



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS PASSO FUNDO  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE: ÁREA DE  
CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA**

**LUANA ESCOBAR DOS SANTOS**

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO NORTE GAÚCHO**

**PASSO FUNDO, RS  
2019**

**LUANA ESCOBAR DOS SANTOS**

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO NORTE GAÚCHO**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de Concentração Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof Dr. Gustavo Olszanski Acrani  
Coorientador: Enf. Edinadia Maria Adalberto Dalberto

PASSO FUNDO, RS  
2019



LUANA ESCOBAR DOS SANTOS

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO NORTE GAÚCHO**

Trabalho de Conclusão de Residência,  
apresentado ao Programa de Residência  
Multiprofissional em Saúde: Área de  
Concentração Atenção Básica da Universidade  
Federal da Fronteira Sul, como requisito  
parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em:  
09/12/2019

BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani - UFFS  
Orientador

  
Preceptora Esp. Leila Juliana Antunes Riggo  
SMS-Marau/RS - Coorientadora

  
Profa. Dra. Ivana Loraine Lindemann - UFFS

  
Profa. Dra. Renata dos Santos Rabello - UFFS

## RESUMO

Como parte do projeto de formação do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, o Trabalho de Conclusão de Residência é o produto do percurso realizado durante o primeiro, segundo, terceiro e quarto semestres, através dos componentes curriculares “Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e TCR I, II, III e IV”, sob orientação do Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani e coorientação da Enfermeira Edinadia Maria Adalberto Dalberto, assim como dos professores desses componentes curriculares. O Trabalho de Conclusão de Residência foi construído a partir das necessidades de pesquisa em saúde identificadas no cotidiano do Sistema Único de Saúde, nos serviços de saúde e/ou comunidade. O “Volume Final do Trabalho de Conclusão de Residência” é composto de quatro capítulos, sendo: Capítulo I: Diagnóstico Territorial, teve-se como objetivos compreender a estrutura de saúde do Município de Marau, RS, conhecer a área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família da Santa Rita, a metodologia de trabalho da equipe e o perfil da comunidade assistida; Capítulo II: Projeto de Pesquisa-Intervenção, apresentou como tema avaliar a qualidade de vida dos idosos pertencentes ao território; Capítulo III: Relato do Trabalho de Campo e Percurso da Intervenção, descrevesse todas as etapas e fases do trabalho de campo da pesquisa; Capítulo IV: Artigo Científico, intitulado como Qualidade de Vida em Idosos de uma Estratégia de Saúde da Família em um Município do Norte Gaúcho e Considerações Finais.

**Palavras-chaves:** Qualidade de vida. Serviços de Saúde. Idosos (idoso). Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

As part of the training project of the Multiprofessional Residency Program of the Federal University of Fronteira Sul, Passo Fundo campus, the Residency Completion Work is the product of the course undertaken during the first, second, third and fourth semester, through the curriculum components. Health Research, Intervention Project and TCR I, II, III and IV”, under the guidance of Dr. Gustavo Olszanski Acrani and the co-orientation of Nurse Edinadia Dalberto and nurse Leila Juliana Antunes Riggo, as well as the teachers of these curriculum components. The Residency Completion Work was built from the health research needs identified in the routine of the Unified Health System, health services and / or community. The “Final Volume of the Residency Completion Work” is composed of four chapters: Chapter I: Territorial Diagnosis, the objective was to understand the health structure of the Municipality of Marau, RS, to know the coverage area of the Santa Rita Family Health, the team's work methodology and the profile of the assisted community; Chapter II: Research-Intervention Project, presented as its theme to evaluate the quality of life of the elderly belonging to the territory; Chapter III: Fieldwork Report and Intervention Path, describe all the stages and phases of the fieldwork of the research; Chapter IV: Scientific Article, entitled Quality of Life in the Elderly of a Family Health Strategy in a Municipality of Northern Gaúcho and Final Considerations.

**Keywords:** Quality of life. Health Services. Elderly (elderly). Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL .....</b>	<b>10</b>
1.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE (ABS) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	10
1.1.1	<b>Papel dos programas de residência multiprofissional em saúde na formação de recursos humanos para o SUS .....</b>	<b>11</b>
1.2	APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO ONDE ESTÁ SENDO REALIZADA A RESIDÊNCIA .....	13
1.2.1	<b>História do município .....</b>	<b>13</b>
1.2.2	<b>Cronologia e emancipação .....</b>	<b>15</b>
1.2.3	<b>Território e população .....</b>	<b>16</b>
1.2.4	<b>Localização geográfica .....</b>	<b>17</b>
1.2.5	<b>Habitação e infraestrutura .....</b>	<b>17</b>
1.2.6	<b>Manejo do lixo .....</b>	<b>19</b>
1.2.7	<b>Abastecimento de água .....</b>	<b>19</b>
1.2.8	<b>Manejo de esgoto sanitário .....</b>	<b>20</b>
1.2.9	<b>Aspectos culturais e sociais .....</b>	<b>20</b>
1.2.10	<b>Economia .....</b>	<b>24</b>
1.2.11	<b>Emprego e rendimento .....</b>	<b>25</b>
1.2.12	<b>Aspectos demográficos e epidemiológicos .....</b>	<b>26</b>
1.2.13	<b>Condições de vida e longevidade .....</b>	<b>29</b>
1.2.14	<b>Educação .....</b>	<b>30</b>
1.3	DESCRIÇÃO DO SISTEMA E DA REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL .....	32
1.3.1	<b>Organograma da Secretaria Municipal de Saúde .....</b>	<b>32</b>

1.3.2	<b>Equipe de trabalho .....</b>	<b>33</b>
1.3.3	<b>Sistemas de informação em saúde .....</b>	<b>35</b>
1.3.4	<b>Sistema Municipal de Vigilância em Saúde .....</b>	<b>36</b>
1.3.5	<b>Outros serviços de atenção à saúde .....</b>	<b>37</b>
1.4	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE .....</b>	<b>39</b>
1.4.1	<b>História do bairro Santa Rita .....</b>	<b>39</b>
1.4.2	<b>Território .....</b>	<b>39</b>
1.4.3	<b>Escolas .....</b>	<b>41</b>
1.4.4	<b>Controle social, atividades de educação em saúde e outras atividades realizadas da ESF Santa Rita .....</b>	<b>43</b>
1.5	<b>DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE .....</b>	<b>45</b>
1.5.1	<b>ESF Santa Rita .....</b>	<b>45</b>
1.5.2	<b>Residência Multiprofissional em Saúde .....</b>	<b>50</b>
1.6	<b>CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO .....</b>	<b>50</b>
1.7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS ACERCA DO DIAGNÓSTICO GERAL .....</b>	<b>55</b>
1.8	<b>PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO .....</b>	<b>56</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>60</b>
2	<b>CAPÍTULO II - PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO...</b>	<b>63</b>
2.1	<b>RESUMO .....</b>	<b>63</b>
2.2	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>65</b>
2.2.1	<b>Tema .....</b>	<b>67</b>
2.2.2	<b>Problema .....</b>	<b>67</b>
2.2.3	<b>Justificativa.....</b>	<b>67</b>



<b>2.3</b>	<b>Referencial teórico.....</b>	<b>68</b>
2.3.1	Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Básica em Saúde (ABS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	68
2.3.2	Envelhecimento populacional, saúde do idoso e diretrizes .....	69
2.3.3	Qualidade de vida e o manual WHOQOL-OLD.....	70
<b>2.4</b>	<b>Hipóteses.....</b>	<b>72</b>
<b>2.5</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>72</b>
2.5.1	Objetivo Geral.....	72
2.5.2	Objetivos específicos.....	72
2.6	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>73</b>
<b>2.6.1</b>	<b>Tipo de estudo .....</b>	<b>73</b>
<b>2.6.2</b>	<b>Local e período de realização .....</b>	<b>73</b>
<b>2.6.3</b>	<b>População e amostragem .....</b>	<b>73</b>
<b>2.6.4</b>	<b>Variáveis e instrumentos de coleta de dados .....</b>	<b>74</b>
<b>2.6.5</b>	<b>Processamento, e análise de dados .....</b>	<b>76</b>
<b>2.6.6</b>	<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>78</b>
<b>2.6.7</b>	<b>Resultados esperados .....</b>	<b>80</b>
2.7	<b>RECURSOS .....</b>	<b>81</b>
2.8	<b>CRONOGRAMA .....</b>	<b>82</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>83</b>
	<b>APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNDICE 2 - TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA .....</b>	<b>89</b>
	<b>APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>90</b>

	<b>APÊNDICE 4 - TERMO DE COMPROMISSO DE USO DE DADOS.....</b>	<b>93</b>
	<b>APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS(TCLE).....</b>	<b>94</b>
	<b>ANEXO 1 – QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO- WHOQOL-OLD.....</b>	<b>97</b>
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO III - RELATO DO TRABALHO DE CAMPO E PERCURSO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>101</b>
3.1	INTRODUÇÃO .....	101
3.2	LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS .....	102
3.2.1	Logística prévia a coleta de dados .....	102
3.2.2	Instrumento de coleta de dados .....	102
3.2.3	Perdas e recusas .....	103
3.2.4	Preparação e organização do banco de dados .....	104
3.2.5	Potencialidades e desafios enfrentados durante a coleta de dados .....	105
3.3	RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	106
3.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO .....	107
<b>4</b>	<b>CAPITULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>108</b>
4.1	ARTIGO CIENTÍFICO .....	108
4.2	NORMAS DA REVISTA SELECIONADA .....	130
4.3	COMPROVANTES DE SUBMISSÃO DO ARTIGO.....	134
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>136</b>

## 1 CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

### 1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE (ABS) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce na década de 1980, promovido pelas lutas sociais que envolveram os profissionais da saúde, a população e os gestores, no processo de democratização brasileira. A partir de negociações entre as instâncias federativas, passou a estruturar-se por níveis de complexidade e de forma descentralizada, dividindo-se em Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. A Atenção Básica é colocada como a principal porta de entrada para o acesso aos demais níveis, mas também entram nessa categoria os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços de Urgência e Emergência e os Serviços especiais de acesso aberto (Decreto 7.508/2011).

Para Souza (2002), “o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população” (SOUZA, 2002, p. 16). Assim, desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde busca afirmar-se enquanto um sistema potente de acesso universal, igualitário e equânime. Para tanto, a Atenção Básica demanda articulação e trabalho para que opere de fato como a principal porta de entrada e como organizadora do sistema. Campos et al. (2010, p. 133), aponta que “a Atenção Primária é considerada um arranjo assistencial importante aos países que almejam um sistema de saúde com atenção à saúde qualificada e em que seja um direito de cidadania”, ou seja, são necessárias discussões e trabalho com foco na qualificação deste nível do sistema.

Em meados de 1990 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), cujo mote era uma reforma assistencial do sistema de saúde, no nível da Atenção Básica em Saúde. Com base na concepção de que um programa tem início, desenvolvimento e finalização, em 2006 o PSF passa a ser intitulado Estratégia de Saúde da Família, ESF, trazendo em seu bojo a proposta de uma política permanente de acesso da população à saúde na Atenção Básica (DIMENSTEIN, LIMA, MACEDO, 2012).

A composição básica da ESF é de uma equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo contar ainda com cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, e ainda ser composta por outros profissionais (BRASIL, 2007). Sua relação com a comunidade é pela

mediação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a partir da ferramenta das Visitas Domiciliares (VD's). Para Dimenstein, Lima & Macedo (2012, p. 43) “a ESF introduziu um modo ativo de intervenção em saúde” não tendo que, desta forma, esperar a demanda para efetuar uma intervenção, trabalhando de forma preventiva, o que representa “um instrumento real de reorganização da demanda” (DIMENSTEIN, LIMA, MACEDO, 2012, p. 43).

Brasil (2009) estabelece que a Atenção Básica em Saúde

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [...] Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2009, p. 43,44).

Assim, quando se pensa em “complexidade” do Sistema de Saúde, a noção que se tem é a de uma complexidade relacionada ao uso de tecnologias, as tecnologias duras e as leves-duras, tal como proposto por Merhy (1998). No entanto, a Atenção Básica, por meio da ESF, faz uso de tecnologias de baixa densidade, com procedimentos mais simples e baratos conseguindo, desta forma, atender à maior parte dos problemas de saúde de uma comunidade. Para Brasil (2007, p. 16), a organização da atenção básica, “seu desenvolvimento e sua aplicação” podem “demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade”. Assim, a “complexidade” na Atenção Básica em Saúde se dá no cuidado diário e longitudinal, no tratamento dos sujeitos de forma integral, no acolhimento e na compreensão da complexidade da vida humana.

### **1.1.1 Papel dos programas de residência multiprofissional em saúde na formação de recursos humanos para o SUS**

Um dos desafios para o funcionamento do Sistema Único de Saúde, desde seu início, é a necessidade de profissionais capacitados para o exercício de suas funções no sistema. Observa-se que, no período de graduação, os estudantes vivenciam um intenso aprendizado técnico para as profissões, porém, o aspecto prático do trabalho em saúde fica em déficit. É a partir desta demanda que nascem os programas de Residência Multiprofissional, cujo objetivo principal é preparar profissionais para o Sistema Único de Saúde, oferecendo ferramentas para reflexão e trabalho. Conforme Rosa e Lopes (2009) apud Rosa e Vasconcelos (2014), o

Programa da Residência Multiprofissional em Saúde foi apresentado como estratégia de reorientação da Atenção Básica para a implantação/reorganização dos serviços públicos embasados na lógica do SUS, com o objetivo de produzir as condições necessárias para a mudança no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde (ROSA; LOPES, 2009, p. 2).

Esta proposta traz para os serviços do Sistema Único o imperativo de serem repensadas as práticas, as formas de cuidado e as concepções acerca da saúde. Quando um serviço abre as portas para profissionais residentes, também abre-se para novas possibilidades, para questionamentos e mudanças de práticas.

No artigo segundo da Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, lemos quais os eixos norteadores que devem orientar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, que deverão embasar-se nos princípios e diretrizes do SUS. No total, são doze eixos, que apontam para que os cenários de educação em serviço sejam representativos da realidade sócio epidemiológica do Brasil; assinalam a necessidade de uma concepção ampliada de saúde, com respeito à diversidade e ao sujeito enquanto um ator social; apontam para a importância de uma política nacional de gestão da educação na saúde; assinalam que a abordagem dos programas deve considerar as pessoas envolvidas no processo, como sujeitos e protagonistas sociais; consideram que as estratégias pedagógicas devem garantir uma formação integral e interdisciplinar; apontam que deve haver integração entre ensino-serviço-aprendizagem, com parceria entre gestores, trabalhadores e usuários; reforçam a necessidade de integração de saberes e práticas, com vistas à consolidação da educação permanente; consideram necessária a integração entre os Programas de Residência com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde, bem como articulação da Residência Multiprofissional com a Residência Médica; consideram importante o trabalho sob a perspectiva da descentralização e regionalização; apontam para a necessidade de desenvolvimento da criticidade e reflexão por parte do profissional residente, a partir de avaliações formativas; e, por fim, ressaltam a importância de trabalhar a integralidade, que contemple a Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

Conforme Rosa e Vasconcelos (2014) destacam,

não se pode negar que o programa da Residência Multiprofissional deve ser considerado como uma tendência para a construção de políticas de formação de recursos humanos na saúde. [o qual] gerou micro rupturas na política hegemônica da formação superior em saúde, na modalidade da residência, que, até então, era de exclusividade da área médica. [portanto] pretende ser uma estratégia para a implantação do SUS, o que suscita perspectivas otimistas do Estado velar pelo cumprimento dessas prescrições legais (ROSA, VASCONCELOS, 2014, p. 7).

Desta forma, “em decorrência da implantação da Residência, a política de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde passou a ser uma política do SUS” (ROSA, VASCONCELOS 2014, p. 4), observando-se, assim, a importância dos Programas, tanto para a formação de recursos humanos qualificado, quanto para mobilização de mudanças e avanços no Sistema Único de Saúde.

## 1.2 APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO ONDE ESTÁ SENDO REALIZADA A RESIDÊNCIA

### 1.2.1 História do município

De acordo com o descrito no site da Prefeitura Municipal de Marau, o município recebeu este nome a partir de uma trágica história sobre um cacique bravo, de nome Marau. Conforme a história, Marau percorria as vastas selvas da Serra Geral em busca de alimento frente a um grupo de indígenas Coroados. Para o império, a presença de indígenas na região era um empecilho à vinda de mão-de-obra europeia e, portanto o grupo de indígenas chefiado pelo cacique Marau tornou-se alvo. Por volta de 1840, acusados de trucidar dois moradores da aldeia Passo Fundo das Missões, a comunidade indígena foi perseguida por uma escolta que atravessou o rio Capinguí e, às margens de um arroio, depois chamado de Mortandade, travaram a primeira batalha. A expedição prosseguiu em direção ao sudeste, exterminando os nativos às margens de um rio maior. Esse derrame de sangue nomeou o rio de Marau e com o mesmo nome também passou a ser chamada a região adjacente, povoada por caboclos.

Marau foi, durante muito tempo, apenas território para tropeio de gado. Depois, a Coroa distribuiu sesmarias para que os tropeiros e os militares se estabelecessem em estâncias. A vinda de alguns imigrantes das mais diversas pátrias fizeram surgir dois núcleos populacionais, Tope e Marau. Este recebeu as primeiras famílias de imigrantes italianos por volta de 1904 e, mais tarde, tornou-se a sede do 5º Distrito de Passo Fundo, criado em 1916.

Até a década de 1960, a agricultura de Marau manteve um caráter de subsistência, mas a criação de suínos já se transformara em atividade comercial desde a década de 1920, fomentada pelo frigorífico Borella e Cia Ltda. que, através de seus produtos, tornou a vila conhecida no mercado nacional. Na década de 1970, a instalação de agências bancárias, o cooperativismo agrícola e a mecanização da lavoura alteraram radicalmente o perfil da produção marauense, voltando-a maciçamente para a monocultura. Entretanto, a crise no setor, verificada na década de 1980, provocou não somente um grande êxodo rural, mas uma nova mudança na atividade. Hoje, beneficiada pelo terraceamento do solo, a agricultura volta-se para a diversificação de produtos e na pecuária ganham importância a produção de leite e a avicultura, atendendo à demanda das indústrias de alimentos instaladas em Marau e na região. Ao todo, a agropecuária reúne mais de 1.700 estabelecimentos e ocupa o segundo lugar em valor adicionado no município.

Nas duas últimas décadas, o parque industrial de Marau ganhou um impulso extraordinário, especialmente nos setores de alimentos, couros, equipamentos para avicultura e suinocultura, metal mecânico e, em crescimento, o setor da construção civil. Destacam-se as empresas Grupo Perdigão (Brasil Foods - BRF), Fuga Couros, Metasa e GSI Group, colocando Marau em posição de destaque como Polo Industrial no cenário Estadual, Nacional e Internacional.

O crescimento econômico modificou a demografia de Marau, que tem como característica mais marcante de seu desenvolvimento a diversidade em todas as áreas, oriunda da vocação empreendedora de seu povo. Marau preserva em seu nome o passado indígena do Brasil e a memória das batalhas humanas pela ocupação de espaços, batalhas muitas vezes cruéis e quase sempre condenadas ao esquecimento.

Na fotografia 1 pode-se observar a cidade de Marau.

Fotografia 1 – Cidade de Marau.



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Marau, 2018.

### 1.2.2 Cronologia e emancipação

- Antes de 1827: o território fazia parte da província jesuítica chamada de Missões Orientais do Uruguai, formada por índios guaranis e coroados.
- 1827: começa o povoamento da raça branca e nasce Passo Fundo.
- 1845: o cacique Marauí, chefe de um bando de Coroados, morre em combate com os brancos às margens de um rio, que passou a ser denominado de Rio Marau, como também as imediações do rio, povoada por caboclos.
- 1857: criado o município de Passo Fundo.
- 1904: os descendentes dos imigrantes italianos iniciam a colonização de Marau.
- 1908: o povoado do Tope, primeiro núcleo populacional de Marau, tinha 2.500 habitantes.
- 10 de janeiro de 1916: cria-se o 5º Distrito de Passo Fundo, “importante colônia e celeiro de Passo Fundo”, com sede no Tope.
- 1918: abre-se a estrada que liga Marau a Passo Fundo, via Taquari.



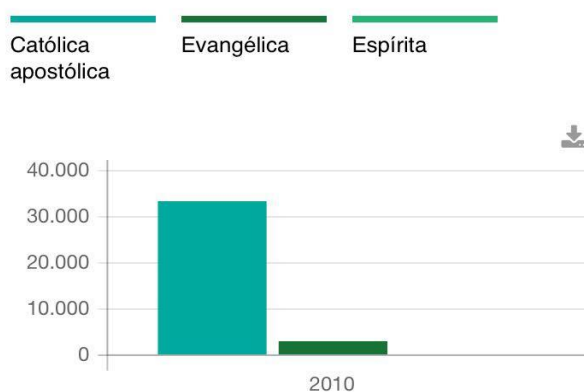
- 3 de julho de 1920: o povoado de Marau é elevado à vila e passa a ser a sede do 5º Distrito. Em 1923 surge o frigorífico Borella e Cia Ltda., marco da indústria Marauense, que logo se tornaria fornecedor regional e nacional de salame, presunto, mortadela e banha.
- 1934: os freis capuchinhos assumem a assistência espiritual dos Marauenses, integram a zona urbana e rural em forte comunidade e lideram seu desenvolvimento.
- 18 de dezembro de 1954: Marau emancipa-se com 1.055 km<sup>2</sup>, desmembrados de Passo Fundo e Guaporé. Em 17 de fevereiro de 1959, com a anexação de Camargo, até então pertencente à Soledade, Marau chega a 1.192 km<sup>2</sup>.
- 28 de fevereiro de 1955: o município é instalado oficialmente e esta se torna a data de seu aniversário.

### 1.2.3 Território e população

O município de Marau compreende uma área física de aproximadamente 649,300 km<sup>2</sup>, correspondentes a 0,23% da área estadual e 0,008% do território nacional. A densidade demográfica em 2013 foi de 56,0 hab/km<sup>2</sup>. Conforme dados atualizados do IBGE de 2017 o número estimado de habitantes é de 41.059 habitantes sendo aproximadamente 85% moradores da zona urbana. A etnia mais prevalente é de descendentes italianos. A religião da população é predominantemente católica por volta de 33.097 pessoas, seguida da crença evangélica de 2.795 pessoas, como mostra o gráfico 1 a seguir:

Gráfico 1- Classificação da população residente por religião no município de Marau.

**População residente por religião** ( Unidade: pessoas )



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

### 1.2.4 Localização geográfica

O município de Marau é limite Sul da Região Norte do Rio Grande do Sul, localizada no Planalto Médio, na Região da Produção. Faz limites ao Norte com Passo Fundo e Mato Castelhanos, ao Sul com Vila Maria, Camargo e Soledade, ao Leste com Gentil e Santo Antônio do Palma, a Oeste com Nicolau Vergueiro, a Noroeste com Ernestina e a Sudoeste com Ibirapuitã (fotografia 2).

Distâncias da Cidade de Marau: 269 km de Porto Alegre, 190 km de Caxias do Sul e 28 km de Passo Fundo.

Fotografia 2 – Localização e limites geográficos de Marau.



Fonte: Site da Câmara Municipal de Vereadores de Marau.

- Altitude média do Município: 650 m acima do nível do mar;
- Pontos mais elevados: Tope e São Pedro do Jacuí;
- Clima: Temperado – temperatura média: 18° C;
- Relevo: Território ondulado por coxilhas, com aclives e penhascos em margens de rios;
- Estrutura geológica: arenito basáltico;
- Solo mais frequente: lato solo roxo.

### 1.2.5 Habitação e infraestrutura

Levando-se em consideração o rápido crescimento do município de Marau, os indicadores de habitação e infraestrutura demonstram o grau de ajuste das famílias e do

planejamento urbano às mudanças econômicas e demográficas. Sobretudo, percebe-se um aumento relativamente proporcional de número de habitantes e número de domicílios. Observa-se, também, que a maioria da população reside na área urbana. Há poucos dados com relação ao número de habitantes por domicílio. Não foi possível obter dados acerca da especulação imobiliária no município, no entanto, não há relatos de ocupações de terras para moradia em Marau, embora se compreenda que existam desigualdades econômicas e sociais no município, como em todo o país (IBGE,2010).

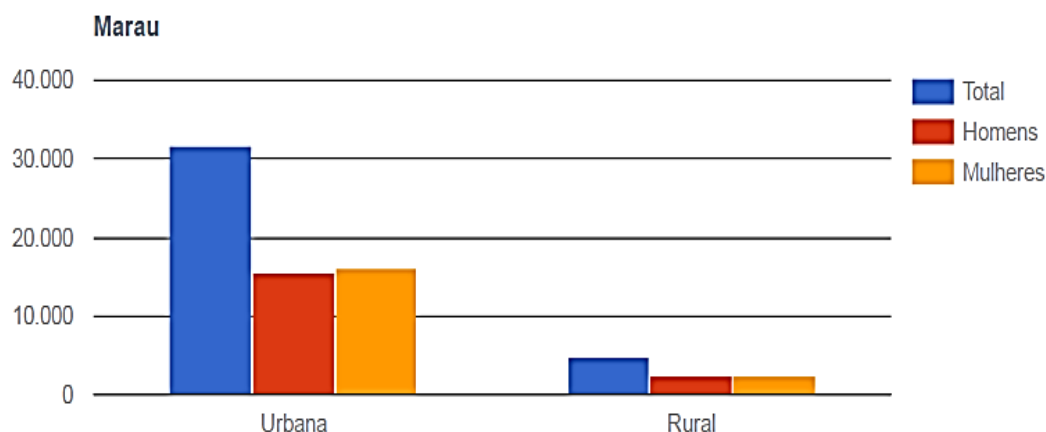
Quanto ao território de Marau, nas periferias há moradias precárias, próximas de rios, em encostas de morros, inclusive no território da ESF Santa Rita. Apesar disso, observa-se pouca mobilização social entre essas pessoas o que, por consequência, acabam ficando invisíveis para o restante da sociedade.

No território da ESF Santa Rita, estima-se uma proporção entre habitações próprias e alugadas, sendo que a maioria é casa térrea e de dois andares. Percebe-se que os alugueis em geral se mantêm diretos com os proprietários dos imóveis, residindo, em geral mais de uma pessoa por imóvel. Entende-se que este quadro se dá em virtude do município de Marau ser localizado no interior do estado, ser sede de um polo industrial e agrícola intenso.

É expressivo, também, o êxodo rural no município, quando observa-se que a maioria da população reside em área urbana. Este se dá por um conjunto de fatores, destacando-se na realidade do território, a existência de grandes indústrias, oferta de empregos e melhor remuneração, acesso a bens, serviços, infraestrutura, como educação, saúde, lazer e outros. Conforme o Plano Nacional de Habitação de 2008, Marau foi classificado como centro urbano em espaço rural próspero.

O gráfico abaixo apresenta uma equivalência na população entre homens e mulheres, outro reflexo dos dados nacionais, que referem haver mais mulheres na população brasileira do que homens. Conforme IBGE (2013) há no Brasil 103,5 milhões de mulheres, o equivalente a 51,4% da população. Rondônia, Roraima, Amazonas e Pará são os únicos estados que têm mais homens que mulheres.

Gráfico 2 – População residente, por situação do domicílio e sexo.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

### 1.2.6 Manejo do lixo

A coleta do lixo no município de Marau, seu manejo e destinação final dos resíduos sólidos é realizada através de uma empresa que mantém contrato com a Prefeitura Municipal. Essa faz a coleta seletiva do lixo com destinação para reciclagem.

### 1.2.7 Abastecimento de água

O abastecimento de água no município de Marau em sua maioria é oferecido através da Companhia Rio-grandense de Saneamento (CORSAN), que coleta água do Manancial: Sanga/Arroio Marau e realiza o tratamento na Estação de Tratamento de Água (ETA, Marau). Dados coletados do Sistema de Informação da Atenção Básica (2013) referem que 57,6 domicílios brasileiros possuem rede de abastecimento de água, Marau destacando-se com um percentual de 75,7%.

Alguns bairros recebem água através de um sistema comunitário de tratamento, sendo o preço mensal menor em relação à água fornecida pela CORSAN. Um dos desafios atuais no município é conseguir tratar a água dos poços artesianos, localizados em comunidades rurais, pois alguns moradores ainda se recusam a permitir tal ação. Conjectura-se que esse fato seja devido ao custo para o tratamento da água, o que acaba por reforçar negativamente a necessidade de tratamento, além do argumento de que a água deixa de ser insípida, em função da cloração. Como consequência, o município enfrenta constantemente agravos de saúde em função do não tratamento, interferindo de forma negativa nos indicadores de saúde do

município. Tal situação foi levada ao Conselho Municipal de Saúde no mês de junho de 2018, onde foi questionado aos representantes dos vários setores quais as possibilidades de intervenção para o caso. Uma das estratégias pensadas é o trabalho junto às escolas do interior do município com o intuito de, a partir de palestras e conscientização dos alunos, estes levem a informação para suas famílias.

### **1.2.8 Manejo de esgoto sanitário**

O município de Marau possui rede de saneamento básico, mas em alguns locais o sistema é de fossa, e uma pequena parcela da população ainda elimina os dejetos a céu aberto, impondo para Marau o desafio de fazer avançar esse aspecto da saúde pública. De acordo com o IBGE o município apresenta 87,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 86,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 32,4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 45 de 497, 217 de 497 e 132 de 497, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 594 de 5570, 1820 de 5570 e 1093 de 5570, respectivamente (IBGE, 2015).

### **1.2.9 Aspectos culturais e sociais**

- **Festival Nacional do Salame**

Com o objetivo de resgatar e manter vivos os aspectos culturais herdados dos imigrantes italianos que colonizaram a região há mais de 100 anos, Marau agregou, em 2010, um novo evento a seu calendário festivo, o Festival Nacional do Salame, tornando o município conhecido como Capital Nacional do Salame (fotografia 3). A tradição do consumo do salame virou marca e ajuda a contar a história de Marau. A produção de carne suína no município, em especial do salame, tornou-se uma das principais fontes de renda familiar nos anos de 1920. Foi neste contexto que cresceu a cidade, com forte influência da industrialização, iniciada com a instalação do Frigorífico Borella sendo, da década de 1980, adquirida pela Perdigão, hoje Brasil Foods - BRF. Por estas razões, o salame e o desenvolvimento da cidade são diretamente ligados. Da herança deixada pelos antepassados aos marauenses surgiu a Rota da Salamarias, que inspirou a organização do Festival. Desde

2010, quando aconteceu a primeira edição do evento, o Salão Paroquial e seu entorno se transformam, durante três dias do ano, em uma arena de boa comida, bebida e diversão.

Fotografia 3 – Festival Nacional do Salame.



Fonte: Site do Festival Nacional do Salame, 2016.

- **Expomarau**

A primeira edição da feira que mostra as potencialidades de Marau aconteceu em 1981, durante o mandato de José João Santin, tendo como Presidente da Câmara de Vereadores Luiz Brocco. Em 1981, os 27.416 habitantes de Marau viram surgir à ideia da primeira Expomarau (fotografia 4) durante o IV Encontro de Suinocultores. O que era para ser uma exposição de animais passou a agregar indústria, comércio e artesanato.



Fotografia 4 – Expomarau.



Fonte: Site Expomarau, 2017.

- **Rota das Salamarias**

Salamaria é o local onde se faz o salame. Este alimento tem seu nome derivado do latim *salumen*, que significa carne salgada, e teve muita importância numa época onde se precisava armazenar a carne em temperatura ambiente. No Brasil o salame é conhecido como um embutido de carne suína moída e salgada. Na Itália, "salame" é uma designação genérica para todo tipo de embutido produzido com carne suína, abrangendo também os presuntos cozidos e defumados, copa, pancetta, mortadelas e fiambres. Na Rota das Salamarias (fotografia 5), o visitante pode percorrer trilhas ecológicas, saborear a cachaça produzida em alambique artesanal, apreciar as vinícolas, com degustação e varejos de produtos coloniais, ouvir o grito do quero-quero, provar o amargo do mate, tomar banho de cachoeira, tirar água de poço, andar de carretão, ver o artesanato em madeira, em palha de milho e trigo, além de saborear a culinária legada dos colonizadores desta terra.

Fotografia 5 – Rota das Salamarias.



Fonte: Site da Rota das Salamarias.

- **Caminho das águas e sabores**

O Caminho das Águas e Sabores (fotografia 6) reúne gastronomia, natureza, aventura, religiosidade e lazer. Abrange as comunidades de Nossa Senhora Aparecida, Gramadinho, Cachoeirão e Santo Antônio dos Triches, além do Bairro Constante Fuga. Tradição italiana, café da roça, lindas paisagens, nascentes, cachoeiras, cachaças, vinhos e licores, artesanato, gastronomia colonial, espiritualidade e contos sobre a passagem dos tropeiros pela região. Trata-se de um projeto de turismo rural que nasceu da iniciativa de empreendedores que buscam diversificar as atividades e promover crescimento de forma sustentável, através da valorização das belezas naturais e dos costumes.



Fotografia 6 – Caminho das Águas e Sabores.



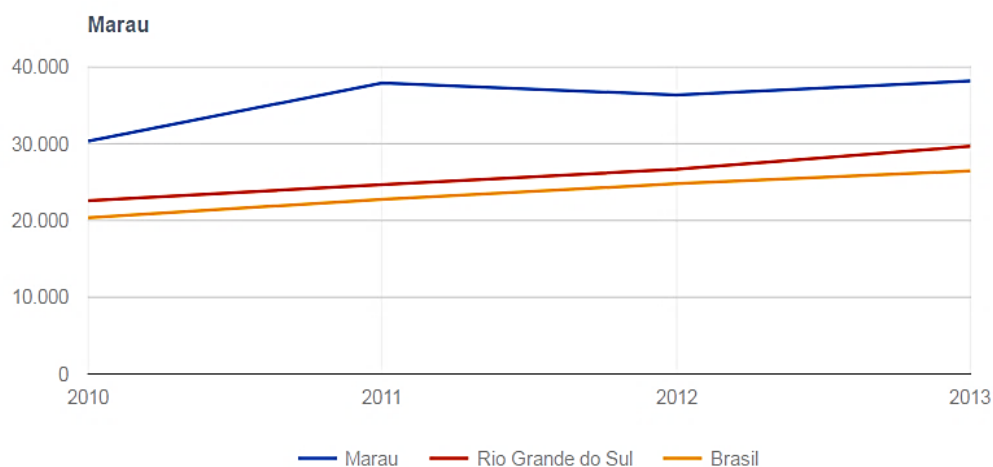
Fonte: Página no Facebook do Caminho das Águas e Sabores.

### 1.2.10 Economia

O Produto Interno Bruto (PIB) é a soma de todos os bens e serviços que foram produzidos dentro de um país durante o período de um ano, em moeda corrente (real). O PIB pode ser calculado sob diversas óticas, considerando-se o valor adicionado por setores de atividade econômica, que deve ser igual à renda gerada, bem como pode ser obtido pelos gastos da sociedade. Atualmente no Brasil, o PIB é calculado através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e essa mensuração anual permite às autoridades governamentais utilizarem políticas públicas com o objetivo de promover o crescimento maior dos nossos municípios e país.

Marau, em 2015, apresentou um PIB per capita (PIB dividido pela quantidade de habitantes) de R\$ 42.104,57. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição foi de 41 de 497. Na comparação com os outros municípios do Brasil, sua colocação foi de 455 de 5.570. Naquele ano, 79,3% do seu orçamento foi proveniente de fontes externas (IBGE, 2015).

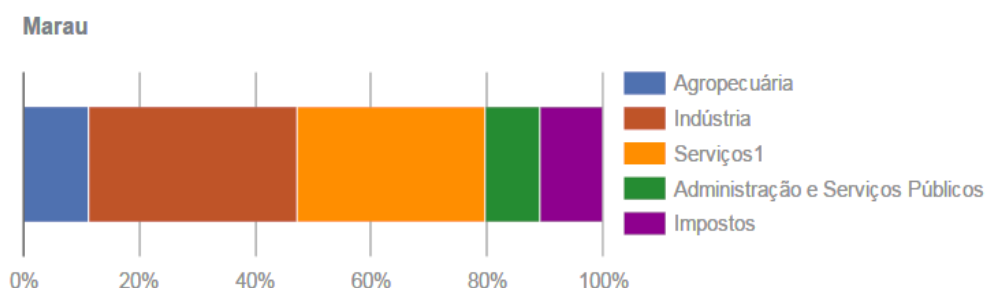
Gráfico 3 – Produto interno bruto per capita 2010 – 2013.



Fonte: IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

No município de Marau o PIB é proveniente, em sua maior parte, pela indústria seguido pelos demais seguimentos, como de serviços e agropecuária, demonstrados no gráfico abaixo.

Gráfico 4 – Produto interno bruto dos setores econômicos – 2013.



Fonte: IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

### 1.2.11 Emprego e rendimento

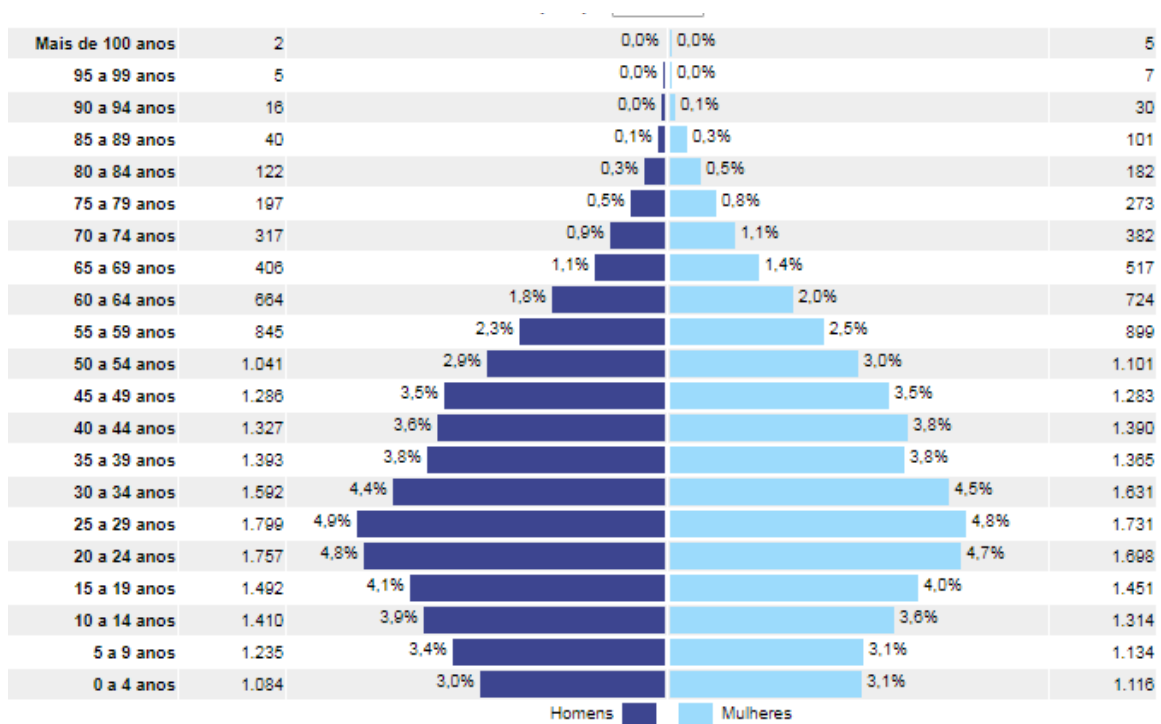
Em 2015, o salário médio mensal dos marauenses ficou na casa de 2,5 salários mínimos, com cerca de 41,7% da população, em relação à população total, envolvida em alguma atividade lucrativa. Na comparação com os outros municípios do estado do Rio Grande do Sul, Marau ocupou as posições 93 de 497 e 37 de 497, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficou na posição 580 de 5570. Considerando

domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, 22,6% da população viviam nessas condições, o que o colocou o município na posição 406 de 497 dentre as cidades do estado e na posição 5422 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2015).

### 1.2.12 Aspectos demográficos e epidemiológicos

Marau tem baixa razão entre os sexos, com homogeneidade da população nas faixas etárias em relação ao sexo. Observa-se uma distribuição de habitantes entre as faixas etárias com prevalência nas faixas de idade economicamente ativas. Conforme pesquisas que analisam dados populacionais, isso é um reflexo da redução dos índices de natalidade e mortalidade, somados ao aumento da expectativa de vida.

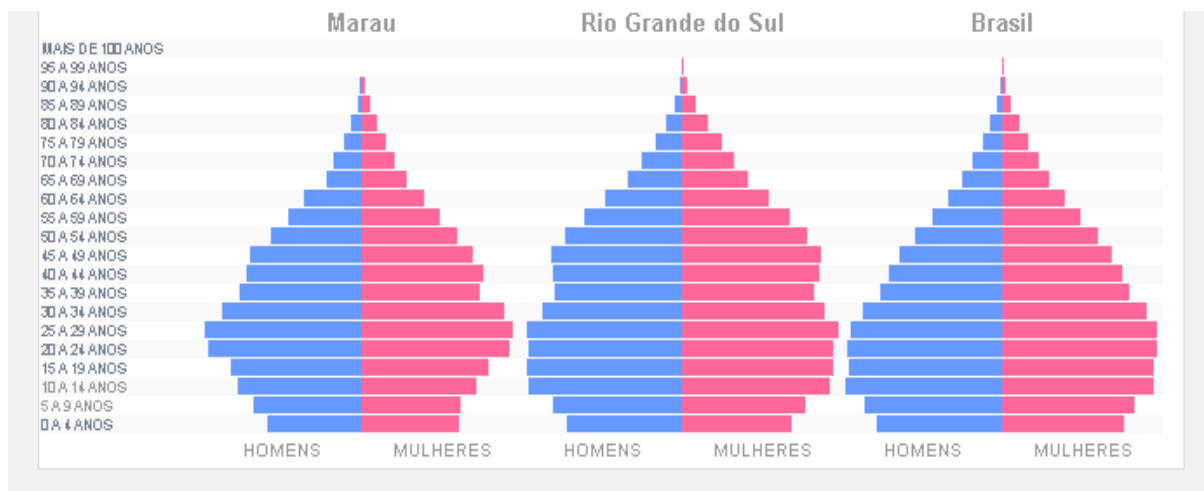
Gráfico 5 - Pirâmide etária do município de Marau.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Contudo, a base maior que o ápice ainda aponta para o crescimento populacional, semelhantes a dados do Rio Grande do Sul e Brasil como comparados no gráfico abaixo.

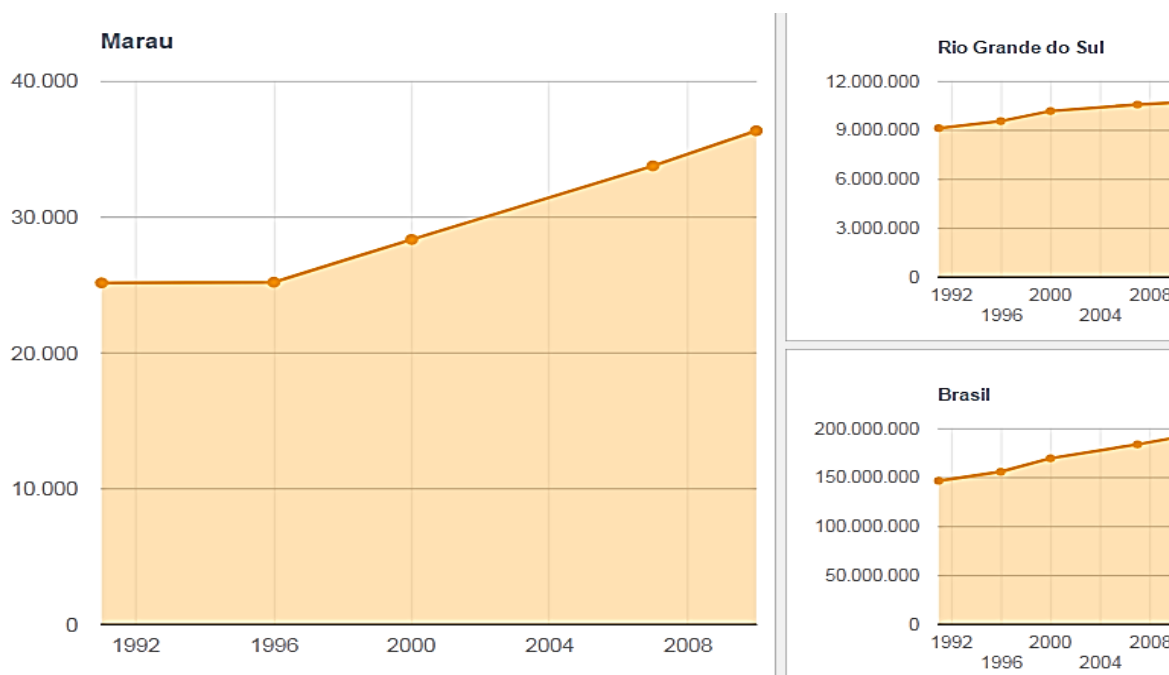
Gráfico 6 – Pirâmides etárias do município de Marau.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Segundo dados do IBGE de 2010, observa-se que há um ritmo acentuado de crescimento populacional de Marau comparado a dados gerais do Rio Grande do Sul e Brasil.

Gráfico 7 – Evolução populacional.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010.

Quanto à taxa de mortalidade infantil média no município de Marau, dados evidenciam 11,39 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2014). As internações devido a diarreias

são de 0.1 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2016). Comparado com todos os municípios do estado, Marau fica nas posições 174 de 497 e 395 de 497, respectivamente. Quando comparado a todos os municípios do Brasil, essas posições são de 2924 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente (IBGE, 2014).

Na tabela 1 podem-se comparar os indicadores de vigilância de programas prioritários de Marau com a região de saúde, o estado, a região sul e o Brasil.

Tabela 1 – Indicadores de Vigilância de Programas Prioritários (número de casos)

<b>Indicador</b>	<b>Marau</b>	<b>Região de Saúde</b>	<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>Sul</b>	<b>Brasil</b>
<b>Todas as causas (Mortalidade Infantil e Fetal)</b>	2	50	1.422	3.861	35.619
<b>Reduzível por adequada atenção à mulher na gestação (Mortalidade Infantil e Fetal)</b>	0	12	409	1.193	9.410
<b>Reduzível por adequada atenção à mulher no parto (Mortalidade Infantil e Fetal)</b>	0	4	124	334	3.442
<b>Reduzível por adequada atenção ao feto e recém-nascidos (Mortalidade Infantil e Fetal)</b>	0	5	236	595	6.789
<b>Reduzível por ações de diagnóstico e tratamento adequadas (Mortalidade Infantil e Fetal)</b>	0	2	92	203	2.341
<b>Reduzível por ações de promoção à saúde vinculadas à ações de atenção (Mortalidade Infantil e Fetal)</b>	0	3	75	206	1.883
<b>Causas de morte mal definidas (Mortalidade Infantil e Fetal)</b>	1	2	58	119	1.347
<b>MIF totais (Mortalidade Materna)</b>	6	136	3.451	8.895	64.265
<b>MIF com causa presumível (Mortalidade Materna)</b>	1	14	567	1.424	13.307
<b>Maternos declarados totais (Mortalidade Materna)</b>	0	1	45	133	1.484

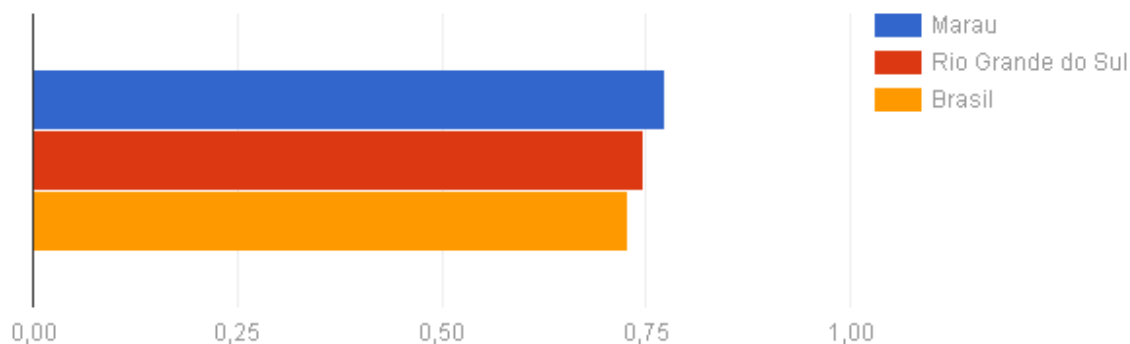
Fonte: Site da Secretaria de Vigilância Sanitária, Governo Federal, 2017 (adaptado pelas residentes do ano 2017/2018).

### 1.2.13 Condições de vida e longevidade

O envelhecimento humano tem motivado discussões na busca de uma melhor compreensão sobre os condicionantes desse processo, em função das alterações do panorama populacional mundial e local. O alcance da longevidade, independente da presença de doenças, se tornou mais frequente na população brasileira. Concomitante ao crescimento do número de idosos longevos observa-se uma parcela diminuta destes inseridos no mundo do trabalho informal e voluntário, outros participando nos contextos religiosos e comunitários e preocupados com sua qualidade de vida (WILLIG et al., 2015).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador comparativo usado para segmentar os países desenvolvidos (elevado desenvolvimento humano), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). O cálculo do IDH é composto a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e produto interno bruto (PIB) per capita. O relatório do IDH de 2010 mostra o Brasil na 73ª posição entre 169 países, com IDH de 0,699, situando-se entre os países de alto desenvolvimento humano (PNUD, 2012).

Gráfico 8 – IDH Município de Marau.



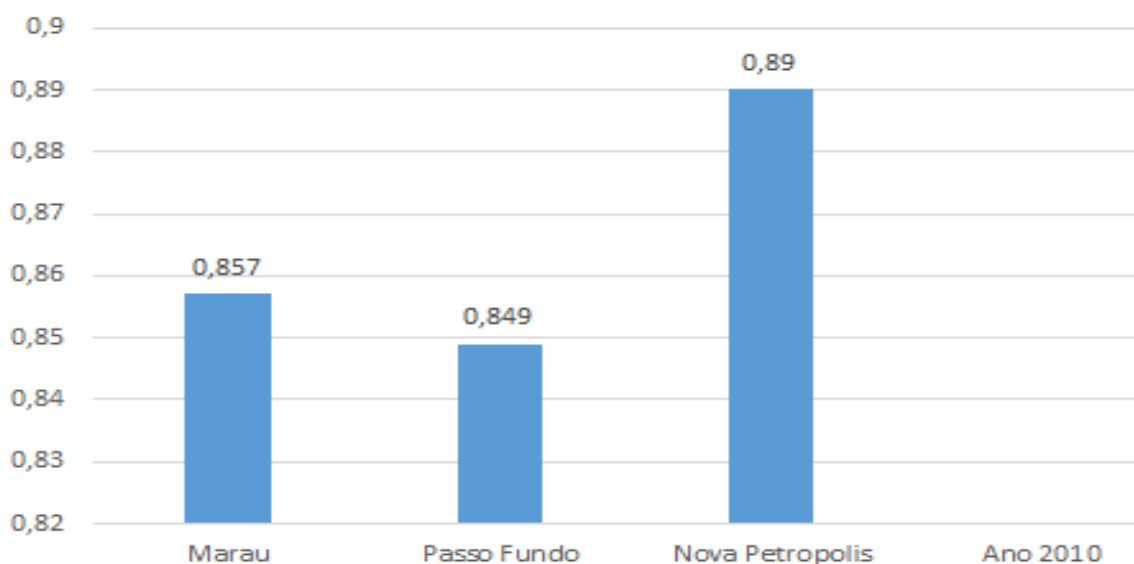
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Conforme o gráfico 8 apresentado pelo IBGE sobre Marau, conclui-se que o município possui um índice de desenvolvimento humano alto: 0,774, sendo maior que o índice de desenvolvimento humano do país, ocupando a posição 25º no estado do Rio Grande do Sul e 190º no Brasil. Ao transitar pelo centro do município, e nos bairros da cidade, fica evidente a organização e urbanização existentes. A cidade apresenta-se limpa, organizada, arborizada, sinalizada, com uma oferta de serviços e comércio (bancos, livrarias, lotéricas, ópticas, supermercados, fruteiras, padarias, postos de combustíveis, ESF, praça principal,

academias, farmácias, hospitais, escolas, etc.) que aparentam conseguir atender as necessidades da população local.

O IDH em Longevidade é calculado sobre a esperança de vida das pessoas ao nascer. Varia de 0 a 1 considerando indicadores de saúde. Quanto mais próximo de 0, pior é o desenvolvimento humano do município. Quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento do município. Conforme dados acima, Marau apresenta 0,857, sendo superior ao de Passo Fundo 0,849, mas inferior à Nova Petrópolis 0,890 que ocupa o primeiro lugar do ranking do estado.

Gráfico 9 - Comparativo do IDH Longevidade, 2010.



Fonte: Elaborado pelas residentes do ano 2017/2018.

Uma reflexão importante que esses dados oferecem diz respeito à concentração de renda no país que, conforme classificação da ONU, o Brasil é intermediário quanto à renda per capita, mas possui o segundo maior índice de concentração de renda do mundo, sendo superado apenas por Suazilândia, na África. Outro dado alarmante é que, no Brasil, 50% dos mais pobres ganham o equivalente ao que ganham 1% dos mais ricos (DAWALIBI et al., 2014).

### 1.2.14 Educação

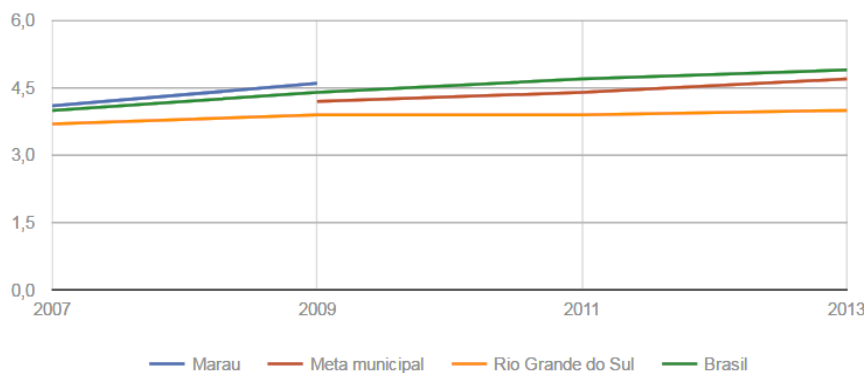
No município de Marau a educação atualmente é realizada por três fontes de ensino: municipal, estadual e particular. São várias instituições que abrangem desde a primeira etapa

da educação básica, educação infantil, educação para crianças com necessidades especiais, realizada pela APAE, e o Ensino Técnico e Superior. São 24 Escolas Municipais, 04 Escolas Estaduais, 02 Escolas Particulares, 01 Escola de EJA – Ensino Fundamental Municipal e 02 Entidades de Ensino Técnico e Superior CESURG, FABE. Além disso, a Prefeitura de Marau oferta transporte coletivo diário para estudantes universitários que residem em Marau e precisam se deslocar a municípios vizinhos para estudar, por meio de uma Associação de Estudantes, denominada ASSUMA.

De acordo com IBGE do ano de 2010, a taxa de escolarização em Marau (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 94,5%. A nota no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) foi de 6,2 para alunos de anos iniciais, e de 4,3 para alunos dos anos finais. Na comparação com municípios do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocou o município na posição 108 de 497. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passou a 165 de 497. Isso colocou o município na posição 482 de 497 dentre os municípios do Rio Grande do Sul, e na posição 5134 de 5570 dentre os municípios do Brasil, o que pode ser observado no gráfico abaixo. A taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais, em 2010, foi de 3,03%.

A partir das vivências no território da ESF Santa Rita e dos trabalhos realizados em parceria com a Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF) Afonso Volpato (localizada no território sendo a maior escola municipal de Marau, recebe mais de 500 alunos), ficam evidentes alguns problemas nas relações interpessoais na comunidade escolar. Situações significativas de violência entre alunos e alunos-professores; professores que apresentam processos de adoecimento relacionado ao trabalho; e famílias com pouca interação entre seus membros (por condições diversas), o que também afeta o processo de escolarização.

Gráfico10 - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica em Marau anos finais



2007/2013.

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2007 - 2013.



### 1.3 DESCRIÇÃO DO SISTEMA E DA REDE DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL

O município de Marau conta com um Plano Municipal de Saúde estabelecido em 2017 com vigência até 2020.

Atualmente, o Secretário Municipal de Saúde Marau é Douglas Kurtz (Gestão 2017-2020). Marau tem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com doze ESF's distribuídas na cidade, quais sejam:

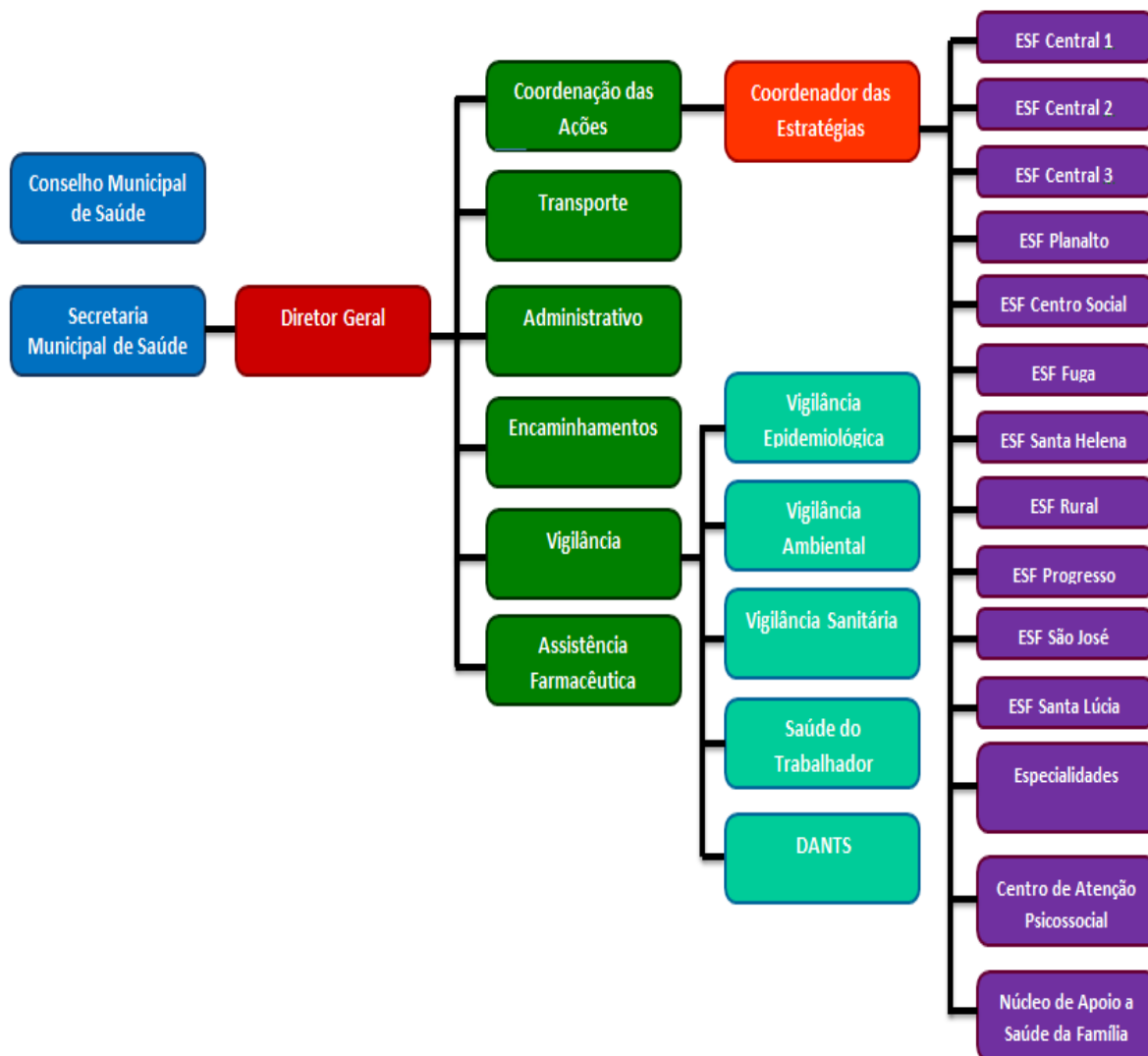
- ESF Central 1;
- ESF Central 2;
- ESF Central 3;
- ESF Centro Social Urbano;
- ESF Fuga/Santa Helena;
- ESF Jardim do Sol;
- ESF Planalto;
- ESF Progresso;
- ESF Rural;
- ESF Santa Lúcia;
- ESF Santa Rita;
- ESF São José Operário.

Setenta e cinco por cento dos profissionais são concursados e os demais contratados mediante Processo Seletivo Simplificado. Dos médicos que constituem a equipe, 4 possuem título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Além dos atendimentos nas ESF's durante o dia (07:30h às 11:30h e a tarde 13h às 17h), é oferecido à população um serviço de apoio para consulta médica à demanda excedente e um horário alternativo de atendimento médico e de enfermagem das 18h às 22h (informações verbais apresentadas pela gestão na Conferência Municipal de Saúde, Marau,2017).

#### **1.3.1 Organograma da Secretaria Municipal de Saúde**

A Secretaria de Saúde não está vinculada diretamente às outras Secretarias Municipais, estando estruturada da forma que segue:

Figura 1 – Organograma da Secretária Municipal de Saúde



Fonte: Produzido pelas residentes 2017/2018.

### 1.3.2 Equipe de trabalho

A equipe de saúde é formada por:

- 10 Médicos concursados;
- 05 Médicos do Programa Mais Médicos;
- 06 Médicos Contratados 40h;
- 02 Médicos Contratados 20h;
- 15 Enfermeiras concursadas;
- 03 Enfermeiras contratadas;
- 23 Técnicos de enfermagem;
- 20 Agentes de combate endemias;

- 01 Assistente social;
- 06 Odontólogos;
- 06 Auxiliares de Saúde Bucal;
- 08 Psicólogas;
- 61 Agentes comunitários de saúde;
- 05 Farmacêuticas.

A Secretaria Municipal de Saúde (fotografia 7) presta atendimento à população em doze Unidades de Saúde da Família, um Posto Central e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados junto ao Cadastro Nacional Estabelecimentos (CNES). A estrutura das Unidades de Saúde da Família compreende: consultórios médico, odontológico, psicológico, de enfermagem, sala de vacinas e procedimentos, sala de esterilização, lavanderia, cozinha, banheiros, recepção e sala de reuniões. Algumas unidades contam com espaço para farmácia.

O Posto de Saúde Central, localizado junto à Secretaria Municipal de Saúde, funciona nos mesmos horários das ESF's e compreende os seguintes atendimentos: consultas pediátricas; consultas ginecológicas e obstétricas; consultas com especialista em saúde mental; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; coleta citopatológica, biópsia, colposcopia, colocação de DIU; administração de medicamentos (via intramuscular, endovenosa, oral e ocular); teste de glicemia capilar; monitoração de pressão arterial; medidas antropométricas.

Fotografia 7 – Secretaria Municipal de Saúde.



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Marau, 2017.

### 1.3.3 Sistemas de informação em saúde

Historicamente, as informações sobre saúde no Brasil são fragmentadas, resultado da implementação de vários sistemas de informação voltados para diferentes dimensões: epidemiológica, demográfica, produção de serviços, entre outras. A partir do mês de junho de 2017 foi instalado um novo sistema de prontuário eletrônico (G-MUS) vinculado ao E-SUS, que possibilita a obtenção de dados referentes à situação de saúde da população. A comunicação entre os serviços de atenção básica ocorre por meio desse sistema de informações. No entanto, o G-MUS tem apresentado problemas técnicos diariamente; os profissionais têm dificuldade para evoluir os atendimentos e, com frequência, o sistema está fora do ar ou as unidades ficam sem acesso à internet, prejudicando os atendimentos e acesso à informação. Além disso, observa-se dificuldade na execução das contra-referências, principalmente dos serviços hospitalares em relação à atenção básica.

Diversos sistemas de informação são utilizados, estando abaixo listados alguns dos quais são de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica.

- SIPNI - Sistema de Informação Nacional de Vacinação;
- SINAN - Sistema de Informação de Agravos e Notificação;
- SIVEP DDA- Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica/ Doenças Diarreicas Agudas;
- SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4 e CV;
- SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos;
- SIMC - Sistema de Informação Mortalidade Crianças;
- SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano;
- SIST - Sistema de Informação Saúde do Trabalhador;
- GAL - Sistema Gerenciador de Laboratórios;
- GUD - Gerenciamento de Usuários com Deficiência;
- SISFAD - Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue;
- SISCAN - Sistema de Informação do Câncer;
- SISPRENATAL - Sistema do programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento;
- SISCOLO - Sistema de Informação do Combate ao Câncer de Colo de Útero.

Existem outros sistemas para os quais não se obteve acesso, que estão sob responsabilidade da Coordenação de Ações em Saúde.

#### **1.3.4 Sistema Municipal de Vigilância em Saúde**

Conforme informações repassadas na Conferência Municipal de Saúde, segue abaixo algumas das ações que são de responsabilidade da Vigilância em Saúde de Marau:

- Alimentação do sistema de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados;
- Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doença específica;
- Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, hospital, laboratórios, domicílios, creches, consultórios e outros;
- Busca ativa de declarações de óbitos no cartório municipal e de nascidos vivos no Hospital Cristo Redentor, retroalimentar o SIM, SINASC;
- Monitorar as doenças diarreicas agudas;
- Notificar e investigar surtos alimentares;
- Notificar agravos relacionados ao trabalho (acidentes e doenças ocupacionais), juntamente com os demais níveis de atenção;
- Provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico de doenças de notificação compulsória: O Município faz a coleta e encaminha o material ao Laboratório Central do Estado (LACEN);
- Coordenar e executar ações de vacinação tanto de rotina como as estratégias especiais de controle de doenças executando campanhas e vacinações de bloqueio;
- Notificar e investigar eventos adversos associados à vacinação;
- Monitorar através de investigação de óbitos a mortalidade infantil e materna sempre que ocorrer;
- Divulgar as informações e análises epidemiológicas e executar ações educativas de abrangência municipal;
- Tomar medidas de controle cabíveis em conjunto com a Secretaria do Estado;
- Notificação de doenças relacionadas ao Trabalho (RINA);
- Notificação de eventos adversos pós-vacinação;
- Programa de Pacientes Ostomizados;

- Vigilância Sanitária:
  - ✓ Área de Alimentos
  - ✓ Vistorias em estabelecimentos que comercializam alimentos para renovação de alvarás;
  - ✓ Orientação para melhorias nos estabelecimentos, de acordo com a legislação vigente;
  - ✓ Notificação em estabelecimentos que não estão em dia com suas obrigações;
  - ✓ Orientações quanto à venda de produtos somente com procedência/ registro/ rotulagem de acordo com a legislação;
  - ✓ Buscas/apreensões de produtos que não estão de acordo com a legislação;
  - ✓ Notificação e atendimento de surtos alimentares;
- Vigilância da Qualidade da água:
  - ✓ Coleta periódica de amostra de água em fontes alternativas e rede da CORSAN, para exame bacteriológico e teor de flúor.
- Área de Controle de Estabelecimentos de Interesse à Saúde:
  - ✓ Vistorias em estabelecimentos para liberação de Alvará de Saúde;
  - ✓ Orientações quanto a legislação nestes estabelecimentos.
- Vigilância Ambiental;
- Programa de Controle da Dengue;
- Controle de zoonoses.

### **1.3.5 Outros serviços de atenção à saúde**

Além da rede de serviços de Atenção Básica, Marau conta também com dois hospitais de atenção de média complexidade: Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital São Lucas. O HCR é uma associação beneficente e filantrópica, sem fins lucrativos, atuando na área hospitalar com prestação de serviços para o município de Marau e a microrregião de 11 municípios, disponibilizando 60% de sua capacidade técnica ao SUS, de um total de 110 leitos. Dos leitos oferecidos, 8 são destinados à internação psiquiátrica. O Hospital São Lucas, por sua vez, não possui convênio via SUS.

Além dos serviços hospitalares, o município oferece serviços laboratoriais no setor privado - laboratórios Alpha, Biomarau, Prevenir, Decésaro, Exatus, Ticiani, Laboratório do HCR -, e Serviço de Radiodiagnóstico – Hospital da Cidade e Hospital São Vicente de Paulo

(HC e HSVP - Passo Fundo). Exames laboratoriais, de imagem e diagnóstico que não são realizados em Marau e atendimentos de alta complexidade são referenciados para outros municípios como Passo Fundo e Porto Alegre. Marau possui convênio com três hospitais de Passo Fundo: Hospital Ortopédico (HO), Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) e HC. A Secretaria também possui contratos com o HCR, HC, HSVP e Centro de Diagnóstico (CD) para a realização de exames.

O município oferece as especialidades de Pediatria e Ginecologia, cujos atendimentos ocorrem junto à Secretaria de Saúde, sendo o acesso a estes serviços por meio de encaminhamento dos profissionais das ESF's. As demais demandas especializadas são reguladas pela 6ª CRS via Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

Marau conta também com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, que possui uma equipe multidisciplinar composta por uma psicóloga, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, dois médicos psiquiatras (20 horas cada), um técnico administrativo e uma sanificadora. Atualmente o CAPS apresenta 120 usuários cadastrados, muitos dos quais frequentando o serviço semanalmente. O serviço realiza visitas domiciliares, atendimentos em grupo de apoio semanal para dependentes químicos e grupo de apoio semanal para familiares, atendimentos individuais por médico, profissionais de enfermagem e psicóloga, além de oficinas terapêuticas. Um dos profissionais médicos está vinculado ao CAPS por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas suas funções são primordialmente ambulatoriais; o outro profissional é terceirizado pelo Hospital Cristo Redentor, estando responsável pela regulação das internações, bem como o acompanhamento dos usuários na internação e após esse período.

Quanto ao acesso ao serviço de urgência e emergência, o município tem como referência o Hospital Cristo Redentor (HCR), que pode ser acessado pelo próprio paciente e por indicação dos profissionais da rede de atenção à saúde do município. Para os casos de urgência e emergência no âmbito extra hospitalar, o município conta com os serviços dos Bombeiros e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza 215 medicamentos na lista básica na farmácia municipal. São cinco farmacêuticas, quatro atendentes e dois auxiliares administrativo para atender aproximadamente 350 usuários/dia. Além da farmácia central, há cinco polos de farmácia com dispensação de medicamentos que são nas ESFs Centro Social Urbano, Santa Rita, São José Operário, Progresso e Planalto.

Na saúde suplementar, os planos de saúde disponíveis no município de Marau são Unimed, Prontoclínica, Unisaúde e Bradesco saúde.

## 1.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

### 1.4.1 História do bairro Santa Rita

O Bairro Santa Rita (figura 2) era conhecido pelo nome de diversos loteamentos. A comunidade, numa primeira celebração religiosa, discutiu e escolheu a padroeira Santa Rita de Cássia, por ser uma santa milagrosa, e por não ter nenhuma comunidade com o nome desta santa. A festa é celebrada em 22 de maio. Inicialmente este local era terreno cultivado por agricultores mas, devido à chegada na região da empresa Perdigão, atual Brasil Foods (BRF), as pessoas começaram a fazer loteamentos e novos moradores foram chegando. Isso aconteceu no ano de 1975, com a chegada das famílias de Olivo e Santina Zuchi, Sergio e Geni Zuchi e Bernardo e Rosa Pastre.

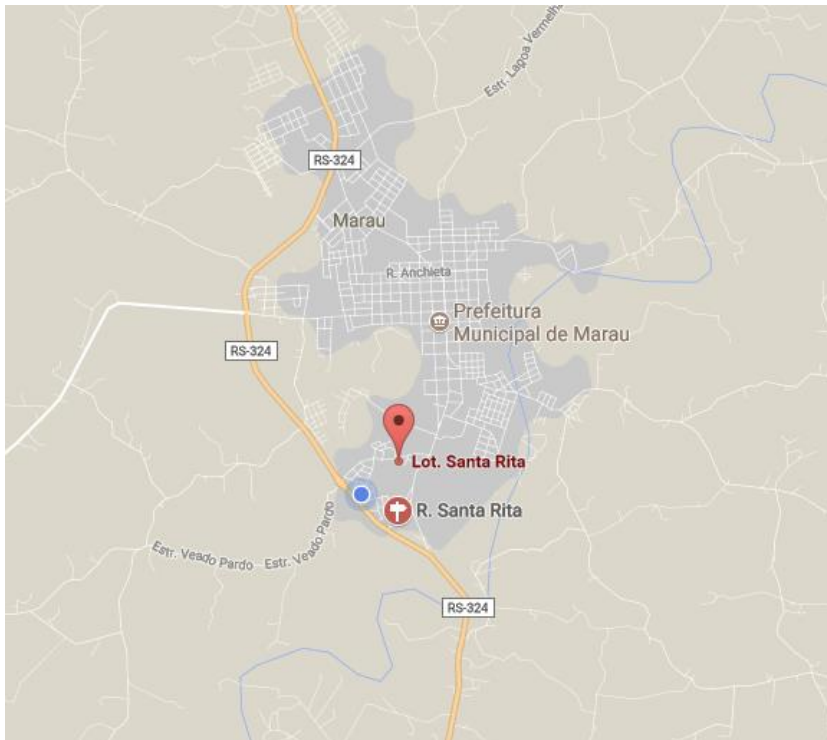
### 1.4.2 Território

A ESF Santa Rita atende a população de cinco microáreas (fotografia 8), subdivididas de acordo com as características geográficas e populacionais dessas regiões. Uma microárea está sem cobertura de agente comunitário em saúde devido à falta de contratação de profissional.

- Microárea 19: parte do Bairro Santa Rita e Colina Verde;
- Microárea 21: parte do Bairro Santa Rita;
- Micrárea 22: parte do Bairro Santa Rita;
- Microárea 41: Colina Verde, Loteamento Colussi e Solutus;
- Microárea 47: parte do Bairro São Cristóvão e Loteamento Lurdes de Oliveira.

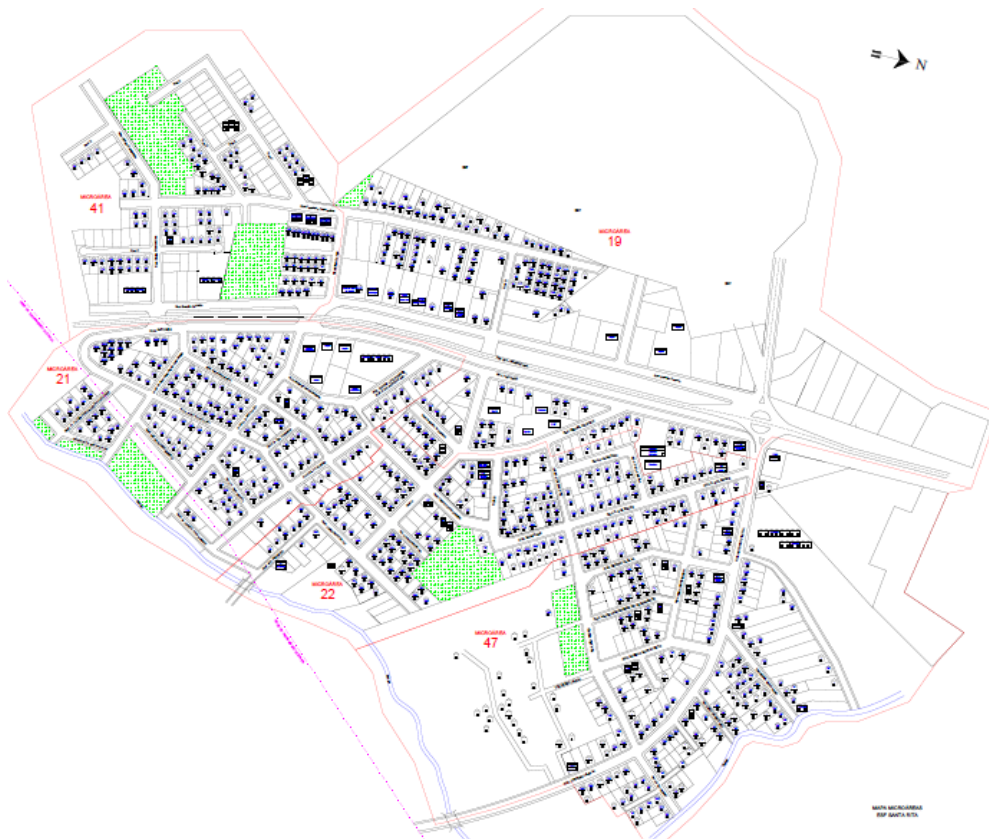


Figura 2 - Localização Bairro Santa Rita.



Fonte: Google Maps.

Fotografia 8 – Território abrangente do ESF Santa Rita em 2018.



Fonte: Trabalho de Gerenciamento realizado pelas residentes 2017/2018.

### 1.4.3 Escolas

Atualmente a Escola Municipal de Ensino Fundamental Afonso Volpato (fotografia 9) é a escola com maior número de alunos, totalizando 540 e 54 professores. Foi criada em 1972, iniciando seu funcionamento em 01 de março de 1973, na então zona Bernardi, distrito de Marau, num prédio de madeira de 52,90 m<sup>2</sup>. O prédio atual, em alvenaria foi construído em 1984 com 162,96 m<sup>2</sup>, com uma ampliação em 1986, de 132 m<sup>2</sup> para atender a demanda de alunos. A referida escola foi construída em um terreno doado pelo senhor Afonso Volpato, homenageado hoje como patrono da escola, outra área doada pelo senhor Bernardo Antunes, homenageado hoje com o nome da rua, onde se localiza a escola e uma área adquirida pela Prefeitura Municipal, num total de 2.500 m<sup>2</sup>. A primeira professora deste estabelecimento de ensino foi Maria Ana Pertile, que exercia as funções de docência, merendeira e administrativo.

Fotografia 9 – Escola Municipal Afonso Volpato.



Fonte: Arquivos da ESF Santa Rita, 2016.

A ESF Santa Rita tem, há alguns anos, uma parceria de trabalho com a Escola Afonso Volpato, realizando atividades em grupos com as crianças, adolescentes, pais e professores. A ESF oferece também atendimento para outras demandas, tal como atendimento psicológico

nos casos de transtornos de aprendizagem, comportamento e problemas familiares dos discentes. No entanto, a demanda para atendimento psicológico apresenta considerável aumento, resultando em sobrecarga para o serviço e questionamentos acerca do propósito do atendimento psicológico na atenção básica. Observa-se tal problemática em todo o município de Marau, o que foi apresentado para a secretária de educação em uma reunião com os psicólogos da rede, no mês de julho de 2018, onde foram levantadas possibilidades de resolução destas demandas dentro das escolas, sendo encaminhado para as unidades de saúde e para o serviço de avaliação psicológica apenas os casos que, de fato, necessitam de atendimento especializado. As escolas já possuem atendimento psicopedagógico e sala de recursos especiais, que possui capacidade de atender as demandas, em especial as relacionadas à aprendizagem.

Além da EMEF Afonso Volpato, o território da Santa Rita possui uma Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI), denominada Mágico de Oz (fotografia 10), que está em funcionamento desde 25 de fevereiro de 2002, atendendo atualmente cerca de 300 crianças. Uma das principais características do território é o horário de trabalho das famílias que, em geral, trabalham na empresa Brasil Foods (BRF), que funciona por 24 horas, demandando para os pais um local seguro para deixar seus filhos durante o dia. A ESF Santa Rita também possui uma parceria de trabalho com a EMEI, atendendo demandas tais como suspeita de abuso sexual e questões comportamentais e familiares das crianças, bem como trabalho de educação em saúde, como por exemplo, saúde bucal.

Fotografia 10 – Escola Mágico de Oz



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

#### **1.4.4 Controle social, atividades de educação em saúde e outras atividades realizadas da ESF Santa Rita**

Na ESF são realizadas as seguintes atividades: consultas médicas; consultas odontológicas; consultas psicológicas; consultas de enfermagem; atendimento ambulatorial; acolhimento multiprofissional; visitas domiciliares multiprofissionais; atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, saúde bucal, fumantes, hipertensos e diabéticos, artesanato, caminhada, escola, ente outros); imunizações; vigilância epidemiológica; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; planejamento familiar; pré-natal e puericultura; notificações; cadastramento de hipertensos e diabéticos; coleta citopatológica; administração de medicamentos (via intramuscular, endovenosa, oral e ocular); teste de glicemia capilar; monitoramento de pressão arterial; saúde bucal curativa e preventiva; medidas antropométricas; retirada de pontos; curativos de pequeno e médio porte; lavagem otológica; procedimentos médicos de pequeno porte, bem como Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B e C; atendimentos Farmacêuticos incluindo programa Remédio em Casa, entre outros.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) em Marau está regulamentado pela lei municipal nº 1577 de julho de 1991, que cria o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), e está orientado pela Lei Orgânica Municipal que trata, em seu capítulo V, dos Conselhos Municipais. O FMS está vinculado diretamente ao gestor local.

A Lei Municipal nº 2255 de março de 1995 altera o artigo 3º da lei 1577 de 1991, que trata da composição do Conselho Municipal de Saúde (CMS), o qual terá a seguinte composição: governo municipal; prestadores de serviço público e privado; profissionais de saúde; usuários. O CMS é composto por 19 membros: seis representantes do governo, um prestador de serviços públicos e privados, dois profissionais da saúde e dez representantes dos usuários. Observa-se pouca participação dos conselheiros nas reuniões, bem como da comunidade em geral, o que deveria ser um espaço democrático que favorece a participação do cidadão na construção das políticas públicas. Verifica-se também a necessidade de educação permanente que proporcione aos conselheiros o entendimento de suas atribuições na tomada de decisões e fiscalização dos serviços de saúde. Atualmente o CMS é presidido pela representante dos usuários Alessandra Gomes e as reuniões acontecem nas segundas terças-feiras de cada mês no auditório da Secretaria Municipal de Saúde.

A ESF Santa Rita e a ESF São José Operário possuem o Conselho Local de Saúde, devido à presença dos profissionais residentes, que participam da organização e execução das



reuniões. O Conselho Local proporciona, de maneira descentralizada, o controle social e o engajamento da população na discussão de estratégias de melhoria do sistema municipal de saúde. Quando começou a ser realizado, o Conselho Local de Saúde na ESF Santa Rita apresentava pouca participação da comunidade. Diante disso, foi realizado um evento chamado “Bate Papo Com a Comunidade” (fotografia 11), com a presença do Excelentíssimo Prefeito, do Secretário de saúde, de vereadores e da comunidade em geral. Na ocasião foram discutidos vários assuntos de interesse dos usuários, além de serem levantadas sugestões para melhorias no território e na ESF. A partir disso, foi elaborada uma carta para a gestão municipal contendo as reivindicações e assuntos abordados. Também foram eleitas pessoas para representar a comunidade no Conselho Local de Saúde.

Atualmente, o Conselho Local tem uma participação maior dos usuários, mas observa-se que os participantes são sempre os mesmos. Para reforçar a importância e garantir que haja maior participação, foi elaborada uma lista com os nomes e telefones das pessoas que apresentam interesse em participar do controle social e, um dia antes do encontro, uma residente ou uma profissional da equipe telefona para cada uma das pessoas, reforçando o horário do Conselho.

Fotografia 11- Bate Papo com a Comunidade – divulgação do Conselho Local de Saúde.



Fonte: Página oficial do facebook da ESF Santa Rita.

## 1.5 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE

### 1.5.1 ESF Santa Rita

A história da unidade iniciou com a Sra. Marli Goetz, moradora há vinte anos no Bairro Santa Rita, que atuou no “mini-posto de saúde voluntário”, onde havia um nebulizador, eram aplicadas injeções, feito curativos mais simples, distribuídas algumas pomadas e repassadas orientações sobre saúde. Na época a Secretaria de Saúde forneceu uma panela de pressão para esterilizar os materiais e também um aparelho para verificar pressão. Este atendimento aconteceu em sua residência durante três anos e, em seguida, teve continuidade na casa de Mariluce Minosso. Dona Marli conta que, para realizar este trabalho, recebeu treinamento sobre técnicas de enfermagem. Relata que há dezoito anos algumas senhoras realizaram um treinamento sobre como preparar xaropes, pomadas caseiras e chás em geral. Participaram deste curso Mariluce Minosso e Serli Wilhem. O prefeito da época era o Sr Luis Brocco mas, no mandato seguinte, do prefeito Sr Alci Luiz Romanini, o atendimento à população passou a ser realizado no salão da comunidade com um ônibus adaptado (consultório médico e odontológico). Esse local foi reformado e atualmente é a ESF Santa Rita (fotografia 12). Devido ao aumento da população foi implantado o Programa Saúde da Família em março de 2003, com uma equipe composta inicialmente pelos seguintes profissionais: Enfermeira Lisiane Dal Agnese, médico Fabiano, técnica de enfermagem Maria Helena, dentista Eleimar Zanchetti, Auxiliar de Saúde Bucal Luciane Marchezan, Agente Comunitária de Saúde Elaine Hoppe, Carina Ramos, Janice Scandolara e sanificadora Ivone França.

Fotografia 12 – ESF Santa Rita.



Fonte: Arquivo ESF Santa Rita – maio de 2017.

Atualmente a estrutura física da ESF é composta por dois consultórios médicos (um destes com sanitário), um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, um consultório de psicologia, uma cozinha, dois sanitários para usuários, uma sala de reuniões, uma sala de recepção, uma sala de esterilização e estocagem, um almoxarifado, uma área para estocagem de material de limpeza, uma área para abrigo de material sólido, uma sala de utilidade, uma área para compressor e bomba a vácuo, uma sala de vacinas e uma sala onde ocorre dispensação de medicamentos.

A ESF conta com a atuação de uma equipe multiprofissional composta por vinte profissionais, incluindo as residentes do Programa de Residência Multiprofissional da UFFS. Como o local foi adaptado para ser uma unidade de saúde, uma das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho é a de disponibilidade de salas para atendimento.

A enfermeira realiza atividades referentes à atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas, consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, encaminha os usuários para outros serviços quando necessário. Além disso, realiza atividades programáticas e de atenção à demanda espontânea, planeja e avalia ações desenvolvidas pelas Agentes Comunitárias juntamente com a equipe; realiza ações de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos necessários. No município, a enfermagem não tem licença para prescrever medicações, entretanto sabe-se que esta é uma prática

reconhecida e prevista pela legislação (mediante protocolo assistencial assegurado por lei municipal). A técnica em enfermagem realiza procedimentos, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, ações de educação em saúde, participa do gerenciamento de insumos e também realiza ações de educação permanente e educação em saúde.

A ESF oferece atendimento médico com duas profissionais, uma profissional efetiva da prefeitura (concurso público) e outra contratada por meio do Programa Mais Médicos, e realizam ações de atenção à saúde da população adstrita, consultas clínicas, procedimentos ambulatoriais, atividades em grupo, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, encaminhamento de usuários a outros pontos da rede de atenção à saúde indicando, quando necessário, internação hospitalar ou domiciliar; também realizam e participam de atividades de educação permanente e educação em saúde e gerenciamento dos insumos.

Quanto à cobertura territorial de agentes comunitários em saúde (ACS) a equipe dispõe de quatro profissionais, abrangendo quatro microáreas, estando uma microárea descoberta, conforme supracitado. As ACS trabalham com adstrição de famílias, cadastram os usuários de sua microárea, orientam as famílias quanto à utilização dos serviços, realizam atividades programadas, acompanham as famílias por meio de visitas domiciliares, desenvolvem ações que integram a equipe de saúde e a população, ações de promoção e educação em saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde e acompanhamento dos participantes do Programa Bolsa Família. Além disso as ACS realizam também ações de controle à dengue.

Na equipe de Saúde Bucal (SB) atua uma cirurgiã dentista que realiza atenção em saúde bucal, procedimentos clínicos de saúde bucal, incluindo atendimentos de urgência e pequenas cirurgias ambulatoriais; realiza também atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; desenvolve ações referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe e ações de educação em saúde. Além da cirurgiã dentista, a equipe de SB conta com uma auxiliar em saúde bucal, que realiza e coordena a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, desenvolve atividades de saúde bucal com os demais membros da equipe, apoia as atividades das ACS na prevenção e promoção da saúde, participa do gerenciamento dos insumos, realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.

Na ESF não há serviços de radiografia odontológica e, portanto, pacientes que necessitam deste serviço são encaminhados para serviços especializados que possuem convênio com o município. A jornada de trabalho da equipe de SB é de apenas 20 horas



semanais e, por isso, o trabalho de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e de diagnóstico do perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde bucal ficam prejudicados, pois há uma crescente demanda para atendimentos clínicos, limitando a atuação das profissionais.

O serviço também dispõe de uma psicóloga e uma farmacêutica, com carga horária de 20 horas semanais cada, funções que não estão previstas pela Política Nacional da Atenção Básica, mas que o município de Marau implementou, a partir das necessidades de sua população. A psicóloga, além de fazer a preceptoria das duas residentes, faz atendimentos individuais, em grupo, visitas domiciliares, participa da organização e execução das atividades nas Escolas e Educação Permanente para as Agentes Comunitárias. A presença de um profissional da Psicologia se justifica pela considerável demanda por atendimento em saúde mental, colaborando com a equipe na construção dos projetos terapêuticos, acolhimentos de situações em crise, atendimentos a famílias e acompanhamento longitudinal de pessoas com transtornos graves.

A presença de uma profissional Farmacêutica deu-se a partir da necessidade de abertura de uma farmácia na Unidade de Saúde Santa Rita, tendo sido organizada inicialmente por uma residente Farmacêutica, no ano de 2016. As atividades executadas pela profissional são de dispensação de medicamentos, orientação farmacêutica, discussão de prescrição com médicos e equipe, organização logística dos medicamentos, solicitação de medicamentos, conferência de solicitação, verificação de validades, atenção farmacêutica com orientação e produção de dispositivos que auxiliem na adesão ao tratamento, dispensação unitária ou semanal, conforme demanda da equipe e usuários, realização de visita domiciliar; atuação no Programa Remédio em Casa, vigilância em saúde, controle social, testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B e C, ações de educação permanente da equipe e das ACS e participação no acolhimento multiprofissional. A presença de uma profissional Farmacêutica na Atenção Básica qualifica o serviço, oferecendo para a população um cuidado mais próximo no quesito tratamento medicamentoso e suporte qualificado para a equipe, além de informações acerca do uso racional e correto de medicamentos.

Além dos profissionais elencados, a ESF conta com a atuação de residentes do Programa Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo duas enfermeiras, duas psicólogas e duas farmacêuticas. As residentes atuam em uma jornada de 60 horas semanais, sendo 48 horas de atividades em campo de prática e 12 horas em atividades teóricas previstas pela matriz curricular da residência. Estas profissionais atuam junto aos demais profissionais da

equipe, de forma a complementar o processo de trabalho e fomentar transformações *in loco*. A ESF também é campo de imersão dos alunos da Graduação em Medicina da UFFS, supervisionados pela médica concursada.

A Estratégia conta também com a atuação de um agente administrativo, que colabora com a organização do serviço, das demandas diárias para atendimento (médico, enfermagem, psicologia e farmácia), organização das agendas das médicas e das enfermeiras, liberação para exames, organização de planilhas referentes a exames, dentre outras funções. O trabalho deste profissional mostra-se imprescindível para o cotidiano de trabalho da ESF, pois a partir da boa organização do aspecto administrado observa-se reflexos positivos no trabalho dos demais profissionais.

Por fim, a ESF possui uma profissional sanificadora, contratada mediante terceirização, que faz a higienização das salas e sanitários, mantém o ambiente organizado para as atividades e colabora na organização e preparo de algumas atividades, tais como para os grupos, cursos e oficinas.

Na ESF ocorre a dispensação de medicamentos disponíveis na lista básica do município, selecionados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e em consonância com as necessidades de saúde prioritárias do município. Porém, o município não possui uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo prejudicado o estabelecimento da REMUME, o que dificulta a exclusão ou inclusão dos medicamentos, violando os princípios da farmacoeconomia. Em função disso, foi realizada no mês de junho de 2018 uma reunião entre médicos e farmacêuticos para verificar a lista básica de medicamentos do município onde analisaram critérios de inclusão e exclusão dos medicamentos. Quanto aos insumos, estes estão de acordo com as necessidades e demandas do dia a dia, tanto para procedimentos como para demais ações.

A ESF Santa Rita realiza busca ativa de mulheres que estejam com o exame citopatológico do colo do útero em atraso, por meio de contato telefônico. As pacientes com diagnóstico de câncer de mama que fazem acompanhamento em outros locais continuam com o vínculo na unidade de referência. Também é realizado contato com as pacientes que fazem uso de contraceptivos injetáveis e que estejam em atraso, e contato com os pais de crianças cujas vacinas estejam atrasadas. Pacientes diagnosticados com sífilis recebem atenção continuada, além dos pacientes diabéticos e hipertensos.

Na unidade há uma tabela de pacientes para quem são realizadas visitas domiciliares mais frequentes e, cada profissional que realiza a visita, no momento do retorno anota na tabela. Além desta tabela, outras tabelas e acompanhamentos estão disponíveis em um sistema

de rede, ficando acessível para todos os profissionais. Uma das funções das residentes na unidade é verificar frequentemente estas tabelas e atuar no monitoramento e na vigilância, fazendo contatos quando necessário, agendando consultas ou fazendo uma visita domiciliar.

Como estratégia de promoção de saúde, são desenvolvidos grupos abertos para participação da comunidade, tais como o grupo HiperDia, onde participam pacientes hipertensos e diabéticos, com frequência quinzenal, nas quintas-feiras de manhã; grupo de artesanato, que ocorre semanalmente nas quartas-feiras à tarde; grupo de caminhada, que ocorre nas segundas e quintas-feiras das 16 às 17 horas no campo de futebol da comunidade; grupo de gestantes, que já teve uma edição neste ano, e está sendo realizada programação para o segundo semestre. No momento estão sendo programadas atividades e grupos a serem realizados na unidade no horário noturno e aos sábados, com a participação da equipe e das residentes.

### **1.5.2 Residência Multiprofissional em Saúde**

A Residência Multiprofissional em Saúde iniciou no ano de 2013, com a inserção da 1ª turma de residentes, em uma parceria com o Grupo Hospital Conceição (GHC) de Porto Alegre. A partir do ano de 2015, a Universidade Federal da Fronteira Sul assumiu as funções de organização e execução da formação, tendo se formado a primeira turma da UFFS no início deste ano. A Residência tem como campo de práticas a ESF Santa Rita e a ESF São José Operário, com seis vagas reservadas para o município: duas para psicologia, duas para enfermagem e duas para farmácia. É uma formação em serviço com a finalidade de atuar em equipe, de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A ênfase de atuação da Residência Multiprofissional é em “Saúde da Família e Comunidade”, que vistas à formação de profissionais capacitados para atuação na Atenção Primária em Saúde.

### **1.6 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO**

O bairro foi constituído pela instalação da empresa BRF, empregando muitos trabalhadores da região, que acabaram fixando residência no município, povoando o entorno da empresa. Um número considerável de moradores são funcionários da BRF, e várias pessoas do bairro se deslocam para municípios vizinhos para trabalhar em outras empresas.

A ESF possui em sua área uma população estimada de 3.145 pessoas, distribuídas entre as diversas faixas etárias. Na microárea 21 são 219 moradias, com população de 657 pessoas; na microárea 47 são 286 moradias, com população de 858 pessoas; na microárea 22 são 203 moradias, com população de 609 pessoas; na microárea 41 são 154 moradias, com população de 462 pessoas; e na microárea 19 são 179 moradias, com população de 559 pessoas.

As atividades econômicas predominantes do território são de indústrias de alimentos (BRF; Mega Doces), de Metalúrgica (Sofinox) e de equipamentos para aviários, laticínio, mini-mercados, lavagem de carros, oficinas mecânicas, casas noturnas, salão de beleza, lojas de roupas e bazar, confecções, atelier de costura, padaria, fábrica e comércio de móveis, terraplanagem, madeireiras e tornearia.

A maioria das casas são próprias, de alvenaria e em bom estado de conservação. Há muitas construções e os loteamentos estão em expansão. As moradias alugadas normalmente são porções ou encontram-se nos fundos dos terrenos. O abastecimento de água é feito pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN). Na maioria das casas há rede de esgoto, porém há algumas áreas com fossa séptica. A iluminação dos domicílios é fornecida pela Rio Grande Energia (RGE), sendo que em algumas ruas a iluminação é precária. Existe a coleta do lixo orgânico três vezes por semana e mais um dia de coleta seletiva. Há poucas lixeiras e, em grande parte da área, encontra-se lixo espalhado nas ruas e no rio, por falta de conscientização dos moradores. Em vários locais tem-se a cultura de criar animais tais como galinha, cavalo e coelho. Também é comum encontrar animais de estimação como gatos e cachorros nas ruas.

Existem áreas verdes e uma sanga que perpassa o território, um campo de futebol que serve de espaço para prática de atividade física, onde ocorre o grupo de caminhada organizado pelas ACS com a população.

As ruas do bairro estão em boas condições, exceto em algumas onde não há pavimentação. Fica evidente a falta de educação para o trânsito, pois os pedestres transitam no meio da rua. Um trecho da RS 324 passa pelo bairro, dividindo o território e oferecendo riscos à população que precisa deslocar-se de um lado para o outro, pois apresenta um tráfego intenso tanto de carros quanto de caminhões devido ao transporte para a empresa BRF.

Observa-se que o cotidiano de vida das pessoas do território é frenético devido aos horários das empresas, especialmente às de grande porte, cujos horários são diferenciados de um funcionário para outro. Algumas pessoas trabalham de madrugada e outras durante o dia, dificultando muitas vezes o acesso da população à unidade de saúde. A empresa BRF oferece

plano de saúde para seus funcionários e muitos fazem uso pois conseguem atendimento em horário flexível.

Os índices de drogadição e de furtos vem aumentando na região da ESF, preocupando os moradores e as autoridades. A polícia não consegue atender a todas as demandas, pois, segundo informações, estão em poucos profissionais. No limite do território da ESF Santa Rita com a ESF Central 2 localiza-se o Beco Sertão, conhecido como ponto de venda de drogas, e que impõe para as duas ESF a necessidade de estratégias de abordagem e intervenção próprias para a realidade local.

Na ESF é realizado o acompanhamento de vários desses usuários e de suas famílias, e observa-se a dificuldade da família para lidar com esse problema, pois em diversos casos ocorre agressões entre pais e filhos, roubos para financiar o consumo, entre outros episódios de violência, onde a comunidade também sofre, pois estão cada dia mais amedrontados diante deste quadro. Enquanto equipe de saúde tem-se discutido em matriciamento e reuniões quais possibilidades de intervenção, pois no cotidiano verifica-se dificuldade na abordagem e no manejo dos casos.

A demanda para a ESF é, em geral, bem diversificada, tendo como população mais frequente crianças e idosos. O total de idosos do território registrado no sistema é de 284, sendo 115 homens e 169 mulheres. Há, no território, uma quantidade expressiva de pacientes que necessitam de cuidados diários, vários acima de 60 anos, mas que estão sob os cuidados dos filhos, os quais não se responsabilizam de forma adequada pelos seus progenitores, deixando-os desamparados. A equipe tem acionado a rede da assistência social por diversas vezes e buscado outras possibilidades de intervenção nesses casos, sempre com o cuidado de não perder o vínculo com os familiares e com o paciente.

A maioria destes idosos possuem doenças crônicas, que demandam assistência contínua e o uso de medicamentos. Segundo Carvalho et al. (2012) nos últimos anos houve aumento expressivo da polifarmácia geriátrica. Mais de 40% das pessoas com 65 anos e mais consomem cinco ou mais medicamentos por semana e 12% usam dez agentes diferentes. Portanto, os idosos que são expostos a polifarmácia correm um grande risco de comprometerem sua capacidade funcional.

Muitos idosos pertencentes ao território da ESF Santa Rita moram sozinhos e fazem uso de polifarmácia. O idoso realiza a administração das medicações sozinho, sendo que há possibilidade deste ser analfabeto ou possuir dificuldade de visão o que compromete o tratamento. Além disso, outro problema que acomete os idosos que residem sozinhos está relacionado à alimentação. Eles acabam não se alimentando corretamente, alguns por

dificuldade financeira, pois precisam pagar o aluguel e comprar os medicamentos que não são fornecidos pelo SUS. Outros, por comprometimento físico de não conseguir ir até o supermercado ou de não conseguir preparar seu próprio alimento.

Sendo assim, ser cuidador de um idoso é uma experiência cada vez mais frequente. É ele que atende às necessidades de autocuidado de indivíduos com algum grau de dependência, por períodos prolongados. Responsabiliza-se em dar suporte ou de assistir às necessidades do indivíduo, garantindo desde cuidados básicos, como alimentação e higiene, e outras atividades como ir ao supermercado e realizar tarefas financeiras (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012).

Os cuidadores deixam de lado a profissão, atividades de lazer, o autocuidado, o que pode levar a prejuízos de sua qualidade de vida e do cuidado prestado ao idoso. Queixam-se muitas vezes de sobrecarga e, com frequência, apresentam estresse, depressão e ansiedade (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012) que são fatores que propiciam a violência e maus-tratos, sendo muitas vezes fatos que ocorrem na realidade da ESF.

As doenças mais prevalentes na população adstrita são a hipertensão, diabetes, transtornos mentais e doenças relacionadas ao trabalho. Na tabela 5, construída através da coleta de dados para o trabalho de gerenciamento das residentes R2, pode-se observar e destacar as morbidades mais prevalentes na população da ESF. Tais dados levantam questões para a equipe acerca dos cuidados em saúde, especialmente de pessoas hipertensas.

Tabela 2 – Morbidades da população da ESF Santa Rita.

<b>HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)</b>	197
<b>SAÚDE MENTAL (SM)</b>	62
<b>DIABETES MELLITUS (DM) + HAS</b>	52
<b>HAS + SM</b>	22
<b>GESTANTE</b>	15
<b>DM</b>	13
<b>CÂNCER (CA)</b>	8
<b>ACAMADO + HAS</b>	5
<b>DM COM INSULINA</b>	4
<b>CA + HAS</b>	3
<b>ACIENDETE VASCULAR CEREBRAL (AVC)</b>	2
<b>HAS + AVC</b>	2
<b>DM COM INSULINA + HAS</b>	2
<b>DIABETES INSIPIDUS</b>	2
<b>HEPATITE + HAS</b>	2
<b>DEFICIÊNCIA (DEF) AUDITIVA</b>	2
<b>DEF VISUAL</b>	2
<b>ACAMADO + DEF FÍSICA</b>	1

<b>ACAMADO + AVC</b>	1
<b>COLOSTOMIZADO + TABACO</b>	1
<b>HAS + SM + ACAMADO</b>	1
<b>HAS + AVC + CA</b>	1
<b>HAS + DM + AVC + CARDIOPATA</b>	1
<b>HAS + DM + AVC + TABACO</b>	1
<b>HAS + INSUFICIÊNCIA RENAL</b>	1
<b>HAS + DM + DEF FÍSICA</b>	1
<b>HAS + DEF AUDITIVA</b>	1
<b>HAS + DEF FÍSICA</b>	1
<b>HAS + DEF AUDITIVA + SM</b>	1
<b>SM + HAS + ACAMADO</b>	1
<b>PRIVADO DE LIBERDADE</b>	1
<b>DM + HAS + TABACO</b>	1
<b>DM + HAS + CA</b>	1
<b>DM SEM TRATAMENTO</b>	1
<b>DM + INSUFICIÊNCIA RENAL</b>	1
<b>DM + HAS + SM (ÁLCOOL)</b>	1
<b>DM + SM</b>	1
<b>DM + HAS + SM</b>	1
<b>CA + SM</b>	1
<b>HIPERFREQUENTADOR</b>	1
<b>PRIVADO DE LIBERDADE</b>	1

Fonte: adaptado pelas autoras, dados retirados do trabalho de gerenciamento realizado pelas residentes 2017/2018.

Com relação à saúde da mulher, uma dificuldade para o trabalho da equipe é a falta de responsabilização quanto ao autocuidado, com a marcação periódica de exames e retorno à unidade, bem como com a retirada de exames citopatológicos. Assim, a unidade entra em contato em caso de alguma alteração no exame para que a usuária venha retirar e passe por uma orientação. As usuárias cujos resultados apresentaram-se positivos a equipe aguarda para que venham retirar os exames o que, em geral, não acontece. Muitas vezes essas usuárias vêm realizar novos exames e os exames anteriores ainda estão aguardando na unidade. Tais ações demandam tempo dos profissionais da equipe, trazendo dificuldades para o cotidiano do trabalho.

Outro dado importante é o número considerável de adolescentes entre 14 e 15 anos gestantes, desde o início do ano de 2018, o que levanta questões para a equipe acerca da educação sexual para adolescentes e famílias, orientação quanto ao planejamento de vida e familiar. Analisa-se que, mesmo o município de Marau apresentando dados sugestivos de

bom desenvolvimento, também apresenta dificuldade quanto ao tráfico e uso de drogas, violência urbana e gravidezes precoces.

## 1.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS ACERCA DO DIAGNÓSTICO GERAL

Pesquisar e construir um diagnóstico situacional de uma Estratégia de Saúde da Família e do município onde está inserida, convoca o pesquisador a algumas importantes reflexões. É no campo da prática que se observa o quanto a Atenção Básica em Saúde está estrategicamente situada nos territórios e sua função é de primeira importância. Para que o trabalho na Atenção Básica seja efetivo é preciso compreender acerca dos diversos condicionantes e determinantes de saúde de um município e de um dado território; o modo como as pessoas vivem e se relacionam com sua saúde; a forma como as famílias se organizam; como os filhos cuidam de seus pais na velhice; como as crianças são criadas; como os temas da droga e sexualidade são abordados com os adolescentes; como se trata a questão da violência doméstica e infantil; como a comunidade e as famílias lidam com o sofrimento mental; qual é o estilo de alimentação e de vida da população.

A Atenção Básica possui ferramentas e instrumentos capazes de oferecer qualidade de vida, promoção de saúde, prevenção às doenças e aos agravos. Não tem alçada e, possivelmente, nenhum nível do sistema tem, para erradicar doenças, curar todas as dores, resolver todos os problemas que acometem uma comunidade, mas tem a capacidade de, diariamente, oferecer escuta, orientações, acolhimento e mudança de estilo e condição de vida.

Na atenção básica depara-se com a pobreza, a falta, a fome, a violência; mas também é onde se vê a luta do povo brasileiro, sua gana diária por sobrevivência e pela busca de uma vida com mais qualidade e saúde. É ali que observamos a potência do nosso Sistema Único de Saúde e o quanto muitas pessoas dele dependem, e que é um dever ético trabalharmos para que esse sistema seja aperfeiçoado. O SUS nasce na democratização brasileira e é no trabalho pela manutenção da democracia que se luta também pela garantia da saúde como um direito de todos.



## 1.8 PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

Em nosso território da Estratégia de Saúde da Família do bairro Santa Rita, há vários diagnósticos levantados no trabalho acima elencados, um deles o qual surgiu como uma demanda da mesma foi a questão dos cuidadores de idosos de nosso território os quais muitas vezes passam despercebidos, devido aos cuidados prestados e focados mais nos idosos, com isso surgiu a ideia de fazer uma proposta de pesquisa a qual pretende aprofundar conhecimentos relacionados à **Auto Percepção da Função de Cuidadores de Idosos**. A temática do estudo é de fundamental importância para conhecer como se percebem no meio em que vivem e suas principais funções e percepções.

Além disso, os idosos necessitam de cuidados diários realizados pelos seus cuidadores, sendo que um dos problemas percebidos em nosso território foi o descaso muitas vezes partindo da família com os mesmos. Possibilitou observar diversos casos de pacientes os quais não são capazes de realizar as tarefas diárias de cuidado de si e que os responsáveis acabam se negando ao cuidado, até mesmo filhos e familiares não querem compromisso com os pacientes, negando assim o que é de direito, uma vida digna e com qualidade.

O interesse por essa temática e as preocupações até aqui explicitadas justificam-se, em primeiro lugar, porque desde o início da faculdade demonstrei interesse por essa área da saúde, tanto do idoso, quanto dos cuidados com eles prestados. Durante as tarefas da Residência iniciamos diagnosticando várias fragilidades do território, conforme passam os anos vamos envelhecendo e necessitando de mais cuidados, mas devemos pensarmos e refletirmos o quanto eles nos cuidaram e nos fizeram ser quem somos. Os cuidados diários, são essenciais para sempre tê-los bem, ou seja, muito amor, carinho e cuidado são fundamentais nessa fase da vida do ser humano.

O envelhecimento da população é um acontecimento mundial que atualmente ganha maior importância nos países que estão em desenvolvimento. No Brasil, o aumento da população idosa é cada vez mais acentuado, tanto em termos totais quanto proporcionais. As consequências do aumento desta população já são percebidas nas questões sociais, nas áreas de saúde e na previdência (BRASIL 2013).

Atualmente há no Brasil aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, que em 2025 chegarão a 32 milhões, passando a ocupar o 6º lugar no mundo em número de idosos, e em 2050, possivelmente, o número de pessoas idosas estará maior ou igual ao de crianças e jovens de 0 a 15 anos; fato acentuado em todo o mundo (BRASIL 2013).

Com relação aos cuidadores dos idosos que necessitam de cuidados diários, ainda não há uma lei que determina a profissão, apenas tramita no Congresso Nacional, com aprovação do Senado Federal, aguardando aprovação da Câmara Federal – o Projeto de Lei do Senado no. 284/2011, que regulamenta a profissão de Cuidador da Pessoa Idosa.

A legislação brasileira assegura determinados direitos para a população de 60 anos ou mais de idade. Para comprovar a idade basta apresentar um documento que contenha sua foto, como a Carteira de Identidade ou Carteira de Habilitação. Política Nacional do Idoso: Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Em 2006 foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL,2017).

A longevidade humana tem evidenciado outros papéis socioculturais. No âmbito familiar, à medida que as pessoas envelhecem, a probabilidade de se tornar cuidador de um parente idoso aumenta consideravelmente (BRIGOLA, 2017).

Segundo a bibliografia gerontológica, as mulheres são as principais responsáveis pelos cuidados propostos aos idosos. Na maioria das vezes, essas mulheres são de meia idade ou idosas, esposas ou filhas, que convivem com o idoso e não recebem ajuda para realizar o cuidado (SANTOS-ORLANDI, 2017).

O envelhecimento é um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa o amparo à vida e à saúde, diante a concretização de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições dignas. A segurança desses direitos está apontada na legislação com o advento do Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 –, considerada uma das maiores conquistas da população idosa brasileira (BRASIL 2013).

No Brasil, há tendência de acréscimo no número de idosos cuidadores de outros idosos. Cuidadores idosos inseridos em situações de pobreza ficam mais expostos às condições de vulnerabilidade, sendo maiores os danos à qualidade de vida e ao bem-estar dessas pessoas. Os cuidadores podem encontrar-se acometidos por morbidades, fato que pode contribuir para o prejuízo do cuidado exercido (SANTOS-ORLANDI, 2017).

Em uma sociedade que envelhece cada vez mais, é fundamental estar atento às condições dos cuidadores de idosos para que não ocorram desfechos negativos em termos de saúde (GUTIERREZ,2017).

O envelhecimento pode ser entendido como um método natural, de redução progressiva da reserva funcional dos sujeitos, em condições normais, não costuma provocar nenhum problema. Portanto, em condições de sobrecarga como, doenças, acidentes e estresse emocional, pode originar uma condição patológica que demande assistência (BRASIL,2006).

Diversos motivos podem colaborar para que uma pessoa seja escolhida como cuidador do ente envelhecido, podem ser elencados os fatores geracionais, de gênero, grau de parentesco, residir na mesma casa que o idoso, ter condições financeiras, dispor de tempo, a falta de outras pessoas para cuidar, a criação de ligações afetivas, a relação de intimidade entre o idoso e o possível cuidador, a personalidade do cuidador, sua história de relacionamento com o idoso e com os demais membros da família, sua motivação e sua capacidade de doação, entre outros (GUTIERREZ,2017).

Por seu caráter estressante, cuidar de idosos pode contribuir para o aparecimento de sintomas como depressão, baixa autoestima, dificuldade para lidar com frustração, sensação de desamparo, intolerância e culpa (GUTIERREZ,2017).

Com o propósito de alcançar os objetivos propostos, este estudo utilizará a abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2011), a pesquisa qualitativa abrange as Ciências Sociais, de maneira que a existência não necessita ser quantificada. Ou seja, ela usa o mundo dos significados, dos motivos, das vontades, crenças, valores e comportamentos. Esse conjunto de manifestações humanas é compreendido como parte das ações sociais, a qual o ser humano entende não apenas por atuar, mas também pensar a respeito do que faz e por explicar suas atividades a partir das prática vivenciadas e partilhadas com os semelhantes (MINAYO *et al.*, 2011).

O local do estudo será em um ESF pertencente a uma cidade localizada no norte do estado, região mais conhecida como Planalto Médio, os participantes da pesquisa serão cuidadores de idosos que se encaixem dentro dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Frente as problemáticas até aqui explicitadas a questão de pergunta norteadora será qual o olhar do cuidador frente ao ato de cuidar e ao seu envelhecimento. Irá buscar a percepção dos cuidadores acerca de sua atividade de cuidador de idosos, como eles se sentem como cuidadores, como percebem a sua atuação e o processo de envelhecimento.

Objetivo principal será analisar as auto-percepções da função dos cuidadores de idosos e do seu envelhecimento.

Os objetivos específicos serão: Identificar as auto-percepções da função dos cuidadores de idosos, levantar as percepções do cuidador sobre seu envelhecimento; caracterizar os cuidadores de idosos (religião, sexo, gênero, cor/etnia, idade, escolaridade, da família, vínculo empregatício, como é a prestação de serviço, local de moradia se é no bairro ou não,...); identificar as motivações do cuidador frente ao ato de cuidar de idosos; identificar a auto-percepção do processo de envelhecimento; levantar aspectos relacionados ao processo

de cuidado do idoso (patologia, acamados ou não, tempo, tipo de patologia, como realiza o cuidado...).

Foram elencadas possíveis intervenções que serão novamente discutidas após a coleta e análise de dados, as quais serão oferecidas através de dinâmicas criativas, o intervenção de cuidado individual para cada cuidador envolvido, a partir das necessidades apontadas durante a entrevista e de acordo com as necessidades ou desejos de cada público, pensou-se de forma individual as intervenções devido ao fato dos cuidadores terem dificuldades de sair de suas residências, onde permanecem maior parte de seu tempo realizando cuidados diários com os idosos pelos quais eles são responsáveis.

Dentre as já citadas uma das fragilidades também encontradas é que nossa lista de idosos que necessitam de visitas mais frequentes da equipe está desatualizada, tornando-se assim uma das metas com o estudo, atualizar as listas de idosos que necessitam de visitas domiciliares.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. **Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2007. Disponível em <[www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- BRASIL. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2017. <<  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa.pdf)>
- BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2013. 3. ed., 2. reimpr. – 70 p. ISBN 978-85-334-1845-51. Saúde do idoso. 2. Legislação. I.  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)>
- BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica, n. 19**. Brasília, 2006.  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/velhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf)>.
- BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.html)>. Acesso em 06 jul. 2018.
- BRASIL. **Departamento de informática SUS/DATASUS**. Disponível em:  
<<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 mai. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília, 2009. 3. ed. Disponível em <  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf)>. Acesso em 20 jun. 2018.
- BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192)>. Acesso em: 30 jul. 2018.
- BRIGOLA, Allan Gustavo et al.. Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, 2007. v. 20, n. 3, p. 409-420. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232017000300409&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300409&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 ago 2018.
- CAMPOS, G. W. et. al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. **Manual de práticas de atenção básica - saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 133-153.
- CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia USP**. p. 133-150, 2012.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007)
- DAWALIBI, N.W. et. al. Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de Universidades Abertas para a Terceira Idade. **Psicologia & Sociedade**, p.

496-505, 2014. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822014000200025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000200025)>.

DIMENSTEIN, M.; LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. PAULON, S.; NEVES, R. (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 39-59.

GUTIERREZ, Lucila Ludmila Paula.et. al. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, 2017. v. 41, n. 114, p. 885-898. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000300885&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300885&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/marau/panorama>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

MARAU. **Câmara Municipal de Marau**. Disponível em: <<http://www.portalnet.com.br/jardel/camara/institucional.php>>. Acesso em: 25 abr .2018.

MARAU. **Lei nº 1577, de 08 de julho de 1991**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rs/m/marau/lei-ordinaria/1991/157/1577/lei-ordinaria-n-1577-1991-cria-o-conselho-municipal-de-saude-cms-o-fundo-municipal-de-saude-e-das-outras-providencias>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

MARAU. **Lei nº 2255, de 30 de março de 1995**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rs/m/marau/lei-ordinaria/1995/225/2255/lei-ordinaria-n-2255-1995-altera-o-caput-do-artigo-3-da-lei-n-1577-de-08-de-julho-de-1991>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

MARAU. **Lei Orgânica do Município de Marau**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/lei-organica-marau-rs>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

MARAU. **Prefeitura de Marau**. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/marau/11/historia>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza . **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo(organizadora).Petrópolis: Vozes, 2011, 30 ed.

PINHEIRO, J. C. V., CARVALHO, R. M., FREITAS, K. S. Análise do suprimento atual e potencial de água potável para os municípios cearenses. **Sociedade & Natureza, CIDADE???? OU ONDE ACESSAR**, 2009. p.107-121.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Lisboa, 2004.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD.  
**Desenvolvimento Humano e IDH.** Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

ROTA DAS SALAMARIAS. Disponível em:  
<<http://www.salamarias.com.br/noticias/artigos>>. Acesso em: abr. 2018.

SANTOS-ORLANDI, Ariene Angelini dos et al . Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, 2017. v. 21, n. 1. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000100213&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100213&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 ago. 2018.

SECRETARIA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Disponível em:  
<<http://svs.aids.gov.br/dashboard/situacao/saude.show.mtw>>. Acesso em: maio 2018.

SOUZA, R. R. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas.** São Paulo, 2002. Disponível em <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_0149\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf)>. Acesso em: 04 jul. 2018.

## 2 CAPÍTULO II - PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

### Qualidade de Vida em Idosos de uma Estratégia de Saúde da Família em um Município do Norte Gaúcho

#### 2.1 RESUMO

O presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida em idosos de uma Estratégia de Saúde da Família em um município do norte gaúcho e promover a capacitação da equipe e a promoção da saúde com os idosos. Trata-se de um estudo misto, com uma abordagem quantitativa (delineamento epidemiológico observacional, transversal, descritivo e analítico, com uma amostra de idosos) e de intervenção (capacitação da equipe de saúde e promoção da saúde dos idosos da área de abrangência). A amostra de idosos será não probabilística, selecionada por conveniência, incluindo todos os indivíduos residentes no território de abrangência da Estratégia Saúde da Família ESF Santa Rita do município de Marau-RS, de ambos os sexos, com mais de 70 anos que não estejam institucionalizados. Estima-se a coleta de dados em 123 indivíduos. Como critério de inclusão serão selecionados indivíduos de ambos os sexos com idade de 70 anos ou mais, cadastrados no sistema de informação (GMUS), que residem há mais de seis meses no território de abrangência da ESF Santa Rita e que concordem em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, e ter capacidade de andar, mesmo com auxílio de bengala ou andador. Serão coletados dados sociodemográficos e de hábitos de vida utilizando um questionário a ser aplicado através de entrevista presencial, e a qualidade de vida dos participantes será estimada através da aplicação da Escala de Qualidade de Vida Whoqol-old. Os dados serão avaliados estatisticamente através da análise de distribuição de frequências, fazendo a abordagem da prevalência das variáveis dependentes (Nível de qualidade de vida a ser aferido através da escala Whoqol-old.) e das proporções das variáveis independentes: idade, sexo, escolaridade, religião, cor/raça, renda familiar, reside sozinho ou não, escolaridade, situação conjugal, comorbidades (hipertensão, diabetes, osteoporose, ansiedade, doença cardiovascular, depressão, dislipidemia (colesterol ou triglicerídeos), doença pulmonar, obesidade, doenças na tireoide, câncer), medicações utilizadas, prática de atividade física, participação em grupos, frequência de utilização da ESF. De modo a se estudar a associação das variáveis dependentes com as independentes será empregado o Teste de Qui-quadrado, considerando-se o nível de significância estatística de 5%. Os dados, após analisados, serão utilizados para realizar propostas para intervenção com a equipe da ESF e com os idosos. Com a equipe será realizada uma atividade caracterizada como educação permanente, constituída de um encontro com o objetivo de informá-los a respeito da população de idosos da área de abrangência, seus dados sociodemográficos e níveis de qualidade de vida, afim de capacitar a todos para trabalhar e buscar bons resultados com essa população. Critério de inclusão: serão convidados todos os trabalhadores da ESF. Além disso, será criado um grupo de promoção de saúde e qualidade de vida para os idosos, focando no bem estar, autonomia e autoestima. Critério de inclusão: Todos os idosos da área de abrangência serão convidados a participar das atividades, a serem realizadas de forma contínua e regular na ESF.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Serviços de Saúde. Idosos (idoso). Atenção Primária à Saúde.



## ABSTRACT

The present study aims to evaluate the quality of life in the elderly of a Family Health Strategy in a municipality in the north of the state of Rio Grande do Sul. This is a quantitative, observational, cross-sectional, descriptive and analytical study. The non-probabilistic sample, selected for convenience, will consist of all the elderly people living in the territory of the Family Health Strategy ESF Santa Rita of the municipality of Marau-RS, of both sexes, with more than 70 years that are not institutionalized. It is estimated the collection of data of 123 individuals. As inclusion criterion will be selected individuals of both sexes, aged 70 and over, registered in the information system (G-MUS), who have resided for more than six months in the scope territory of ESF Santa Rita and who agree to participate of the study, signing the informed consent form, and being able to walk, even with the aid of a walking stick or walker. Socio-demographic and lifestyle data will be collected using a questionnaire to be applied through face-to-face interview, and the participants' quality of life will be estimated through the application of the Whoqol-old Quality of Life Scale. The data will be evaluated statistically through the analysis of frequency distribution, addressing the prevalence of dependent variables (Quality of life to be measured through the Whoqol-old scale) and the proportions of the independent variables: age, sex, schooling (hypertension, diabetes, osteoporosis, anxiety, cardiovascular disease, depression, dyslipidemia (cholesterol or triglycerides), lung disease, obesity, thyroid disease), religion, color / race, family income, resides alone or not, schooling, marital status, comorbidities , cancer), medications used, physical activity practice, participation in groups, frequency of use of ESF. In order to study the association of dependent and independent variables, the Chi-square test will be used, considering the level of statistical significance of 5%. The data, after analyzed, will be used to make proposals for intervention through group activities, with the aim of promoting the autonomy and independence of this population, in order to allow better access to the quality of life of the elderly in the studied territory. This study is in compliance with Resolution 466/2012 of the National Health Council, of the Ministry of Health, for research involving human beings, the participants will be guaranteed secrecy and anonymity, and publication of results will be done collectively, without identification of the themselves. The interventions proposed for this study will be: To evaluate the quality of life for the elderly over 70 years of age in the ESF territory to dynamize a permanent education proposal for the whole team, in the health unit with the data collected, in a meeting of a maximum of 2 hours, with the purpose of informing them about the population, sociodemographic data and quality of life levels, in order to enable everyone to work and seek good results with this population, with no risk of the population being exposed or identified, bringing as a benefit both the service and the participants, health workers informed about their population coverage, to stimulate a permanent education proposal for the whole team with the purpose of informing them about the population. To carry out a group of elderly people promoting health and quality of life, focusing on well-being, autonomy, self-esteem, among others, and continuing with the FHS, encouraging the population to participate in the groups already underway in the community.

**Key words:** Quality of life. Health services. Elderly. Primary Health Care.

## 2.2 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde nasceu na década de 1980, a partir das lutas sociais e da reforma sanitária. Com a Constituição e a Lei Orgânica 8.080, de 1990, o Sistema constituiu-se de caráter universal, com acesso baseado na igualdade e equidade, organizando-se por níveis de complexidade, tendo na Atenção Básica (AB) o principal ponto de acesso aos demais níveis de atenção. Nesta configuração, a AB assume papel importante de organizadora do sistema e proponente de ações de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2011). No âmbito da ABS, em 1994 é criado o Programa Saúde da Família, que segue como Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir de 2006.

Segundo Arantes (2016) o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), devido as suas potencialidades, através da capacidade de realizar a organização do sistema de saúde, e de buscar respostas para as necessidades de saúde da população. Com base nisso, a ESF tem princípios norteadores para a realização das ações em saúde, tais como centrar na família ou indivíduo, o vínculo com o usuário, a integralidade, a organização e a coordenação, a assistência, a participação social e a também a atuação em diferentes setores.

Na Atenção Básica tem-se a necessidade de profissionais com formação para trabalhar no SUS, onde se tenha maior ênfase nas ações de promoção, prevenção da saúde da população e não somente nos atendimentos individuais, mas sim de forma coletiva e principalmente integral, pensando no contexto de vida de cada sujeito.

Ainda no contexto da ESF, emerge a discussão acerca da saúde da população idosa e o impacto do seu expressivo aumento, bem como as implicações para o cotidiano de ações e serviços ofertados. No Brasil, o aumento da população idosa é cada vez mais acentuado, tanto em termos totais quanto proporcionais, impactando os setores da saúde e da previdência social (BRASIL, 2013). Há, no Brasil, aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos que, em 2025 chegarão a 32 milhões, passando a ocupar o 6º lugar no mundo em número de idosos e, em 2050, o número de pessoas idosas será maior ou igual ao de crianças e jovens de 0 a 15 anos (BRASIL, 2013).

Segundo o relatório mundial de envelhecimento e saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS 2015), as mudanças que compõem e fazem parte do envelhecimento são complexas. Com o passar do tempo os danos biológicos, tanto celulares como moleculares levam a perdas graduais nas funções fisiológicas, assim como um aumento do risco de adquirir diversas doenças e uma diminuição na capacidade própria do sujeito. Além disso as alterações também podem incluir mudanças nos papéis e posições sociais, e de como superar

as perdas de relações próximas (OMS,2015). Em países em desenvolvimento, são consideradas idosas pessoas com mais de 60 anos, enquanto em países desenvolvidos os idosos são os mais velhos que 65 anos. Dentro das faixas etárias de 60 a 75 anos de idade (idosos “jovens”) e acima de 76 anos (idosos “velhos”) (REIS,2016).

Navarro (2015) traz que os idosos longevos são aqueles que possuem 80 anos ou mais de idade, sendo considerados idosos jovens aqueles que se caracterizam como não longevos (60 a 79 anos). O Rio Grande do Sul (RS) é o quarto estado brasileiro com maior número de idosos segundo o CENSO de 2010, com o aumento do número de idosos, vem as fragilidades, sendo uma delas a baixa qualidade de vidas dos mesmos, ou seja, os índices de qualidade de vida tendem a diminuir quanto maior foi a idade.

Diante destes dados, torna-se imperativo pensar acerca da qualidade de vida desta população, o que impacta diretamente os serviços de saúde. O conceito de qualidade de vida depende da condição sociocultural e das pretensões pessoais de cada um, além de ser relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal, os quais dependem de aspectos como habilidade funcional, nível econômico, psicossocial, atividade intelectual, valores culturais, éticos e religiosos, estado de saúde e satisfação em suas atividades desenvolvidas (SANTOS, et al 2015).

A qualidade de vida na idade avançada é fortemente determinada pela conservação da capacidade funcional, independência e autonomia do sujeito. Entretanto definir qualidade de vida é difícil, por se tratar de uma construção determinada por diversas mudanças ao longo da vida, inclusive no processo de envelhecimento humano. Compreender que o envelhecimento é um processo presente na vida e que é irreversível se torna importante nessa fase da vida, sendo por profissionais da saúde, governo, sociedade e principalmente pelos idosos, para que eles entendam a velhice não como o fim, mas como um momento, um ciclo da vida que necessita de cuidados específicos, o qual pode e deve ser desfrutado com qualidade (KHOURY, 2014; DAWALIBI *et al*, 2013).

Deste modo, os idosos tem um desafio a passar com a chegada da velhice, sendo esses bons ou ruins, como patologias, diminuição da capacidade de realizar tarefas diárias, entre outros, trabalhar qualidade de vida nesta fase, acaba se tornando um fundamental, uma fase da vida que perpetua muitas preocupações sendo elas relacionadas tanto ao bem estar pessoal, mental e social.

Uma das formas de avaliar qualidade de vida, em idosos é o método WHOQOL-OLD o qual é um instrumento criado pelo WHOQOL Group (Grupo de estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) exclusivo para avaliar a qualidade de vida em

idosos. O instrumento é dividido em seis facetas e composto por 24 itens, os enfoques dividem-se em temas sendo eles Funcionamento do Sensório, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade (SILVA, 2016).

Trabalhar qualidade de vida no contexto atual tem sido de grande relevância devido as grandes mudanças sociais e culturais da população, refletir esse tema e analisar como ele está sendo discutido se tornou fundamental na atualidade.

### **2.2.1 Tema**

Qualidade de vida em idosos.

### **2.2.2 Problema**

Os idosos da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita no município de Marau, RS apresentam uma qualidade de vida adequada?

Qual é a qualidade de vida dos idosos (pessoas acima de 70 anos) da Estratégia de Saúde da Família Santa Rita.

### **2.2.3 Justificativa**

O presente projeto insere-se no contexto da Atenção Básica (AB), em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um município do norte gaúcho, tendo como principal finalidade o aprofundamento de conhecimentos relacionados à qualidade de vida dos idosos do território de abrangência da ESF. Com o expressivo aumento, a nível mundial, da população idosa, estas pessoas passam a ser alvo de estudos e novas formas de aprimorar conhecimentos em relação a sua saúde, focando em um cuidado cada vez mais especializado.

No território da ESF segundo o Sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde, são aproximadamente 123 idosos cadastrados com 70 anos ou mais, sendo 47 do sexo masculino e 76 do sexo feminino.

Serão incluídas na pesquisa pessoas idosas com idade igual ou maior que 70 anos, que é a uma idade em que o indivíduo mais utiliza o serviço de saúde, em sua maioria aposentados.

O envelhecimento da população traz consigo preocupações relacionadas à saúde, em especial as doenças crônicas e o aumento do número de idosos que necessitam de cuidados diários. Neste contexto, emerge a discussão acerca da qualidade de vida e como ela se expressa na vida da população idosa. A atenção básica tem papel fundamental na promoção

da saúde da população e na prevenção de doenças e, tem nos idosos a maior demanda para atendimento. Assim, é fundamental estudar o tema acerca da qualidade de vida, pois está diretamente inserido no contexto da ESF, a partir do conhecimento da realidade e características desta população.

Neste âmbito, o profissional enfermeiro, em seu papel de gestor da unidade de Estratégia de Saúde da Família, torna-se responsável por organizar o serviço de acordo com as demandas, promovendo um funcionamento com impacto positivo na resolução das problemáticas trazidas pelos usuários. Com base nisto, justifica-se um estudo sobre qualidade de vida na população idosa, ou seja será possível conhecer os idosos maiores de 70 anos abarcando assim as faixas etárias de pessoas ativas nas atividades diárias, desde idosos jovens, até idosos longevos maiores de 80 anos, sendo possível perceber e analisar a qualidade de vida em diferentes idades.

As intervenções propostas para esse estudo serão a Avaliação da qualidade de vida dos idosos com 70 anos ou mais pertencentes ao território da ESF, dinamizar uma proposta de educação permanente para toda a equipe com o objetivo de informá-los a respeito da população. Realizar um grupo de idosos de promoção de saúde e qualidade de vida, focando no bem estar, autonomia, auto-estima, dessa população, o qual tenha continuidade na ESF, incentivar a população estudada a participar dos grupos já em andamento na ESF e na comunidade.

O estudo que será desenvolvido por um profissional residente da enfermagem, ampliará os conhecimentos teórico e técnico acerca dos cuidados à pessoa idosa e, por conseguinte, a oferta de profissionais capacitados para o trabalho no SUS.

## **2.3 Referencial teórico**

### **2.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Básica em Saúde (ABS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

A Constituição Federal, em seu artigo 196, afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir o risco de doença e de outros agravos, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, (BRASIL, 1988) tendo as condições para tal dispostas na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica do Sistema

Único de Saúde (SUS). Além das condições para o estabelecimento das ações em saúde, a Lei disserta acerca da organização e funcionamento dos serviços (BRASIL, 1990).

O Sistema divide-se em níveis de complexidade, sendo a Atenção Básica (AB) a “principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS (Rede de Atenção a Saúde), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (BRASIL, 2017). A AB é definida como um conjunto de intervenções na assistência à saúde, tanto individual quanto coletiva, compreendendo ações de promoção, prevenção, proteção da saúde, diagnóstico, terapia, reabilitação e a preservação da saúde com diversas particularidades e gênero. Como exemplo, cita-se a saúde da mulher e do homem, da criança e do adolescente, do trabalhador, do idoso, com a finalidade de abranger a população de modo geral. A Atenção Básica mantém o compromisso com o acesso, qualidade e custos, além das atividades em equipe dirigidas à população, tendo a saúde da família como norteadora para realização das atividades e coordenação de acordo com os princípios do SUS (FREITAS, 2014).

Neste contexto, insere-se a Estratégia de Saúde da Família, (ESF) iniciada em 1994 como Programa de Saúde da Família (PSF), ganhando, em 2006, status de Estratégia, na perspectiva de uma ação contínua de cuidado à saúde da população. Segundo o Ministério da Saúde, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) “tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica” (BRASIL,2017). Um dos desafios enfrentados atualmente pela ESF está relacionado às ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida de seus usuários, colocando para as equipes novas questões assistenciais de saúde, como o surgimento de novas doenças, novos recursos e terapêuticas.

### 2.3.2 Envelhecimento Populacional, Saúde do Idoso e Diretrizes

As mudanças demográfica, epidemiológica e sociais no país têm aumentado a demanda de usuários que necessitam de uma maior gama de cuidados, em especial a população idosa (ANDRADE *et al*, 2013). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira tem envelhecido de modo rápido e intenso, sendo que a maior parte dos idosos apresenta baixo nível socioeconômico e alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (PEREIRA, et al, 2015).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo natural do ser humano, de redução progressiva das atividades dos sujeitos. No entanto, em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, pode originar uma condição patológica, com

maior demanda de assistência de cuidados à saúde (BRASIL, 2006). Neste contexto, é fundamental o papel da ABS, por meio da ESF, na promoção e prevenção de doenças e agravos a esta população.

Os índices da população idosa têm apresentado aumento em todo mundo, devido à diminuição da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida. Para o Brasil, estimativas projetam que o número de idosos até 2025 será superior a 30 milhões de pessoas. O avanço de idade traz para a população algumas implicações, tais como os elevados níveis de doenças crônicas com agravo ao bem estar dos indivíduos. Com isso, levanta-se a discussão em torno da qualidade de vida desta população, bem como se está sendo assistida de forma integral pelos sistemas de saúde (DAWALIBI, et al, 2013). Ao passo que se trabalha para proporcionar ao sujeito uma vida longa é necessário garantir meios para que ele viva esses anos de modo satisfatório (PEREIRA, et al, 2015), sendo pensadas novas estratégias e linhas de cuidado.

Para a Legislação Brasileira, o envelhecimento é um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa amparo à vida e à saúde, diante da concretização de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições dignas. A segurança desses direitos está garantida no Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 -, considerada uma das maiores conquistas da população idosa brasileira (BRASIL, 2013). Em 1994 foi criada a Política Nacional do Idoso, com Lei nº 8.842, de 4 de janeiro e, em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2017). Ainda segundo o Estatuto do Idoso, os idosos têm assegurado atenção integral a sua saúde, por meio do SUS, sendo garantido acesso universal e igualitário, com cuidado especial às doenças que têm maior prevalência nesta faixa etária (BRASIL, 2013).

### 2.3.3 Qualidade de Vida e o Manual WHOQOL-OLD

O conceito de Qualidade de Vida (QV) emerge no contexto de mudanças demográfica, nutricional e epidemiológica, em todo o mundo, e refere-se à conservação da saúde nos aspectos físicos, espirituais, psíquicos e sociais. Ainda, compreende a percepção sobre estilo de vida, nível de dependência, contexto cultural e princípios de valores (PEREIRA, et al, 2015). Segundo um levantamento de estudos que tinha por objetivo a definição e fazia referência à avaliação da QV, a literatura sobre o tema traz evidências do surgimento do conceito de QV na década de 1930. Assim, o interesse pelo conceito de qualidade de vida é

relativamente recente e decorre, em parte, do conhecimento científico que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas (SEIDL; ZANOON, 2004).

Apesar de haver inúmeros significados, não existe uma definição de qualidade de vida que seja amplamente aceita. No entanto, entende-se que o termo inclui fatores pertinentes à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, e elementos importantes para a vida das pessoas, como trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano. Contudo, é primordial a percepção particular de quem se almeja investigar, acerca de sua compreensão sobre a qualidade de vida (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS; 2012).

Vários são os fatores que tem influência na QV, dentre eles, a condição de saúde, a longevidade, disposição, lazer, satisfação no trabalho, remuneração, prazer, espiritualismo, capacidade, enfraquecimento, deficiência, atividade física, parâmetros antropométricos, uso de medicamentos, dentre outros. Assim, qualidade de vida é um termo amplo e subjetivo, com definições diferentes para os autores, e depende da influência de aspectos e percepções individuais, sociais e ambientais (PEREIRA, et al,2015).

A qualidade de vida é abordada, por inúmeros autores, como sinônimo de saúde, e por outros como um conceito mais abrangente, no qual as condições de saúde constituem-se dos aspectos a serem analisados (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS; 2012). Os determinantes e condicionantes do modelo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Desta forma, saúde e doença estão relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e ao estilo de vida (SEIDL; ZANOON, 2004).

Com isso, avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas implica no uso de uma série de percepções, tanto biológica, psicológica e sociocultural. Várias informações são registrados como indicadores de bem estar na idade avançada, entre elas: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e seguimento de relações simples com amigos (REIS, et al; 2015). Com o aumento da população idosa, é essencial que se identifique a qualidade de vida dos indivíduos e, a partir disto, sejam propostas ações de prevenção e promoção da saúde (LINDEN JUNIOR, TRINDADE; 2013). Com o objetivo de desenvolver e testar uma avaliação da qualidade de vida para pessoas mais velhas, foi criado, a partir de 1999, um manual, denominado WHOQOL-OLD, por meio da cooperação científica de diversos centros de pesquisa. A finalidade do projeto era o desenvolvimento e teste de uma medida genérica para avaliar a qualidade de vida em adultos idosos, e que pudesse ser utilizado em diferentes países e culturas. Financiado pela European Commission Fifth Framework, QLRT-2000-00320, o projeto foi conduzido pelo Grupo de



Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (Grupo WHOQOL) (POWER, et al, 2005; FLECK, et al, 2003).

O uso do manual pode ser aplicado a diferentes estudos, tais como investigações transculturais, epidemiologia populacional, monitoramento de saúde, organização de serviços e desenvolvimento de estudos sobre o tema da qualidade de vida. O WHOQOL-OLD permite avaliar o impacto das ações voltadas à qualidade de vida, colaborando para o melhor investimento das políticas públicas. (POWER, et al, 2005; FLECK, et al, 2003).

## **2.4 Hipóteses**

- 1- Será encontrada uma prevalência de 45% de idosos com alto nível de qualidade de vida.
- 2- A maior parte dos indivíduos analisados com baixa qualidade de vida, com 70 anos ou mais de ambos os sexos apresentam renda familiar de até um salário mínimo, escolaridade até o nível médio e apresentarão alguma doença crônica tais como hipertensão arterial e diabetes.
- 3- A maioria dos entrevistados serão do sexo feminino.
- 4- Serão identificados como fatores associados à qualidade de vida dos idosos a prática de exercício físico e o convívio familiar.
- 5- Em sua grande totalidade, os entrevistados não participam de grupos na ESF ou na comunidade em geral.

## **2.5 Objetivos**

### **2.5.1 Objetivo geral**

Avaliar a qualidade de vida em idosos de uma Estratégia de Saúde da Família em um município do norte gaúcho e promover a capacitação da equipe e a promoção da saúde com os idosos.

### **2.5.2 Objetivos específicos**

- 1- Determinar a prevalência de indivíduos com nível bom de qualidade de vida;
- 2- Descrever as características socioeconômicas, demográficas e de saúde-doença dessa população;

- 3- Identificar os fatores associados à qualidade de vida dos idosos;
- 4- Identificar se a população pesquisada participa de algum grupo na ESF ou na comunidade e qual esse grupo.
- 5- Realizar as intervenções propostas pelo estudo com os idosos e com os profissionais da ESF.

## 2.6 METODOLOGIA

### 2.6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo misto, com uma abordagem quantitativa (delineamento epidemiológico observacional, transversal, descritivo e analítico, com uma amostra de idosos) e de intervenção (capacitação da equipe de saúde e promoção da saúde dos idosos da área de abrangência). Segundo Mendes (2016) a pesquisa-intervenção vem favorecendo a construção de espaços de problematização coletiva junto às práticas de formação e potencializando a produção de um novo saber. Entre as atuais formulações acerca da pesquisa intervenção sobressai-se a hipótese de que vem ser uma prática de intervenção a partir do enfoque teórico-metodológico.

Um projeto que contenha intervenções é realizado através de etapas, que formam um método eficaz, com objetivos que auxiliam o profissional de saúde a intervir na realidade e assim aprimora-la, sendo de extrema importância que o mesmo conheça a realidade e a problemática enfrentada pela população da área de abrangência (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### 2.6.2 Local e período de realização

O estudo será realizado na Estratégia de Saúde a Família (ESF) Santa Rita, pertencente ao município de Marau-RS, no período de junho a dezembro de 2019.

### 2.6.3 População e amostragem

Em relação ao município onde insere-se o projeto de pesquisa, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censo de 2010, apontam para uma estimativa de 36.364 habitantes, dos quais 3.990 tem idade superior a 60 anos, sendo 1.769 do sexo

masculino e 2.221 do sexo feminino. Ainda segundo o IBGE, pessoas com mais de 70 anos de idade são aproximadamente 1.681, sendo 699 do sexo masculino e 982 do sexo feminino.

**Amostra de idosos para abordagem quantitativa:** não probabilística, selecionada por conveniência, compreendendo todos os residentes do território da ESF Santa Rita, de ambos os sexos, que tenham 70 anos ou mais e que não estejam institucionalizados. Segundo o Sistema de Informação utilizado pela Secretaria de Saúde do Município, G-MUS, no território de abrangência da ESF alvo do estudo, há cerca de 123 idosos cadastrados com idade igual ou superior a 70 anos, dos quais 47 são do sexo masculino e 76 do sexo feminino (IBGE, 2010).

Critérios de inclusão: idosos de ambos os sexos, com idade de 70 anos ou mais, cadastrados no sistema de informação (G-MUS), que residem há mais de seis meses no território de abrangência da ESF Santa Rita e que concordem em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, e ter capacidade de andar, mesmo com auxílio de bengala ou andador.

Critérios de exclusão: possuir déficit grave de audição ou de visão, dificultando consideravelmente a comunicação e estar acamado provisória ou definitivamente.

**Grupo de intervenção – equipe:** serão incluídos (convidados a participar) todos os trabalhadores da unidade ESF Santa Rita, totalizando 20 indivíduos ao todo.

**Grupo de intervenção – promoção da saúde de idosos:** serão incluídos (convidados a participar) todos os idosos (idade igual ou superior a 60 anos) residentes na área de abrangência que estejam cadastrados na ESF. Critério de exclusão: idosos acamados e institucionalizados. Estima-se um n de 400 indivíduos a serem convidados.

#### **2.6.4 Variáveis e instrumentos de coleta de dados**

##### **Amostra de idosos para abordagem quantitativa:**

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora responsável conforme segue: 1) selecionar os pacientes registrados no sistema dentro G-MUS que sejam residentes do território da ESF Santa Rita e que estejam na faixa etária que pretende ser estudada (vale ressaltar que neste momento não serão coletados nenhum dado pessoal, demográfico ou de saúde dos pacientes, somente seus endereços e número de telefone de modo a organizar as visitas); 2) realizar a visita domiciliar, de modo a aplicar o questionário através de entrevistas pessoais individualizadas e privadas.

A coleta dos dados será realizada através de um instrumento contendo as seguintes variáveis:

**Variável dependente:** Nível de qualidade de vida a ser aferido através da escala Whoqol-old. Esta escala é pontuada de acordo com determinações definidas em Power et al, 2004 e Fleck et al, 2003, e classifica e os idosos em seis facetas distintas: “Funcionamento do Sensório”, “Autonomia”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, “Participação Social”, “Morte e Morrer” e “Intimidade” (POWER, et al, 2005; FLECK, et al, 2003). Nessa escala, os escores altos representam uma alta qualidade de vida, enquanto escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. A faceta “Funcionamento do Sensório” avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida. A faceta “Autonomia” refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia. A faceta “Participação Social” delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade. A faceta “Morte e Morrer” relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer, ao passo que a faceta “Intimidade” avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas.

**Variáveis independentes:** idade, sexo, escolaridade, religião, cor/raça, renda familiar, reside sozinho ou não, escolaridade, situação conjugal, comorbidades (hipertensão, diabetes, osteoporose, ansiedade, doença cardiovascular, depressão, dislipidemia (colesterol ou triglicéridos), doença pulmonar, obesidade, doenças na tireoide, câncer),( a identificação das comorbidades será realizada através de diagnóstico informado pelo participante da pesquisa), medicações utilizadas, pratica de atividade física, participação em grupos, frequência de utilização da ESF (APÊNDICE 1).

#### **Grupo de intervenção – equipe:**

Os resultados da abordagem quantitativa com os idosos subsidiarão uma atividade caracterizada como educação permanente. Serão explicitados os dados relacionados a pesquisa (abordagem quantitativa), ou seja referentes aos idosos acima de 70 anos do território da ESF Santa Rita, os dados relacionados aos níveis de qualidade de vida destes indivíduos tendo por consequência, dinamizar uma proposta de educação permanente para todos os trabalhadores da unidade. A atividade proposta consiste de um encontro de no máximo 2 horas, afim de capacitar a todos para trabalhar e buscar bons resultados com essa população, especialmente, dando continuidade ao grupo de promoção da saúde dos idosos (descrito abaixo). Destaca-se que os dados serão apresentados de forma coletiva, sem identificação dos participantes (idosos da abordagem quantitativa). Nesta etapa não serão

coletados dados com os participantes (equipe) e nenhum tipo de registro será efetuado (gravações e filmagens).

#### **Grupo de intervenção – promoção da saúde de idosos:**

Será formado um grupo de promoção de saúde e qualidade de vida para os idosos, focando no bem-estar, autonomia e autoestima, além de outros aspectos identificados através da abordagem quantitativa. Como parte deste projeto serão realizados cinco encontros na ESF, coordenados pela pesquisadora responsável. As atividades serão planejadas e desenvolvidas pela própria pesquisadora, por outros profissionais da unidade, além de convidados externos, a depender da temática a ser abordada, priorizando ações em formato lúdico e recreativo. Os encontros terão duração de aproximadamente uma hora, serão realizados durante a tarde, em um dia fixo da semana. Além de promover a saúde e qualidade de vida, pretende-se também incentivar os participantes a participar dos demais grupos já em andamento na ESF e na comunidade, sendo eles de caminhada, artesanato, Hiperdia, e demais grupos de lazer que proporcionam bem estar, os quais trarão benefícios para saúde dos participantes, pois serão atividades com foco na promoção e prevenção da saúde, promovendo bem-estar e interação entre os mesmos. Observação: salienta-se que a depender do número de interessados será organizado mais de um grupo, seguindo a mesma metodologia proposta. Nesta etapa não serão coletados dados com os participantes e nenhum tipo de registro será efetuado (gravações e filmagens).

#### **2.6.5 Processamento e análise de dados**

Após a coleta, os dados serão transcritos em um formulário específico, para posterior digitação em banco de dados e análise estatística, sendo que o nome dos pacientes será codificado numericamente para garantir o sigilo dos dados de identificação. Os dados coletados no questionário serão digitados duplamente em banco de dados a ser criado no EpiData (distribuição livre) para este fim, visando identificar erros e inconsistências e, após a limpeza, o banco final será exportado para programa estatístico (PSPP, distribuição livre). A análise estatística consistirá de: a) verificação dos níveis de qualidade de vida em idosos; b) estratificação quanto à idade e gênero dos pacientes; c) verificação dos dados socioeconômicos. Os dados serão avaliados estatisticamente através da análise de distribuição de frequências, fazendo a abordagem da prevalência das variáveis dependentes (Nível de qualidade de vida a ser aferido através da escala Whoqol-old.) O WHOQOL-OLD é composto por 24 itens da escala de Likert atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do

Sensório”, “Autonomia”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” ,“Participação Social”, “Morte e Morrer” e “Intimidade”. Cada faceta possui 4 itens; para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20, desde que todos os itens tenham sido preenchidos. Os escores destas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL OLD podem ser combinados para produzir um escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo WHOQOL-OLD. Onde os itens são expressos negativamente, o escore tem de ser recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos sejam invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 =1. Isso deve ser feito nas seguintes perguntas: old\_01 old\_02 old\_06 old\_7 old\_8 old\_9 old\_10(1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). O próximo passo é a análise das facetas, dando o resultado em total, outra média e outro em percentual, cuidando as perguntas que devem ser recodificadas (old\_01 old\_02 old\_06 old\_7 old\_8 old\_9 old\_10).A última análise a ser realizada é a qualidade de vida geral: cuidar as perguntas que devem ser recodificadas (old\_01,old\_02, old\_06, old\_7, old\_8, old\_9, old\_10), o processo é semelhante ao realizado anteriormente. Soma (old\_01,old\_02,old\_03,old\_04,old\_05,old\_06,old\_07,old\_08,old\_09,old\_10,old\_11,old\_12,old\_13, old\_14,old\_15,old\_16,old\_17,old\_18,old\_19,old\_20, old\_21,old\_22,old\_23,old\_24)= resultado total, outra forma é somando e dividindo por 24; o que muda é que ao invés de dividir por 4, irá dividir por 24 (número de perguntas). O uso dos dados para fins de pesquisa não é recomendado quando mais de 20% dos itens estiverem faltando. Os resultados, são índices de que a Qualidade de vida : necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) (Esses valores serão o resultado da análise em média) (POWER, et al, 2005; FLECK, et al, 2003), e das proporções das variáveis independentes: idade, sexo, escolaridade, religião, cor/raça, renda familiar, reside sozinho ou não, escolaridade, situação conjugal, comorbidades (hipertensão, diabetes, osteoporose, ansiedade, doença cardiovascular, depressão, dislipidemia (colesterol ou triglicérides), doença pulmonar, obesidade, doenças na tireoide, câncer), medicações utilizadas, pratica de atividade física, participação em grupos, frequência de utilização da ESF. De modo a se estudar a associação das variáveis dependentes com as independentes será empregado o Teste de Qui-quadrado, considerando-se o nível de significância estatística de 5%.

### 2.6.6 Aspectos éticos

Este estudo está em observância à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, para pesquisa envolvendo seres humanos, e atenderá aos seguintes aspectos éticos:

a) *Ciência e concordância da instituição envolvida*: este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Gestão Municipal de Marau, RS, através da Secretaria de Saúde, obtendo-se assim o termo de Ciência e Concordância (APÊNDICE 2).

b) *Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS)*: a pesquisa somente será realizada mediante apreciação e aprovação do CEP/UFFS.

c) *Dos participantes*:

#### **Amostra de idosos para abordagem quantitativa:**

O idoso será convidado a participar, e caso aceitar, será solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual deverá ser assinado pelo mesmo e pelo pesquisador responsável. A entrevista somente terá início após a assinatura deste termo (APÊNDICE 3).

**Riscos:** existe o risco mínimo de identificação. Visando minimizar este risco, os nomes serão substituídos por números na ficha de transcrição de dados. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Existe ainda o risco de desconforto emocional ou constrangimento durante a aplicação do questionário. Com o objetivo de minimizar este risco, será reforçado junto ao participante que a pesquisa não é obrigatória e que ele poderá desistir de participar a qualquer momento. A pesquisadora buscará ainda, aplicar o questionário de forma reservada, visando garantir a privacidade ao participante. Caso o risco se concretize, a pesquisadora responsável estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar o desconforto ou constrangimento, e caso seja necessário, haverá o encaminhamento para profissional da psicologia da ESF.

**Benefícios:** Como benefício direto destaca-se a oportunidade de participar das atividades do grupo de promoção de saúde e qualidade de vida dos idosos a ser desenvolvido a partir da realização deste estudo. Ainda, como benefício direto, destaca-se o potencial contato terapêutico entre pesquisador e o participante. Importante salientar que o pesquisador é um profissional da área da saúde pertencente à ESF Santa Rita e, no ato da coleta de dados, poderá dar um retorno ao participante sobre o seu estado de saúde, no caso, o conhecimento de seu nível de qualidade de vida. No olhar vigilante desse profissional, poderá ser percebido aspectos importantes que se relacionam à saúde e qualidade de vida do participante na

pesquisa, os quais poderão ser percebidos e submetidos a intervenções imediatas. Como benefício indireto, na perspectiva da gestão do cuidado, a atividade de intervenção com a equipe poderá qualificar a atenção à saúde dos idosos participantes do estudo. Ademais, será assinado pela equipe de pesquisa um Termo de Compromisso de Uso de Dados, que garante o sigilo nos dados utilizados (Apêndice 4).

#### **Grupo de intervenção – equipe**

**Riscos:** desconforto emocional ou constrangimento durante a atividade. Com o objetivo de minimizar este risco, será reforçado junto ao participante que a atividade não é obrigatória e que ele poderá desistir de participar a qualquer momento. Existe ainda o risco mínimo de que os resultados a serem apresentados possam suscitar desconfortos em razão de fatos e/ou lembranças. Para minimizar esse risco será feita uma abordagem inicial e explicitação do tema da pesquisa, objetivo e das intervenções propostas, e ainda será reforçado junto ao participante que a participação na atividade não é obrigatória e que ele poderá desistir de participar a qualquer momento. Caso os riscos se concretizem, a pesquisadora responsável estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar o desconforto ou constrangimento, e caso seja necessário, haverá o encaminhamento para profissional da psicologia.

**Benefícios:** ampliar o conhecimento sobre a temática e sobre a população estudada (dados referentes à abordagem quantitativa da amostra de idosos), e suas principais demandas, levando-os a refletir sobre o serviço e possibilidades de qualificar a atenção prestada a essa população.

#### **Grupo de intervenção – promoção da saúde de idosos:**

**Riscos:** desconforto emocional ou constrangimento durante as atividades. Com o objetivo de minimizar este risco, será reforçado no início de cada encontro que a atividade não é obrigatória e que ele poderá desistir de participar a qualquer momento. Caso o risco se concretize, a pesquisadora responsável estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar o desconforto ou constrangimento, e caso seja necessário, haverá o encaminhamento para profissional da psicologia.

**Benefícios:** como benefício direto existe a possibilidade de melhora da saúde e qualidade de vida a partir das atividades desenvolvidas no grupo.

Os pesquisadores se comprometem a manter os dados coletados por um período de cinco (05) anos em um lugar seguro e privativo. Após este período, os dados, tanto físicos como digitais, serão destruídos.



Os resultados da pesquisa serão devolvidos para a equipe (atividade de intervenção) e para a gestão através de relatório impresso. Para os participantes (amostra de idosos com abordagem quantitativa) prevê-se a devolutiva em uma reunião na unidade de saúde, onde os resultados serão apresentados de forma coletiva garantindo anonimato dos entrevistados.

### **2.6.7 Resultados esperados**

O presente estudo visa identificar quais os níveis de qualidade de vida dos idosos do território. Pressupõe-se que a maioria dos indivíduos apresentarão níveis baixos, devido muitas vezes às condições de saúde, ou seja, às patologias crônicas apresentadas por cada um e do baixo ou médio nível socioeconômico.

Espera-se com a realização do grupo e da educação permanente na equipe, tanto os profissionais de saúde quanto a população estudada, reflita sobre o aumento da população idosa, seus agravos, suas potencialidades, e que o estudo traga a população uma busca por uma melhor qualidade de vida, uma longevidade com saúde, bem – estar, novas formas de agir e que desperte em todos o desejo de viver uma velhice com saúde.

Como propostas de intervenções, será realizada após a pesquisa uma educação permanente com toda a equipe da ESF, trazendo os resultados da pesquisa sobre qualidade de vida dos idosos e fazendo uma reflexão a respeito dos achados e de novas estratégias de intervir na qualidade de vida dessa população, a segunda intervenção proposta será de realizar um grupo na ESF, focando na qualidade de vida, lazer, atividade física.

Espera-se que com as intervenções propostas com o estudo tanto para a equipe quanto para os idosos, que cada um reflita seu modo de agir e pensar sobre qualidade de vida, o que estamos fazendo para ter uma qualidade de vida adequada, se estamos preparados para o grande aumento da população idosa e seus agravos.

## 2.7 RECURSOS

Quadro 1- Recursos Financeiros

<b>MATERIAIS</b>	<b>VALOR EM REAIS (R\$)</b>
Folhas A4	R\$ 100,00
Pen Drive	R\$ 50,00
Impressão	R\$ 100,00
Encadernação	R\$ 20,00
Caneta	R\$ 10,00
Marca texto	R\$ 10,00
Computador	R\$ 1.500,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.790,00</b>

Fonte elaborado pela autora 2018.

Os recursos serão custeados pela equipe de pesquisa.

## 2.8 CRONOGRAMA

### Quadro 1- Cronograma

Duração: junho (03) a dezembro (12) de 2019

Atividades	06	07	08	09	10	11	12
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X
Coleta dos dados	X	X	X				
Análise dos dados			X	X	X		
Envio de relatório parcial ao CEP				X			
Elaboração de resumos, relatórios e artigos					X	X	X
Apresentação do trabalho e realização da intervenção					X	X	X
Envio de relatório final ao CEP							X

Fonte elaborado pela autora 2018

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Selma Regina de et al. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, 2013. v. 17, n. 4, p. 620-627.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2016. v. 21, n. 5, p. 1499-1510 [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000501499&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000501499&script=sci_abstract&tlng=pt)

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Rede Atenção Psicossocial**. Portaria GM 3.088 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 30/11/2012. Disponível em: <[http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria\\_088\\_Rede\\_de\\_Atenc%C3%A3o\\_Psicossocial1.pdf](http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_088_Rede_de_Atenc%C3%A3o_Psicossocial1.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL, **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica, n. 19**. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)>. Acesso em 10 out. 2018.

BRASIL. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/marau/panorama>>. Acesso em 15 jan. 2019.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 114 p.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe et al . Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, 2013. v. 30, n. 3, p. 393-403.

FLECK, M.P.A., Chamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: Método e Resultados de Grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 2003, 37(6).

FREITAS, Gustavo Magalhães. **Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura**. Nayane Sousa Silva Santos. R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 maio/ago; 4(2):1194-1203.

KHOURY, Hilma Tereza Tôrres; SA-NEVES, Ângela Carina. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, 2014, v. 17, n. 3, p. 553-565.

LINDEN JUNIOR, Eduardo; TRINDADE, Jorge Luiz de Andrade. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, 2013. v. 16, n. 3, p. 473-479.

MENDES, Rosilda; PEZZATO, Luciane Maria; SACARDO, Daniele Pompei. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2016. v. 21, n. 6, p. 1737-1746.

NAVARRO, Joel Hirtz do Nascimento et al . Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2015. v. 20, n. 2, p. 461-470.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. OMS, 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> Acesso em: 12 set. 2018.

PEREIRA, Déborah Santana; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; SILVA, Carlos Antonio Bruno da. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, 2015. v. 18, n. 4, p. 893-908.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. Esporte**. São Paulo, 2012. v. 26, n. 2, p. 241-250.

POWER. M. Quinn ,K, Schimidt S. **WHOQOL-OLD Group. Quality of Life Research**, 2005, 14:2197-2214. [http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1173/whoqol\\_old.pdf](http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/1173/whoqol_old.pdf)

REIS, Sara Portela, et al. **Estudo da qualidade de vida de idosos não Institucionalizados. Faculdade de Talentos Humanos**. Universidade de Uberaba. Uberaba, MG, 2015. v. 1, n. 2, p. 56-60.

REIS, Cibelle Barbosa. Condições de saúde de idosos jovens e velhos. Roseli Santos de Jesus, Carla Silvana de Oliveira e Silva, Lucinéia de Pinho. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, < file:///C:/Users/Luana/Downloads/2632-Article%20Text-4787-1-10-20160401%20(2).pdf >

SANTOS, Olga de Fátima Jansen dos, MARTINS Maria do Carmo de Carvalho, LUZ Maria Helena Barros de Araújo, Maria Helena, SOUZA, Cristina Maria Miranda, Qualidade de vida de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2004. v. 20, n. 2, p. 580-588.

SILVA, R. A. DA. **Qualidade de vida de idosos que participam do centro de lazer: um espaço de cuidado para a enfermagem**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).  
<<http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2016/dissertacao-rafael-andre-da-silva>>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARAU. Cadastros. 2018. <http://smsmarau.g-mus.com.br/cadastro/reldadusuario>. <<http://www.pmmarau.com.br/secretaria-de-saude>>

## APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

<b>UFFS – PESQUISA – Qualidade de Vida em Idosos de uma Estratégia de Saúde da Família em um Município do Norte Gaúcho. Pesquisador Responsável: Luana Escobar Dos Santos</b>	
<b>Número do questionário</b>	NQUES __ __ __ __
<b>Nome do entrevistador</b>	
<b>Data da coleta de dados</b>	
<b>Local da coleta de dados</b>	LOCAL __ __
<b>QUESTÕES DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	
<b>Qual é a sua idade?</b> __ __	IDA __ __
<b>Sexo</b> (1) Masculino (2) Feminino	SEXO __
<b>O senhor(a) se considera de que raça/cor?</b> (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	RAÇA
<b>O senhor(a) sabe seu peso?</b> (1) sim, _____Kg (0) Não sei	PESO
<b>O senhor(a) tem alguma Religião?</b> (1) sim (2) não Qual? _____	RELIG __
<b>Qual sua escolaridade?</b> ( 1 )nenhuma ( 2 )ensino fundamental incompleto ( 3 ) ensino fundamental completo ( 4 )ensino médio incompleto ( 5 ) ensino médio completo ( 6 ) ensino superior incompleto ( 7 )ensino superior completo	ESCOLA __
<b>Qual sua situação conjugal?</b> (1)solteiro ( 2 )casado ( 3 )divorciado ( 4 )mora junto ( 5 )viúvo	CONJU __
<b>O senhor(a) tem filhos?</b> ( 1 )sim ( 2 )não Quantos _____	FILHO
<b>O senhor(a) mora junto com os filhos?</b> ( 1 )sim ( 2 )não	MOFILH
<b>Qual sua atividade de trabalho?</b> ( 1)Aposentado. ( 2 )Aposentado mas trabalha ainda	TRABA

remunerado ( 3)Trabalha remunerado ainda.( 4 )Licença doença ( 5 )Trabalho não remunerado ( 6 )Outra, especifique_____	
<b>QUESTÕES SOBRE SAÚDE</b>	
<b>Como o senhor(a) considera a sua saúde?</b> (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim	SAUDE__
<b>Se o senhor(a) precisasse de alguém para lhe cuidar quem o faria?</b> ( 1 ) companheira(o) ( 2 ) filhos (3)cuidador ( 4 )outro Qual?_____	CUIDAR
<b>Alguma vez algum médico lhe disse que o senhor(a) tem:</b> Pressão Alta ( 1 )sim ( 2 )não (3) Não sabe/não lembra Diabetes (1)sim (2)não (3) Não sabe/não lembra Osteoporose (1)sim (2)não (3) Não sabe/não lembra Ansiedade (1)sim (2)não (3) Não sabe/não lembra Problema do coração (1)sim (2)não (3) Não sabe/não lembra Depressão (1)sim (2)não (3) Não sabe/não lembra Colesterol (1)sim (2)não (3) Não sabe/não lembra Triglicerídeos (1)sim (2)não (3) Não sabe/não lembra Doença pulmonar (1)sim (2)não (3) Não sabe/não lembra Obesidade (1)sim (2)não (3) Não sabe/não lembra Doenças na tireoide (1)sim (2)não (3) Não sabe/não lembra Câncer (1)sim (2)não (3) Não sabe/não lembra. <b>Onde?</b> _____ Tuberculose (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Outra(s): _____	HAS DM  OSTEO  ANSIE CORA DEPRE  COLES  TRIGLI DOPUL OBESI   TIREO  CA TUBER
<b>O senhor(a) faz uso de medicações contínuas?</b> ( 1 )sim ( 2 )não Para quê? _____	MEDI__



Quantas medicações o senhor(a) usa por dia?_____	
<b>No banho, a senhor(a):</b> (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo	BANHO
<b>Para vestir-se, o senhor(a):</b> (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo	VESTIR
<b>Para usar o banheiro o senhor(a):</b> (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo	BANHEI
<b>Para sair da cama e sentar-se em uma cadeira, ou o contrário, o senhor(a):</b> (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo	MOVIM
<b>Para urinar e/ou eliminar fezes o senhor(a):</b> (0) Tem total controle/não precisa de nenhuma ajuda (1) Às vezes tem escape de urina e/ou fezes/precisa de alguma ajuda (2) Tem incontinência urinária e/ou fecal/usa fraldas constantemente	ELIMIN
<b>Para alimentar-se o senhor(a):</b> (0) Não precisa de ajuda (1) Precisa de ajuda para apenas uma parte (2) Precisa de ajuda para tudo	ALIMEN
<b>O senhor(a) pratica alguma atividade física?</b> ( 1)sim ( 2 )não Qual?_____	ATIFISI__
<b>O senhor(a) participa de algum grupo na comunidade ou na ESF?</b> ( 1 )sim ( 2 )não Qual?_____	GRUESF__
<b>O senhor(a) frequenta com que frequência a ESF?</b> ( 1)sempre ( 2 )as vezes ( 3 )raramente ( 4 )nunca	FREQESF__

Fonte elaborado pela autora 2018

**APÊNDICE 2 - TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO  
ENVOLVIDA**



Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz** o representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Marau - RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado “**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO NORTE GAÚCHO**” declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes. Ademais essa autorização permite o acesso aos dados do sistema de informação G-MUS, conforme consta no projeto original.

---

**Douglas Kurtz**  
**Secretário Municipal de Saúde de Marau**

---

**LUANA ESCOBAR DOS SANTOS**  
**Enfermeira Residente – Pesquisador responsável**

Marau, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

### **APENDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS IDOSOS (abordagem quantitativa)**

Prezado(a) Sr(a) estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa denominado “Qualidade de Vida em Idosos em uma Estratégia de Saúde da Família em um município do Norte Gaúcho”.

O instrumento de pesquisa foi construído de forma a não identificar as instituições e os participantes da pesquisa, assim como utilizar todos os cuidados de forma a minimizar aos respondentes os possíveis riscos, sejam físicos, psicológicos ou de exposição social. Embora todos os cuidados adotados entendem-se que mesmo mínimos, haja a possibilidades de riscos.

Nos procedimentos tomar-se-á cuidado para que o senhor(a) não seja identificado, nem diretamente e nem indiretamente. Para tanto, construiu-se em um instrumento (questionário) que ratifica esse cuidado. Existe o risco mínimo de identificação. Visando minimizar este risco, seu nome será substituído por número na ficha de transcrição de dados. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Existe ainda o risco de desconforto emocional ou constrangimento durante a aplicação do questionário. Com o objetivo de minimizar este risco, reforçamos que a pesquisa não é obrigatória e que você poderá desistir de participar a qualquer momento. A pesquisadora buscará ainda, aplicar o questionário de forma reservada, visando garantir a sua privacidade. Caso o risco se concretize, a pesquisadora responsável estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar o desconforto ou constrangimento, e caso seja necessário, você será encaminhado para profissional da psicologia da ESF.

Como benefício direto destaca-se a oportunidade de participar das atividades do grupo de promoção de saúde e qualidade de vida dos idosos a ser desenvolvido a partir da realização deste estudo. Ainda, como benefício direto, destaca-se o potencial contato terapêutico entre você e o pesquisador. Importante salientar que o pesquisador é um profissional da área da saúde pertencente à ESF Santa Rita e, no ato da coleta de dados, poderá lhe dar um retorno sobre o seu estado de saúde, no caso, o conhecimento de seu nível de qualidade de vida.

Depois de informado e esclarecida todas as dúvidas, e da obtenção do aceite será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Embora todos os cuidados adotados para a minimização do risco, caso esse venha a ocorrer o coordenador assume a responsabilidade de acompanhamento e da assistência ao senhor(a), inclusive com encaminhamento a serviço especializado.

Os pesquisadores se comprometem a manter os dados coletados por um período de cinco (05) anos em um lugar seguro e privativo. Após este período, os dados, tanto físicos como

digitais, serão destruídos. Os resultados da pesquisa serão devolvidos para a equipe (atividade de intervenção) e para a gestão através de relatório impresso. Para os participantes (amostra de idosos com abordagem quantitativa) prevê-se a devolutiva em uma reunião na unidade de saúde, onde os resultados serão apresentados de forma coletiva garantindo anonimato dos entrevistados.

Fica assegurada ao senhor(a) a interrupção de sua participação a qualquer momento, sem necessidade aviso prévio e/ou justificativa, sem nenhum tipo de penalização. Será garantido o sigilo e a privacidade do senhor (a) na pesquisa durante todas as fases da pesquisa. O TCLE será assinado em duas vias, pelos pesquisadores e pelo pesquisados, sendo que cada um desses ficará de posse de uma via desse documento. O coordenador e o pesquisador se comprometem em preservar sua identidade, garantindo anonimato e sigilo. O nome do respondente não será identificado (a) em nenhuma publicação que resultará desta pesquisa. Uma cópia deste consentimento permanecerá em poder dos pesquisadores e outra será fornecida aos pesquisados (respondentes).

Eu, Luana Escobar Dos Santos, ciente das questões éticas que permeiam a pesquisa com seres humanos, de pleno conhecimento e de acordo com o que prevê a Resolução 466/2012, **declaro e assumo** a responsabilidade no que tange o item IV 6.b, garantindo aos participantes do estudo nenhum tipo de condicionamento ou influência de autoridade, preservando a autonomia aos participantes da pesquisa, no caso específico, estudantes de enfermagem. A estes será assegurada inteira autonomia de participar ou não da pesquisa, sem qualquer tipo de represália. Também será observado o que consta o item II.25 que se refere a vulnerabilidade. Para tanto, serão tomados todos os cuidados de forma a garantir a autodeterminação dos sujeitos.

A partir dos fatos acima evidenciados, o(a) convidamos a participar do estudo. A participação do senhor(a) na pesquisa dar-se-á de forma voluntária, na qual não será ofertado nenhum tipo de dividendo econômico-financeiro ou de qualquer ordem, assim como não incidirá em despesas de qualquer natureza aos respondentes, sendo a contribuição unicamente como forma de subsidiar a construção do conhecimento.

Caso as questões acima estejam contempladas e de acordo como o proposto, autorizo integrar-me ao conjunto da população estudada, desde que as informações sejam somente usadas como contribuir para formação do conhecimento científico, e que seja garantido o anonimato; tenha garantia de sigilo de todas as informações pertinentes ao projeto, assim como tomado todos os cuidados referentes a possíveis desconfortos, sejam estes de ordem

físicas e/ou psicológicos. Nas situações que as prerrogativas acima descritas não estejam asseguradas e/ou por decisão de caráter estritamente pessoal, me asseguro ao direito de não dar continuidade a participação na pesquisa, sem necessidade de comunicação previa ou justificativa.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Passo Fundo – RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato profissional com o pesquisador responsável:

Luana Escobar dos Santos

Tel: (55) - 984465399

Endereço para correspondência: Endereço: Comitê de Ética em pesquisa da UFFS, Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, sala 310, 3º andar, Rodovia SC 484 km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

[http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg](http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante:

---

Assinatura: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 4- TERMO DE COMPROMISSO DE USO DE DADOS

**Título do projeto:** Qualidade de Vida em Idosos de uma Estratégia de Saúde da Família em um Município do Norte Gaúcho

**Pesquisador responsável:** Luana Escobar Dos Santos

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal da Fronteira Sul

**Telefone para contato:** 055 984465399

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio do preenchimento de formulário específico. A coleta de dados dar-se-á no município de origem do entrevistado através do sistema de informação da unidade (G-MUS). Salientamos ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Universidade federal da Fronteira Sul.

---

Luana Escobar dos Santos CPF: 028.724.340-03  
(Pesquisadora responsável)

---

Gustavo Olszanski Acrani CPF: 280.929.548-44  
(Professor-Orientador)

Passo Fundo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

## **APENDICE 5- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS**

Prezado(a) profissional de saúde estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa denominado “Qualidade de Vida em Idosos em uma Estratégia de Saúde da Família em um município do Norte Gaúcho”. Você está sendo convidado para participar de uma atividade de educação permanente na qual serão explicitados os dados relacionados a uma pesquisa feita com idosos acima de 70 anos do território da ESF Santa Rita. Os dados são relacionados aos níveis de qualidade de vida destes indivíduos visando dinamizar uma proposta de educação permanente para todos os trabalhadores da unidade. A atividade proposta consiste de um encontro de no máximo 2 horas, afim de capacitar a todos para trabalhar e buscar bons resultados com essa população, especialmente, dando continuidade ao grupo de promoção da saúde dos idosos. Destaca-se que os dados serão apresentados de forma coletiva, sem identificação dos participantes (idosos da abordagem quantitativa). Nesta etapa não serão coletados dados com os participantes (equipe) e nenhum tipo de registro será efetuado (gravações e filmagens). Após esta atividade, você será convidado a participar do planejamento e da execução das atividades a serem desenvolvidas com o grupo de idosos a ser criado para promoção da saúde dos mesmos.

Depois de informado sobre o estudo e esclarecida todas as dúvidas, será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Embora todos os cuidados adotados para a minimização do risco, caso esse venha a ocorrer o coordenador assume a responsabilidade de acompanhamento e da assistência ao senhor(a), inclusive com encaminhamento a serviço especializado.

**Riscos:** desconforto emocional ou constrangimento durante a atividade. Com o objetivo de minimizar este risco, reforçamos que a atividade não é obrigatória e que você poderá desistir de participar a qualquer momento. Existe ainda o risco mínimo de que os resultados a serem apresentados durante a atividade possam suscitar desconfortos em razão de fatos e/ou lembranças. Para minimizar esse risco será feita uma abordagem inicial e explicitação do tema da pesquisa, objetivo e das intervenções propostas, e ainda reforçamos que a sua participação na atividade não é obrigatória e que você poderá desistir de participar a qualquer momento. Caso os riscos se concretizem, a pesquisadora responsável estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar o desconforto ou constrangimento, e caso seja necessário, você será encaminhado para profissional da psicologia.

**Benefícios:** ampliar o conhecimento sobre a temática e sobre a população estudada e suas principais demandas, levando-o a refletir sobre o serviço e possibilidades de qualificar a atenção prestada a essa população.

Os pesquisadores se comprometem a manter os dados coletados por um período de cinco (05) anos em um lugar seguro e privativo. Após este período, os dados, tanto físicos como digitais, serão destruídos.

Os resultados da pesquisa serão devolvidos para a equipe (atividade de intervenção) e para a gestão através de relatório impresso. Para os participantes (amostra de idosos com abordagem quantitativa) prevê-se a devolutiva em uma reunião na unidade de saúde, onde os resultados serão apresentados de forma coletiva garantindo anonimato dos entrevistados.

Fica assegurada ao senhor(a) a interrupção de sua participação a qualquer momento, sem necessidade aviso prévio e/ou justificativa, sem nenhum tipo de penalização. O TCLE será assinado em duas vias, pelo pesquisador e pelos participantes, sendo que cada um desses ficará de posse de uma via desse documento. O coordenador e o pesquisador se comprometem em preservar sua identidade, garantindo anonimato e sigilo. O nome do respondente não será identificado (a) em nenhuma publicação que resultará desta pesquisa. Uma cópia deste consentimento permanecerá em poder dos pesquisadores e outra será fornecida aos pesquisados (respondentes).

Eu, Luana Escobar Dos Santos, ciente das questões éticas que permeiam a pesquisa com seres humanos, de pleno conhecimento e de acordo com o que prevê a Resolução 466/2012, **declaro e assumo** a responsabilidade no que tange o item IV 6.b, garantindo aos participantes do estudo nenhum tipo de condicionamento ou influência de autoridade, preservando a autonomia aos participantes da pesquisa, no caso específico, estudantes de enfermagem. A estes será assegurada inteira autonomia de participar ou não da pesquisa, sem qualquer tipo de represália. Também será observado o que consta o item II.25 que se refere a vulnerabilidade. Para tanto, serão tomados todos os cuidados de forma a garantir a autodeterminação dos sujeitos.

A partir dos fatos acima evidenciados, o(a) convidamos a participar do estudo. A participação do senhor(a) dar-se-á de forma voluntária, na qual não será ofertado nenhum tipo de dividendo econômico-financeiro ou de qualquer ordem, assim como não incidirá em despesas de qualquer natureza aos respondentes, sendo a contribuição unicamente como forma de subsidiar a construção do conhecimento.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue



ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Passo Fundo – RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato profissional com o pesquisador responsável:

Luana Escobar dos Santos

Tel: (55) - 984465399

Endereço para correspondência: Endereço: Comitê de Ética em pesquisa da UFFS, Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, sala 310, 3º andar, Rodovia SC 484 km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

[http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg](http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante:

---

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO 1- QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL – OLD

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

### WHOQOL – OLD

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Q.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.4 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.5 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.6 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.7 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.8 O quanto você tem medo de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.9 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

Q.10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

Q.15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz (1) Infeliz (2) Nem feliz nem infeliz (3) Feliz (4) Muito feliz (5)

Q.20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Q.21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

## ANÁLISE DO WHOQOL-OLD

Módulo WHOQOL-OLD é constituído de 24 perguntas e suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas, que são: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade”(INT). Cada uma das facetas possui 4 perguntas; podendo as respostas oscilar de 4 a 20.

Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida;

EXISTEM TRES FORMAS DE APRESENTAR OS DADOS:

- UMA É EM FORMA DE TOTAL (DE 4 A 20);
- OUTRA É A MÉDIA (1 A 5);
- OUTRA É PERCENTUAL (0 A 100);

Qualidade de vida: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5).

ESSES VALORES SERÃO O RESULTADO DA ANÁLISE EM MÉDIA.

### **3 CAPÍTULO III - RELATO DO TRABALHO DE CAMPO E PERCURSO DA INTERVENÇÃO**

#### **3.1 INTRODUÇÃO**

Como parte do projeto de formação do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, e compondo o terceiro capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência, o presente relatório tem como objetivo descrever todas as etapas e fases do trabalho de campo denominado “Qualidade de Vida em Idosos de uma Estratégia de Saúde da Família em um Município do Norte Gaúcho”, dando ênfase às potencialidades e desafios enfrentados nesse processo, descrevendo desde o início da construção do projeto, que realizou-se segundo semestre de 2018, e também descrever os processos que ocorreram desde que o projeto foi enviado pela primeira vez ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP).

Por ocasião da realização do Diagnóstico Territorial, no primeiro semestre da Residência, observou-se que a população idosa demanda maior fluxo de atendimento na Estratégia de Saúde Família (ESF) do Bairro Santa Rita. Diante disso, pensou-se na possibilidade de estudar a população idosa. A maioria dos estudos atualmente demonstra que a população mundial está envelhecendo. Com o intuito de ir a campo estudar essa população idosa, de início entrou-se em contato com professor Gustavo Acrani em final de agosto de 2018, após uma conversa obteve-se então a sugestão de estudar a qualidade de vida dessa população, através da aplicação da escala WHOQOL-OLD (Grupo de estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde).

Foram incluídos na pesquisa idosos de ambos os sexos, com idade de 70 anos ou mais, cadastrados no sistema de informação (G-MUS, Sistema de Gestão Municipal) o qual é um sistema específico do município presente em todas as ESFs, idosos que residem há mais de seis meses no território de abrangência da ESF Santa Rita e que concordem em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, e ter capacidade de andar, mesmo com auxílio de bengala ou andador. Segundo o Sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde, são aproximadamente 123 idosos cadastrados com 70 anos ou mais, sendo 47 do sexo masculino e 76 do sexo feminino no território da ESF.

## 3.2. LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS

### 3.2.1 Logística prévia a coleta de dados

O projeto teve início no segundo semestre de 2018 mais precisamente em setembro do mesmo ano, ficando agendada a apresentação do Trabalho de Conclusão da Residência para a banca de qualificação para o dia 10/12/2018, onde estavam participando as professoras Msc. Daniela Teixeira e Dr<sup>a</sup> Ivana Loraine Lindemann. Foram realizadas várias sugestões, as quais juntamente com a ajuda do orientador professor Gustavo foram adequadas no TCR. O presente estudo tem como principal objetivo avaliar a qualidade de vida em idosos de uma Estratégia de Saúde da Família em um município do norte gaúcho e promover a capacitação da equipe e a promoção da saúde com os idosos.

No dia 21/01/2019 a primeira versão foi enviada ao CEP, com retorno no dia 28/02/2019, com o parecer contendo 21 anotações de mudança, as quais foram corrigidas e enviadas novamente com a carta resposta e todas as pendências dia 14/03/2019. O projeto voltou novamente no dia 26/03/2019 com mais 9 adequações a serem realizadas, dentre elas, novos termos de consentimento e adequações nas intervenções. Uma das pendências mais complicadas de responder foi relacionada às intervenções, após realizarmos as correções encaminhamos novamente pela segunda vez dia 29/03/2019. Dia 22/04/2019 foi emitido novo parecer com mais duas adequações a serem realizadas, nesta fase foi essencial a ajuda do professor Gustavo e da professora Ivana, após respondidas as duas pendências foi encaminhado novamente ao CEP pela terceira vez o TCR, dia 25/04/2019, o qual foi liberado o ultimo parecer de número 3.302.524, constando aprovado dia 04/05/2019.

### 3.2.2 Instrumento de coleta de dados

Dia 06/05/2019 foi iniciada a organização dos questionários e TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) para a impressão, para ir a campo iniciar as coletas.

No presente estudo foi utilizado um questionário sociodemográfico contendo apenas questões fechadas, e a escala WHOQOL-OLD a qual avalia o nível de qualidade de vida dos idosos, é um instrumento criado pelo WHOQOL Group (Grupo de estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) exclusivo para avaliar a qualidade de vida em idosos. O instrumento é dividido em seis facetas e composto por 24 itens, os enfoques dividem-se em temas sendo eles Funcionamento do Sensório, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade.





Mapa da ESF:



Durante a coleta de dados, apenas um participante se recusou a fazer parte da pesquisa, a qual não quis responder o questionário devido a problemas pessoais, foram realizadas mais de uma tentativa, ambas sem sucesso.

Nas áreas visitadas obteve-se 6 perdas por óbito, 4 mudaram-se do território, 1 não quis responder, 26 pacientes se encaixaram nos critérios de exclusão do estudo, ou seja, possuíam déficit grave de audição ou de visão, dificultando consideravelmente a comunicação e estar acamado provisória ou definitivamente.

### 3.2.4 Preparação e organização do banco de dados

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha, e posteriormente foi realizada a digitação em banco de dados e análise estatística, sendo que o nome dos pacientes foi codificado numericamente para garantir o sigilo dos dados de identificação. Os dados coletados no questionário foram digitados duplamente em um banco de dados criado no EpiData (distribuição livre) para este fim, visando identificar erros e inconsistências e, após a limpeza, o banco final foi exportado para o programa estatístico (PSPP, distribuição livre). A

análise estatística consistiu da: a) verificação dos níveis de qualidade de vida em idosos; b) estratificação quanto à idade e gênero dos pacientes; c) verificação dos dados socioeconômicos. Os dados foram avaliados estatisticamente através da análise das variáveis dependentes (Nível de qualidade de vida a ser aferido através da escala WHOQOL-OLD).

### **3.2.5 Potencialidades e desafios enfrentados durante a coleta de dados**

Na semana do dia 13 de maio de 2019, após aprovação do CEP, iniciou-se a coleta de dados, ficou acordado dois turnos por semana para realização das coletas, foram entrevistados 86 idosos. Durante essa etapa da formação estavam presentes no semestre os estágios obrigatórios, o que fez com que o processo ficasse mais lento pois nos dias de estágio obrigatório não eram realizadas as coletas.

Inicialmente, foram organizadas as listas de idosos e domicílios mais próximas para acelerar a coleta, a qual ocorreu através de visita domiciliar, em cada idoso participante da pesquisa, para a aplicação do questionário, a coleta não foi gravada, apenas descrita para posterior análise, foram realizadas 3 tentativas, caso não obtivesse sucesso nas visitas, foi colocado como perda aquele idoso. As entrevistas foram conduzidas pela entrevistadora responsável, e duraram aproximadamente 30 minutos no máximo, foram questões de resposta rápida, sem necessidade de análise de exames ou demais documentos dos idosos, mas sempre eles conversavam bastante e muitas vezes foram necessárias interromper a conversa e focar novamente na pesquisa.

Durante as visitas realizadas, não surgiu dificuldades de diálogo com os pacientes, todos os visitados durante a coleta, foram de fácil entendimento quanto as perguntas e respostas. Apenas uma paciente não quis participar da pesquisa, como já descrito. Os turnos de coleta de dados, ocorreram nas segundas-feiras a tarde e quinta-feira de manhã, os quais são turnos que tem menos demandas na ESF e também uma manhã e uma tarde, para melhor encontra-los em suas residências.

### 3.3 RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Após serem analisados os dados, foram realizadas as intervenções com a equipe da ESF e com os idosos. Com a equipe foi realizada uma atividade caracterizada como educação permanente, constituída de um encontro com o objetivo de informá-los a respeito da população de idosos da área de abrangência, seus dados sociodemográficos e níveis de qualidade de vida, afim de capacitar a todos para trabalhar e buscar bons resultados com essa população.

Como segunda proposta de intervenção foi a criação de um grupo de promoção de saúde e qualidade de vida para os idosos, focando no bem estar, autonomia e autoestima dos mesmos, com encontros quinzenais , os mesmos foram realizados na ESF e totalizaram ao final cinco encontros. As atividades foram planejadas e desenvolvidas pela pesquisadora, e por outros profissionais da unidade, além de convidados externos, a depender da temática a ser abordada, priorizando ações em formato lúdico e recreativo, focando na promoção da saúde. Os encontros realizados tiveram duração de aproximadamente uma hora, durante a tarde, em um dia fixo da semana, quinzenalmente, nas quartas-feiras com início às 17 horas.

### 3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

O relatório da coleta de dados descreveu todo o processo desde o início da qualificação na banca, envio ao CEP e após a coleta de dados. Durante a coleta de dados não houve nenhuma intercorrência no processo.

Ir no domicílio de aproximadamente 123 idosos, não foi tarefa fácil, mas foi necessário o desafio para vencer os obstáculos propostos pelo estudo, foram coletados 86 questionários, e analisados, para discussão dos dados no artigo.

Concluir essa etapa da coleta de dados em tempo hábil para análise, foi gratificante. Conhecer a história de cada idoso em seu contexto domiciliar é um privilégio.

A realização das intervenções foi de grande valia, o grupo de idosos além da realização das atividades de promoção de saúde, agregou conhecimentos adquiridos com a população idosa, e a devolutiva para a equipe em forma de educação permanente foi uma forma da mesma conhecer melhor a população estudada do território.

#### 4. CAPITULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO

##### 4.1 ARTIGO CIENTÍFICO

**Revista Espaço Ciência & Saúde**

### **QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO NORTE GAÚCHO.**

*QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY OF A FAMILY HEALTH STRATEGY IN A MUNICIPALITY OF NORTE GAUCHO.*

*CALIDAD DE VIDA EN LOS ANCIANOS DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR EN UNMUNICIPIO DE GAUCHO NORTE.*

#### **RESUMO**

O presente trabalho visou avaliar a qualidade de vida em idosos de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município do norte gaúcho. Trata-se de um estudo transversal no qual foi aplicado um questionário sociodemográfico seguido da escala Whoqol-old. A amostra de idosos compreendeu todos os residentes do território da ESF, de ambos os sexos, que tinham 70 anos ou mais e que não estivessem institucionalizados. Foram incluídos no estudo 86 entrevistados, com maior predomínio de indivíduos na faixa etária entre 70 e 75 anos (53,4%) e do sexo feminino (61,7%). Foi possível observar que 46,5% dos idosos consideram sua saúde regular, e, segundo os dados coletados da escala Whoqol-old, foi identificado um escore médio global de  $78 \pm 9,8$  em qualidade de vida, com maiores valores observados nas facetas “morte e morrer” e “funcionamento sensorial”.

**Descritores:** Idoso, saúde, qualidade de vida.

#### **ABSTRACT**

The present work aimed to evaluate the quality of life in the elderly of a Family Health Strategy (FHS) in a municipality of northern gaucho. This is a cross-sectional study in which a sociodemographic questionnaire was applied followed by the Whoqol-old scale. The sample of elderly comprised all residents of the territory of the FHS, of both sexes, who were 70 years old and older and who were not institutionalized. Eighty-six interviewees were included in the study, with a greater predominance of individuals aged between 70 and 75 years (53.4%) and females (61.7%). It was observed that 46.5% of the elderly consider their health regular, and, according to data collected from the Whoqol-old scale, an overall average score of  $78 \pm 9.8$  in quality of life was identified, with higher values observed in the facets. "Death and dying" and "sensory functioning".

**Keywords:** Elderly, health, quality of life.

## **RESUMEN**

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida en los ancianos de una Estrategia de Salud Familiar (FHS) en un municipio del norte de gaucha. Este es un estudio transversal en el que se aplicó un cuestionario sociodemográfico seguido de la escala de Whoqol. La muestra de ancianos comprendía a todos los residentes del territorio de la FHS, de ambos sexos, que tenían 70 años o más y que no estaban institucionalizados. Ochenta y seis entrevistados fueron incluidos en el estudio, con un mayor predominio de individuos de 70 a 75 años (53.4%) y mujeres (61.7%). Se observó que el 46.5% de los ancianos considera que su salud es regular y, según los datos recopilados de la escala de Whoqol, se identificó una puntuación promedio general de  $78 \pm 9.8$  en calidad de vida, con valores más altos observados en las facetas. "Muerte y muerte" y "funcionamiento sensorial".

**Palabras clave:** Ancianos, salud, calidad de vida.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), nasceu na década de 1980, a partir das lutas sociais e da reforma sanitária. Com a Constituição Federal e a Lei Orgânica 8.080, de 1990, o Sistema constituiu-se de caráter universal, com acesso baseado na igualdade e equidade, organizando-se por níveis de complexidade, tendo na Atenção Básica (AB) o principal ponto de acesso aos demais níveis de atenção. Nesta configuração, a AB assume papel importante de organizadora do sistema e proponente de ações de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2011). No âmbito da ABS, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) que, em 2006, passou a ser Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir da perspectiva de que um programa possui um início e fim, e uma estratégia representa uma forma de prática permanente. Devido às suas potencialidades, a EFS possui capacidade para realizar a organização do sistema de saúde bem como buscar respostas para as necessidades de saúde da população (ARANTES *et al.*, 2016).

A ESF tem princípios norteadores para a realização das ações em saúde, tais como centrar na família ou no indivíduo, o vínculo com o usuário, a integralidade, a organização e a coordenação, a assistência, a participação social e a atuação em diferentes setores. Na Atenção Básica tem-se a necessidade de profissionais com formação para trabalhar no Sistema Único de Saúde, com maior ênfase nas ações de promoção e prevenção à saúde da população atendida, não apenas voltadas a atendimentos individuais e à prática curativa. Busca-se, com isso, oferecer um atendimento de forma integral, pensando no contexto de vida de cada sujeito e de suas coletividades.

Ainda no contexto da ESF, emerge a discussão acerca da saúde da população idosa e o impacto do seu expressivo aumento, bem como as implicações para o cotidiano de ações e serviços ofertados. No Brasil, o aumento dessa população é cada vez mais acentuado, tanto em termos totais quanto proporcionais, impactando os setores da saúde e da previdência social (BRASIL, 2013). Há, no Brasil, aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos que, em 2025 chegarão a 32 milhões, passando a ocupar o 6º lugar no mundo em número de idosos e, em 2050, o número de pessoas idosas será maior ou igual ao de crianças e jovens de 0 a 15 anos (BRASIL, 2013).

Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde, de 2015, as mudanças que fazem parte do envelhecimento são complexas, como os danos biológicos, celulares e moleculares, que levam a perdas graduais nas funções fisiológicas, e o aumento do risco de adquirir diversas doenças, o que resulta na diminuição

das capacidades do sujeito. As alterações incluem também mudanças nos papéis e posições sociais, e a superação das perdas de relações próximas (OMS, 2015). Em países em desenvolvimento, são consideradas idosas as pessoas com mais de 60 anos, enquanto que em países desenvolvidos os idosos são as pessoas com idade superior a 65 anos. Dentro das faixas etárias, de 60 a 75 anos os indivíduos são considerados “idosos “jovens” e acima de 76 anos “idosos “velhos” (REIS, 2016).

De acordo com Navarro (2015) os idosos longevos são aqueles que possuem 80 anos ou mais de idade, sendo considerados idosos jovens aqueles que se caracterizam como não longevos (60 a 79 anos). O Rio Grande do Sul (RS) é o quarto estado brasileiro com maior número de idosos segundo o CENSO de 2010, o que representa a necessidade de um olhar especial visto que, com o aumento do número de idosos emergem algumas fragilidades sociais, especialmente a baixa qualidade de vidas destas pessoas, em razão de que os índices de qualidade de vida tendem a diminuir quanto maior foi a idade.

Diante destes dados, é imperativo pensar acerca da qualidade de vida desta população e o seu impacto nos serviços de saúde. O conceito de qualidade de vida depende da condição sociocultural e das pretensões pessoais de cada um, além de ser relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal, os quais dependem de aspectos como habilidade funcional, nível econômico, psicossocial, atividade intelectual, valores culturais, éticos e religiosos, estado de saúde e satisfação em suas atividades desenvolvidas (SANTOS *et al.*, 2015).

A qualidade de vida na idade avançada é fortemente determinada pela conservação da capacidade funcional, independência e autonomia do sujeito. Entretanto, definir qualidade de vida não é tarefa fácil, por se tratar de uma construção determinada por diversas mudanças ao longo da vida, inclusive no processo de envelhecimento humano. Compreender que o envelhecimento é um processo presente na vida e irreversível se torna importante nessa fase da vida, e os profissionais da saúde juntamente com o governo e a sociedade, especialmente as pessoas idosas, precisam compreender a velhice não como o fim, mas como um momento, um ciclo da vida que necessita de cuidados específicos, o qual pode e deve ser desfrutado com qualidade (KHOURY, 2014; DAWALIBI *et al.*, 2013).

Deste modo, os idosos têm desafios a enfrentar com a chegada da velhice, como as patologias e a diminuição da capacidade de realizar tarefas diárias, dentre outros. Trabalhar a qualidade de vida é fundamental, pois é nessa etapa que apresenta preocupações relacionadas ao bem estar pessoal, mental e social.



Com o objetivo de desenvolver e testar uma avaliação da qualidade de vida para pessoas mais velhas, foi criado, a partir de 1999, um manual, denominado WHOQOL-OLD, por meio da cooperação científica de diversos centros de pesquisa. A finalidade do projeto era o desenvolvimento e teste de uma medida genérica para avaliar a qualidade de vida em adultos idosos, e que pudesse ser utilizado em diferentes países e culturas. Financiado pela European Commission Fifth Framework, QLRT-2000-00320, o projeto foi conduzido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (Grupo WHOQOL) (POWER, et al, 2005; FLECK, et al, 2003). O WHOQOL-OLD é exclusivo para avaliar a qualidade de vida em idosos, sendo dividido em seis facetas e composto por 24 itens, com enfoques dividindo-se em temas: “Funcionamento do Sensório”, “Autonomia”, “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, “Participação Social”, “Morte e Morrer” e “Intimidade” (SILVA, 2016).

A partir de reflexões sobre o tema e analisando como ele está sendo trabalhado pelas políticas públicas optou-se, para fins de pesquisa, estudar idosos acima de 70 anos, com base em estudos que demonstram que, com o aumento da idade aumentam as comorbidades e problemas relacionados à saúde desta população, diferente de idosos mais jovens que continuam ativos em suas atividades cotidianas. A faixa etária que possui menores índices de doenças crônicas não transmissíveis em sua maioria, são os idosos de 60-69 anos de idade, seguidas por 70-79 e  $\pm$ 80 anos, corroborando os dados que demonstram que idosos acima de 70 anos, os idosos velhos, têm apresentado maiores agravos de saúde (PEREIRA *et al.*, 2015). Fundamentado nisto, o trabalho ora apresentado busca avaliar a qualidade de vida em idosos com idade superior a 70 anos de uma Estratégia de Saúde da Família em um município do norte gaúcho.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado no município de Marau, no Rio Grande do Sul, com coleta de dados efetuada entre os meses de maio a agosto de 2019. A população do estudo constitui-se de idosos com idade igual ou superior a 70 anos. A amostra, não probabilística, selecionada por conveniência, compreendeu todos os idosos residentes do território da Estratégia Saúde de Família (ESF) Santa Rita, de ambos os sexos, que apresentavam 70 anos ou mais e que não estavam institucionalizados, selecionados segundo o Sistema de Informação utilizado pela Secretaria de Saúde do Município.

Como critérios de inclusão foram considerados idosos que residem há mais de seis meses no território de abrangência da ESF e com capacidade de andar, mesmo com auxílio de bengala ou andador. Os critérios de exclusão adotados foram possuir “*déficit*” grave de audição ou de visão, dificultando consideravelmente a comunicação e estar acamado provisória ou definitivamente. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário aplicado pelos pesquisadores em entrevistas domiciliares. Definiu-se que seriam realizadas três visitas em cada domicílio, no período matutino e/ou vespertino, sendo considerada perda aquelas que não lograssem êxito após as três visitas. Os idosos foram abordados e informados a respeito do estudo, caso aceitassem participar era assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo a entrevista realizada de forma individualizada e privada.

O instrumento utilizado foi um questionário contendo perguntas a respeito de dados sócio-demográficos (idade, sexo, raça, estado civil, religião, escolaridade, situação conjugal, filhos, atividade de trabalho) além de questões de saúde e comportamento (percepção de saúde, presença de doenças e comorbidades - Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Osteoporose, Ansiedade, Cardiopatias, Depressão, Hipercolesterolemia, Hiperlipidemia, Doenças pulmonares, Obesidade, Hipo ou Hipertireoidismo, Câncer, Tuberculose), elaborado pelos pesquisadores. Para avaliar a qualidade de vida, foi aplicada a escala WHOQOL – OLD (POWER, 2005), específica para avaliar a qualidade de vida em idosos, o qual é composto por 24 questões divididas em seis facetas: “Funcionamento sensorial” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades passadas, presentes e futuras” (PPS), “Participação social” (PSO), “Morte e morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT).

Nessa escala, os escores altos representam uma alta qualidade de vida. A soma dos itens que pertencem a cada faceta produz o escore bruto da faceta, cuja soma total das 24 questões demonstra o valor global bruto de qualidade de vida (POWER *et al.*, 2004 e FLECK *et al.*, 2003). Após cálculo do escore bruto, os valores globais e de cada faceta foram calculados em escore transformado da escala (entre 0 e 100), possibilitando expressar o escore da escala em porcentagem entre o valor mais baixo possível (0) e o mais alto possível (100).

Após o período de entrevistas, os dados coletados em formulários impressos foram duplamente digitados em um banco de dados para análise estatística, o qual foi exportado para o programa estatístico PSPP (GNU, versão 1.2.0, distribuição livre). Os dados foram analisados visando identificar erros e inconsistências e, após a limpeza, o banco final foi submetido às análises estatísticas. Para tanto, foi considerada como variável dependente o nível de qualidade de vida aferido através da escala WHOQOL-OLD, enquanto as variáveis

independentes foram os dados relacionados à saúde e dados sociodemográficos dos idosos. A análise estatística descritiva consistiu em realizar a estratificação dos participantes quanto à idade e gênero e avaliar a distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis independentes e média, desvio padrão e mediana dos escores transformados da escala de qualidade de vida. A diferença das médias dos escores de qualidade de vida entre os grupos de idosos do sexo masculino e feminino foi calculada através do Teste t de *Student*, após verificação da distribuição normal dos valores.

Foi calculada a mediana dos escores de qualidade de vida de modo a dividir os idosos em dois grupos: aqueles com valores de qualidade de vida iguais ou inferiores ao valor da mediana, e aqueles com valores superiores ao da mediana. Esta divisão em dois grupos foi feita de modo a poder avaliar quais fatores estão relacionados à uma alta ou baixa qualidade de vida. Para análise da diferença entre os dois grupos de qualidade de vida conforme as demais variáveis independentes, foi utilizado o Teste de Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. Para todas as análises foi considerado nível de significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ). O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (Parecer número 3.302.524).

## **RESULTADOS**

No período relatado, um total de 280 indivíduos com idade de 60 anos ou mais encontravam-se registrados na referida Estratégia Saúde da Família (ESF). Destes, 123 (44%) possuíam 70 anos ou mais, sendo então considerada a população do presente estudo. Considerando os critérios de inclusão e as perdas e recusas ocorridas durante a coleta, obteve-se um total de 86 participantes, a maioria na faixa etária entre 70 e 75 anos (53,5%), seguido de 31,4% na faixa de idade de 76 a 80 anos, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Em sua totalidade, 61,7% dos entrevistados foram do sexo feminino, 84,9% declararam ter cor branca e 72,1% possuem ensino fundamental incompleto. Quanto à situação conjugal, 53,5% se declararam casados. Um total de 96,5% dos idosos relataram ter filhos, sendo que 57% não residem com os mesmos. Relacionado ao trabalho, 95,3% dos idosos são aposentados (Tabela 1).

**Tabela 1:** Características sócio-demográficas dos idosos com 70 anos ou mais adstritos a uma Estratégia Saúde da Família. Marau-RS, 13 de maio a 30 de agosto de 2019. (n = 86)

<b>Variáveis</b>		<b>n (%)</b>
<b>Idade (anos)</b>	70-75	46 (53,5)
	76-80	27 (31,4)
	81-85	7 (8,1)
	>85	6 (7)
<b>Gênero</b>	Masculino	33 (38,3)
	Feminino	53 (61,7)
<b>Raça</b>	Branca	73 (84,9)
	Preta	5 (5,8)
	Parda	8 (9,3)
<b>Religião</b>	Sim	86 (100)
<b>Escolaridade</b>	Nenhuma	21 (24,4)
	Ensino fund. incompleto	62 (72,1)
	Ensino fund. completo	2 (2,3)
	Ensino superior completo	1 (1,2)
<b>Situação conjugal</b>	Solteiro	2 (2,3)
	Casado	46 (53,5)
	Divorciado	4 (4,7)
	Mora junto	2 (2,3)
	Viúvo	32 (37,2)
<b>Filhos</b>	Sim	83 (96,5)
	Não	3 (3,5)
<b>Reside com filhos</b>	Sim	37 (43)
	Não	49 (57)
<b>Trabalho</b>	Aposentado	82 (95,3)
	Aposentado, mas trabalha remunerado	2 (2,3)
	Trabalha não remunerado	1 (1,2)
	Outra	1 (1,2)

Foi possível observar que 46,5% dos idosos consideram sua saúde regular (Tabela 2). Quando questionados a respeito da necessidade de algum cuidador, 73,3% relataram obter ajuda dos filhos. Com relação às medicações, 40,7% dos idosos fazem uso de cinco ou mais medicações. Apenas nove idosos (10,5%) não fazem uso de nenhum tipo de medicamento. Com relação às atividades e tarefas do cotidiano, 95,4% dos idosos não necessitam de ajuda para tomar banho, 94,2% não necessita de ajuda para vestir-se, 97,8% não necessita de ajuda ao ir ao banheiro, e 97,8% não necessita de ajuda com a movimentação. Em sua grande maioria os idosos entrevistados não praticam atividade física (68,6%), e tem uma baixa participação (20,9%) nas atividades e grupos da comunidade do bairro ou ESF.

**Tabela 2:** Características de saúde dos idosos com 70 anos ou mais adstritos a uma Estratégia Saúde da Família. Marau-RS, 13 de maio a 30 de agosto de 2019. (n = 86)

Variáveis		n(%)
<b>Autopercepção de saúde</b>	Excelente	3 (3,5)
	Boa	32 (37,2)
	Regular	40 (46,5)
	Ruim	11 (12,8)
<b>Característica do cuidador</b>	Companheiro(a)	19 (22)
	Filhos	63 (73,3)
	Cuidador	3 (3,5)
	Outro	1 (1,1)
<b>Número de medicações por dia</b>	0	9 (10,5)
	1 a 2	21 (24,4)
	3 a 4	21 (24,4)
	5 ou mais	35 (40,7)
<b>Auxílio para banhar-se</b>	Não precisa	82 (95,4)
	Sim um pouco	3 (3,5)
	Precisa para tudo	1 (1,1)
<b>Auxílio para vestir-se</b>	Não precisa	81 (94,2)
	Sim um pouco	4 (4,7)
	Precisa para tudo	1 (1,1)
<b>Auxílio para ir ao banheiro</b>	Não precisa	84 (97,8)
	Sim um pouco	1 (1,1)
	Precisa para tudo	1 (1,1)
<b>Auxílio para movimentar-se</b>	Não precisa	84 (97,8)
	Sim um pouco	2 (2,2)
<b>Auxílio para alimentar-se</b>	Não precisa	86 (100)
<b>Pratica atividade física</b>	Sim	27 (31,4)
	Não	59 (68,6)
<b>Participação em algum grupo na comunidade</b>	Sim	18 (20,9)
	Não	68 (79,1)

Em relação às doenças e comorbidades previamente diagnosticadas, Hipertensão Arterial Sistêmica foi relatada por 73,3% dos idosos, seguida de hipercolesterolemia (32,5%), hipo ou hipertireoidismo (31,4%), cardiopatias (27,9%), ansiedade (26,7%), diabetes mellitus

(25,6%), hiperlipidemia (25,6%), osteoporose (22,1%), depressão (21%), obesidade (10,5%), câncer (8,1%) e doença pulmonar (5,8%) (Tabela 3).

**Tabela 3:** Principais doenças e comorbidades diagnosticadas relatadas pelos idosos com 70 anos ou mais adstritos a uma Estratégia Saúde da Família. Marau-RS, 13 de maio a 30 de agosto de 2019. (n= 86)

Variáveis		n (%)
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	Sim	63(73,3)
	Não	23(26,7)
<b>Hipercolesterolemia</b>	Sim	28(32,5)
	Não	52(60,5)
	Não sabe	6(7)
<b>Hipo ou Hipertireoidismo</b>	Sim	27(31,4)
	Não	59(68,6)
<b>Cardiopatias</b>	Sim	24(27,9)
	Não	62(72,1)
<b>Ansiedade</b>	Sim	23(26,7)
	Não	63(73,3)
<b>Diabetes Mellitus</b>	Sim	22(25,6)
	Não	62(72,1)
	Não sabe	2(2,3)
<b>Hiperlipidemia</b>	Sim	22(25,6)
	Não	57(66,3)
	Não sabe	7(8,1)
<b>Osteoporose</b>	Sim	19(22,1)
	Não	62(72,1)
	Não sabe	5(5,8)
<b>Depressão</b>	Sim	18(21)
	Não	68(79)
<b>Obesidade</b>	Sim	9(10,5)
	Não	77(89,5)
<b>Câncer</b>	Sim	7(8,1)
	Não	78(90,7)
	Não sabe	1(1,2)
<b>Doença pulmonar</b>	Sim	5(5,8)
	Não	81(94,2)

A medida da qualidade de vida dos idosos do território da ESF, segundo os dados coletados através da escala WHOQOL-OLD, demonstrou um escore médio global de 78±9,8



(Tabela 4), não sendo encontrada nenhuma diferença estatística entre a média apresentada pelos indivíduos do sexo feminino ( $77,3 \pm 9,4$ ) e masculino ( $79 \pm 10,34$ ) ( $p=0,284$ ). É possível observar que as facetas “Morte e morrer”, a qual relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e “Funcionamento sensorial”, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais se apresentaram como aspectos positivos da qualidade de vida, enquanto a faceta “Participação social”, que delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade, mostrou-se como o aspecto com menor valor médio entre a amostra (Tabela 4).

**Tabela 4** – Qualidade de vida conforme a escala WHOQOL-OLD dos idosos com 70 anos ou mais adstritos a uma Estratégia Saúde da Família. Marau-RS, 13 de maio a 30 de agosto de 2019. (n= 86)

Facetas	Escore WHOQOL OLD média(Desvio padrão)	Sexo feminino	Sexo masculino
<b>GLOBAL</b>	78,2± 9,8	77,3±9,4	79±10,34
<b>FS</b>	80,8 ± 14,1	80,9±14,1	80,7±14,3
<b>AUT</b>	74,0±16,2	72,9±15,4	75,7±17,3
<b>PPF</b>	75,5±12,6	74,3±12,4	77,4±12,6
<b>PSO</b>	72,8±12,4	72,2±11,7	73,7±13,3
<b>MEM</b>	89,4±15,4	87,4±17,0	92,5±11,7
<b>INT</b>	76,7±17,0	76,0±16,9	77,8±17,0

FS: Funcionamento sensorial. AUT: Autonomia. PPF: Atividades Passadas, Presentes e Futuras. PSO: Participação Social. MEM: Morte e Morrer. INT: Intimidade.

As demais facetas avaliadas pelo teste apresentaram escores médios semelhantes, sendo elas: a faceta “Intimidade” ( $76,7 \pm 17,0$ ), a qual avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas, seguido pela faceta de “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” ( $75,5 \pm 12,6$ ), que descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia, e a faceta da “Autonomia” ( $74,0 \pm 16,2$ ), a qual refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões.

A mediana dos escores de qualidade de vida observada foi de 78,3. Partindo-se desse valor, dividiu-se os indivíduos em dois grupos: um grupo com valores de qualidade de vida menores ou igual à mediana, e um outro grupo contendo os indivíduos com valores de qualidade de vida maiores que o escore da mediana. Deste modo, observou-se que 51,2% dos idosos encontram-se no grupo com escore de qualidade de vida inferior ou igual à mediana. Ainda, ao se avaliar a distribuição das frequências das variáveis independentes em relação aos

dois grupos descritos acima, observou-se uma diferença estatisticamente significativa na relação da qualidade de vida e presença de problemas cardíacos ( $p=0,023$ ), depressão ( $p=0,011$ ), quantidade de medicações utilizadas ao dia ( $p=0,032$ ) e a prática de atividades físicas ( $p=0,025$ ) (Tabela 5).

**Tabela 5.** Associação da qualidade de vida com problemas cardíacos, depressão, quantidade de medicamentos consumido ao dia e prática de atividade física. Marau-RS, 13 de maio a 30 de agosto de 2019. (n= 86)

Variáveis		QV menor ou igual à mediana (78,3)	QV maior que a mediana (78,3)	p*
Problema cardíaco	Sim	17 (70,83%)	7 (29,17%)	0,023
	Não	27 (43,55%)	35 (56,45%)	
Depressão	Sim	14 (77,78%)	4 (22,22%)	0,011
	Não	30 (44,12%)	38 (55,88%)	
Medicações ao dia	0	4 (44,44%)	5 (55,56%)	0,032
	1 a 2	6 (28,57%)	15 (71,43%)	
	3 a 4	10 (47,62%)	11 (52,38%)	
	5 ou mais	24 (68,57%)	11 (31,43%)	
Atividade física	Sim	9 (33,33%)	18 (66,67%)	0,025
	Não	35 (59,32%)	24 (40,68%)	

\* Teste qui-quadrado. QV: Qualidade de vida.

## DISCUSSÃO

As mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais no país têm aumentado à demanda de usuários que necessitam de uma maior gama de cuidados, em especial a população idosa (ANDRADE *et al.*, 2013). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira tem envelhecido de modo rápido e intenso, sendo que a maior parte dos idosos apresenta baixo nível socioeconômico e alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (PEREIRA *et al.*, 2015).

O presente estudo apresentou uma amostra com a maior parte dos indivíduos na faixa etária entre 70 e 75 anos (53,5%), do sexo feminino (61,7%) e casados (53,5%), constatando características similares ao estudo de Pereira e colaboradores (2015) realizado no Sertão do Ceará, o qual revelou que a maioria dos idosos acima dos 60 anos eram do sexo feminino (64,0%), de cor parda (47,6%), casados (53,5%), com ensino fundamental incompleto (51,9%), maior parte aposentada (84,7%) e 27,6% das pessoas na faixa de idade de 70 a 79, enquanto 21,5% com idade maior que 80 anos.

Reis e colaboradores (2015) também apontaram, em Santa Juliana-MG, uma prevalência de 54,85% de mulheres na população idosa acima de 60 anos com média de idade de  $69,16 \pm 6,62$  anos, sendo 45,15% casados, 23,63% viúvos, e 13,5% divorciados. Quanto ao nível de escolaridade dos idosos, o estudo demonstrou que 29,53% possuem o primeiro grau incompleto, enquanto 25,31% possuem o segundo grau completo (REIS *et al.*, 2015).

O estudo de Tavares (2016) possui uma amostra com características similares ao estudo ora apresentado, desenvolvido com idosos residentes em área urbana do município de Uberaba-MG. Dentre os 1.691 entrevistados, predominou o sexo feminino (63,7%), faixa etária predominante de 70 a 80 anos (43,5%) sendo os maiores de 80 compoendo 18,4% do total. O estudo mostrou ainda que 43,1% são casados e escolaridade predominante entre 1 a 4 anos de estudo (52,6%). Observa-se que, mesmo em municípios grandes e desenvolvidos, as características relacionadas ao gênero e à escolaridade prevalecem na mesma percepção e com números parecidos.

Uma amostra por conveniência semelhante obtida no município de São Carlos – SP, composta por 217 idosos maiores de 60 anos, revelou uma média de idade dos idosos de 68,5 anos, enquanto que idosos na faixa de idade de 70 e 79 anos corresponderam a 25,9% do total, enquanto aqueles com idade entre 80 e 89 anos compunham 7,8% e maiores de 90 anos 1,8%, sendo 81,1% mulheres, 57,6% brancos, 41,9% casados, 51,6% com um a quatro anos de estudo e 55,3% aposentados (JESUS *et al.*, 2018).

O estudo aqui apresentado identificou como principais doenças e comorbidades a hipertensão arterial sistêmica (73,3%), seguida de hipercolesterolemia (32,5%), hipo ou hipertireoidismo (34,4%), cardiopatias (27,9%), diabetes mellitus (25,6%), hiperlipidemia (25,6%), ansiedade (26,7%), osteoporose (22,1%), depressão (21%), obesidade (10,5%), câncer (8,1%) e doença pulmonar (5,8%), dados semelhantes aos padrões observados em outras localidades, como por exemplo, no Ceará, onde foi observada uma prevalência de 46,2% de hipertensão entre os idosos acima de 60 anos, seguida de diabetes (18,0%), osteoporose (12,4%), ansiedade (11,8%), e doenças cardiovasculares (10,2%). Observa-se que, em ambos estudos, os dados referentes às patologias são semelhantes, sejam eles referentes a idosos de uma cidade do norte gaúcho ou do sertão do Ceará (PEREIRA *et al.*, 2015).

Para a pesquisa apresentada, foram analisados indivíduos com 70 anos ou mais, grupo de idosos que demanda mais cuidados, se comparado a idosos mais jovens. A título de exemplo, taxa de hipertensão arterial sistêmica que este estudo obteve foi de 73,2% em idosos

maiores de 70 anos, comparando com o estudo de Pereira (2015) que traz dados de idosos acima de 60 anos com uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica de 46,2%. Assim sendo, observa-se um aumento da prevalência dessa morbidade conforme se restringe a amostra para um grupo etário mais longo. Dados semelhantes foram observados em outros estudos, sendo verificado uma prevalência de hipertensão arterial de 42,3% em idosos de 60 a 70 anos e de 41,6% em indivíduos de 70 a 80 anos, residentes na zona urbana do município de Uberaba-MG (TAVARES *et al.*, 2011). Em Belo Horizonte, Minas Gerais, observou-se uma prevalência de hipertensão arterial em 63,4% dos idosos entrevistados, seguido de altas taxas de dislipidemia (26,5%) e diabetes mellitus (23,7%) (MIRANDA *et al.*, 2016).

As características de saúde dos idosos entrevistados no presente estudo apontam que, em sua maioria, estas pessoas apresentam uma considerável autonomia para realizar as diversas tarefas de vida diárias presentes no cotidiano, e ainda possuem uma percepção de saúde majoritariamente considerada regular (46,5%) ou boa (37,2%), conforme observado em um estudo semelhante, no qual evidenciou-se que a maioria dos idosos analisados estava satisfeita (64,4%) ou nem satisfeito nem insatisfeito (16,4%) (PEREIRA *et al.*, 2012).

Com relação à participação em grupos da ESF ou da comunidade, a maioria dos idosos entrevistados (79,1%) não participa de nenhuma atividade, diferente do estudo desenvolvido por Tavares e colaboradores (2012), onde a maior parte dos entrevistados maiores de 60 anos participavam de atividades educativas grupais (79,7%), estando 44,5% deles envolvidos em atividades educativas grupais relacionadas à hipertensão arterial (44,5%), ao idoso (31,6%) e ao diabetes mellitus (18,4%). Os locais de participação das atividades foram: Unidade Básica de Saúde (34,7%), Estratégia Saúde da Família (32%) e Unidade de Atenção ao Idoso (16%) (TAVARES *et al.*, 2012).

A média de qualidade de vida global dos idosos entrevistados no estudo aqui apresentado foi de 78,2, sendo a faceta de maior escore “morte e morrer” (MEM) com  $89,4 \pm 15,4$  e a de menor escore “participação social” (PSO) com  $72,8 \pm 12,4$ . Um estudo semelhante realizado com idosos cadastrados em quatro Centros de Referência de Assistência Social do município de São Carlos (SP) identificou que o domínio “morte e morrer” alcançou pontuação média mais elevada ( $72, \pm 26,1$ ) e o domínio atividades passadas, presentes e futuras obteve o escore médio mais baixo ( $61,7; \pm 13,9$ ) (JESUS *et al.*, 2018). A faceta “morte e morrer” diz respeito às preocupações, inquietações e temores sobre esse acontecimento.

Os dados aqui obtidos se assemelham aos obtidos por Tavares e colaboradores (2016), quando foi averiguado que a faceta “morte e morrer” ( $74,30 \pm 25,39$ ) apresentava o maior

escore médio de qualidade de vida entre os idosos, conforme apontado pelo mesmo instrumento, enquanto os menores índices foram observados na faceta “participação social” ( $63,06 \pm 16,68$ ) e “autonomia” ( $64,78 \pm 16,34$ ).

Reis e colaboradores (2015) evidenciaram uma média global de  $65,19 \pm 11,82$  para qualidade de vida em uma amostra de idosos, sendo a faceta “intimidade” apresentando o maior índice ( $77 \pm 18,37$ ), em seguida a faceta “sensorial” com o índice de  $69,75 \pm 17,90$  e “atividades passadas presentes e futuras” com  $64,14 \pm 16,40$ ; a faceta “morte e morrer” apresentou índice de 62. O menor escore de qualidade de vida observado foi para a faceta “participação social”, com índice de  $58,10 \pm 16,36$ . Esta faceta delinea a participação em atividades do cotidiano. Com esses dados, observa-se que, tanto no estudo ora apresentado, quando no estudo realizado por Reis e colaboradores (2015), a “participação social” demonstrou ser uma faceta com menor escore, apontando para o fato de os idosos avaliados não estarem ativos nas atividades sociais da vida e da comunidade.

Conforme aponta o estudo desenvolvido por Melo (2013), utilizando o instrumento de qualidade de vida para idosos (WHOQOL-OLD), o domínio “funcionamento sensorial” foi o que apresentou maior média ( $75,91 \pm 20,83$ ), seguido pelos domínios “morte e morrer” ( $67,97 \pm 23,49$ ), “intimidade” ( $67,62 \pm 16,74$ ) e “participação social” ( $65,93 \pm 16$ ). O domínio “morte e morrer” foi o que apresentou maior desvio-padrão, evidenciando a maior variação em torno da média. As facetas que apresentaram as menores médias foram, respectivamente, “autonomia” ( $60,14 \pm 16,35$ ) e “atividades passadas, presentes e futuras” ( $64,71 \pm 15,91$ ). A qualidade de vida da amostra apresentou média global de  $66,95 \pm 10,98$ . Ao se comparar com o presente estudo, observa-se valores mais baixos de média em todas as facetas analisadas e ainda, diferenças nos resultados e no escore global, ( $66,95$  versus  $78,2$  do presente estudo), indicando que os idosos maiores de 70 anos entrevistados na amostra aqui apresentada possuem uma qualidade de vida relativamente mais elevada.

A faceta “morte e morrer” não está relacionada ao acontecimento isolado, mas às preocupações dos idosos com relação ao medo de sofrer e ao medo dos acontecimentos que podem anteceder o processo da morte. Assim, a pontuação alta desta faceta observada no presente estudo indica que os idosos entrevistados apresentam baixo nível de preocupação com o ato de morrer e as particularidades que acompanham e antecedem este acontecimento.

Em relação à faceta “participação social, ligada às atividades da comunidade, os grupos e atividades de lazer, observou-se um baixo índice, o que pode ser reflexo do insuficiente incentivo por parte do poder público e da comunidade para a realização deste tipo

de ações. No tocante à percepção de saúde, os idosos, em sua maioria, responderam que sua saúde é regular (45,51%), seguida de 37,21% dos quais entendem que sua saúde está boa. As questões relacionadas à qualidade de vida dos idosos do território estudado demonstraram que os dados coletados através da escala WHOQOL-OLD possuem um escore médio global de  $78 \pm 9,8$ , não sendo encontrada nenhuma diferença estatística entre a média apresentada pelos indivíduos do sexo feminino ( $77,3 \pm 9,4$ ) e masculino ( $79 \pm 10,34$ ) ( $p=0,284$ ).

Os fatores que influenciam na qualidade de vida são variados, e incluem: condição de saúde, longevidade, disposição, lazer, satisfação no trabalho, remuneração, prazer, espiritualismo, capacidade, enfraquecimento, deficiência, atividade física, parâmetros antropométricos, uso de medicamentos, dentre outros (PEREIRA *et al.*, 2015). No presente estudo foram testadas as relações de qualidade de vida com todas as variáveis analisadas, sendo observado relevância estatística apenas na relação entre problemas cardíacos e qualidade de vida, observando-se que 56,45% dos idosos que não apresentam problemas cardíacos também possuem melhores índices de qualidade de vida, com escores maiores que a mediana (78,3). Foi observado também que 55,88% dos indivíduos que não apresentam diagnóstico clínico de depressão apresentam melhores índices de qualidade de vida. Do número de idosos que fazem uso de uma a duas medicações ao dia para transtorno depressivo, 71,43% têm índices melhores de qualidade de vida com relação aos que fazem uso de mais de cinco medicações ao dia, estes últimos apresentando qualidade de vida menor que a mediana analisada. Foi identificado ainda que indivíduos que não praticam atividades físicas possuem índices inferiores de qualidade de vida com 59,32% dos entrevistados.

O estudo aqui apresentado denotou que a qualidade de vida está relacionada ao menor índice de problemas cardíacos e depressão, bem como ao menor uso de medicações ao dia. Idosos que possuem mais problemas de saúde e, com isso, necessitam fazer uso de mais medicações ao dia, apresentam menor qualidade de vida.

Segundo Pereira (2015), em um estudo realizado na cidade de Canindé, no Sertão do Ceará, a presença de determinadas doenças se torna um fator que colabora para uma maior fragilidade do idoso, e isso interfere negativamente em sua qualidade de vida. Nos idosos estudados em Canindé, a hipertensão arterial apresentou maior prevalência, principalmente entre os idosos com idade mais avançada, seguida de diabetes, osteoporose, ansiedade e demais doenças cardiovasculares. Uma das associações encontradas entre a qualidade de vida e determinadas doenças no estudo se deram em função da quantidade e uso contínuo de medicamentos indispensáveis para o seu tratamento e seus efeitos colaterais.

Uma das limitações do estudo aqui apresentado foi o fato da amostra ter sido realizada em uma ESF apenas, o que faz com que a mesma não seja representativa para o município.

Como ponto forte do estudo destaca-se a identificação e realização de visitas domiciliares em todos os idosos maiores de 70 anos pertencentes ao território de abrangência do mesmo.

Após a coleta e análise dos dados, os mesmos foram apresentados para a equipe de saúde, com o objetivo de demonstrar a qualidade de vida dos idosos do território, também foram realizados cinco encontros na ESF, com todos os idosos do território, os encontros contaram com realização de atividades com foco na prevenção e promoção da saúde desta população.

## **CONCLUSÃO**

O estudo demonstrou que a população idosa maior de 70 anos de idade avaliada apresenta bons índices de qualidade de vida, em sua maioria realizando as tarefas do cotidiano sozinhos ou necessitando raramente de ajuda. Por outro lado, nota-se que muitos dos idosos entrevistados possuem alguma patologia associada e fazem uso de medicações.

Os idosos entrevistados não praticam atividades físicas diariamente e não participam de grupos da ESF e da comunidade. Com o objetivo de melhorar a participação dos idosos na comunidade podem ser desenvolvidas atividades como oficinas de artesanato, desenvolvimento de atividades físicas específicas, criação de equipes multidisciplinares para educação e promoção da saúde dos idosos, grupos de convivência, dentre outras atividades, como o grupo que foi criado na ESF após a coleta dos dados, onde foram realizadas atividades tanto de prevenção como de promoção da saúde, as quais foram atividades de lazer e bem estar da população estudada, recreativas, atividades físicas, dentre outras.

Com base nos dados obtidos, ressalta-se a necessidade de aumento dos estudos na área, já que é uma faixa etária da população que apresenta tendência de aumento para os próximos anos, principalmente com idosos com idade superior a 70 anos, uma vez que poucos estudos são encontrados com o foco especial nessa população, que é a mais vulnerável da terceira idade. Estudos científicos são importantes na medida que auxiliam na compreensão acerca da vida da população e subsidiam políticas públicas voltadas para cada faixa etária.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2016 v. 21, n. 5, p. 1499-1510.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)> Acesso em 05 set. 2019.

BRASIL. **Rede Atenção Psicossocial**. Portaria GM 3.088 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 30/11/2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 05 set. 2019.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm)>. Acesso em: 12 set. 2019.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe et al .Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas,2013. v. 30, n. 3, p. 393-403.

JESUS, Isabela Thaís Machado de et al . Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, 2018. v. 27, n. 4. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000400315&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400315&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 out. 2019.

KHOURY, Hilma Tereza Tôrres; SA-NEVES, Ângela Carina. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, 2014. v. 17, n. 3, p. 553-565.

MELO, Rômulo Lustosa Pimenteira de et al . Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, 2013. v. 16, n. 2, p. 239-250. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232013000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 out. 2019.

MIRANDA, Livia Carvalho Viana; SOARES, Sônia Maria; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, 2016. v. 21, n. 11, p. 3533-3544. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001103533&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103533&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 nov. 2019.

NAVARRO, Joel Hirtz do Nascimento et al . Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2015. v. 20, n. 2, p. 461-470.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. OMS .2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2019.

POWER. M. Quinn ,K, Schimidt S. **WHOQOL-OLD Group. Quality of Life Research**, 2005, 14:2197-2214. Disponível em: <[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/WHOQOL\\_OLD\\_Manual.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf?ua=1)>. Acesso em: 10 out. 2018.

PEREIRA, Déborah Santana; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; SILVA, Carlos Antonio Bruno da. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, 2015. v. 18, n. 4, p. 893-908. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000400893&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400893&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 out. 2019.

REIS, Sara Portela, et al. **Estudo da qualidade de vida de idosos não Institucionalizados. Faculdade de Talentos Humanos**. Universidade de Uberaba. Uberaba, MG, 2015. v. 1, n. 2, p. 56-60.

REIS, Cibelle Barbosa. Condições de saúde de idosos jovens e velhos. Roseli Santos de Jesus, Carla Silvana de Oliveira e Silva, Lucinéia de Pinho. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2016. <[file:///C:/Users/Luana/Downloads/2632-Article%20Text-4787-1-10-20160401%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Luana/Downloads/2632-Article%20Text-4787-1-10-20160401%20(3).pdf)>

SANTOS, Olga de Fátima Jansen dos, MARTINS Maria do Carmo de Carvalho, LUZ Maria Helena Barros de Araújo , Maria Helena, SOUZA, Cristina Maria Miranda, Qualidade de vida de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARAU. **Cadastros**. 2018. Disponível em: <<http://smsmarau.g-mus.com.br/cadastro/relcadusuario>>. Acesso em: 10 set. 2018.

SILVA, R. A. DA. **Qualidade de vida de idosos que participam do centro de lazer: um espaço de cuidado para a enfermagem**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, 2016.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al . Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 11, p. 3557-3564, Nov. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001103557&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103557&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 out. 2019.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida; MUNARI, Denize Bouttelet. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, 2012. v. 25, n. 4, p. 601-606. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 out. 2019.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, 2012. v. 21, n. 1, p. 112-120. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 nov. 2019.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos, MARTINS, Nayara Paula Fernandes, DIAS Flavia Aparecida, DINIZ, Marina Aleixo. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2011 abr/jun;13(2):211-8. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10876>>. Acesso em: 15 out. 2019.

## 4.2 NORMAS DA REVISTA SELECIONADA

Revista Espaço Ciência & Saúde

<http://revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem>

### 1 PREPARO DO MANUSCRITO

1.1 A redação do texto deverá respeitar as seguintes diretrizes: Fonte: Times New Roman, tamanho 12. Espaçamento entre linhas: 1,5. Recuo de parágrafo: 1,25 cm, exceto no resumo e abstract que não devem apresentar recuo. Alinhamento do texto: justificado. Margens: superior e lateral esquerda: 3 cm; inferior e lateral direita: 2 cm.

1.2 O manuscrito deve ser encaminhado em arquivo com extensão .doc ou .docx, através de submissão on-line no Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER).

1.3 A paginação deve ser inserida no canto inferior direito da folha, em algarismos arábicos, fonte tamanho 10, consecutivamente, até às referências.

1.4 O uso de negrito deve se restringir ao título do manuscrito e aos títulos do texto. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas.

1.5 Título do artigo: em português, estilo da fonte negrito, tamanho 14. Título em inglês e espanhol, estilo da fonte itálico, tamanho 14.

1.6 Título do texto: em português, em letras maiúsculas, estilo da fonte negrito, fonte 12, centralizado (limitando-se a 15 palavras).

1.7 Subtítulos: quando houver, em letras minúsculas, com exceção da primeira, regular, justificado à esquerda, espaçamento entre linhas simples.

1.8 Autores (até 6): A fim de garantir o anonimato no processo de análise e seleção, os manuscritos devem ser submetidos sem a identificação de autoria no corpo do texto, conforme instruções disponíveis em *Assegurando a Avaliação Cega por Pares*. Os nomes dos autores deverão constar somente nos metadados, na carta de encaminhamento do material e na declaração de cessão de direitos autorais.

**OBSERVAÇÃO:** A identificação de autoria no corpo do texto será solicitada via e-mail pelo editor após o encerramento do processo de avaliação do manuscrito.

1.9 Resumo, Resumen e Abstract: deverá ser uma exposição concisa, que não exceda 150 palavras em um único parágrafo, em português, espaçamento simples e parágrafo justificado. Logo abaixo de cada resumo incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>.

OBSERVAÇÃO: O título em língua estrangeira e os descritores devem ser traduzidos por profissional que tenha domínio da língua, acompanhado de declaração de tradução.

As citações devem ser indicadas no texto apenas pelo sistema autor-data (consultar formato na ABNT NBR 10520:2002). As citações precisam especificar sobrenome do autor da obra mencionada, data da publicação e número(s) da(s) página(s).

Orientações gerais sobre citações:

- a) Citações diretas com menos de três linhas deverão estar inseridas no próprio corpo do texto, entre aspas;
- b) Citações diretas com mais de três linhas devem ser apresentadas em destaque, separadas do corpo do texto, com recuo de 4 cm da margem esquerda, com corpo do texto transcrito em fonte tamanho 10 e espaçamento entre linhas simples e, ao fim, seguidas da referência de autoria;
- c) As citações pertinentes a reprodução de fala ou diálogo, devem estar entre aspas, destacadas do corpo do texto com recuo de 4 cm da margem esquerda, e transcritas em itálico, fonte tamanho 10 e espaçamento entre linhas simples. Exemplo: “Acho que não faz sentido avaliar este trabalho de modo que não comprometa a idoneidade dos autores assim como a identificação de cada um”. (E1)

1.11 Tabelas e Ilustrações: devem estar inseridas no corpo do texto e não exceder a 5 (cinco) no total.

- a) Tabelas: incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (tamanho máximo permitido: uma página em espaço simples). Utilizam-se fios horizontais e verticais para separar os títulos das colunas no cabeçalho, fechando-as na parte inferior, são abertas na lateral, enquanto os quadros são fechados.
- b) Ilustrações: qualquer que seja seu tipo (desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, plantas, quadros, retratos e outros), não devem repetir os dados já descritos nas Tabelas. Para identificar as partes individuais de figuras múltiplas, usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.). Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas; entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados. Figuras com baixa resolução (menos de 300 dpi) podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo.

- Título descritivo das tabelas e das ilustrações: aparece na parte superior, precedida da palavra designativa e de seu número de ordem em algarismos arábicos, centralizado nas margens da tabela ou da ilustração, fonte Times New Roman, tamanho 10, espaçamento simples entre linhas.

- Fonte e legendas das tabelas e das ilustrações: aparecem logo abaixo, alinhadas à esquerda da tabela ou da ilustração, fonte Times New Roman, tamanho 10, espaçamento simples entre linhas.

1.12 Notas de Rodapé: As notas de rodapé do texto, se imprescindíveis, devem ser numeradas consecutivamente em sobrescrito no manuscrito e escritas no final da página em que se encontra.

Carta de encaminhamento do material contendo nome completo, titulação, instituição(ções) a que pertence, e-mail, ORCID, currículo lattes, endereço e indicação do autor responsável pelo recebimento das correspondências;

Declaração de cessão de direitos autorais contendo nome completo, número de CPF do(s) autor(es) e assinatura do autor autorizado pelos demais autores indicando a responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito e transferência de direitos autorais (copyright) para a Universidade de Cruz Alta, caso o manuscrito venha a ser aceito pelos Editores.

Conflitos de interesse: os autores são responsáveis pela declaração de qualquer tipo de conflito de interesse na realização da pesquisa, tanto de ordem financeira como de qualquer outra natureza. O relator deve comunicar aos editores quaisquer conflitos de interesse que possam influenciar a emissão de parecer sobre o manuscrito e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

### 3 ESTRUTURAÇÃO DO MANUSCRITO

3.1 Introdução: texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa em razão de lacunas do conhecimento identificadas, e a sua justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

3.2 Método: definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de participantes. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de

aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.

3.3 Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.

3.4 Discussões: deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas. Em artigos de pesquisa qualitativa, admite-se a apresentação dos resultados juntamente com as discussões.

3.5 Conclusões: texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente, podem ser apresentadas limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

3.6 Referências: A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e em ordem alfabética, de acordo com as normas da ABNT. Os manuscritos poderão ter até 30 referências. Com exceção para artigos de revisão de literatura, que não há limite de referências.

Orientações gerais:

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na PubMed Journals database ou o título abreviado usado na Scielo. Em referências com mais de seis autores a expressão et al., deve ser usada após o sexto autor.

Condições para submissão:

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.

URLs para as referências foram informadas quando necessário.

O texto está estruturado e formatado conforme normas da revista.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para pesquisas com seres humanos indicar o número de aprovação emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Salienta-se também a necessidade de anexar uma cópia do parecer (CEP) e a Declaração de Transferência de Direitos Autorais.

O documento está sem a identificação e credenciais dos autores (estes dados devem constar nos metadados), a fim de permitir avaliação duplo cega pelos avaliadores.

A declaração de direitos autorais esta devidamente preenchida e assinada por todos os autores,

#### 4.3 COMPROVANTES DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

The screenshot shows a web browser window with the URL <http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/author/saveSubmit/5>. The page header features the journal logo and ISSN information: ISSN Online: 2526-8546, Impresso: 19813007. The main navigation menu includes CAPA, SOBRE, PÁGINA DO USUÁRIO, PESQUISA, ATUAL, ANTERIORES, and NOTÍCIAS. The current page is titled "Submissões ativas" and displays a message: "Submissão concluída. Agradecemos seu interesse em contribuir com seu trabalho para a revista Revista Espaço Ciência & Saúde." Below this message is a link to "Submissões ativas" and the ISSN number 2526-8546. On the right side, there are sections for "OPEN JOURNAL SYSTEMS" (Ajuda do sistema), "USUÁRIO" (Logado como: Inescolbar, with links for Meus periódicos, Perfil, and Sair do sistema), "NOTIFICAÇÕES" (Visualizar (12 nova(s)), Gerenciar), "IDIOMA" (Selecionar idioma: Português (Brasil), Submeter), and "CONTEÚDO DA REVISTA" (Pesquisa, Escopo da Busca: Todos, Pesquisar, Procurar).

Submissões Ativas

revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/autor/index?sort=authors&sortDirection=1

ISSN  
 Online: 2526-8546  
 Impresso: 19813007

# ESPAÇO CIÊNCIA & SAÚDE

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

## Submissões Ativas

ATIVO ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
9531	01-14	ART O	Dos Santos, Lindemann, Lindemann,...	QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

**Iniciar nova submissão**  
 CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

### Apontamentos

DATA DE INCLUSÃO	HITS	URL	ARTIGO	TÍTULO	SITUAÇÃO	AÇÃO
Não há apontamentos.						

Publicado Ignorado Excluir Selecionar todos

OPEN JOURNAL SYSTEMS

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO  
 Logado como:  
**luescobar**

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#) (12 nova(s))
- [Gerenciar](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo](#) (1)
- [Arquivo](#) (0)
- [Nova submissão](#)

IDIOMA

Selecione o idioma

Português (Brasil) Submeter

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

#9531 Sinopse

revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/autor/submission/9531

Impresso: 19813007

# ESPAÇO CIÊNCIA & SAÚDE

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #9531 > **Resumo**

## #9531 Sinopse

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

### Submissão

Autores	Luana Escobar Dos Santos, Ivana Loraine Lindemann, Gustavo Olszanski Acrani	
Título	QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO NORTE GAÚCHO	
Documento original	<a href="#">9531-24804-1-SM.DOCX</a> 2020-01-14	
Docs. sup.	<a href="#">9531-24805-2-SR.JPG</a> 2020-01-14	<a href="#">INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR</a>
	<a href="#">9531-24806-3-SR.JPG</a> 2020-01-14	
	<a href="#">9531-24807-1-SR.PDF</a> 2020-01-14	
Submetido por	Luana Escobar Dos Santos	
Data de submissão	janeiro 14, 2020 - 10:24	
Seção	Artigos Originais	
Editor	Nenhum(a) designado(a)	

### Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	2020-01-14
Última alteração	2020-01-14

### Metadados da submissão

[EDITAR METADADOS](#)

Autores

OPEN JOURNAL SYSTEMS

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO  
 Logado como:  
**luescobar**

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#) (13 nova(s))
- [Gerenciar](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo](#) (1)
- [Arquivo](#) (0)
- [Nova submissão](#)

IDIOMA

Selecione o idioma

Português (Brasil) Submeter

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos

Pesquisar



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a construção do trabalho de conclusão da residência, foram realizadas quatro etapas onde, desde o início foi traçado o objetivo do estudo final, no diagnóstico a ideia central era aprofundar conhecimentos relacionados aos cuidadores de idosos, após na realização do projeto foi mudado, e o estudo contemplou a qualidade de vida dos idosos do território com a realização do projeto de pesquisa, após foi realizada a coleta de dados e a construção do relatório da mesma, contendo as potencialidades e dificuldades enfrentadas nesta etapa finalizando com a realização do artigo o qual faz o fechamento final do trabalho.

Enfim, conclui-se o estudo salientado que os objetivos propostos pelo mesmo foram contemplados, o estudo foi de grande valia, e também foi possível realizar a promoção da saúde com a realização dos grupos através das intervenções realizadas, destaca-se a importância de promover saúde e bem estar na atenção básica, pois está, é uma população que demanda de cuidados e que está aumentando gradativamente.