



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ERENICE ALVES DE FARIAS

**IDOSOS ACAMADOS DA UBSF ANA AMÉLIA VILAR CANTALICE: perfil
sóciodemográfico e epidemiológico.**

**CAMPINA GRANDE/PB
DEZEMBRO DE 2014**

ERENICE ALVES DE FARIAS

IDOSOS ACAMADOS DA UBSF ANA AMÉLIA VILAR CANTALICE: Perfil
Sociodemográfico e Epidemiológico.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para a obtenção do grau em Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a. Ms. Lúcia Maria Patriota

CAMPINA GRANDE/PB
DEZEMBRO DE 2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

F224i Farias, Erenice Alves de
Idosos acamados da UBSF Ana Amélia Vilar Cantalice
[manuscrito] : perfil sócio demográfico e epidemiológico / Erenice
Alves de Farias. - 2014.
30 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2014.
"Orientação: Profa. Ma. Lúcia Maria Patriota, Departamento
de Serviço Social".

1. Idosos acamados. 2. Envelhecimento. 3. Saúde dos
idosos. 4. Qualidade de vida. I. Título.

21. ed. CDD 305.26

ERENICE ALVES DE FARIAS

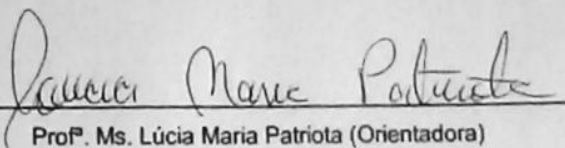
IDOSOS ACAMADOS DA UBSF ANA AMÉLIA VILAR CANTALICE: Perfil
Sociodemográfico e Epidemiológico.

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao curso de graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para a obtenção do
grau em Bacharela em Serviço Social.

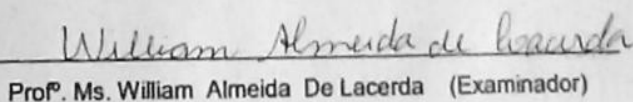
Aprovado em: 11/12/2014

Nota: 9,0

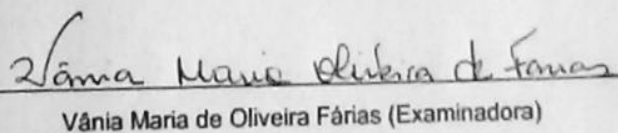
BANCA EXAMINADORA


Profª. Ms. Lúcia Maria Patriota (Orientadora)

Mestre em Saúde Coletiva


Profª. Ms. William Almeida De Lacerda (Examinador)

Departamento de Serviço Social – CCSA/UEPB


Vânia Maria de Oliveira Fárias (Examinadora)

Supervisora de Campo

SUMÁRIO

RESUMO.....	04
1. INTRODUÇÃO	05
2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO	06
3. ENVELHECIMENTO, SAÚDE E DEMANDAS POSTAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	11
4. OS IDOSOS ACAMADOS: elementos do perfil.....	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	27

IDOSOS ACAMADOS DA UBSF ANA AMÉLIA VILAR CANTALICE: Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico.

Erenice Alves de Farias

RESUMO

As estimativas demográficas apontam que o Brasil terá, até 2050, a sexta maior população idosa do mundo. O crescimento da população idosa demanda a criação de políticas sociais voltadas aos idosos, bem como à reorganização dos serviços de saúde, de forma a melhorar a assistência prestada a essa crescente população. Conhecer esse idoso, como ele vive e suas necessidades tornam-se imprescindível. Neste contexto a Estratégia Saúde da Família, voltada para promover a saúde, valorizando o papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e da comunidade assume papel relevante. Assim, o presente artigo teve como objetivo geral traçar o perfil dos idosos acamados da UBSF do Rocha Cavalcante. Trata-se de um estudo exploratório, de natureza documental realizado no período em que vivenciamos o Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social. Os resultados obtidos evidenciam que novas competências se impõem ao trabalho da unidade para que a atenção prestada possibilite às pessoas idosas melhor qualidade de vida, a exemplo de ações voltadas ao cuidado do idoso acamado, incluindo os seus respectivos cuidadores.

Palavras-chave: Idosos acamados; Envelhecimento; Saúde dos idosos; Qualidade de vida;

ABSTRACT

ELDERLY BEDRIDDEN OF BFHU ANA AMELIA VILAR CANTALICE: Profile Socio-Demographic and Epidemiological

Demographic estimates that Brazil will, by 2050, the sixth largest elderly population in the world. The growth of the elderly population demand the creation of social policies aimed at the elderly, as well as the reorganization of health services in order to improve the care provided to this growing population. Know that old, how he lives and their needs become critical. In this context, the Family Health Strategy aimed at promoting health, valuing the role of individuals in the care of his health, his family and the community assumes role. Thus, this article aims to outline the profile of immobility of BFHU Rocha Cavalcante. This is an exploratory study, of nature documentary, made in the period in which we experience the Curricular Stage, in Social Service. The results show that new skills are needed to drive to work that watched enable the elderly better quality of life, such actions directed to the care of bedridden elderly, including their caregivers.

Keywords: Elderly bedridden; aging; Health of the elderly; Quality of life;

1. INTRODUÇÃO

A população idosa tem crescido muito nos últimos anos, um fenômeno mundial, de acordo com pesquisas e projeções apresentadas nas últimas décadas. Isso coloca a temática do envelhecimento no cerne das investigações acadêmicas buscando-se a compreensão desse fenômeno para que haja uma melhor assistência da população idosa.

Nesse sentido, para compreender a longevidade, é preciso enfatizar “como” ela está sendo vivenciada. É preciso refletir sobre as possíveis questões relacionadas às políticas públicas incidentes sobre essa população idosa, para o alcance de mecanismos de amparo ao bem-estar, que venham estabelecer novo papéis sociais de participação e inclusão em seus diversos ambientes, de modo que efetivamente melhorem sua qualidade de vida.

Para tanto, é preciso haver ações que considerem a multidimensionalidade e especificidades do envelhecimento, revelada através do perfil dos idosos que materializa diferentes demandas, e neste artigo especificamente, focamos no âmbito da saúde. Por isso, em atividade de estágio supervisionado coletamos dados com os quais objetivamos traçar o perfil dos idosos acamados no domicílio, assistidos pelas equipes da ESF, em uma unidade de saúde do município de Campina Grande. Especificamente, temos dois objetivos: (1) Identificar indicadores do perfil dos idosos acamados através de ficha de cadastro; (2) Avaliar, em que medida os indicadores podem influenciar na qualidade de vida dos idosos acamados.

Para execução deste trabalho, foram realizados levantamentos bibliográficos na literatura especializada sobre o envelhecimento e saúde e, posteriormente, um estudo de pacientes idosos acamados registrados pela equipe do Programa Saúde da Família, da Unidade de Saúde da Família Ana Amélia Vilar Cantalice, no município de Campina Grande – Paraíba, no período de 12 de agosto de 2013 a 04 de agosto de 2014. Nos foi fornecida pelos agentes comunitários de saúde uma ficha de cadastro de 12 idosos, sendo adotado como critério o fato de serem todos dependentes do cuidador.

Para procedimento de análise dos dados agruparemos os dados nas categorias de idade, sexo, estado civil, escolaridade, condição de moradia, composição familiar, renda, origem da renda, principal diagnóstico, dependente do cuidador, quem é o cuidador, cuidador capacitado para atendimento ou não, o

cuidador recebe remuneração, ou não e se recebe, quanto é, e em seguida os interpretaremos.

Desse modo, realizamos uma pesquisa documental e exploratória, conforme Rodrigues (2006) que define a pesquisa Exploratória como uma pesquisa preliminar, cujo principal objetivo é buscar informações sobre determinado assunto ou descobrir um tema para estudo, o qual tratamos do idosos acamados.

Assim, o presente artigo é relevante, na medida que a partir da compreensão de como vivem os idosos acamados seja possível a equipe propor ações de melhoria na assistência aos mesmos. Também destaca um fenômeno recente exigindo estudos e abordagens para que novas políticas públicas sejam efetivadas com vista a atenção integral desse segmento na sociedade.

Portanto, nossa investigação materializada nesse trabalho está organizada em três tópicos: no primeiro, tecemos considerações a respeito do envelhecimento, definindo seu conceito e características enquanto fenômeno multidimensional.

No segundo, expomos o envelhecimento no âmbito da saúde, explorando o conceito de dependência e destacando as principais políticas públicas vigorantes na área.

No terceiro, realizamos uma análise interpretativista para construção do perfil dos idosos acamados, descrevendo os dados obtidos em ficha específica de cadastro desses idosos junto a equipe e, posteriormente, interpretando-os para construção de um perfil.

2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO

Todo ser vivo começa a envelhecer a partir da concepção. O amadurecimento ou envelhecimento é uma etapa natural ao ser em pleno desenvolvimento e deve ser entendido como um processo complexo e multidimensional, em que fatores como hereditariedade, nutrição, expectativa de vida, ambiente social e familiar, estresse, entre outros, podem influenciar o envelhecimento e imprimir marcas e efeitos singulares em cada indivíduo (BERZINS, 2003; MERCADANTE, 2003; ELIOPOULOS, 2005).

Essa compreensão do envelhecimento como um fenômeno plural é significativamente recente e tem crescido nos últimos anos, ocasionando uma diversidade de definições para o envelhecimento. O critério mais comum é o da idade. Fase iniciada por volta dos 60 anos e marcada por um processo biológico de

diminuição física, que geram consequências psicológica e comportamental, e são verificadas com o aparecimento de rugas, manchas na pele, mudança da cor do cabelo, diminuição da capacidade visual e auditiva, diminuição dos reflexos, perda de habilidades e funções neurológicas diminuídas, como raciocínio e memória, bem como o surgimento de doenças, a rejeição dos familiares, diminuição da aceitabilidade em espaços sociais: bares, ônibus, unidades de atendimento, ensino adaptado e a falta de autoaceitação, apenas para definir as características mais perceptíveis.

Esse critério etário que define a velhice a partir dos 60 anos é tomado pela legislação de proteção ao idoso, evidenciada no Estatuto do Idoso - Lei 10.741/2003 (cf. SAMPAIO, 2004), na Constituição Federal brasileira (BRASIL, 1998) e na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), além da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization). No Código Penal brasileiro (Lei nº 2.848/1940) há menção a idade de 70 anos.

Entretanto, não é apenas esse critério que permite caracterizar o envelhecimento. De acordo com o levantamento de Lima (2008), no campo da psicologia, as perspectivas sobre o envelhecimento são distintas e ao longo dos anos, muitos estudos foram sendo desenvolvidos sobre o tema. Na Antiguidade, em Roma, Cícero aborda o envelhecimento com foco nas virtudes da mente, pois afirma que esta controla e planeja pensamentos, sentimentos, desejos para além das restrições do biológico. Desse modo, as memórias e experiências construídas ao longo da vida são decisivas na constituição de uma velhice saudável.

Na modernidade, Lígia Py (2004, *apud*, LIMA, 2008) concebe o envelhecimento a partir da subjetividade do corpo, considerando as características globais e locais de construção do envelhecimento. Para esta pesquisadora, o corpo não é reflexo de doenças advindas na velhice, mas de histórias, de vivências e de saberes subjetivamente revelados no corpo.

Dessas distintas perspectivas ampliamos a compreensão sobre o idoso e, conseqüentemente, sobre o envelhecer, o qual concebemos como uma fase de alterações biológicas naturais articuladas ao padrão cultural (que engloba economia, sociedade, religião, por exemplo) e a personalidade do indivíduo construída socialmente influenciando a aceitabilidade da condição idosa.

As concepções de velhice são modificadas em virtude de mudanças socioculturais as mais diversas, incluindo as mudanças na configuração tradicional

familiar que retira o papel do idoso como chefe da família. Soma-se a isso também a era da tecnologia, caracterizada pelo imediatismo das informações que disputa espaço com a sabedoria e experiências de vida do idoso. Tais mudanças têm gerado consequências negativas ao envelhecimento.

Há certo consenso em relação ao fato de que as melhorias nas políticas de saúde pública, nas campanhas de saúde para os idosos trazem como consequência direta o aumento significativo da população de idosos, ou seja, aquele que possui 60 anos ou mais e isso tem mudado consideravelmente o perfil demográfico brasileiro. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2025, o Brasil possuirá a sexta população de idosos do globo, equivalendo a aproximadamente 33 milhões de pessoas.

O IBGE tem realizado levantamentos estatísticos periódicos sobre a população brasileira que revelam um aumento gradativo na população idosa do país. No censo de 1991, tínhamos cerca de 10.722.705 de idosos, o que representava 7,3 % da população do país, sendo 4.931.425 homens e 5.791.280 mulheres. No censo de 2000, eram cerca de 14.536.029 idosos, o que representava 8,5 % da população do país, sendo 6.533.784 homens e 8.002.245 mulheres. No censo 2010, havia 16.718.590 idosos, sendo 9.156.111 homens e 11.434.486 mulheres, com estimativas de que, em 2025, o Brasil possuirá a sexta população de idosos do globo, equivalendo a aproximadamente 33 milhões de pessoas, aumentando em mais de 100% o número de idosos no país.

Verificamos também, pelos dados da última Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2010, como se encontra essa população idosa tanto na Paraíba, como em Campina Grande, conforme ilustra a tabela a seguir:

Idade	Campina Grande		Paraíba	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
25 a 29 anos	17.393	18.490	160.566	166.963
30 a 34 anos	15.141	16.584	144.475	153.271
35 a 39 anos	12.703	14.723	124.961	135.305
40 a 44 anos	12.248	14.171	116.043	127.730
45 a 49 anos	10.702	12.913	102.039	112.357

Idade	Campina Grande		Paraíba	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
50 a 54 anos	8.462	10.301	80.016	92.178
55 a 59 anos	6.748	8.548	66.520	80.358
60 a 64 anos	5.401	7.400	58.265	71.503
65 a 69 anos	3.766	5.515	44.805	56.536
70 a 74 anos	3.021	4.874	36.583	48.832
75 a 79 anos	1.918	3.228	23.062	31.943
80 a 84 anos	1.360	2.510	16.872	23.977
85 a 89 anos	876	1.487	10.037	13.898
90 a 94 anos	353	682	4.289	6.460
95 a 99 anos	106	243	1.304	2.263
Mais de 100 anos	19	58	234	523

TABELA 1 - População por sexo e idade na Paraíba e em Campina Grande

FONTE: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Esse aumento da população idosa poderá se tornar um grande problema social, conforme afirmam Lima-Costa e Veras (2003), já que grande parcela dessa população vive em situação financeira precária, ocasionando uma cadeia de problemas que repercutirão diretamente sobre a assistência ao idoso, gerando demandas específicas ao setor.

No que diz respeito à educação escolar, historicamente existe um grande desafio, posto que o acesso à educação no Brasil é marcado pelo privilégio de poucos. Especialmente em meados da década de 50 a 60 houve uma abertura educacional que contemplou também os idosos com o objetivo de capacitá-los para melhorar sua atuação profissional, o que culminou na criação do Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), sob a Lei 5.379/67, para formação de mão-de-obra atuante no desenvolvimento econômico do país através do Método Paulo Freire.

Nos anos 1990 é promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB 9394/96 - e é lançada a Educação de Jovens e Adultos como modalidade de atendimento aos alunos que não concluíram seus estudos em tempo regular, o que incluiu não somente jovens com histórico de repetência, mas principalmente, adultos e idosos.

Paralelo as políticas educacionais, na década de 1960/70, no Brasil, é instituída a lei nº 3.807/60 (alterada pela lei nº 5.890/73) que afirma ter direito a aposentadoria por velhice o segurado com 65 anos ou mais (do sexo masculino) e 60 anos ou mais (do sexo feminino). Posteriormente, a lei nº 6.179/74 cria a

Renda Mensal Vitalícia, amparo previdenciário que garantia um benefício correspondente a meio salário mínimo para idosos acima de 70 anos e para os considerados “inválidos”, que não exercessem nenhuma atividade remunerada, não fossem mantidos por outras pessoas e nem tivessem condições de se autossustentarem (HADDAD, 1986, p. 60).

Essa política não é vista pelos pesquisadores e profissionais da área como um verdadeiro amparo à velhice, pois do ponto de vista social, ocultava um sério problema: embora solucionasse de imediato a velada miséria em que vivia a população idosa com a transformação desse mínimo suporte financeiro em obrigação do Estado, através de uma suposta ação social, escondia na verdade um ato de “caridade” à população em extrema pobreza social, dado o custo de vida do idoso ir muito além do que esse benefício pode amparar no tocante à gastos com medicamentos, infraestrutura, consultas, alimentação, entre outros aspectos relativos ao bem estar.

Nessa perspectiva, destacamos os ganhos adquiridos com a Constituição Federal de 1988, que busca a consolidação dos direitos e deveres relacionados à liberdade, autonomia, bem estar, integridade física e moral, assistência, de modo que o idoso possa alcançar a condição de cidadão pleno. Com a Carta Magna de 1988 foi possível ampliar o amparo legal ao idoso com políticas e leis específicas.

Logo em 1993, temos a criação da Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993, a partir da qual os idosos obtiveram ganhos no que diz respeito à proteção social básica e especial à pessoa idosa, transferência continuada de renda denominada de Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo destinado a idosos impossibilitados de prover a sua própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, convênios para prestação de serviços especiais, distribuição de benefícios eventuais, criação e regulamentação de atendimentos asilares, realização de programas educativos e culturais, entre outros.

No ano seguinte, promulgou-se em 4 de janeiro de 1994, a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842 que direciona atos que impeçam qualquer forma de discriminação de qualquer natureza contra o idoso tendo como princípios: (a) direito à cidadania – a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania; (b) garantia da participação do idoso na comunidade; (c) defesa da dignidade; (d) direito ao bem-estar; (e) direito à vida; (f) dar conhecimento e informação a todos de que o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral reforçando e especificando o que propôs a Constituição.

Para suprir as lacunas deixadas por essa política, é promulgado, em 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso que vem reforçar a Política Nacional do Idoso, acrescentando-lhe o foco na garantia (pela fiscalização e punição) da proteção assistencial, do gozo pleno de direitos e do seu entendimento como um cidadão.

Infelizmente, propor as leis não garante a execução das mesmas, de modo que ainda é preciso fiscalizar melhor sua execução para que factualmente possa o idoso gozar de seus direitos e atuar como cidadão.

Portanto, compreendemos o envelhecimento como uma etapa natural, cultural e inevitável que pode ser otimizada com a promoção de ações que garantam o exercício da cidadania e contribuam para a construção de uma imagem positiva da velhice, potencializando sua autonomia, independência e autoestima, reestruturando os programas e leis já existentes para o atendimento das reais necessidades e problemas desse grupo social, bem como desmistificando os preconceitos ainda existentes em relação aos idosos, sobretudo àqueles que atribuem ao idoso e a velhice a incapacidade pra a vida social, política e econômica e que associam a velhice à patologias, conforme veremos a seguir.

3. ENVELHECIMENTO, SAÚDE E DEMANDAS POSTAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As mudanças no perfil demográfico brasileiro têm projetado um aumento expressivo na população idosa, conforme verificamos em dados anteriores. O aumento da população idosa, nos últimos anos, advém de um processo que teve sua gênese nas regiões do mundo consideradas mais desenvolvidas, através da diminuição da mortalidade, principalmente na década de 1960 do século XX, como também da diminuição da fecundidade, enfatizada na década de 1980 do século XX.

Tal fenômeno exige uma atenção maior a esse grupo por meio das políticas públicas no âmbito da saúde, da educação, da segurança, do saneamento, da habitação, ou seja, uma mudança no que Garcia *et al* (2002) chama de estrutura. O autor enfatiza que “no Brasil, a transição demográfica foi determinada mais pela ação médico-sanitária do que por transformações estruturais traduzidas em melhoria de qualidade de vida” (GARCIA *et al*, 2002, p. 223).

Muitos autores da área têm pesquisado e refletido as mudanças que vem se sedimentando na população idosa e dentre elas destacamos a projeção de Veras (2003) para o futuro próximo e desejável no qual,

Teremos indivíduos se aposentando aos 60 anos e iniciando um novo ciclo de trabalho por mais 30 ou 40 anos. Na área de educação teremos possivelmente formação profissional e cursos universitários especificamente para cidadãos de mais de 60 anos. A razão mulheres-homens será provavelmente ainda maior, e a proporção de mulheres viúvas e vivendo sós deverá aumentar, com consequências ainda pouco avaliadas. Os novos medicamentos poderão debelar muitas doenças, e outra grande mudança, em parte decorrente dos avanços de fármacos, dar-se-á na esfera da sexualidade, com a introdução de medicamentos que permitirão uma vida sexual ativa substancialmente ampliada. É possível que tenhamos, em breve, famílias com cinco gerações, algumas delas às voltas com o desemprego, devido ao processo de globalização, cabendo aos idosos mais o papel de sustentáculo, por contarem com aposentadoria e terem conseguido reinserção no mercado de trabalho (VERAS, 2003, *apud*, CAMARANO, 1999a, 1999b).

O desafio que se coloca com essa mudança demográfica com o avanço da população idosa é o aumento da expectativa de vida com qualidade, considerando que há uma mudança no padrão epidemiológico dos idosos e no chamado padrão de morbimortalidade, que aumenta significativamente nessa fase.

Dos estudos realizados sobre mortalidade e morbidade dos idosos, verifica-se que suas causas são na grande maioria evitáveis. De acordo com o estudo citado por Garcia *et al* (2002), que reuniu as principais pesquisas e levantamentos no que se refere aos aspectos de morbimortalidade no Brasil realizado em grandes capitais as principais causas de mortalidade são: 1. Doenças do aparelho circulatório – isquemias e cerebrovasculares; 2. Neoplasias – próstata, mama, pulmonar; 3. Doenças respiratórias – pulmonares obstrutivas e pneumonias. Quanto às morbidades destacam-se a hipertensão arterial, reumatismo, artrite, diabetes, varizes, prisão de ventre, insônia, acuidade visual, acuidade auditiva, solidão.

Camarano *et al* (2004) identificando as principais causas de morte evitáveis em 1991 e 2000 adota uma classificação em grupos definidos como: grupo I – causas evitáveis por meio da prevenção primária abarcando patologias que podem ser diagnosticadas primariamente e permitem uma intervenção na prevenção, no qual a maior incidência de causa de morte são as enfermidades cerebrovasculares; grupo II - causas evitáveis por meio do diagnóstico “precoce” e tratamento, no qual a maior incidência de causa de morte são as neoplasias da mama feminina; grupo III – com causas evitáveis com melhoria nos tratamentos e cuidados médicos, no qual a maior incidência de causa de morte são as enfermidades do sistema cardiovascular.

A Organização Mundial de Saúde (doravante, WHO), lançou uma cartilha em 2005 sobre o envelhecimento ativo e em um de seus capítulos enfoca os desafios que os idosos encontram no processo de envelhecimento, elencando como primeiro desafio o que é denominado de carga dupla de doenças. Percebeu-se que com a industrialização, os padrões de vida da população foram modificados, e por consequência os padrões das doenças. Se antes tínhamos que enfrentar doenças infecciosas, hoje se somam a estas as doenças não transmissíveis ou doenças crônico-degenerativas que têm se tornado cada vez mais a causa de morte ou invalidez, principalmente em idosos (WHO, 2005). Com o aumento das doenças crônicas, verifica-se que há uma piora na qualidade vida, bem como aumento nos gastos com essa população e índices de deficiência, como informa WHO (2005, p.35):

Diversas pessoas desenvolvem alguma deficiência mais tarde, que se relaciona ao desgaste do processo de envelhecimento (por exemplo, artrite) ou ao início de uma doença crônica, que poderia ter sido evitada (ex: câncer de pulmão, diabetes e doença vascular periférica), ou uma doença degenerativa (ex: demência). A probabilidade de sofrer sérias deficiências cognitivas e físicas aumenta dramaticamente em pessoas de idade muito avançada. É importante ressaltar que os adultos com mais de 80 anos formam o grupo que cresce de forma mais rápida em todo o mundo.

Entendemos assim, que o processo de envelhecimento comporta duas faces: de um lado um processo de diminuição das capacidades humanas, denominado de senescência, considerado biologicamente natural por caracteriza-se pelo processo de envelhecimento celular. Porém, como ao longo de sua vida o idoso passa por

situações que afetam seu emocional, seu convívio social, sua proatividade, sua condição de saúde entre outros aspectos, pode haver um declínio, muitas vezes bastante acentuado, em sua condição física ou mental marcado pelos distúrbios de condutas, amnésias ou até perda do controle de si mesmo, denominado de senilidade, que pode causar-lhe as doenças não transmissíveis e levá-los a morte.

Assim, o envelhecimento é um processo que pode ser ameaçado pelas doenças transmissíveis, mas principalmente, pelas não transmissíveis, e estas quando não conduzem a morte, tornam os idosos dependentes, haja vista que dificultam desde a sua mobilidade até a sua participação social, ou seja, afetam a sua funcionalidade.

Para proporcionar aos idosos a possibilidade de um envelhecimento com qualidade é preciso abandonar práticas de atenção aos idosos que sejam meramente curativas, individuais e até excludentes, nas quais podemos mencionar

“o atendimento por geriatra e gerontólogo, que constituem a base desta assistência no nível ambulatorial. Indicam-se também os centros de referência, os hospitais-dia, os grupos de autoajuda, a atenção aos cuidadores informas e a participação de equipe multiprofissional” (GARCIA *et al*, 2006, p. 05).

A noção de dependência no envelhecimento parte dos princípios de fragilidade, autonomia e independência. São consideradas frágeis ou vulneráveis pessoas com redução ou incapacidade física, psíquica ou intelectual e que necessitam de assistência ou ajuda para realização de atividades (BATISTA *et al*, 2008). Já a autonomia pode ser definida por autogoverno, que se expressa na liberdade da pessoa agir e para tomar decisões relacionando-se assim, ao conceito de liberdade na tomada de decisões. Quanto ao conceito de independência, vemos que ele é tomado em relação à funcionalidade do idoso, pois “refere-se à capacidade da pessoa realizar as atividades de vida diária sem ajuda” (ANDRADE, 2009, p.29, *apud*, PAVARINI; NERI, 2000).

A partir dos princípios de fragilidade, autonomia e independência, podemos compreender a noção de dependência. Segundo Caldas (2003), a dependência é avaliada pela noção de “função”, porque ela permite identificar não a doença, mas a doença que afeta a funcionalidade demonstrando até onde a independência do idoso foi afetada. Articulado ao desenvolvimento de doenças crônicas, a dependência é avaliada por esse autor pelas possibilidades de execução das atividades realizadas

pelo idoso, ou nas palavras do autor: “a função é avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD)” (CALDAS, 2003, p.775). Está é classificada em atividades básicas, instrumentais e avançadas. As primeiras são atividades de autocuidado como vestir-se, banhar-se, alimentar-se; as segundas são realizar tarefas domésticas, manusear dinheiro, fazer compras e as terceiras são trabalhar, exercitar-se, divertir-se em grupo.

Por isso é preciso investir nos condicionantes para melhoria da qualidade de vida. No Brasil, a prática adotada foi a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) que atua desde o final da década de 1980 com os princípios de que a saúde é um direito universal, equânime e integral. Consoante a esse, legitima-se a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), lei nº 1.395/2006, que dialogando com a Política Nacional do Idoso (lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96), preocupa-se prioritariamente com a capacidade funcional e sua influência na realização das atividades diárias do idoso. Por isso, coloca como finalidade a recuperação, manutenção e promoção da autonomia através dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Percebe-se que há uma heterogeneidade que paira sobre os idosos, e já é reconhecida na justificativa da PNSI (2006) quando trata da desigualdade social e de gênero, bem como sobre às demandas das pessoas idosas mais frágeis.

Em relação à primeira, há uma preocupação não apenas com o aumento da população idosa, mas com a diversidade etária dentro desse segmento. Verifica-se que o número de idosos com mais de 70, 80 ou até 90 anos tem crescido muito e junto com o aumento da idade os processos de senescência e senilidade também são crescentes, o que os categoriza como um grupo muito vulnerável e reforça a assistência aos mesmos.

Além disso, é visível que há uma divergência de gênero no grupo dos idosos, conforme os dados dos gráficos no capítulo anterior. Isso indica, segundo a WHO (2005), que como a expectativa de vida das mulheres é maior, há uma tendência em haver mais mulheres viúvas ou divorciadas, além disso, diferente das mulheres que se ocupam mais em afazeres domésticos e são discriminadas socialmente, o trabalho masculino é remunerado o que pode causar à pobreza ou isolamento social feminino.

Em relação à segunda, focaliza-se a incapacidade funcional. Entende-se que ela é um aspecto processual natural da pessoa idosa o que implica dizer que não há

como acabá-la, mas que ela pode ser agravada se não houver uma atenção adequada. Desse modo, compreende-se que no grupo de idosos há uma demanda que apresenta maior dependência dadas as condições de senilidade mais agravadas, pois como retrata a autora:

É necessário lembrar que a dependência se traduz pela necessidade de uma ajuda indispensável às atividades elementares da vida. Não é só uma incapacidade que cria a noção de dependência, mas a dualidade da incapacitação e a necessidade de auxílio. Não se deve considerar a dependência como um estado fixo. Pode-se dizer que se trata de um processo cuja evolução pode modificar-se e até prevenir-se, reduzindo suas manifestações através de serviços e ambientes adaptados. Com a dependência e a perda da autonomia, faz-se necessário considerar que estamos diante de uma limitação da vida diária (AREOSA; AREOSA, 2008, p. 09).

Deste modo, compreendemos que “a dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se” (ANDRADE, 2009, p. 30, *apud*, PAVARINI; NERI, 2000).

Adotando uma definição mais ampla, tomamos também a definição de dependência apresentada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, na qual:

[...] a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crônica, doença orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária [...] (Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006: 3857). A partir desta definição podemos verificar que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais (ANDRADE, 2009, p. 30, *apud*, PAVARINI; NERI, 2000).

Portanto, à medida que se envelhece aumentam as vulnerabilidades e as doenças crônicas, que levam a dependência nos idosos gerando na maioria das vezes a necessidade de um cuidador.

Segundo a Constituição Federal (1988, 2002, p. 130), em seu artigo nº 230, parágrafo primeiro, a assistência aos idosos é dever da família, da sociedade e do

Estado, preferencialmente em seu domicílio o que é feito para os idosos dependentes através do cuidador.

De acordo com o Ministério da Saúde, o cuidador deve estar apto a administrar medicamentos, prevenir doenças e acidentes domésticos, diagnosticar dificuldades, auxiliar nas tarefas cotidianas, promover a inserção social do idoso e conduzi-lo ao uso dos serviços de saúde (CARVALHO, 2011, p. 36), de modo que,

O perfil do cuidador é, em geral, formado por cônjuges ou filhos, do sexo feminino, que vivem no mesmo domicílio do idoso. Em muitas situações, também são pessoas fragilizadas, pois apresentam dificuldades financeiras, problemas de afeto e de relacionamento, sobrecarga de tarefas e solidão, sendo doentes em potencial e com a capacidade funcional em risco. Tais fatos implicam no questionamento da garantia de condições de um cuidado humanizado por parte das famílias e a necessidade de apoio formal e alternativa de assistência e informação quanto a aspectos físicos, emocionais e materiais ao idoso e ao cuidador (GARCIA *et al*, 2006, p. 06).

Assim sendo, o cuidador nem sempre está capacitado para assistir o idoso deixando uma lacuna na promoção de um envelhecimento ativo e salutar. Nesse sentido, a PNSI através das suas diretrizes abre espaço para preencher essa lacuna ao propor:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Compreendemos que é possível melhorar a qualidade de vida dos idosos, por intermédio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que esta assume o compromisso de: proporcionar uma atenção integral e humanizada a população, a partir dos princípios de universalidade, igualdade, integralidade, seja na unidade ou no domicílio, além de identificar e intervir nos fatores de risco à população,

estabelecer parcerias para realização de ações intersetoriais visando a manutenção e a recuperação da saúde na área de atuação.

O elo entre a equipe de saúde da família e o usuário - neste caso, o idoso - é o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O papel dos ACS é elementar, pois como é um profissional que por excelência deve ser morador do território em que atua, conhece a população de sua área e pode facilitar a interação entre a equipe, a família e os profissionais. Suas responsabilidades incidem no cadastramento dos usuários, integralizando os serviços às demandas e necessidades da comunidade, como também construindo junto com as equipes as agendas de trabalho.

A realização das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da Saúde da Família (SF) permite identificar a origem das complicações no idoso considerando informações a respeito dos fatores de risco, orientando para adequação do ambiente, no controle e uso correto de medicamentos, estimulando a independência, a convivência em grupos.

Fernandes e Fragoso (2005) ao tratar dos aspectos operacionais de atendimento domiciliar baseiam-se na Portaria nº 73 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, que apresente alguma dependência, objetivando:

Aumentar a autonomia do idoso para que este possa permanecer vivendo em sua residência o maior tempo possível; prevenir situações carenciais que aprofundam o risco da perda de independência; criar ou aprimorar hábitos saudáveis, como, por exemplo, os relacionados à higiene, à alimentação, à prevenção de quedas ou acidentes; acompanhar o idoso com afecções crônicas e suas sequelas, não tendo portanto, carácter emergencial (FERNANDES; FRAGOSO, 2005, p. 176).

Entretanto, a equipe de saúde ainda encontra muitas dificuldades para atuar junto aos idosos dependentes. Na investigação bibliográfica realizada por Barboza (2011), quanto à assistência aos idosos dependentes, verifica-se que os principais obstáculos encontrados são

A falta de estratégias ou suporte de apoio aos cuidadores e familiares; foco da equipe somente na queixa biológica; tempo restrito para as visitas domiciliares [considerando as demais atividades da equipe]; falta de capacitação para as equipes de profissionais e a alta demanda por cuidados domiciliares a idosos, para poucos profissionais (BARBOZA, 2011, p. 28).

Todas as ações em saúde do idoso como o previsto na Política Nacional de Saúde do Idoso, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Entretanto, apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam muito restritas na oferta de serviços e programas de Saúde Pública. Esse fato pôde ser comprovado em nossa experiência de estágio supervisionado em serviço social na UBSF do Rocha Cavalcante, onde verificamos *in loco* as dificuldades e fragilidades da assistência aos idosos dependentes de cuidado em domicílio, conforme será retratado no item a seguir.

4. OS IDOSOS ACAMADOS: elementos do perfil

Os dados apresentados neste artigo foram coletados das fichas de cadastro dos idosos acamados assistidos pela UBSF Ana Amélia Vilar Cantalice, no município de Campina Grande – PB. Inicialmente, realizamos uma caracterização do campo de estágio e logo em seguida, a análise dos indicadores coletados sobre os idosos.

O conjunto habitacional Ana Amélia Vilar Cantalice, situado no bairro do Rocha Cavalcante foi construído em 1986, destinado a funcionários públicos estaduais, lotados na área da segurança pública.

Antes da implantação da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do bairro, o atendimento à saúde era realizado na Associação dos Moradores do Bairro (SAB) e, posteriormente, no Clube de Mães (CM's), e realizados por uma enfermeira e por Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Em consequência das reivindicações dos moradores, em agosto de 2006, foram inauguradas as instalações físicas do prédio onde funciona a hoje a UBSF Ana Amélia Vilar Cantalice.

Nesta UBSF, funcionam duas equipes da Estratégia Saúde da Família. A Equipe I é composta por um médico clínico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 6 ACSs, atendendo a um total de 922 famílias cadastradas e cerca de 4 mil pessoas. A Equipe II é composta por uma médica clínica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 5 ACSs. Atendendo um total de 835 famílias e cerca de 3.500 pessoas. Destacamos que a assistente social atua nas duas equipes.

As equipes contam com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que atualmente é constituído por: duas fisioterapeutas, um educador físico,

uma nutricionista e uma farmacêutica. As equipes ainda contam com uma equipe de saúde bucal, composta por uma dentista e uma assistente de saúde bucal (ASB).

Dentre as principais atividades desenvolvidas na UBSF, destaca-se o trabalho com grupos, os quais são formados por idosos, gestantes e hipertensos e diabéticos. Destacam-se também as atividades realizadas na UBSF pelo NASF, este realiza visitas domiciliares, atividades nos grupos, com práticas físicas, caminhadas, práticas corporais, ginástica, atividades recreativas e lúdicas, palestras e atividades educativas na escola municipal. Na UBSF também são desenvolvidas as ações da Equipe de Saúde Bucal, com destaque ao Projeto Higiene Bucal nas Escolas e as ações dos agentes de vigilância epidemiológica, realizando visitas domiciliares, como também reuniões com a comunidade mensalmente.

Também é importante destacar o papel da assistente social nesse trabalho. Essa profissional atua no campo das diversas políticas sociais com o objetivo de viabilizar os direitos da população, na educação, na previdência, na habitação, na assistência social, na esfera do trabalho e junto aos movimentos sociais. Contribui para o trabalho das equipes, por estar voltado para a área da prevenção e promoção da saúde, além da organização e mobilização comunitária, constituindo assim, um importante articulador de ações.

Entre as atividades desenvolvidas pela assistente social na UBSF estão os atendimentos individuais as demandas espontâneas ou referenciadas, as visitas domiciliares, a participação no planejamento das atividades socioeducativas e preventivas a serem realizadas tanto, na UBSF, como nos demais espaços da comunidade (escolas, SAB e clube de mães). Além disso, realiza o atendimento e o encaminhamento de usuários vítimas de violência, orienta as pessoas com relação aos seus direitos (direitos previdenciários, direitos da mulher, direitos da gestante, direitos assistenciais e etc.), realiza encaminhamentos dos usuários portadores de transtorno mental, pessoas com deficiência, idosos e acompanhamento do Programa Bolsa Família.

Feita essa caracterização, partimos para a análise das informações coletadas sobre os idosos acamados assistidos pela UBSF. Os dados apresentados foram coletados no período de 12 de agosto de 2013 a 04 de agosto de 2014. Estes foram retirados de uma ficha nacional de cadastro de idosos acamados produzida pela equipe atuante na unidade. Essa ficha é preenchida pelo ACS e pela Assistente

Social quando realizam a visita domiciliar inicial à família residente, coletando informações pessoais, bem como relacionadas ao histórico de saúde do idoso.

Neste artigo apresentamos os dados do perfil dos 12 idosos acamados assistidos pela UBSF. As variáveis aqui analisadas foram: idade, estado civil, sexo, escolaridade, condição de moradia, composição familiar, renda, origem da renda, principal diagnóstico, dependente do cuidador, quem é o cuidador, se o cuidador é capacitado para atendimento, se o cuidador recebe remuneração e, se sim, qual o valor dessa remuneração.

Faremos inicialmente a análise da idade, renda e composição familiar utilizando o dado menor e o maior. Em seguida, analisaremos sexo, estado civil, condição de moradia e origem da renda através de valores proporcionais.

Pesquisas brasileiras realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 indicam o aumento na expectativa de vida, que chega a média dos 77 anos. Em nossos dados de análise, os idosos apresentam a menor idade 66 anos e a maior 91 anos, sendo a idade mediana de 70, corroborando com os dados encontrados pelo IBGE para expectativa de vida, em 2010, na cidade de Campina Grande.

Acreditamos que o aumento da expectativa de vida pode ter duas interpretações possíveis. A primeira é que pode provavelmente ser explicado pela assistência da equipe de saúde e assistência social com recursos humanos melhor preparados oferecendo uma maior e melhor assistência a esses idosos. A segunda são as melhorias nos condicionantes de saúde da população que contribuíram para esse aumento como as condições de saneamento básico, uma melhor alimentação e um aumento no benefício social por eles recebido.

Em nosso corpus, a menor renda constitui o valor de R\$ 724,00, declarada por nove idosos, a qual três advém do BPC e seis da aposentadoria. Esse valor, considerado legislativamente mínimo, refere-se a renda apenas do idoso, separada da renda familiar. Por outro lado, a maior renda encontrada foi de R\$ 1.448,00 declarada por dois idosos, ambos aposentados. Nesse, é relevante destacar que um tem nível superior com uma composição familiar de três pessoas e outro tem nível fundamental com nove pessoas, Isso nos dá indícios de que a renda chega a esse valor, porque, provavelmente, ambos recebem duas aposentadorias.

A respeito da composição familiar vemos disparidades crescentes em nosso corpus. A menor composição familiar é de duas pessoas, ocorrendo em dois idosos

e a maior composição familiar é de nove pessoas. Como mencionamos em nossa revisão de literatura, Carvalho (2011) aponta que atualmente vivemos um rearranjo familiar que descentralizou a figura do idoso como sujeito central, ou seja, chefe de família e criou núcleos distintos de mães solteiras, filhos divorciados, netos morando com avós, fato verificado em nossos dados.

É interessante enfatizar que ambas as famílias compostas por duas pessoas são mulheres e casadas, fatos que nos dá indícios de que moram com seus cônjuges. Além disso, ambas possuem casa própria que pode revelar certa estabilidade financeira. No caso da família com maior composição caracteriza-se por uma idosa viúva que também possui residência própria.

Nesses três casos vemos a composição de famílias que se aproximam de um arranjo mais tradicional com base no fato de que esta população nasceu em meados da década de 50, do século XX, época em que valores morais prevaleciam e os arranjos familiares tradicionais eram relevantes para que houvesse o respeito e a importância social da família entre as demais.

Em nossa investigação temos nove (75%) sujeitos do sexo feminino e três (25%) do sexo masculino dado que coaduna com as pesquisas do IBGE (2010) e de outros pesquisadores sobre a prevalência das mulheres na população idosa. Esse fato reforça o olhar para essa população exigindo a adoção de políticas públicas voltadas especificamente para a população feminina que não sendo a população economicamente ativa, receberá ações de bem-estar físico e social que podem, ou não, também contribuir com a renda delas.

Quanto ao estado civil a amostra apresentou a seguinte configuração: 05 (41,6%) são casados, 06 (50%) são viúvos, 00 (0%) são desquitados/divorciados e apenas 01(8,4%) é solteiro.

Quanto ao sujeito solteiro também consideramos o fato de que é do sexo feminino e tem 92 anos de idade, o que caracteriza esse sujeito como também influenciado pelos aspectos sóciohistóricos de sua época, nos quais os valores morais que eram exigidos as mulheres, a respeito do casamento: ou ele ocorria até mais ou menos a idade adulta ou ele não se concretizaria mais. Claro que isto era uma definição do senso comum, e poderíamos encontrar sujeitos que fugissem a essa expectativa.

Quanto à escolaridade, 05 (42%) idosos não são alfabetizados, 04 (33%) tem o que eles caracterizam por ensino primário, correspondente ao ensino fundamental

I (1º ao 4º ano) e 01 (8%) apresentou o que por ele caracteriza-se como ensino fundamental correspondente ao ensino fundamental II (5º ao 9º ano do ensino fundamental de 9 anos) e apenas dois dos sujeitos (17%) possuem o ensino superior.

Para compreender esses dados é preciso mais uma vez voltar ao passado, compreender o contexto de construção de vidas desses idosos e justificar os dados. O período de escolarização regular dos sujeitos aqui pesquisados remonta a meados da década de 40 a 60, do século XX, fase na qual a educação ainda era privilégio de poucos, pois as oportunidades de acesso eram restritas por critérios de gênero e sociais. A maioria dos sujeitos está em uma situação de analfabetismo ou uma situação mínima de escolarização, fato que pode causar dependência para atividades rotineiras como tomar medicamentos, usar transporte público, acessar ambientes, ou seja, qualquer atividade que tenha o uso da escrita/leitura como precedente.

Em relação ao cuidador dos idosos analisados, verificamos que a maioria é pessoas da família que assumem essa função, representando 83,4% dos idosos acamados e apenas 16,6% dos cuidadores não são familiares dos idosos. Isso corrobora com a afirmação de Caldas (2003, p. 777) que “diferentemente dos países norte-americanos e europeus, a maioria dos idosos brasileiros mora com a família” fato reforçado pela legislação brasileira que atribui à família o dever de cuidar dos idosos.

O bem estar físico e mental dos idosos acamado é muito importante, haja vista a relação de necessidade que esse idoso assume com seu cuidador. Essa função sendo realizada por um familiar pressupõe maior cuidado, atenção e dedicação do cuidador com seu parente. Entre os doze sujeitos pesquisados todos são dependentes de seu cuidador, o que de acordo com a política vigente para os idosos exige que o cuidador, para além do laço afetivo, seja capaz de proporcionar um cuidado adequado às necessidades dos idosos.

Infelizmente, isso não acontece com os oito sujeitos que são cuidados pelos familiares. Dentre os casos, destacamos uma idosa que é cuidada pela bisneta e convive com mais quatro tataranetos. A diferença de gerações nessa família é um aspecto relevante, pois o conflito de gerações evidencia diferenças culturais, sociais ou econômicas entre a idosa e seus parentes. Coloca-se em evidência também o conflito intergeracional discutido por Camarano (2004), em que o idoso que recebe

algum benefício ou renda estimula “um sistema de transferência intergeracional de duas vias mediado pelas políticas públicas, no caso a seguridade social. Ter um benefício ou alguma renda pode ajudar o idoso a receber o cuidado da família.” (CAMARANO, 2010, p. 107).

Dentre as idosas que têm cuidadoras que não são familiares, ambas recebem remuneração no valor de R\$ 300,00 e R\$ 350,00. O baixo valor pode ser justificado pela informalidade do serviço, haja vista que elas não têm o documento de trabalho assinado (carteira profissional) e nem são capacitadas para exercer essa função. Entre elas merece destaque a cuidadora de uma idosa viúva que recebe uma remuneração de R\$ 350,00 paga pelo filho da idosa. Porém, o valor não supre as necessidades dessa cuidadora que tem um filho de 12 anos de idade. Desse modo, ela realiza os cuidados com a idosa no turno da manhã, momento em que o filho frequenta a escola e no turno da tarde, ela deixa a idosa aos cuidados de seu filho, que pela idade não tem condições e nem é capaz de assegurar o cuidado necessário a essa idosa, exerce outra atividade remunerada no turno da tarde.

Por fim, destacamos aspectos relacionados ao principal diagnóstico dos acamados em que 100% dos idosos precisam de ajuda para realizar pelo menos uma atividade instrumental de vida diária (AVD), ou seja, são totalmente dependentes. Entre os diagnósticos temos: Acidente Vascular Cerebral (AVC), acidente de carro, convulsão, perda da visão, hipertensão, diabetes, reumatismo, depressão e osteoporose.

Vemos assim que as doenças crônico-degenerativas são maioria entre os principais diagnósticos encontrados e representam um elemento que gerou a limitação na manutenção da mobilidade física, que aumentam nos idosos, além da possível segregação social e redução nas atividades relacionadas ao lazer e bem estar.

Em nosso corpus, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e o Acidente Vascular Cerebral foram prevalentes, correspondendo a 16,6% cada. A hipertensão é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas e normalmente aparece com o diabetes mellitus. O idoso, com o avançar da idade, tem intolerância à glicose, bem como um histórico de dieta pobre, inatividade física, diminuição da massa corpórea magra, na qual os carboidratos ingeridos podem ser estocados, secreção alterada de insulina e resistência à insulina resultando na disfunção dos valores do diabetes.

Em relação aos problemas relacionados aos diversos tipos de reumatismos (artrite, artrose, poliartrite reumática) vemos afetar apenas uma idosa, 8,3% da amostra, sendo uma importante causa de sofrimento, restrição de atividades e utilização dos serviços de saúde considerando as dores e dificuldades que causam. O mesmo indício para a osteoporose que foi também identificada em 8,3% da amostra de idosos. Trata-se de uma alteração que comporta um desequilíbrio entre a formação e a reabsorção óssea que se caracteriza por uma perda generalizada da densidade óssea. Os ossos a partir daí, tornam-se progressivamente mais porosos e frágeis e, em certos casos, surge apagamento dos corpos vertebrais e deformação do esqueleto, tal sintomatologia é percebida principalmente em mulheres pós-menopausa.

Segundo Araújo e Bachion (2004, p. 589)

“nos idosos é particularmente difícil o reconhecimento de uma depressão, pois os sintomas podem ser atribuídos ao processo natural de envelhecimento, visto que simultaneamente ocorre a deterioração mental, sendo importante saber elaborar um diagnóstico diferencial entre depressão e demência.”

Em nossos idosos encontramos 8,4% (uma ocorrência) relatada por uma idosa que é solteira e sua cuidadora é uma sobrinha.

As outras doenças identificadas são acidente de carro, convulsão e perda da visão sendo uma ocorrência representada 8,4% cada uma. O primeiro, gerou uma deficiência física, o segundo, causou um problema neurológico e o terceiro, por si, causa, a princípio, uma dependência total no idoso.

Mediante a presente análise, definimos o perfil dos idosos cadastrados pela Equipe da Unidade Básica de Saúde da Família Ana Amélia Vilar Cantalice, da cidade de Campina Grande – PB. Os dados revelam compatibilidade com a literatura especializada na área, o que é positivo para propositura de ações que sejam bem sucedidas e que possam melhorar a qualidade de vida desses idosos acamados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população é uma temática que vem ganhando relevância, haja vista o aumento da população idosa brasileira nos últimos anos. Esse novo fenômeno social em plena ascendência tem ocasionado um novo modo de olhar os idosos, um olhar multidimensional, de modo que se possa avaliar se as

políticas e ações atualmente vigentes têm contemplado uma adequada assistência as necessidades que passaram a se impor com esse fenômeno.

Por isso, nos propomos aqui a traçar o perfil de 12 idosos acamados no domicílio, assistidos pela equipe da ESF, da unidade de saúde da Família Ana Amélia Vilar Cantalice, nos campos social, demográfico e epidemiológico, através de 14 indicadores obtidos em ficha de cadastro desses idosos na unidade.

Interpretando os dados obtivemos resultados que demonstram a necessidade de uma renovação da assistência aos idosos, pois novas competências se impõem ao trabalho da unidade para que a atenção prestada possibilite às pessoas idosas melhor qualidade de vida.

Identificamos que os idosos têm um aumento da expectativa de vida, principalmente na população feminina, demonstrando que o perfil demográfico vem se modificando a mais de 30 décadas nesse grupo. Os dados também revelaram que esses idosos ainda moram, em sua maioria, com seus familiares e tem pouca escolaridade, ajudam nas despesas da casa, tais elementos indicam que o perfil social parece ainda manter algumas tradições, ou seja, está entrando em uma fase de transição.

Mas o elemento que mais se destacou, refere-se aos aspectos observados no perfil epidemiológico. Através dos dados, vimos que a doença causou total dependência nesses idosos, e por consequência, a presença de um cuidador. Sobre o cuidador e suas ações, é preciso redimensionar o trabalho sobre como realizar o cuidado do idoso acamado.

Para tanto, é preciso que esses cuidadores passem por uma capacitação específica, como também recebam o efetivo apoio da Equipe de Saúde da Família, a fim de que sejam habilitados a proporcionar cuidados e promover a qualidade de vida de idosos acamados, pois nenhum dos doze cuidadores têm qualquer formação específica para exercer essa atividade.

Identificamos também que ser remunerado não é condição para que o idoso receba uma melhor assistência, pois em nossos dados há dois cuidadores remunerados que não são capacitados e a baixa remuneração os obriga a não oferecer uma assistência adequada, pois lhes surge a necessidade em procurar outras atividades remuneradas.

Portanto, as políticas públicas que foram mencionadas neste artigo representam uma aquisição grandiosa para melhoria da qualidade de vida dos

idosos, mas precisam ser efetivadas para atender as reais necessidades dessa população, pois com o perfil sócio demográfico e epidemiológico dos idosos acamados desta investigação, percebemos que ainda precisa ser fortalecido, principalmente no âmbito da saúde para promoção da qualidade de vida.

Com nossos resultados, abrimos possibilidades de maior abordagem do nosso objeto e contribuimos com as pesquisas sobre envelhecimento na atualidade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F. M. M. de. **O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal**. Lisboa: Instituto de Educação e Psicologia, 2009. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2014.
- ARAÚJO, L. A. de O.; BACHION, M. M. Programa de saúde da família: perfil dos idosos assistidos por uma equipe. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.57, n. 5, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a14v57n5>>. Acesso em: 20 nov. 2014.
- AREOSA, S. V. C. ; AREOSA, A. L. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. **Revista Textos & Contextos**, v.7, n. 1, 2008.
- BARBOZA, C.A. **Cuidado ao idoso dependente: um desafio para a equipe de saúde da família**. Minas Gerais: UFMG, 2011. 41p. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2791.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2014.
- BATISTA, A. S. *et al.* **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília: MPS, SPPS, 2008. 160 p. Disponível em http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BRASIL013_Envejecimientodependencia.pdf. Acesso em: 02 nov. 2014.
- BERZINS, M. A. V. da S. Envelhecimento populacional uma conquista para ser celebrada. **Serviço Social & sociedade**. São Paulo, v. 1, n. 75, p. 5 – 18, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2001. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2001/portaria-73-10-maio-2001-325960-norma-seas.html>>. Acesso em: 01 nov. 2014.
- BRASIL. **A atenção ao idoso**. Brasília, DF, 2000. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcaad19.pdf>>. Acesso em 20 out. 2014.
- BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. Brasília, DF, 1940. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em 14 dez. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 35. ed. Brasília, DF, 2012. p. 130.

BRASIL. Pesquisa nacional por amostra nos domicílios. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1_1.shtm>. Acesso em: 26 set. 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde do idoso**. Brasília, DF, 2006. Disponível em <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf>>. Acesso em 20. out. 2014.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF, 1994. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em 20. out. 2014.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, 2003.

CAMARANO, A. A. (org.). **Como Vive o Idoso Brasileiro?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 1999a.

CAMARANO, A. A. (org.). **Muito Além dos 60: Os Novos Idosos Brasileiros**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 1999b, 594p.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Quão além dos 60 podem viver os idosos brasileiros? In: CAMARANO, A.A. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro, 2004. p. 77 – 106.

CARVALHO, R. R. de. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: competência dos cuidadores de pessoas dependentes**. Brasília: CEFOR, 2011. Disponível em <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/6228>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FERNANDES, M. das G. M.; FRAGOSO, K. de M. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. **Revista APS**, v. 8, n. 2, 2005. Disponível em <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/idoso.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

GARCIA, M.A.A.; MIYAMOTO, D. A.; FRIGÉRIO, R. M.; MERLIN, S.S. A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. **Revista APS**, v. 9, n. 1. jan-jun, 2006.

GARCIA, M.A.A.; RODRIGUES, M. G.; BOREGA, R dos S. O envelhecimento e a saúde. **Revista Ciências Médicas**, v. 11, n.3, 2002.

HADDAD, E. G. de M. E o estado como se pronuncia? In: **A ideologia da velhice**. São Paulo, 1986. p. 55 – 86.

IBGE. **Pirâmide Etária**. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=250750&search=paraibaljoao-pessoal|infográficos:-evolução-populacional-e-pirâmide-etária>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

_____. **Projeção da população brasileira**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

LIMA, P. M. R. de. **A arte de envelhecer**: um estudo sobre história de vida e envelhecimento. Brasília: UNB, 2008. Disponível em <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1907/1/2008_PriscillaMRLima.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2014.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, 2003.

MERCADANTE, E. F. Velhice: a identidade estigmatizada. **Serviço Social & sociedade**. São Paulo: Cortez, v. 1, n. 75, 2003.

RODRIGUES. A. de J. **Metodologia científica**. São Paulo: AVERCAMP, 2006.

SAMPAIO, L.A.P. **Estatuto do idoso**. Goiania: AB, 2004.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada a saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2014.