

A Inserção da Unidade de Saúde da Família(USF) no Cuidado e ao Doente Crônico na Cidade de Piracicaba-SP

Autores

Isabela Macedo Carlini

Orientador

Maria Rita Marques de Oliveira

Apoio Financeiro

Fapic

1. Introdução

A mudança na estrutura etária da população vem, cada vez mais, obrigando os governos mundiais a promoverem políticas e programas que atinjam todas as fases da vida (NATIONAL RESEARCH..., 2001).

O aumento do crescimento da população idosa em todo o mundo pode vir a ser o processo de transformação demográfica mais significativa do século 21, o que possivelmente, exigirá políticas específicas na área de saúde pública e, para que essas possam se mostrar efetivamente promotoras do bem estar desse público, necessita-se de embasamento científico e conhecimento crítico da realidade, assim como detecção de determinantes, como participação no mercado de trabalho, situação de saúde e sócio-econômica (NATIONAL RESEARCH..., 2001).

A relação entre os serviços de saúde públicos e privados e o impacto de investimentos com tecnologia na área da saúde para a longevidade devem ser observados em conjunto (NATIONAL RESEARCH..., 2001).

É importante destacar ainda, que ganhos reais não serão realizados sem um diálogo efetivo entre as lideranças políticas, a comunidade e os pesquisadores.

Rosa *et al.* (2003) ressaltam, que com o crescimento mundial da população idosa, a preocupação em relação à capacidade funcional vem surgindo como novo destaque para a estimativa da saúde desse segmento etário. Esse aumento gera maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e, com isso, o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento. Já Guralnik (1992) acrescenta que, quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o cuidado de si, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande.

Segundo alguns autores (HUISMAN *et al.*, 2003; FILHO *et al.*, 2003), existem ainda poucos estudos que buscam investigar a presença de desigualdade social em saúde e na utilização dos serviços médicos entre

os idosos, sobretudo análises comparativas entre os países menos desenvolvidos. A maior parte desses trabalhos foi realizada em países com economias mais avançadas e se constitui em uma extensão da literatura que enfoca todos os grupos de idade e a população em idade ativa. Nesses países desenvolvidos, a evidência empírica constata a presença de desigualdades sociais na utilização dos serviços médicos, favorecendo aos idosos que pertencem a grupos sociais privilegiados.

2. Objetivos

Avaliar as condições de vida e nutricionais de idosos identificados entre a população em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Piracicaba, bem como obter informações dos cuidados familiares prestados a essa população.

3. Desenvolvimento

Estudo descritivo, num corte transversal, a partir de dados primários e secundários de saúde obtidos em duas Unidades de Saúde da Família da cidade de Piracicaba. Sendo que os dados apresentados neste trabalho são referente à região leste e oeste da cidade.

Foram avaliadas 100 famílias em cada USF, sendo que as visitas domiciliares realizaram-se em todas as famílias sorteadas para compor a amostra. Quando na visita foram identificados componentes com mais de 60 anos, aplicou-se um inquérito de avaliação das condições de saúde e nutricionais desse(s) morador(es).

Essas pessoas ou seus responsáveis foram entrevistados e, quando possível, pesados e a altura do joelho aferida, visando estimar a estatura, para acima determinar o Índice de Massa Corporal (peso (em kilos) / altura ao quadrado (em metros)). A circunferência do braço e da panturrilha foi tomada sempre que possível. Foram levantados dados sobre a capacidade funcional do idoso e avaliado o estado nutricional a partir da avaliação subjetiva do estado nutricional (GUIGOZ & GARRY, 1994). Foram ainda levantados dados sobre as condições de saúde e o consumo de alimentos do idoso e do familiar. O consumo de alimentos foi averiguado a avaliado qualitativamente por um questionário resumido de frequência alimentar.

Em visita na USF foram levantadas as ações relativas à alimentação e nutrição praticadas pela equipe voltadas aos idosos e os doentes crônicos.

Foi realizada análise descritiva, comparando-se as famílias das duas USF's, segundo as variáveis do estudo. O teste Qui-quadrado foi utilizado para analisar a relação entre duas variáveis categóricas.

Para analisar a relação entre uma variável contínua e uma variável categórica, foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney (quando em duas categorias) ou Kruskal-Wallis (quando em três categorias ou mais). O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p=0,05$.

4. Resultados

Na USF aleatoriamente sorteada, na região leste, para compor o estudo foram entrevistadas 100 famílias, conforme o previsto. Foram identificados 53 idosos em 41 das 100 famílias. Apenas 2 dos idosos entrevistados necessitavam de cuidador para realização de atividades básicas e instrumentais do cotidiano.

Já na USF aleatoriamente sorteada, referente à região oeste, foram entrevistadas outras 100 famílias devidamente cadastradas no Programa de Saúde da Família, totalizando-se assim, as 200 famílias previstas para compor este estudo até o momento. Neste segundo bairro analisado, constatou-se a presença de 32 idosos em 30 das 100 famílias visitadas. Ressalta-se que 9 idosos não se encontravam no domicílio no momento da visita e, por essa razão, não puderam compor a amostra total analisada até o momento. Na região oeste 2 idosos necessitavam de cuidador para a realização das atividades básicas e instrumentais do cotidiano.

De acordo com o estudo, verifica-se que a população residente no bairro CECAP (localizado na região leste), quando dividida em faixas etárias de acordo com o IBGE, apresenta maior proporção de idosos, em detrimento dos jovens e crianças, quando comparada com a distribuição da população do município. Em contrapartida, quando observada a população do bairro Itapuã II (localizado na região oeste), nota-se uma maior concentração de indivíduos jovens e crianças, fato esse que evidencia uma maior proximidade desse segundo bairro com o perfil da população piracicabana.

A renda média das famílias conforme a presença ou não de idosos não difere, com tendência para menor nas famílias cujo responsável é um idoso, em ambos os bairros.

Em relação ao padrão de refeição (**tabela 1**), quando se comparam os tipos de alimentos que as famílias dispõem e aqueles normalmente consumidos pelos idosos, verifica-se um padrão semelhante, com algumas diferenças interessantes. Os idosos consomem o pão com mais frequência, e alimentos protéicos com menos frequência. Entre eles, o consumo de banha é mais freqüente no primeiro bairro analisado (CECAP), enquanto que no segundo bairro estudado (Itapuã) a utilização da banha é mais comum no consumo familiar como um todo. Os doces e refrigerantes são menos freqüentes entre os idosos. Esses dados preliminares podem indicar o abandono de algumas práticas alimentares não recomendadas, como o uso da banha, e a incorporação de outros como o aumento do consumo de carnes, doces e refrigerantes. Embora a menor freqüência de doces e refrigerantes possa também indicar restrições impostas pela dieta alimentar.

Após teste estatístico, verificou-se que entre os grupos alimentares existe diferença significativa, com exceção do grupo 1, que se mostra parte do hábito alimentar de ambas as populações analisadas.

A preocupação com o hábito alimentar dessa população cresce ao se verificar a presença de 34,78% (n = 72) de Hipertensão Arterial Sistêmica entre os entrevistados do bairro CECAP e 30,70 % (n = 70) dessa morbidade entre os entrevistados do bairro Itapuã. Verifica-se também, um alto percentual de Diabetes Mellitus na população entrevistada, sendo 10,14% (n = 21) no primeiro bairro e 9,65% (n = 22) no segundo bairro analisados. A ocorrência de cardiopatias (cerca de 10% do total entrevistado em ambos os bairros) já evidencia o risco de mortalidade apresentado por essa população.

Mesmo identificando essa grande prevalência de doenças crônicas ligadas ao consumo alimentar, as USF's não dispõem de profissional de nutrição para orientar a população. Não há, nem ao menos, material de apoio à equipe para as orientações básicas. Algumas orientações são feitas pelo médico, outras pelos demais profissionais da equipe, sem critério técnico definido.

Alguns autores, porém, já indicam a importância da integração do nutricionista à equipe do Programa de Saúde da Família, já que trata-se de um profissional apto a participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil.

Após devidamente testados, os dados mostrados na **tabela 2** se encontram diferentes na fase 1, ao contrário da fase 2 que não mostraram diferença significativa. Assim foi constatado que no bairro Itapuã há maior proporção de pessoas com comprometimento do estado nutricional, mas não há diferença entre os bairros quanto a classificação da gravidade do comprometimento entre aqueles que apresentam o problema. Chama a atenção o comprometimento do estado nutricional confirmado para 9 indivíduos (18,3%) no CECAP e 12 indivíduos (37,5%) no Itapuã. No geral 26,6% dos idosos apresentam algum grau de comprometimento nutricional, sendo que em 6,3% classificados como desnutridos.

A dependência de terceiros que se identificou no primeiro bairro (CECAP) analisado foi de 4 a 9%, predominando 4% nas atividades básicas, sendo que no segundo bairro estudado (Itapuã II) houve uma variação entre 0 e 6% de dependência nesse tipo de atividade realizada por esses indivíduos (**tabela 3**).

Já em estudo realizado por Costa *et al* (2003), verifica-se a incapacidade de alimentar-se sem ajuda de terceiros apenas em 2% dos idosos analisados, bem como a incapacidade de tomar banho e ir ao banho.

A baixa incidência de indivíduos que dependem de terceiros (no caso, profissionais especializados) para alimentar-se também foi percebida em estudo realizado por Ricci *et al*. (2005), onde a categoria "alimentação" obteve menor média de dependência.

Pode-se notar ainda que entre as atividades instrumentais realizadas, a limpeza da casa, a lida com as próprias finanças e a realização de compras pessoais foram os itens com maior percentual de não realização por falta de autonomia, seguido do uso do telefone pelos indivíduos residentes no segundo bairro analisado. Já no bairro CECAP a porcentagem de indivíduos da faixa etária estudada que não conseguem realizar as atividades citadas anteriormente, fica apenas entre 4 e 9% da população estudada, o que evidencia possivelmente, um grau maior de autonomia para realização dessas atividades por entre essa população.

5. Considerações Finais

Com esse trabalho foi possível detectar o perfil demográfico e a composição das famílias dos bairros analisados, sendo que na população do bairro CECAP há maior proporção de idosos que no bairro Itapuã e

que, em contrapartida, na população do Itapuã há maior prevalência de idosos com comprometimento do estado nutricional.

Foi possível também verificar que a capacidade funcional da maioria dos indivíduos estudados se encontra preservada.

Embora atenção nutricional ao idoso seja uma importante ferramenta para manutenção e melhora na qualidade de vida dessas pessoas, uma orientação específica sobre alimentação e nutrição não ocorre nas USF's.

Referências Bibliográficas

COSTA, Maria Fernanda Lima; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico: Resultados Preliminares**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estatistica/populacao/censo2000/>, Jul/2003.

FILHO N A; KAWACHI I; PELLEGRINI A; DACHS N. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971–2000) and descriptive content analysis (1971–1995). **Am J Public Health**.2003;93(12):2037–43.

. Cad. Saúde Pública

GURALNIK; JM, LACROIX AZ. **Assessing physical function in older populations**. In: Wallace RB, Woolson RF, editors.

The epidemiologic study of the elderly. New York: Oxford University Press; 1992. p. 159-81

HUISMAN, M; KUNST AE; MACKENBACH JP. **Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly**; a European overview. *Soc SciMed*. 2003;57(5):861–73.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL, **Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research**. Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, 2000. Disponível em:

RICCI, Natalia Aquaroni; KUBOTA, Maristela Tiemi; CORDEIRO, Renata Cereda. **Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar**. Escola Paulista de Medicina. UNIFESP, São Paulo, 2005.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BENÍCIO, Maria Helena D'Aquino; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; RAMOS, Luiz Roberto. **Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos**. *Rev*

Anexos

Tabela 2. Distribuição percentual de indivíduos idosos de acordo com o escore de triagem e do total na Mini Avaliação Nutricional.

	Bairro CECAP	Bairro Itapuã	Total
Fase 1 (Triagem)			
E score triagem > 12	35 (74,4)	17 (53,1)	52 (65,8)
E score triagem < 12	12 (25,6)	15 (46,8)	27 (34,1)
	49(100)	32(100)	79(100)
Fase 2 (escore < 12) :			
Sem desnutrição	3(25)	3 (20,0)	6 (22,2))
Risco de desnutrição	5 (41,6)	11 (73,3)	16 (59,2)
Desnutrido	4 (33,3)	1 (6,6)	5 (18,5)
	12 (100)	15(100)	27(100)

A distribuição do escores de triagem na Fase 1 foi diferente entre os bairros ($\chi^2 = 3,8$; $p = 0,049$), nas não na Fase 2.

Tabela 1. Distribuição percentual do consumo de alimentos na família e pelo idoso.

	Família (CECAP)					Idoso (CECAP) n = 49					Família (Itapuã)					Idoso (TAPUÃ) n = 32				
	D	S	M	E	N	D	S	M	E	N	D	S	M	E	N	D	S	M	E	N
Grupo 1	99			1		100					99	1				97	3			
Arroz	99	1				96	4				99	1				91	9			
Pão	39	12	1	6	2	64	15	2	13	2	72	17	2	6	3	53	28	3	9	6
Bolacha	33	36	10	19	0	32	28	4	30	6	29	38	11	19	3	25	41	6	9	19
Macarrão	2	78	9	10	1	0	72	17	9	2	10	70	8	12	0	0	69	13	13	6
Grupo 2	84	9	4	3		87	9	2	0	2	59	24	7	9	1	56	34	3	0	6
Verduras	78	12	4	8		85	11	2	0	2	59	24	7	9	1	50	25	6	0	19
Legumes	61	27	4	7	1	66	23	2	4	2	48	26	6	18	2	34	53	3	3	6
Grupo 3	68	23	4	3	1	77	17	6	0	0	38	26	12	21	3	41	44	9	3	3
Frutas	51	33	7	6	2	55	30	11	2	2	38	26	12	21	3	37	47	9	3	3
Suco Frutas	28	36	5	19	12	30	34	6	13	15	16	20	10	32	22	9	28	12	28	22
Grupo 4	84	13	1	2		77	6	0	4	2	74	10	5	7	4	66	19	9	6	0
Leite	81	11	2	3	3	74	11	0	9	6	74	10	5	7	4	66	16	0	6	12
Queijo	19	33	20	15	13	21	32	15	17	13	15	27	21	21	16	6	34	19	19	22
iogurte	16	35	11	20	18	17	15	4	13	49	7	25	15	28	25	0	9	25	31	34
Grupo 5	79	18		3		70	23	0	4	0	22	47	12	12	7	84	12	3	0	0
Leguminosas	52	13	4	8	23	47	9	2	2	15	98	0	1	1	0	81	16	0	0	3
Carne bovina	35	54	5	5	1	21	28	2	4	2	51	38	5	5	1	6	87	0	6	0
Frango	30	61	5	3	1	13	30	2	4	2	37	48	11	4	0	6	87	0	0	6
Ovos	24	50	9	12	5	32	36	4	15	11	22	47	12	12	7	0	44	19	19	19
Peixe	8	29	29	28	7	6,4	26	26	23	17	4	18	19	40	19	0	25	25	34	16
Miudos		7	5	30	58	0	4	2	34	36	2	7	7	28	56	0	9	22	16	53
Café	87		5	2	6	94	0	0	2	2	90	2	0	2	6	81	12	0	0	6
Margarina	67	14	3	4	12	64	11	2	2	19	63	6	5	12	14	31	22	0	6	41
Refrigerantes	35	43	5	11	6	21	45	4	17	13	15	45	8	23	9	12	28	12	25	22
Fritura	33	39	8	17	3	30	40	4	13	13	39	31	11	14	5	12	47	16	19	6
Doces	30	33	7	22	8	15	32	11	28	15	18	38	6	29	9	9	41	12	19	19
Banha	6		1	4	89	11	0	0	6	81	5	4	0	9	80	0	0	0	3	97
B. alcoólica	3	24	3	19	59	2,1	9	6	9	43	3	7	6	21	63	0	6	3	12	78

Tabela 3. Grau de autonomia para a realização das atividades entre os idosos entrevistados nos bairros CECAP (n = 47) e Itapuã II (n = 32).

	Bairro CECAP Autonomia			Bairro Itapuã II Autonomia		
	nenhum a %	pouca %	suficiente %	nenhum a %	pouca %	suficiente %
Atividades instrumentais:						
Uso do telefone	6	13	81	16	37	47
Transporte urbano	6	15	79	3	38	59
Compras pessoais	4	17	79	19	22	59
Preparo da refeição	4	4	91	6	16	78
Limpeza da casa	6	17	77	19	22	59
Medicação	6	0	94	9	16	75
Próprias finanças	9	11	81	19	28	53
Atividades básicas:						
Alimentar-se	4	0	96	0	3	97
Vestir-se	4	0	96	6	3	91
Cuidar-se	4	0	96	6	3	91
Locomover-se	6	0	94	3	3	94
Deitar-se	4	2	94	3	3	94
Tomar banho	4	2	94	3	0	97