

O OLHAR DO IDOSO SOBRE O ATENDIMENTO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CORONEL FABRICIANO-MG

CARE AT BASIC HEALTH UNITS IN CORONEL FABRICIANO FROM THE PERSPECTIVE OF ELDERLY PEOPLE

MIRADA DE LOS ANCIANOS SOBRE LA ATENCIÓN EN LAS UNIDADES BÁSICAS DE SALUD DE CORONEL FABRICIANO-MG

Helisamara Mota Guedes¹
Elis Any de Pinho Batista²
Janaína Alves Rosa²
Martha Elisa Ferreira de Almeida³

RESUMO

Diante do grande número de idosos existentes no Brasil, as políticas públicas de saúde têm estabelecido metas para a promoção de modos de viver mais saudáveis e seguros, mas o atendimento realizado a esse público em Unidades Básicas de Saúde ainda necessita de mudanças e adaptações às diversas realidades locais. O objetivo com este estudo foi analisar o atendimento realizado em Unidades Básicas de Saúde sob a ótica de idosas de um grupo de terceira idade. A pesquisa transversal com abordagem qualitativa foi realizada no mês de julho de 2008, em Coronel Fabriciano-MG. Por meio dos relatos, observou-se que havia satisfação quanto ao atendimento nas Unidades Básicas de Saúde realizada mediante palestras educativas sobre as patologias preexistentes e alimentação saudável. As perspectivas de melhoria dos serviços foram quanto ao aumento do número de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos); maior respeito à Lei nº 10.741/2003 quanto ao atendimento preferencial e imediato; maior disponibilidade e qualidade das medicações distribuídas e mais orientações e acompanhamento de pacientes diabéticos. Com base no Pacto pela Saúde e a visão do atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde pelas idosas avaliadas, as políticas públicas nas três esferas (municipais, estaduais e federais) devem rever as ações desempenhadas pelas equipes de saúde nas Unidades Básicas de Saúde, bem como definir metas de saúde com a população usuária do serviço para que as necessidades de saúde identificadas sejam incorporadas à prática clínica.

Palavras-chave: Idoso; Satisfação; Atendimento em Unidades Básicas de Saúde.

ABSTRACT

Given the large number of elderly people in Brazil, Public Health Policy has established goals to promote a healthier and safer lifestyle. However, senior care at Basic Health Units also requires changes and adaptations to the various local realities. This study aimed at analyzing the service provided at Basic Health Units from the perspective of a group of elderly women. The qualitative cross-sectional study was carried out in July 2008 in Coronel Fabriciano - MG. The reports indicated that users were satisfied with services provided at Basic Health Unit, namely the educational lectures on pre-existing diseases and healthy eating. Services are expected to improve through an increase in the number of health professionals (doctors, nurses, nutritionists, and psychologists), compliance with Law No. 10741/2003 on preferential and immediate care, increased availability and quality of medication, and more guidance and monitoring of diabetic patients. Based on the Health Pact and the elderly women's point of view on the care at Basic Health Units, municipal, state and federal public policies should reassess health teams' actions as well as define health goals in conjunction with the service's users so health needs are identified and incorporated into clinical practice.

Keywords: Elderly; Satisfaction; Care at Basic Health Units.

RESUMEN

Ante el gran número de personas mayores en Brasil, las políticas públicas de salud han establecido objetivos para promover formas de vivir más saludables y seguras. La atención de ancianos en unidades básicas de salud debe, sin embargo, cambiar y adaptarse a la realidad local. El objetivo del presente estudio fue analizar los servicios de las unidades básicas de salud desde la perspectiva de un grupo de señoras mayores. Se trata de un estudio cuantitativo transversal que se llevó a cabo en julio de 2008 en Coronel Fabriciano, MG. Los informes señalan que las usuarias estaban satisfechas con la atención y, sobre todo, con las charlas educativas sobre patologías preexistentes y alimentación sana. Se preveían mejoras en los servicios con el aumento de profesionales de salud (médicos, enfermeras, nutricionistas y psicólogos), más respeto a la Ley 10741/2003 que trata de la atención preferencial e inmediata, más disponibilidad y calidad de los medicamentos distribuidos y mejor orientación y control de pacientes diabéticos. En base al Pacto para la Salud y a la opinión respecto de la atención de las personas mayores, las políticas públicas municipales, estatales y federales deben rever las acciones de los equipos de salud y definir metas conjuntamente con los usuarios del servicio para detectar las necesidades de salud e incorporarlas a la práctica diaria.

Palabras clave: Ancianos; Satisfacción; Atención en las Unidades Básicas de Salud.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiânia. Professora da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. E-mail: helisamaraguedes@yahoo.com.br.

² Enfermeira pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – Unileste-MG. Pós-graduanda em Saúde Pública pelo Centro Universitário de Volta Redonda.

³ Nutricionista. Professora da Universidade Federal de Viçosa, Campus de Rio Paranaíba (UFV). E-mail: martha.almeida@ufv.br

Endereço para correspondência – Avenida Jorge Dias Duarte, 214, Bairro Ana Rita, Timóteo-MG, CEP: 35182-352. E-mail: helisamaraguedes@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

No Brasil o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975, para 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em 40 anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020¹. Diante do grande número de indivíduos nesse estágio de vida, uma grande preocupação tem sido voltada para esse público, na tentativa de evitar os efeitos negativos ofertados pelo avanço da idade, bem como reverter sua capacidade funcional e ampliar a qualidade de vida.²

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no final da década de 1990, começou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo”, que busca incluir, além dos cuidados em geral com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento saudável, melhorando as oportunidades de saúde, participação e segurança para aprimorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.³

A preocupação com a qualidade de vida iniciou-se no século XVIII, mediante o apoio das Políticas Públicas e de movimentos sociais em prol da saúde⁴. Com o passar dos anos, a relação entre condições, qualidade de vida e saúde vem se atualizando e tem no conceito de promoção da saúde sua estratégia central, que vem inserindo os parâmetros, estilo de vida, avanços da biologia humana, ambiente físico e social e qualidade dos serviços de saúde como fatores determinantes da saúde em uma sociedade.⁴

Segundo os princípios do SUS e as necessidades da população, foi criado o Pacto pela Saúde, que tem como uma das esferas o Pacto pela Vida, que estabeleceu medidas sanitárias derivadas da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos três gestores. Dessas prioridades, destacou-se o grupo de idosos, na tentativa de melhorar-lhes a saúde e a qualidade de vida, a fim de definir recursos para que as propostas sejam bem-sucedidas⁵. Dessa forma, as Políticas Públicas de Saúde têm estabelecido metas para a promoção de modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, prevenindo a violência e facilitando o acesso a alimentos saudáveis e a redução do tabagismo.³

A prática de avaliação dos serviços de saúde por meio de perguntas aos usuários iniciou-se na Europa e nos Estados Unidos, na década de 1960, e no Brasil ganhou espaço a partir da segunda metade da década de 1990. A incorporação de usuários na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível de qualidade dos serviços prestados, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso dos serviços.⁶ Em 2000, a OMS introduziu nas pesquisas de avaliação em saúde o conceito de “responsividade” dos sistemas de saúde, em contraposição ao conceito de “satisfação”, utilizado desde a década de 1960. Enquanto as pesquisas de “satisfação” focalizavam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde, a responsividade surgiu referindo-se aos aspectos não médicos do cuidado.⁷

Segundo Polizer e D’Innocenzo,⁸ a preocupação com a avaliação dos serviços de saúde vem se manifestando, dentre outros fatores, em consequência do aumento da população brasileira na faixa etária dos 65 anos ou mais. Com o aumento dos custos com a atenção à saúde e, principalmente, com aumento de doenças crônico-degenerativas que acompanham o crescimento da população, porém, torna-se importante que a avaliação em saúde esteja baseada nas necessidades da população, permitindo a melhora da qualidade de vida.

Por meio do conhecimento das necessidades de saúde do idoso, o profissional de saúde estará apto a direcionar suas atividades, atuando de forma ativa e integral na saúde do idoso para desenvolver ações de caráter coletivo e/ou individual. Assim, com este estudo teve-se como objetivo analisar o atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde sob a ótica de idosos de um grupo de terceira idade.

METODOLOGIA

A pesquisa transversal com abordagem qualitativa e descritiva foi autorizada pelo responsável do grupo de Terceira Idade “Renascer”, fundado pela Paróquia São Sebastião em Coronel Fabriciano-MG, e teve seu início no mês de julho de 2008, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (UNILESTE-MG), Parecer n° 15.71.08. Segundo Espiridião e Trad,⁶ a falta de uma definição consistente da satisfação e de uma teoria que oriente sua mensuração é refletida na diversidade de abordagens metodológicas.

Esse grupo possuía 50 idosos cadastrados, de vários bairros da cidade, de ambos os sexos, que realizavam ginástica uma hora/dia, durante dois dias da semana, no período da manhã. A amostra do estudo foi constituída de idosos, uma vez que os homens não aceitaram participar do estudo. Foram adotados como critérios de inclusão na pesquisa: estar participando das atividades do grupo há mais de seis meses, concordar em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com base na Resolução n° 196/96,⁹ e responder à entrevista por meio de um roteiro semiestruturado e ao questionário socioeconômico.

A pesquisa foi realizada de forma a não comprometer o andamento das atividades do grupo, após o encerramento da sessão de ginástica. O critério para encerrar a pesquisa foi a saturação dos dados, que aconteceu com 14 idosos.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, preservando toda a linguagem incluindo o tom coloquial. Utilizou-se a análise de conteúdo para extrair os dados necessários da pesquisa.⁴ Esse processo foi feito imediatamente após cada entrevista, ou no máximo após cada duas entrevistas para não perder a riqueza de informações e detalhes. Após a transcrição das fitas e digitação dos discursos, as falas foram lidas e relidas, sublinhadas e enumeradas para extrair as unidades de significado.

Para tabulação dos dados socioeconômicos, foi utilizado o *software* Microsoft Excel (2003), sendo esses expressos na forma de frequência absoluta e percentagem e apresentados sobre a forma de tabelas e gráfico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Houve predomínio de idosas nas faixas etárias de 60 a 64 e de 65 a 69 anos (TAB. 1). A maioria das idosas estudadas era casada ou possuía união consensual (57,2%), bem como escolaridade de 1 a 4 anos (64,3%) e tinham renda mensal de até um salário mínimo (50,0%). Segundo Pires e Silva,¹⁰ o reduzido grau de instrução de grande parte dos idosos brasileiros está relacionado à falta de oportunidade de frequentar escola entre as décadas de 1930 e 1940, além das atribuições do trabalho doméstico daquela época, sendo que atualmente o nível de escolaridade vem aumentando em decorrência dos programas de alfabetização para adultos e idosos. Segundo Davin *et al.*¹¹ a baixa renda apresentada pela maioria dos idosos está relacionada à baixa escolaridade. Entre as idosas avaliadas, a renda relatada era exclusivamente de aposentadorias, o que dificulta o atendimento adequado das necessidades desses indivíduos quanto ao lazer, alimentação e saúde, principalmente entre aquelas que recebiam apenas um salário mínimo.

TABELA 1 – Características socioeconômicas das idosas – Coronel Fabriciano-MG, 2008

Características	Nº	%
Idade (anos)		
60 – 64	5	35,7
65 – 69	5	35,7
70 – 74	2	14,3
75 – 79	2	14,3
≥80	-	-
Estado civil		
Solteira	1	7,1
Casada/União consensual	8	57,2
Viúva	4	28,6
Separada/Divorciada	1	7,1
Escolaridade (anos)		
1 – 4	9	64,3
5 – 7	2	14,3
8 – 10	2	14,3
≥11	1	7,1
Renda mensal (SM)		
415,00	7	50,0
416,00 – 830,00	4	28,6
831,00 – 1245,00	1	7,1
1246,00 – 1660,00	2	14,3

SM = Salário mínimo (415,00 reais)

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria das entrevistadas frequentava uma Unidade Básica de Saúde de 15 em 15 dias (GRÁF. 1). A Política Nacional de Saúde do Idoso enfatiza um envelhecimento saudável, priorizando ações educativas que possam preservar a melhoria na qualidade de vida. A Unidade Básica de Saúde é de grande importância nesse contexto, pois ela acolhe os usuários na tentativa de resolver os problemas e as necessidades apresentadas.¹² O envelhecimento, bem como o período da menopausa, faz com que a idosa procure os serviços médicos, facilitando, assim, um contato direto com os profissionais para que, juntos, possam intervir de forma efetiva nas mudanças do estilo de vida.¹³ Entretanto observou-se que 35,7% das entrevistadas relataram baixa procura (semestral) pelas Unidades Básicas de Saúde.

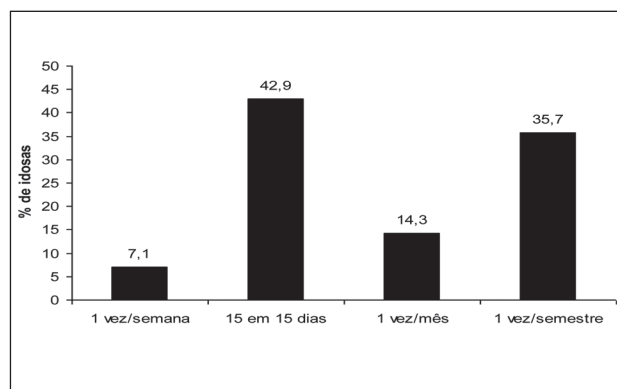


GRÁFICO 1 – Frequência de utilização das unidades básicas de saúde pelas idosas – Coronel Fabriciano-MG, 2008

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo os relatos, quanto à presença de patologias, a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* foram as mais citadas (TAB. 2). Foi relatado como patologia “falta de ar” e “ostopelia”. A hipertensão arterial é muito comum entre idosos, pois, com o avanço da idade, os vasos diminuem a elasticidade e comprometem o funcionamento do sistema cardiovascular.¹⁴

TABELA 2 – Patologias presentes segundo relato das idosas – Coronel Fabriciano-MG, 2008

Patologia	Nº
Hipertensão arterial	9
Diabetes <i>mellitus</i>	4
Hipercolesterolemia	2
Osteoporose	2
Glaucoma	1
Artrite reumatoide	1
Artrose	1
Ostopelia	1
Falta de ar	1
Bronquite	1
Não possui nenhum problema de saúde	1

Fonte: Dados da pesquisa

Categorização dos relatos dos idosos avaliados

Ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde

A realização de palestras educativas sobre as patologias que acometem a população idosa deve ser uma rotina entre as ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, e foi relatada por três idosos avaliadas. Segundo Vasconcelos,¹⁵ as palestras devem ter caráter preventivo, com o intuito de promover e manter uma educação em saúde.

Reuniões com pessoas que têm pressão alta, diabetes, colesterol, controle do peso, pedido de exame e remédios. (E1)

Reunião com os hipertensos e diabéticos, porque é importante aprender e tratar direitinho a doença que a gente tem. (E4)

As enfermeiras dão palestras sobre diabetes, colesterol e pressão alta. (E8)

Segundo Albuquerque e Stotz,¹⁶ a educação popular é um processo contínuo no qual está referenciada a promoção da saúde. A participação da população idosa em grupos como o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos do Sistema Único de Saúde (HIPERDIA) é importante, pois constantemente são vivenciadas ações de promoção da saúde que estimulam práticas de atividades físicas, alimentação e hábitos saudáveis. Essas práticas interferem de forma positiva nas condições de saúde do usuário.

Dentre as entrevistadas, uma preocupou-se apenas com a realização do exame preventivo:

Eu vejo lá pessoas participando de reunião e eles parecem gostar muito. Eu não participo porque eu não tenho pressão alta. Quando eu participo, é das reuniões para marcar o preventivo. (E11)

A abordagem nas palestras quanto à alimentação saudável e à forma de controle patológico via dieta foi relatada por três entrevistadas.

Toda sexta-feira tem palestra com o enfermeiro, onde lá explica sobre o colesterol, explica também qual a forma de se alimentar bem para não aumentar o colesterol. Acho que devo frequentar mais, pois frequento muito pouco. (E2)

Lá no posto tem reunião sobre como alimentar bem. Quando temos dúvidas sobre qualquer coisa o pessoal da reunião explica pra gente, porque é muito importante a gente saber das coisas. (E10)

São as palestras que eles dão pra gente a cada mês que a gente vai lá buscar os medicamentos e instrui a gente sobre muitas coisas sobre alimentação sobre o que fazer para cuidar da nossa saúde. Então ajuda muito a gente na alimentação e também no estado de saúde da gente favorece muito. (E12)

A educação nutricional é um dos recursos mais utilizados na promoção, manutenção e recuperação da saúde¹⁷ e

deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar,¹⁸ sendo que uma dieta adequada e com qualidade são importantes na manutenção do estado de saúde.¹⁹

Segundo relatos de três idosas, o profissional nutricionista estava presente nas Unidades Básicas de Saúde e realizava atendimentos nutricionais individuais e/ou grupais, segundo a demanda de usuários e a necessidade de cada indivíduo:

O atendimento da nutricionista é porque tem muito idoso, então assim favorece muito no controle da alimentação dos idosos. (E5)

Também tem atendimento com a nutricionista, que ajuda muito na alimentação porque é importante se alimentar bem, seguir direitinho o que ela fala. (E7)

Nas reuniões do HIPERDIA e nas consultas com a nutricionista mandam comer pouco sal e pouca gordura e, além disso fazem controle do peso, olham a pressão toda vez que a gente vai lá. (E13)

As instituições de saúde têm trabalhado focando a prevenção e, também, a implementação de políticas públicas voltadas para o idoso, atendendo aos critérios mínimos para que todas as necessidades de saúde possam ser abrangidas. Portanto, os profissionais de saúde devem proceder de forma resolutiva integral e humanizada para que possam manter o idoso na sociedade de forma participativa.²⁰ Segundo Esperidião e Trad,²¹ a satisfação dos usuários é um importante parâmetro utilizado para avaliar o cumprimento das metas estabelecidas pelos serviços de saúde. Quatro idosas relataram grande satisfação quanto ao atendimento pelos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde:

Assistência que dá ao idoso de não ficar mais na fila, trata com carinho os idosos e dá atenção a família. Lá também tem reuniões em que dão orientações sobre diabetes e nutrição. (E3)

Eu acho que a saúde tá muito boa e que melhorou muito porque antes as pessoas tinham que dormir na fila e hoje não tem mais isso; além disso, encontra-se mais qualidade de remédio na farmácia. (E6)

Lá tem muito médico bom. Eles têm muitos aparelhos para a pessoa fazer os exames, aparelho de fazer exame de sangue, de olhar a pressão, mas lá tá tudo bom, precisa mudar mais nada não. (E9)

Médicos muito bons atendem a gente direitinho, as pessoas que trabalham lá são boas também. (E11)

Segundo Espiridião e Trad,⁶ a mudança de comportamento com a adesão à orientação recebida nas Unidades Básicas de Saúde pode ser identificada como resultante do engajamento do usuário como responsável pela avaliação do sistema. Nos estudos sobre satisfação de usuários, independentemente do tipo de abordagem (quantitativas e qualitativa), há levada taxa de satisfação, mesmo quando as expectativas sobre os serviços são

negativas. Como sugestão para avaliar as dimensões da satisfação são aspectos dos serviços, existem itens como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional e aspectos entre a relação médico-paciente.

Perspectivas das idosas em relação a Unidades Básicas de Saúde

Observou-se que as idosas apresentavam dificuldades de relatar sobre suas necessidades de saúde de forma geral, visto que a maioria estava à procura de consultas médicas focadas na prática de assistência curativa, individual e assistencialista. Ao serem abordadas quanto a esse assunto, 50% emitiram opinião e ressaltaram a necessidade de maior número de profissionais, principalmente de médicos:

Ter mais médico, mais especialista e geriatra para cuidar do idoso. (E4)

Ter mais médicos e mais especialidades, como cardiologista, porque tem muita gente com problema de coração. (E6)

Arrumar mais médico, mais consultas, porque a gente não acha ficha. Ter mais recurso lá dentro do posto como, por exemplo, exames, e também ter ortopedista. (E7)

Precisa de mais profissionais, porque aqui só tem um médico. Então eu acho que deve ter mais médicos. (E11)

Aumentar o atendimento com os profissionais médicos, enfermeiros, nutricionista. (E13)

Acompanhamento com o psicólogo porque se tivesse mais assistência iria ajudar muito o idoso no acompanhamento de sua velhice. (E3)

Ter mais psicólogo para atender mais os idosos. (E4)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma organização política estabelecida pela Constituição de 1988 que visa a um modelo de saúde não mais curativo, e sim preventivo, que estabelece níveis de complexidade de acordo com a necessidade das pessoas.²² Os idosos avaliados conviveram a maior parte da vida com um sistema de saúde curativista, tendo como principal foco a cura da doença. A inversão do modelo de saúde com ênfase nas ações curativistas para um modelo que enfoca a promoção da saúde é algo recente e que sugere as justificativas das falas acima.

Observou-se que as idosas, em sua maioria, ainda possuíam uma visão de saúde focada no modelo curativista, pois consideravam importante o número de vagas para consultas médicas, exames e o tratamento oferecido pela equipe de saúde. Algumas idosas, porém, relataram que participavam das reuniões realizadas com os grupos do HIPERDIA, as quais geravam oportunidades de participação em várias ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde.

A Lei nº 10.741/2003 assegura ao idoso todos os seus direitos como cidadão: ele deve ser tratado com respeito e dignidade, sempre preservando sua imagem, seus

valores e crenças. Segundo esse estatuto, a população idosa tem direito ao atendimento preferencial e imediato, tanto em órgãos públicos quanto privados, que prestam serviços à comunidade, destacando-se o direito de acesso a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e à reabilitação funcional.²³ Segundo a fala de duas entrevistadas, é comum a falta de atendimento preferencial e imediato aos idosos:

Melhorar o atendimento para o idoso não ficar esperando na fila, porque tem vez que a gente fica lá mais de uma hora na fila, e hoje tem uma lei que proíbe o idoso de ficar na fila. (E1)

Ter mais atenção com o idoso, porque às vezes tem muita gente que pensa o fulano é idoso mesmo e tá nem prestando atenção do que é bom do que é ruim. Tratar o idoso com mais carinho porque idoso é igual criança, porque se a pessoa tá passando mal às vezes eles pedem para esperar um mucadinho, mas se tá passando mal não pode esperar não, se a gente procura é porque tá precisando. (E2)

O cuidado com o idoso requer do profissional maior atenção, principalmente quanto ao uso dos medicamentos, porque é nessa fase da vida que as reações adversas dos medicamentos são mais comuns.²⁴ Observou-se uma preocupação de quatro das entrevistadas quanto à disponibilidade e à qualidade das medicações disponibilizadas nas Unidades Básicas de Saúde:

Ter mais remédio. (E5)

Mais orientação como tomar os remédios. (E12)

Receber informações sobre os remédios. (E13)

Ter também mais qualidades de medicamento. (E14)

Os profissionais de saúde têm papel importante na educação do paciente diabético, tendo como foco priorizar o atendimento com qualidade para prevenir complicações. Assim, torna-se necessário o acesso às informações sobre a doença para que ocorra mudanças significativas do seu estilo de vida.²⁵ O processo educativo para o idoso requer uma literatura mais adequada que inclua todo o contexto do envelhecimento e a manutenção da saúde.²⁶ Apenas duas idosas demonstraram preocupação com o tratamento do diabetes *mellitus* visando à melhoria da qualidade de vida, sendo a presença dessa patologia relatada por quatro idosas (TAB. 2).

Dar mais orientação para o diabético para ele aprender a cuidar dele mesmo. (E3)

Mais acompanhamento com o diabético, porque sou diabética é só fiz o exame uma vez só, depois não pedi mais. (E8)

Segundo Santos,²⁶ a qualificação dos serviços de saúde para atender à população idosa precisa ser valorizada, tornando-se necessário atuar com as redes de suporte social do idoso, para fortalecer a formação de vínculos

de forma a aperfeiçoar as atividades de grupo para a promoção da saúde de hipertensos, diabéticos e obesos.

CONCLUSÃO

Por meio dos relatos, foram identificados pontos positivos quanto ao atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que eram realizadas palestras educativas sobre as patologias preexistentes e a alimentação saudável. As perspectivas de melhoria dos serviços foram quanto ao aumento do número de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas e

psicólogos); maior respeito à Lei nº 10.741/2003 quanto ao atendimento preferencial e imediato; maior disponibilidade e qualidade das medicações distribuídas e mais orientações e acompanhamento dos pacientes diabéticos.

Com base no Pacto pela Saúde e a visão do atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde pelas idosas avaliadas, as políticas públicas nas três esferas (municipal, estadual e federal) devem rever as ações desempenhadas pelas equipes de saúde nas Unidades Básicas de Saúde, bem como definir metas de saúde com a população usuária do serviço, para que as necessidades identificadas sejam incorporadas à prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. Benedetti TRB, Gonçalves LHT, Mota JAPS. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(3):387-98.
2. Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev Bras Ciênc Mov.* 2000; 8(4):21-32.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):7-18.
5. Schneider A, Miranda AM, Kujawa H, *et al.* Pacto pela Saúde possibilidade ou realidade? Passo Fundo IFIBE/CEAP. 2007. [Citado em: 2009 jul. 21]. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasauade/manuais/cartilha_possibilidade_realidade.pdf>.
6. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(Supl):303-12.
7. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(3):599-613.
8. Polizer R, D'Innocenzo M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(4):548-51.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 10 de outubro de 1996.
10. Pires ZRS, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Rev Eletrônica Enferm.* 2001; 3(2). [Citado em: 2009 jul. 29]. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/717/777>.
11. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12(3):518-24.
12. Polaro SHI. A qualidade do cuidado à saúde do idoso: segundo a satisfação do usuário [dissertação]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2001.
13. Silva RB. Atividade física e aptidão física em mulheres na pós-menopausa [dissertação] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
14. Amado TCF, Arruda IKG. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. *Rev Bras Nutr Clin.* 2004; 19(2):94-9.
15. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *PHYSIS.* 2004; 14(1):67-83.
16. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface-Comunic, Saúde, Educ.* 2004; 8(15):259-74.
17. Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cad Saúde Pública.* 1999; 15(Supl. 2):139-47.
18. Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005; 9(18):521-36.
19. Mondini L, Monteiro CA. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). *Rev Saúde Pública.* 1994; 28(6): 433-9.
20. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(3):839-47.
21. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(6):1267-76.
22. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2004; 4(3):317-21.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
24. Lyra Júnior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Latinoam Enferm.* 2006; 14(3):435-41.
25. Duran ECM, Cocco MIM. Software educativo sobre diabetes mellitus para profissionais de saúde: etapas de elaboração e desenvolvimento. *Rev Latinoam Enferm.* 2003; 11(1):104-7.
26. Santos AMOS. Representações sociais de idosos sobre as ações educativas desenvolvidas no programa saúde da família em Santo Antônio de Jesus-Bahia [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006. 108 f.

Data de submissão: 19/8/2009

Data de aprovação: 28/10/2011