não recebeu gratuitamente, o (a) Sr. (Sra.) comprou? () 9 – Não se aplica () 1. Todos os medicamentos. () 2. Parte dos medicamentos. () 3. Nenhum dos medicamentos.	__
Qual o principal motivo de não ter comprado todos os medicamentos receitados? () 1. Não tinha dinheiro () 2. Não encontrou o medicamento na farmácia () 3. Não tinha farmácia próxima () 4. Ganhou a medicação de alguém () 5. Tinha os medicamentos em casa () 6. Não achou que todos os medicamentos eram necessários () 7. Começou a sentir-se melhor () 8. Outro motivo: _____ () 9 - Não se aplica.	__
#### Nas duas últimas semanas, por que motivo o (a) Sr. (Sra) não procurou serviço de saúde? () 1. Não houve necessidade () 2. Não tinha dinheiro () 3. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso () 4. Dificuldade de transporte () 5. Horário incompatível () 6. O atendimento é muito demorado () 7. Não possui especialista para as necessidades () 8. Não tinha quem o acompanhasse () 9. Outro motivo: _____	__

Quantas vezes nos últimos 12 meses o(a) Sr.(Sra.) procurou algum <u>serviço de saúde</u> ? _____	___
Se procurou, onde ocorreram esses atendimentos nos últimos 12 meses?	
Pronto atendimento / Hospitais do SUS? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Pronto atendimento / Hospitais Particulares? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Centro de especialidades / Policlínicas? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Farmácia? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Consultório particular? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Unidade Básica de Saúde? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Centro de Referência do Idoso? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Outros: () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Se sim, especificar: _____	___
O(a) Sr.(Sra.) tem plano de saúde particular? () 0 - Sim () 1 - Não	___
Se sim, quem paga pelo plano de saúde? () 0 - Próprio idoso () 1 - Filhos () 2 - Cônjuge () 3 - Outros familiares () 4 - Não familiares () 9 - Não se aplica	___
Dos tipos de serviços de saúde, qual o principal utilizado pelo(a) Sr.(Sra.)? () 0 - Público (SUS) () 1 - Particular () 2 - Convênio (planos)	___
O(a) Sr.(Sra.) tem alguma dificuldade para ter acesso e usar o seu principal serviço de saúde quando necessário? () 0 - Sim () 1 - Não	___
Se sim, quais os principais motivos?	
Falta de recurso financeiro? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Falta de transporte? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Não tem companhia? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Os serviços são ruins? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Não consegue se locomover? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Barreiras arquitetônicas? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Distância? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Outros: () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Se sim, especificar: _____	___

O(a) Sr.(Sra.) fez alguma <u>consulta médica</u> nos últimos 12 meses? () 0 - Sim () 1 - Não	___
Se não, por quê? () 0 - Não precisou () 1 - Precistou, mas não procurou () 2 - procurou, mas não conseguiu vaga () 3 - Outros (especificar) _____ () 9. Não se aplica	___
Se consultou, como o(a) Sr.(Sra.) considerou este atendimento? () 0 - Muito bom () 1 - Bom () 2 - Regular () 3 - Ruim () 4 - Muito ruim () 9. Não se aplica	___
Na sua última consulta, receitaram medicamentos / remédios? () 0 - Sim () 1 - Não () 9. Não se aplica	___
O (a) Sr.(Sra.) conseguiu os medicamentos / remédios receitados? () 0 - Sim () 1 - Não () 2 - Alguns Sim e outros Não () 9. Não se aplica	___
Se não obteve os remédios, por que não obteve?	___
O medicamento não estava disponível? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Não tinha quem fosse buscá-los? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Não tinha recursos para o transporte? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Distância muito longe? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Atendimento muito demorado? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Falta de tempo para buscá-los? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Não achou necessário? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Outros. Especifique _____	___
Teve de pagar por esses remédios? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não se aplica	___
Quanto tempo gasta habitualmente para chegar à Unidade de Saúde Pública? _____ minutos	___ ___ ___

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE	
Como o(a) Sr.(Sra.) classificaria seu estado de saúde? () 0 - Muito bom () 1 - Bom () 2 - Regular () 3 - Ruim () 4 - Muito ruim () 9 - Não sabe	___

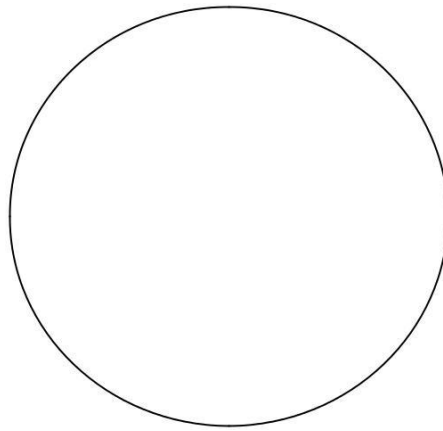
O(a) Sr.(Sra.) tem Cuidador(a)? () 0 - Sim () 1 - Não	___
IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR PRINCIPAL	
Sexo: () 0 - Masculino () 1 - Feminino	___
Idade: _____ anos	___ ___
Tem parentesco com o idoso? () 0 - Sim () 1 - Não	___
Se sim, qual? () 0 - Filho () 1 - Cônjuge () 2 - Neto () 3 - Outros. Especifique: _____	___
Tem formação específica para cuidados com idosos? () 0 - Sim () 1 - Não	___
Exerce o cuidado com o idoso como atividade remunerada? () 0 - Sim () 1 - Não	___

O(a) Sr.(Sra.) sofreu alguma QUEDA nos últimos 12 meses? () 0 - Sim () 1 - Não (pular seguintes ao tema) () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Se sim, quantas Quedas o(a) Sr.(Sra.) sofreu nos últimos 12 meses? () 8 - Não se aplica () 0 - Uma () 1 - Duas a quatro () 2 - Cinco ou mais () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Quais as causas das quedas? () 8 - Não se aplica () 0 - tropeção/escorregão () 1 - perda da consciência () 2 - sem motivo aparente	__
Necessitou de ajuda para levantar-se? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Para andar, o(a) Sr.(Sra.): () 0 - Anda sozinho () 1 - Usa dispositivos de auxílio (bengalas, muletas, cadeira de rodas) () 2 - É acamado	__
O(a) Sr.(Sra.) tem medo de cair? () 0. Sim () 1 - Não	__
Dos problemas de saúde a seguir, qual (is) deles algum Médico disse que o(a) Sr.(Sra.) tem?	
Pressão alta - Hipertensão? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Diabetes? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Problema cardíaco? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Tumor maligno - câncer? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Artrite / Reumatismo / Artrose? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Osteoporose? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Embolia / Derrame pulmonar? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
AVC/Derrame? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Enfisema, Bronquite Crônica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Asma, Bronquite Asmática ou Bronquite alérgica? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não lembra	__
Outros. Especifique _____ _____	__
Atualmente quais os Medicamentos / Remédios o(a) Sr.(Sra.) toma - Listar todos _____ _____ _____	__

INSTRUÇÕES: Se houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio (TDR). **CASO O PACIENTE NÃO SEJA APROVADO NESTE TESTE**, solicite ao CUIDADOR para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE.

N.1) – Cognição

TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO (TDR): “Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar “**onze horas e dez minutos**”



(0) - Aprovado (1) - Reprovado com erros mínimos (2) - Reprovado com erros significativos |__|

Quem responde às questões seguintes? () 0 - Idoso () 1 - Cuidador familiar	Não pontua
N.2) – Estado Geral de Saúde Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado (a)? (0) - 0 (1) 1 - 2 (2) > 2	__
De modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha uma alternativa) (0) - Excelente (1) - Razoável (2) - Ruim (0) - Muito boa (0) - Boa	__
N.3) - Independência Funcional Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda? () - Preparar refeição (cozinhar) () - Transporte (locomoção de um lugar para outro) () - Cuidar da casa (limpar / arrumar casa) () - Fazer compras () - Usar telefone () - Lavar roupa () - Cuidar do dinheiro () - Tomar remédios (0) 0 - 1 (1) 2 - 4 (2) 5 - 8	__
N.4) - Suporte Social Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atenda às suas	

necessidades? (0) - Sempre (1) - Algumas vezes (2) - Nunca	__
N.5) - Uso de medicamentos Normalmente, você usa cinco ou mais remédios diferentes e receitados (pelo médico)? (0) - Não (1) - Sim	__
Algumas vezes você se esquece de tomar seus remédios? (0) - Não (1) - Sim	__
N.6) – Nutrição Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas? (0) - Não (1) - Sim	__
N.7) - Humor Você se sente triste ou deprimido (a) com frequência? (0) - Não (1) - Sim	__
N.8) - Continência Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurar urina?) (0) - Não (1) - Sim	__
N.9) - Desempenho Funcional TESTE “LEVANTE E ANDE” CRONOMETRADO: “Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando disser “Vá”, por favor, fique em pé e ande normalmente até a marca no chão (aproximadamente 3 m de distância), volte para cadeira e sente-se novamente”. (0) 0 – 10 segundos (1) 11 – 20 segundos (2) > 20 segundos OBSERVAR: PONTUE este item do teste como > 20 segundos se o indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste ou se para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.	__
TOTAL DE PONTOS: _____ / 17 = _____ (0) 0 - 4: Não apresenta fragilidade (1) 5 - 6: Aparentemente vulnerável (2) 7 - 8: fragilidade leve (3) 9 - 10: Fragilidade moderada (4) 11 ou mais: Fragilidade severa	__

ANEXOS

ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Fragilidade em idosos: estudo longitudinal.

Instituição promotora: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros – FIPMoc.

Orientador Responsável: Prof. Jair Almeida Carneiro.

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo, bem como o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

- 1- **Objetivo:** Avaliar a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos.
- 2- **Metodologia/procedimentos:** Análise quantitativa, de caráter descritivo, através de entrevista, aplicada a idosos.
- 3- **Justificativa:** O envelhecimento populacional traz grandes desafios para as sociedades contemporâneas, pois populações envelhecidas requerem maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde. Conhecer as condições de vida e saúde dos idosos é fundamental para que estratégias possam ser desenvolvidas e aplicadas nessa população, visando um envelhecimento saudável e com um menor nível de incapacidade.
- 4- **Benefícios:** Acredita-se que os resultados deste trabalho possam contribuir para a elaboração de políticas públicas locais específicas.
- 5- **Desconfortos e riscos:** pode ser entendido como desconforto a necessidade de responder ao questionário proposto.
- 6- **Danos:** Não é prevista a ocorrência de danos físicos ou morais para indivíduos estudados.
- 7- **Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não é prevista metodologia alternativa, o indivíduo estudado que se sentir desconfortável com aplicação do questionário poderá solicitar seu desligamento da pesquisa.
- 8- **Confidencialidade das informações:** Todos os indivíduos estudados terão direito de terem suas identificações devidamente preservadas.
- 9- **Compensação/indenização:** Não são previstas .
- 10- **Outras informações pertinentes:** Não se aplicam.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	_____
Nome do Participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Jair Almeida Carneiro	Assinatura do coordenador da pesquisa	Data

Endereço do Pesquisador: Av. Cula Mangabeira, 562 - Santo Expedito, Montes Claros - MG, 39401-001. Telefone: (38) 3229-8502

ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FRAGILIDADE EM IDOSOS: ESTUDO LONGITUDINAL

Pesquisador: Jair Almeida Carneiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56520216.4.0000.5109

Instituição Proponente: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.629.395

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo clínico observacional, longitudinal, ser realizado no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais. Os autores destacam que o conhecimento das condições de saúde dos idosos é de fundamental para que estratégias, visando um envelhecimento saudável e com um menor nível de incapacidade, possam ser desenvolvidas e aplicadas nessa população na região sudeste do Brasil, Diante disso, objetiva avaliar de forma longitudinal a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como objetivo primário: Avaliar de forma longitudinal a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais.

Como objetivos secundários:

Descrever o perfil epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos não institucionalizados, em Montes Claros, norte de Minas Gerais.

Identificar os fatores associados à ocorrência de fragilidade em idosos por meio da aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton.

Conhecer a condição clínico-funcional de idosos por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20).

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80

Bairro: Ibituruna

CEP: 38.408-007

UF: MG

Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3214-7100

Fax: (38)3212-1002

E-mail: dorotheafranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Continuação do Parecer: 1.629.395

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores apresentam o termo de autorização da instituição que disponibilizará os dados. Existe menção aos riscos e benefícios, o que é feito de forma satisfatória.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante e de interesse para a saúde de idosos. A metodologia é apresentada de forma adequada, e os resultados têm o potencial de ampliar a assistência aos idosos da região.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequados. Sem considerações específicas.

Recomendações:

Considerando o parecer desse comitê, somos favoráveis à aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_723679.pdf	28/05/2016 21:16:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Fragilidade.docx	28/05/2016 21:14:49	Jair Almeida Carneiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Consentimento.pdf	24/05/2016 18:51:33	Jair Almeida Carneiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	24/05/2016 18:50:53	Jair Almeida Carneiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80

Bairro: ibituruna

CEP: 38.408-007

UF: MG

Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3214-7100

Fax: (38)3212-1002

E-mail: dorotheafranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Continuação do Parecer: 1.629.395

MONTES CLAROS, 08 de Julho de 2016

Assinado por:
José Geraldo de Freitas Drumond
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80
Bairro: ibituruna CEP: 39.408-007
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 Fax: (38)3212-1002 E-mail: dorotheafranca@gmail.com

ANEXO C

NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Preparação de manuscritos

Os artigos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Os artigos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Título e Título Curto

O artigo deve conter Título completo e título curto em português e inglês. Para artigos em espanhol, os títulos devem ser escritos em espanhol e inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão ter títulos em inglês e português.

Um bom título permite identificar o tema do artigo.

Nota de rodapé

Os casos de estudos com financiamentos deverão ser indicados na nota de rodapé, na 1ª página do artigo. De acordo com o exemplo abaixo:

Exemplo: Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). É PRECISO INFORMAR O Nº DOS PROCESSOS E O TIPO DE SUBSÍDIO.

Resumo

Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras.

Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivo, método, resultado e conclusão com as informações mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter

citações.

Palavras-chave

Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo

A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimento.

Deve ser digitado em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Introdução

Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Método

Deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

Resultados

Devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão

Deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos

Podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências

Máximo de 35 referências para artigos originais e de 50 para artigos de revisão.

Solicitamos que ao menos 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos e que sejam normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Trata-se de uma norma taxativa da RBGG, passível de exclusão do artigo de nossos sistemas.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos devem ter fonte: 10, centralizados, espaçamento entre linhas: simples, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento. O número máximo do conjunto de tabelas e figuras é de cinco. O tamanho máximo da tabela é de uma página.

Gráficos devem ter fonte: 11, centralizados, indicando em seu título o fenômeno estudado, as variáveis teóricas usadas, a informação do local do evento/coleta, ano do evento. No corpo do texto, não devem haver repetição de valores que já constam nos gráficos/tabelas.

Devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word porém de forma editável, em tons de cinza ou preto, com respectivas legendas e numeração.

Trabalhos feitos em outros softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês.

Pedimos aos autores que utilizem o Chelist abaixo, de acordo com o tipo de estudo feito:

> CONSORT – para ensaios clínicos controlados e randomizados(<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)

> CONSORT CLUSTER – extensão para ensaios clínicos com conglomerados (<http://www.consort-statement.org/extensions?ContentWidgetId=554>)

> TREND – avaliação não aleatorizada; o artigo deve tratar sobre saúde pública (<http://www.cdc.gov/trendstatement/>)

> STARD – para estudos de precisão diagnóstica (http://www.stard-statement.org/checklist_maintext.htm)

> REMARK – para estudos de precisão prognóstica (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362085/>)

> STROBE – para estudos epidemiológicos observacionais (estudo de coorte, caso controle ou transversal) (<http://www.strobe-statement.org/>)

> MOOSE – para metanálise de estudos epidemiológicos observacionais (<http://www.consort-statement.org/checklists/view/32-consort/66-title>)

> PRISMA – para revisões sistemáticas e metanálises(<http://www.prisma-statement.org/statement.htm>)

- > CASP – para revisões integrativas (<http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>)

- > COREQ – para estudos qualitativos (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>)

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte “Método”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS, ICMJE e WHO - <http://www.who.int/ictpr/network/primary/en/> , cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE - <http://www.icmje.org/> . O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.