

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Análise da Morbidade Hospitalar por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o
Itinerário Terapêutico dos Idosos no Cuidado das Doenças Isquêmicas do Coração**

Ciana Minuzzi Gaike Biulchi

Passo Fundo

2014

Ciana Minuzzi Gaike Biulchi

Análise da Morbidade Hospitalar por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Itinerário Terapêutico dos Idosos no Cuidado das Doenças Isquêmicas do Coração

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof^ª. Dr^ª. Marlene Doring

Coorientador:

Prof^ª. Dr^ª. Bernadete Maria Dalmolin

Passo Fundo

2014

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

“Análise da Morbidade Hospitalar por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Itinerário Terapêutico dos Idosos no Cuidado das Doenças Isquêmicas do Coração”

Elaborada por

CIANA MINUZZI GAIKE BIULCHI

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovada em: 28/03/2014

Pela Banca Examinadora



Prof^a. Dr^a. Marlene Doring

Orientadora e Presidente da Banca Examinadora




Prof^a. Dr^a. Bernadete Maria Dalmolin

Coorientadora - UPF/ICB


Prof^a. Dr^a. Marlene Rodrigues Portella
Universidade de Passo Fundo - UPF/ppgEH


Prof^a. Dr^a. Vilma Madalosso Petuco
Instituto de Ciências Biológicas - ICB/UPF


Prof^a. Dr^a. Lia Mara Wibelinger
Universidade de Passo Fundo - UPF/ppgEH


Prof^a. Dr^a. Denize Cornélio da Luz
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF/UPF

CIP – Catalogação na Publicação

B624a Biulchi, Ciana Minuzzi Gaike

Análise da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis e o itinerário terapêutico dos idosos no cuidado das doenças isquêmicas do coração / Ciana Minuzzi Gaike Biulchi. – 2014.

114 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2014.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Marlene Doring

Coorientador: Prof^a. Dr^a. Bernadete Maria Dalmolin

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Idoso – Doenças crônicas.
3. Serviços de saúde – Idosos. 4. Envelhecimento humano. I. Doring,
Marlene, orientador. II. Dalmolin, Bernadete Maria, coorientador.
III. Título.

CDU: 613.98

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de forma integral ao meu marido, companheiro e amigo Adão Felipe Biulchi pelo apoio incondicional e o incentivo constante e ao meu amado filho Luiz Otávio Gaike Biulchi.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força, fé e coragem nos diversos momentos tempestuosos durante a elaboração deste trabalho. Pelas pessoas que cruzaram o meu caminho, sejam aquelas que me ajudaram de qualquer forma ou aquelas que, pelo simples fato de terem convivido comigo em algum momento, contribuíram para o meu amadurecimento e fortalecimento da pessoa que me tornei.

A todos que de qualquer forma colaboraram para a realização deste trabalho, àqueles que se dispuseram a participar da entrevista e àqueles que foram representados numericamente.

Ao Hospital São Vicente de Paulo e Hospital da Cidade pela autorização para contatar os pacientes em suas dependências, bem como às pessoas com as quais tive contato direto, Juliana Boff, enfermeira do CTI cardiológico, Rejane Pedro, responsável pelo Gerenciamento de Pesquisas no HSVP, Kellen, secretária do Coreme do Hospital da Cidade e Silvana funcionária do Same do Hospital da Cidade.

Às minhas queridas orientadora Marlene Doring e Co-orientadora Bernadete Dalmolin pela presença, incentivo e colaboração indispensáveis na consolidação deste mestrado.

À minha sogra Jane Biulchi e ao meu sogro Sérgio Biulchi pelo apoio, mas principalmente pelas inúmeras vezes que precisei da ajuda deles para cuidar do meu filhote e indiretamente de mim também enquanto eu precisava dar andamento aos meus escritos.

Meu muito obrigada!

EPIGRAFE

(...) a verdade é como um raio de luz que incide em somente alguma das faces de um objeto na penumbra – e apesar disso imaginamos saber sobre todo o objeto! Gastão
Wagner de Sousa Campos

RESUMO

Biulchi, Ciana Minuzzi Gaike. **Análise da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis e o itinerário terapêutico dos idosos no cuidado das doenças isquêmicas do coração.** 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2014.

Os avanços tecnológicos, as conquistas no campo das ciências da saúde, as mudanças e a melhoria na rotina de vida e trabalho são fatores que contribuíram para a longevidade populacional. Juntamente com a transição demográfica surgiu uma modificação epidemiológica dinâmica, alterando a prevalência e incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e interferindo nas condições de vida e saúde dos brasileiros. O estudo objetivou analisar a situação de saúde relativa aos idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis residentes no Estado do Rio Grande do Sul, a partir da análise da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis, no período de 2001 a 2010, e do itinerário terapêutico. Ao promover a reflexão sobre a situação de saúde no Estado e o desenvolvimento de ações modificadoras e dinamizadoras do processo de gestão em saúde, busca-se adicionar contribuições para o planejamento em saúde nas demandas referentes às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fornecer subsídios para a elaboração de políticas públicas capazes de contemplar as necessidades dos usuários por cuidado. Esta dissertação apresenta-se sob a forma de dois artigos. O primeiro aborda a análise da morbidade hospitalar no Rio Grande do Sul, no período de 2001 a 2010, fornecendo um panorama das internações dos idosos com 60 anos ou mais, através de um estudo ecológico utilizando dados disponíveis no Sistema de Informação Hospitalar do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e alimentado pela autorização de internação hospitalar. Foram alvo deste estudo as três principais causas de internação por Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosos para o referido período: doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasia. O segundo artigo trata-se de um estudo qualitativo sobre o itinerário terapêutico dos idosos de Passo Fundo/RS portadores de doenças isquêmicas do coração, o qual buscou desvelar o percurso construído por estes idosos na busca de cuidados. Após analisar a morbidade hospitalar por Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos idosos do estado do Rio Grande do Sul e conhecer o itinerário terapêutico dos idosos portadores de doenças isquêmicas do coração residentes em Passo Fundo/RS, pode-se inferir que a relação entre dados obtidos nos sistemas de informação do Ministério da Saúde e a aproximação da escuta das necessidades dos usuários pode subsidiar de forma qualificada o planejamento de ações de saúde. Para isso, os profissionais, gestores e comunidade devem estar dispostos a refinar sua percepção sobre o quadro epidemiológico que se apresenta, tanto para olhar os números quanto para captar nos dizeres e atitudes do usuário possíveis falhas nos serviços de saúde. Este trabalho aponta algumas intersecções que ainda devem ser dissecadas e abre espaço para outros questionamentos que complementarão as informações aqui apresentadas, sempre no intuito de contribuir para o conhecimento científico e refletir em benefícios para a sociedade.

Descritores: 1. Saúde do idoso. 2. Doença crônica. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Envelhecimento . 5. Sistemas de informação .

ABSTRACT

Biulchi, Ciana Minuzzi Gaike. **Análise da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis e o itinerário terapêutico dos idosos no cuidado das doenças isquêmicas do coração.** 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2014.

Technological advances, accomplishments in the field of health sciences, changes and improvement in life and work routines are factors that contributed to population longevity. A dynamic epidemiological change emerged along with demographic transition, altering the prevalence and incidence of Chronic Non-Communicable Diseases, and interfering in life and health conditions of Brazilians. The study aimed to analyze the health situation of elderly people with Chronic Non-Communicable Diseases; residents of the State of Rio Grande do Sul, Brazil, from the analysis of hospital morbidity by chronic non-communicable diseases, in the period of 2001 to 2010, and from the therapeutic itinerary. By encouraging the discussion about the State's health situation and the development of modifying actions and incentives of the health administration process, it was sought to contribute to health planning in demands regarding Chronic Non-Communicable Diseases, and to provide aid for the creation of public policies capable of attending users' needs for care. This dissertation is presented in the form of two articles. The first article discusses the analysis of hospital morbidity in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, from 2001 to 2010, providing an outlook of admissions of elderly people aged 60 years or older, through an ecological study using data available in the Hospital Information System of the Department of Informatics of the Unified Health System, and powered by the authorization for hospital admission. The aim of this study was the three main causes of admission by Chronic Non-Communicable Diseases in the elderly for the referred period: diseases of the circulatory, respiratory systems, and neoplasia. The second article is about a qualitative study on the therapeutic itinerary of elderly people from Passo Fundo/RS, Brazil with ischemic heart diseases, and it sought to unfold the path created by these elderly people in the search for care. After analyzing hospital morbidity by Chronic Non-Communicable Diseases in elderly people from the State of Rio Grande do Sul, and after knowing the therapeutic itinerary of elderly people with ischemic heart diseases, residents of Passo Fundo/RS, it may be inferred that the relation between data gathered in information systems of the Ministry of Health, and the approach by listening to the needs of users may properly supply the planning of health actions. Thus, professionals, administrators, and the community should be willing to refine their perception on the epidemiological situation presented, paying attention to the numbers as well as perceiving possible flaws in health services in the speech and attitudes of the user. This work indicates some intersections that should still be detailed, and it opens room for other questions that will add to information here presented always with the intention of contributing to scientific knowledge, reflecting as benefits to society.

Key words: 1. Health of the elderly. 2. Chronic disease. 3. Access to health services. 4. Aging. 5. Information systems.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	PRODUÇÃO CIENTÍFICA I - EVOLUÇÃO DA MORBIDADE HOSPITALAR POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL	15
2.1	<i>Resumo</i>	15
2.2	<i>Introdução</i>	15
2.3	<i>Método</i>	16
2.4	<i>Resultados</i>	18
2.5	<i>Discussão</i>	26
2.6	<i>Conclusão</i>	29
2.7	<i>Referências</i>	30
3	PRODUÇÃO CIENTÍFICA II - ITINERÁRIO TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ANÁLISE PARA O APRIMORAMENTO DO CUIDADO INTEGRAL AO IDOSO	33
3.1	<i>Resumo</i>	33
3.2	<i>Introdução</i>	33
3.3	<i>Método</i>	35
3.4	<i>Resultados e discussão</i>	38
3.4.1	A identificação do problema de saúde que levou à Doença Isquêmica do Coração: concepções do processo saúde-doença	39
3.4.2	Para um problema sistêmico um itinerário intervencionista, baseado na gravidade e sob a gestão do próprio usuário	43
3.4.3	O reforço de que as necessidades de cuidado vão para além das intervenções orgânicas e intervencionistas (integral e continuado)	50
3.5	<i>Conclusão</i>	52
3.6	<i>Referências</i>	53
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	ANEXOS	63
Anexo A.	<i>Parecer Comitê de Ética</i>	64
Anexo B.	<i>Comprovante de submissão produção científica I</i>	68
Anexo C.	<i>Comprovante submissão produção científica II</i>	70
	APÊNDICES	72
Apêndice A.	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	73

1 INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos, as conquistas no campo das ciências da saúde, as mudanças e melhorias nas rotinas de vida e trabalho são fatores que contribuíram para a longevidade populacional. No Brasil, o processo de envelhecimento tem se dado de forma acelerada; a cada ano, 650 mil pessoas aumentam a população idosa. Em aproximadamente, 40 anos, houve a transição de um quadro epidemiológico de mortalidade de um país jovem, com predominância de doenças infecciosas e parasitárias, para um quadro marcado por doenças crônicas, com duração prolongada, cuidados e medicação contínua, coexistindo no mesmo cenário epidemiológico (VERAS, 2007).

Essa carga de doença, além de impactar na vida econômica e na sociedade, afeta o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja responsabilidade pela oferta integral de cuidados exige uma rede complexa, desde uma atenção primária de qualidade até uma oferta de cuidados terciários de elevada densidade tecnológica. Na lógica das redes de atenção à saúde, torna-se imprescindível programar diretrizes clínicas e linhas de cuidado que assegurem a integralidade, tanto em nível individual como coletivo, incluindo cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

Enfrentar as questões de saúde nesta nova configuração demográfica e epidemiológica exige das autoridades, gestores e técnicos o conhecimento da realidade para focalizar as políticas públicas com planejamentos e decisões racionais, priorizando ações que tenham a maior efetividade e eficiência no uso dos recursos do setor para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Isso levará a população a construir seu processo de envelhecimento de forma saudável e com qualidade (VERAS, 2009).

Diante deste cenário, que coloca o envelhecimento populacional, a dinâmica epidemiológica das doenças crônicas e o sistema de saúde como elementos inter-relacionados e com ação direta um sobre o outro na efetivação das políticas de saúde, torna-se relevante entender qual a situação de saúde dos idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, residentes no Rio Grande do Sul, no período de 2001 a 2010. Sendo assim, este estudo objetivou analisar a situação de saúde relativa aos idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, residentes no Estado do Rio Grande do Sul e macrorregiões, a partir da análise da morbidade hospitalar por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, no período de 2001 a 2010, e do itinerário percorrido por eles na busca por cuidados terapêuticos.

Ao promover a reflexão sobre a situação de saúde no Estado e o desenvolvimento de ações modificadoras e dinamizadoras do processo de gestão em saúde, busca-se contribuir para o planejamento em saúde nas demandas referentes às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fornecer subsídios para a elaboração de políticas públicas capazes de contemplar as necessidades dos usuários por cuidado.

Esta dissertação apresenta-se sob a forma de dois artigos. O primeiro discorre sobre a situação da morbidade no Rio Grande do Sul, no período de 2001 a 2010, fornecendo um panorama das internações dos idosos com 60 anos ou mais, através de um estudo ecológico utilizando dados disponíveis no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e alimentado pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Foram alvo deste estudo as três principais causas de internação por Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosos para o referido período: doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasia.

O segundo artigo trata-se de um estudo qualitativo sobre o itinerário terapêutico dos idosos portadores de doenças isquêmicas do coração, moradores de Passo

Fundo/RS, que buscou desvelar o percurso construído por estes idosos na busca de cuidados.

Salienta-se que houve um recorte para realização deste estudo em relação aos objetivos apresentados no projeto de pesquisa no momento da qualificação, uma vez que os dados coletados dariam subsídios para um terceiro artigo que será objeto de outro estudo, o qual abordará a mortalidade por DCNT.

2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I - EVOLUÇÃO DA MORBIDADE HOSPITALAR POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL

2.1 *Resumo*

Com o objetivo de analisar a morbidade hospitalar dos idosos, por doenças crônicas não transmissíveis, no Rio Grande do Sul e por macrorregião realizou-se estudo ecológico das internações hospitalares de residentes no Rio Grande do Sul (RS), no período de 2001 a 2010, com idade ≥ 60 anos, de ambos os sexos e notificados ao Sistema de Informações Hospitalares, disponíveis no Departamento de Informática do sistema Único de Saúde. Foram consideradas as variáveis: local de residência por macrorregião, índice de envelhecimento populacional, sexo, idade, causas da internação por Capítulo CID 10 que apresentaram maior ocorrência de internação para a população do estudo: doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias. Observou-se redução nas internações por causas do aparelho circulatório, sendo que nas internações por sexo as taxas apontam, no geral, maior frequência para o sexo masculino. Na macrorregião Norte ocorreu a maior queda na frequência de internações do sexo feminino, no percentual de 32,93%, sendo que para o sexo masculino, este valor foi de 2,38%. Nas internações por causas do sistema respiratório também houve diminuição no período, porém para as internações por neoplasias houve aumento tanto no Estado, quanto para as macrorregiões, sendo maior para a população feminina. As variações nas taxas de internação, na população idosa neste recorte temporal reforça a efetividade de algumas ações que foram implantadas ao longo deste período contribuindo para a redução da morbidade hospitalar, e apontam possíveis nós que ainda não se mostraram sensíveis às ações de educação em saúde necessitando de intervenções iminentes.

Descritores: Envelhecimento, saúde do idoso, doença crônica, assistência à saúde.

Descriptors: Aging, elderly health, chronic disease, health care

2.2 *Introdução*

A transição demográfica e epidemiológica, com alteração da prevalência e incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), acarreta mudanças nas condições de vida e saúde da população. Essa carga de doença, além de impactar na vida econômica e na sociedade, repercute no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja

responsabilidade pela oferta integral de cuidados exige uma rede complexa, desde uma atenção primária (APS) de qualidade até uma oferta de cuidados terciários de elevada densidade tecnológica.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são as maiores geradoras de carga de doença no mundo, especialmente nos países de baixa e média renda (WHO, 2011), o que inclui o Brasil, um grande País de renda média, que, em 2007, teve 72% das mortes atribuídas às DCNT (SCHMIDT; DUNCAN et al., 2011). Em relação ao estado do Rio Grande do Sul, dados da Secretaria Estadual de Saúde apontam que mais de 60% dos óbitos informados ocorreram devido a três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (30,2%), neoplasias (20,5%) e doenças do aparelho respiratório (12,3%), com pequenas variações em relação aos valores do ano de 2000 (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Os estudos da relação entre espaço geográfico e saúde permitem organizar as informações por regiões e fatores de risco, facilitando a formulação de hipóteses, a seleção de variáveis e a análise de indicadores. Sendo assim, faz-se necessário examinar um conjunto de indicadores e, por meio da análise e mapeamento destes, identificar áreas que têm maior incidência de agravos e os contextos particulares em que os riscos estão inseridos.

Diante deste cenário, que coloca o envelhecimento populacional, a dinâmica epidemiológica das doenças crônicas e o sistema de saúde como elementos inter-relacionados e com ação direta um sobre o outro na efetivação das políticas de saúde, torna-se relevante analisar a morbidade hospitalar dos idosos, por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, por macrorregião do Rio Grande do Sul, no período de 2001 a 2010.

2.3 *Método*

Estudo ecológico das internações hospitalares por DCNT de residentes no Rio Grande do Sul, no período de 2001 a 2010, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos e notificadas ao Sistema de Informações Hospitalares e disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Localizado ao sul do Brasil, o Rio Grande de Sul possui uma área geográfica de 268.781,896 km² e 10.693.929 habitantes, sendo 1.467.957 com 60 anos ou mais (IBGE, 2010). Possui 496 municípios distribuídos em sete macrorregionais de saúde com seus respectivos municípios polos: Sul (Pelotas), Centro-oeste (Santa Maria), Missioneira (Ijuí), Norte (Passo Fundo), Serra (Caxias do Sul), Metropolitana (Porto Alegre) e Vales (Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul e Lajeado). Tal divisão foi proposta e discutida nas instâncias colegiadas do SUS (Comissão Intergestores Bipartite - CIB e Conselho Estadual de Saúde - CES), levando em consideração cada macrorregional, sua capacidade instalada, distribuição geográfica, fluxo e acesso aos serviços, por tipo de atenção e nível de complexidade (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Estudos com dados secundários, incluindo aqueles disponíveis nos sistemas de informação em saúde do DATASUS, apresentam algumas limitações como a falta de padronização na coleta dos dados registrados e também de informações de algumas variáveis que podem ser importantes para análises de interesse, por isso, o alcance dos objetivos estará limitado aos dados disponíveis (COELI et al., 2009).

As variáveis consideradas para este estudo foram: local de residência por macrorregião, índice de envelhecimento populacional, sexo, idade, causas da internação por Capítulo CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde), referente às Doenças Crônicas Não Transmissíveis. As DCNT são enfermidades de evolução prolongada que exigem tratamento e acompanhamento contínuos, entre elas, citam-se as doenças do aparelho circulatório, respiratório, neoplasias, hipertensão, diabetes.

Foram consideradas para este estudo três capítulos do CID 10 que apresentaram maior ocorrência de internação para os pacientes com 60 anos ou mais, no Rio grande do Sul e nas sete macrorregiões, quais sejam: doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias.

Realizou-se análise descritiva dos dados utilizando-se planilha de Excel, com cálculo dos indicadores de morbidade hospitalar por local de residência. Para o cálculo da taxa de morbidade, considerou-se como numerador as internações de residentes no Rio Grande do Sul e por macrorregiões e, como denominador, a população do Rio Grande do Sul e das macrorregiões multiplicada por mil. O índice de envelhecimento populacional foi medido pela razão entre o número de habitantes com 60 anos e mais e o número de habitantes com menos de 15 anos multiplicada por cem.

Por se tratar de banco de dados de domínio público, sem identificação do paciente, não foi necessário parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

2.4 *Resultados*

Foram incluídos no estudo 1.216.424 pacientes internados nos hospitais do Rio Grande do Sul no período de 2001 a 2010. Destes, a maioria era do sexo masculino (618.588) e a faixa etária com o maior número de internações (489.981) foi a compreendida entre 60 e 69 anos.

O índice de envelhecimento humano no estado do Rio Grande do Sul passou de 40,06%, em 2001, para 65,5%, em 2010, tendência acompanhada nas macrorregiões, como mostra a Tabela 1. Entre as macrorregiões, a Missioneira e a dos Vales foram as que apresentaram, em média, maior índice para o período.

Tabela 1 - Índice de envelhecimento (em %) no RS e nas Macrorregiões de Saúde, 2001 a 2010

Ano	RS	Centro-Oeste	Metropolitana	Missioneira	Norte	Serra	Sul	Vales
2001	40,1	43,6	35,9	43,2	40,5	38,9	47,0	46,5
2002	40,0	43,6	35,8	43,2	40,5	38,9	46,9	46,5
2003	40,0	43,6	35,8	43,2	40,5	38,9	46,9	46,5
2004	39,9	43,5	35,7	43,1	40,4	38,8	46,9	46,5
2005	39,8	43,5	35,6	43,0	40,4	38,8	46,9	46,4
2006	39,7	43,5	35,6	43,0	40,3	38,7	46,9	46,4
2007	52,9	57,3	46,1	64,1	58,7	51,0	59,1	61,8
2008	56,1	60,6	48,7	68,9	63,0	54,2	62,0	65,4
2009	59,3	63,9	51,3	73,6	67,2	57,3	65,2	69,1
2010	65,5	70,2	58,3	77,4	71,7	62,8	72,0	74,3

Dos três capítulos do CID - 10 considerados, a maior ocorrência de internações ocorreu por causas do sistema circulatório, com 553.724 internações, seguidas pelo sistema respiratório, com 479.384, e 183.316 internações por neoplasias. Na Tabela 2, pode-se observar que as internações por doenças do sistema circulatório apresentaram um decréscimo de ocorrências na população com 60 anos ou mais, ao longo do período estudado. Esse decréscimo também é observado quando se analisam as taxas de internação de cada macrorregião.

Tabela 2 - Internações por causas do aparelho circulatório (por 1000 hab.) na população com 60 anos ou mais, no Rio Grande do Sul e Macrorregiões, 2001 a 2010

Ano	RS	Centro-oeste	Metropolitana	Missioneira	Norte	Serra	Sul	Vales
2001	45,8	39,5	46,1	49,5	53,2	36,4	41,2	57,1
2002	52,3	47,3	51,5	58,0	58,5	42,0	50,3	62,8
2003	52,1	46,7	51,9	58,0	59,3	42,6	48,4	60,4
2004	51,9	48,0	52,3	55,7	55,9	42,2	49,7	60,3
2005	49,7	44,4	50,2	58,5	54,7	38,4	46,3	55,8
2006	49,4	42,9	48,8	58,8	57,6	41,0	46,0	55,2
2007	42,0	37,2	40,6	45,4	50,2	35,6	41,0	49,8
2008	39,8	35,4	38,7	41,4	45,2	36,3	39,6	46,9
2009	38,9	34,5	40,2	39,8	42,0	32,3	38,7	40,8
2010	37,5	32,4	39,5	38,4	42,2	29,7	34,7	41,1

Houve uma redução de 18,13% nas internações por causas do aparelho circulatório no Rio Grande do Sul no ano de 2010 em relação a 2001. Nas macrorregiões, houve a mesma tendência, com maior redução na macrorregião dos Vales, apresentando 27,94% de decréscimo nas taxas de internação.

Ao considerar as internações por doenças do aparelho circulatório, por sexo, as taxas apontam, no geral, maior frequência no sexo masculino, considerando-se a proporcionalidade internações/população por sexo, ocorrendo poucas exceções de frequência maior na população feminina (Tabela 3).

Tabela 3 - Internações por doenças do aparelho circulatório, por sexo (por 1000 hab.), na população com 60 anos ou mais, no Rio Grande do Sul e macrorregiões, 2001 a 2010

Ano	RS		Centro-oeste		Metropolitana		Missioneira		Norte		Serra		Sul		Vales	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2001	47,0	45,0	40,9	38,4	51,3	42,6	46,2	52,1	48,1	57,4	35,5	37,1	44,9	38,4	53,2	60,1
2002	54,2	50,9	47,9	46,8	57,4	47,5	55,6	59,9	54,9	61,3	44,0	40,5	53,9	47,6	58,2	66,4
2003	55,0	49,9	49,3	44,7	57,3	48,2	58,8	57,2	59,8	59,0	42,1	42,9	52,6	45,2	59,9	60,8
2004	55,5	49,3	51,5	45,2	58,7	47,8	57,5	54,2	55,6	56,2	44,3	40,6	53,6	46,8	58,9	61,3
2005	53,6	46,9	48,2	41,6	56,4	45,9	60,0	57,3	57,2	52,7	41,6	36,0	49,7	43,7	54,6	56,7
2006	53,4	46,5	44,3	41,8	55,0	44,6	60,3	57,6	60,1	55,5	44,1	38,5	51,8	41,7	55,0	55,3
2007	45,7	39,3	39,4	35,5	46,1	36,7	47,0	44,0	51,5	49,1	38,8	33,2	46,8	36,8	50,1	49,6
2008	43,5	37,0	36,2	34,8	44,7	34,6	42,4	40,6	49,6	41,6	39,4	33,8	43,9	36,4	45,3	46,9
2009	43,3	35,5	37,7	32,1	47,2	35,3	40,9	38,9	47,2	37,6	33,8	31,2	44,2	34,6	41,1	40,5
2010	41,8	34,3	34,8	30,5	46,3	34,7	39,7	37,3	46,9	38,5	30,9	28,7	39,7	30,9	42,1	40,4

Na macrorregião Norte, ocorreu a maior redução percentual nas internações por doenças do aparelho circulatório para a população do sexo feminino, com 32,93% a menos de internações em 2010, quando comparado a 2001. Também foi a macrorregião Norte que apresentou a menor redução percentual (2,38%) para as internações da população do sexo masculino pelas mesmas causas.

Das três principais causas de internação observadas, o sistema respiratório foi o que teve maior redução nas taxas de internação, reduzindo 40,67% em 2010, quando comparado a 2001, apresentando a maior taxa no ano de 2001, 51,71 internações por

1000 habitantes na população com 60 anos ou mais. Nas sete macrorregiões, as taxas de internação por causas do sistema respiratório também mostraram a mesma tendência de redução, como pode-se observar na Tabela 4.

Tabela 4 - Internações por doenças do aparelho respiratório (por 1000 hab.), na população com 60 anos ou mais, no Rio Grande do Sul e macrorregiões, 2001 a 2010

Ano	RS	Centro-oeste	Metropolitana	Missioneira	Norte	Serra	Sul	Vales
2001	51,7	48,7	38,1	77,4	81,2	37,4	38,6	82,9
2002	47,9	47,1	35,0	72,4	75,8	34,1	36,4	73,8
2003	44,5	43,4	33,6	67,4	68,4	33,3	32,8	67,0
2004	44,9	40,3	34,8	67,2	68,3	34,5	33,3	70,7
2005	41,5	39,3	31,8	66,1	62,7	31,2	28,7	63,8
2006	41,9	40,8	32,0	65,7	63,4	33,5	30,1	60,8
2007	36,0	34,8	26,5	55,3	53,4	28,1	29,2	54,1
2008	30,5	28,9	23,7	46,4	41,9	22,4	24,9	35,9
2009	31,0	28,0	25,3	44,9	42,8	22,9	25,0	45,0
2010	30,7	27,9	25,1	45,2	42,4	24,2	24,4	43,7

As taxas de internação por sexo por doenças do sistema respiratório apresentam maior morbidade no sexo masculino (Tabela 5).

Tabela 5 - Internações por doenças do aparelho respiratório, por sexo (por 1000 hab.), na população com 60 anos ou mais, no Rio Grande do Sul e macrorregiões, 2001 a 2010

Ano	RS		Centro-Oeste		Metropolitana		Missioneira		Norte		Serra		Sul		Vales	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2001	67,8	39,8	63,2	37,4	51,5	28,9	95,0	63,1	98,8	67,1	48,2	29,0	52,8	28,1	111,2	61,1
2002	63,0	36,7	61,1	36,2	47,2	26,5	89,0	59,1	92,8	62,1	46,2	24,7	49,2	27,1	99,0	54,5
2003	58,8	33,9	56,1	33,5	46,2	24,9	85,2	53,0	84,6	55,4	42,9	25,9	44,3	24,3	88,2	50,8
2004	58,5	34,8	51,8	31,3	47,0	26,3	84,2	53,4	83,6	56,0	44,6	26,6	41,7	27,1	92,9	53,7
2005	53,6	32,6	50,8	30,3	41,3	25,3	82,1	53,2	78,3	50,2	40,1	24,4	36,0	23,3	84,3	48,1
2006	53,6	33,1	51,2	32,7	41,4	25,6	82,3	52,3	77,3	52,3	43,9	25,5	38,4	24,0	78,4	47,2
2007	45,3	29,1	43,1	28,4	33,2	21,9	68,1	44,7	64,4	44,4	36,0	21,9	36,7	23,8	69,1	42,4
2008	38,3	24,7	36,1	23,4	29,5	19,6	55,0	39,4	51,0	34,5	29,1	17,1	32,6	19,2	57,6	35,9
2009	38,5	25,3	33,9	23,4	31,8	20,7	53,4	37,9	51,6	35,5	29,5	17,8	31,4	20,3	55,8	36,5
2010	37,6	25,5	33,1	23,9	30,7	21,2	53,2	38,7	51,8	34,8	31,0	18,9	29,4	20,7	54,7	35,0

Nas internações por neoplasias na referida população, houve aumento de 40,3% em 2010, comparado com o ano de 2001. No Rio Grande do Sul, o ano de 2006 apresentou a maior taxa geral, com 75,1% a mais de internações que o ano de 2001, como pode-se visualizar na Tabela 6.

Tabela 6 - Internações por neoplasias (por 1000 hab), na população com 60 anos ou mais, no Rio Grande do Sul e macrorregiões, 2001 a 2010

Ano	RS	Centro-oeste	Metropolitana	Missioneira	Norte	Serra	Sul	Vales
2001	10,3	7,6	11,3	8,2	11,6	9,2	12,6	9,4
2002	14,1	11,7	15,2	12,3	12,6	12,6	17,6	13,9
2003	15,6	13,9	17,4	13,7	14,3	15,0	16,5	13,9
2004	16,1	14,3	17,6	12,9	16,3	13,2	17,8	15,8
2005	16,5	15,1	16,7	14,0	18,8	14,8	19,1	16,7
2006	18,1	17,3	17,3	17,4	23,1	17,8	18,1	18,1
2007	15,6	14,3	14,0	15,7	20,4	15,0	16,6	18,7
2008	14,3	14,8	12,1	14,3	19,2	12,6	14,7	14,3
2009	14,8	14,3	13,3	14,0	20,1	14,6	14,2	17,9
2010	14,5	12,8	13,4	14,1	19,2	15,5	13,1	17,3

Salienta-se que houve aumento nas internações hospitalares por neoplasias no Rio Grande do Sul e em todas as macrorregiões do Estado no período estudado. Das sete macrorregiões, quatro apresentaram a maior taxa de internação para neoplasias na população com 60 anos ou mais no ano de 2006: a Centro-oeste teve aumento de 127,47%, a Missioneira teve 112,49% a mais nas internações, a Norte 98,94% e a Serra 93,76% de aumento nas internações por neoplasias, comparadas ao ano de 2001. As demais macrorregiões apresentaram as maiores taxas nos anos de 2004, 2005 e 2007, respectivamente, a Metropolitana, Sul e Vales.

Nas internações por neoplasias, por sexo, ambos apresentam aumento para o Estado, sendo 39,01% de aumento nas internações masculinas e 41,19% nas internações femininas. O ano com maior taxa foi 2006, para ambos os sexos. O sexo masculino apresentou aumento de 82,03%, enquanto o feminino de 67,04%, comparados a 2001, conforme Tabela 7, que também mostra a distribuição por sexo nas macrorregiões.

Tabela 7 - Internações por neoplasias por sexo (por 1000 hab.), na população com 60 anos ou mais, no Rio Grande do Sul e macrorregiões, 2001 a 2010

Ano	RS		Centro-oeste		Metropolitana		Missioneira		Norte		Serra		Sul		Vales	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2001	13,1	8,3	8,7	6,7	14,7	8,9	10,2	6,6	14,1	9,6	12,4	6,7	15,9	10,2	12,0	7,5
2002	18,3	11,1	14,1	9,9	19,7	12,1	17,2	8,4	16,6	9,4	16,2	9,8	21,9	14,5	19,4	9,7
2003	20,4	12,1	18,2	10,5	22,4	13,9	18,9	9,5	19,1	10,5	19,2	11,7	21,8	12,7	18,7	10,2
2004	20,9	12,5	18,1	11,4	22,5	14,3	17,6	9,0	21,7	12,0	16,7	10,4	23,5	13,7	22,2	10,9
2005	21,3	13,0	19,1	11,9	20,9	13,8	18,2	10,5	25,0	13,8	19,4	11,3	25,0	14,8	22,6	12,2
2006	23,8	13,9	23,2	12,7	22,2	14,0	22,0	13,8	31,3	16,5	24,1	12,9	23,3	14,3	25,3	12,5
2007	21,0	11,6	19,7	10,0	18,2	11,1	20,3	11,8	27,1	15,0	21,4	10,0	22,9	12,0	25,7	13,2
2008	18,6	11,0	20,3	10,5	15,0	10,1	18,6	10,7	24,3	15,1	18,2	8,3	19,6	11,1	24,3	14,3
2009	19,0	11,6	17,3	12,0	16,6	10,9	17,8	10,9	27,1	14,2	19,3	10,9	18,5	11,0	22,8	14,1
2010	18,2	11,7	15,6	10,6	16,1	11,5	18,2	10,8	24,6	14,8	21,3	11,0	16,7	10,4	21,4	14,1

Chama a atenção que, a partir de 2006, a macrorregião Norte apresentou as maiores taxas de internação por neoplasia, seguida pela região dos Vales.

2.5 *Discussão*

A ocorrência de elevados índices de envelhecimento no Estado aponta para uma transição demográfica em estágio avançado (RIPSA), com o aumento crescente da população com mais de 60 anos em relação aos menores de 15 anos de idade. Esses resultados reforçam a necessidade de ações diferenciadas voltadas para a saúde dos idosos, que se mostram, a cada ano, mais representativos. Enquanto, no Brasil, o índice de envelhecimento, em 2010, era de 44,8%, no Rio Grande do Sul, este índice já alcançava o valor de 65,5%, demonstrando uma transição demográfica mais avançada, sendo o índice mais elevado entre os estados brasileiros para este ano (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

O maior índice de envelhecimento apresentado, para o ano de 2010, para a região Missioneira e o menor para a Metropolitana, possivelmente, tenham ocorrido pelo reflexo da migração da população jovem do interior do Estado para os centros urbanos, embora ambas as macrorregiões apresentassem, em números absolutos, aumento na população com 60 anos ou mais e diminuição da população menor de 15 anos. Estudos apontam uma migração da população rural para a área urbana (FROEHLICH et al., 2011; PORTES; SANTOS, 2012) e a permanência dos mais velhos no meio rural (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008), promovendo um envelhecimento populacional do meio rural. Tais dados podem explicar valores utilizados como numerador e denominador no cálculo do índice de envelhecimento.

Um trabalho de revisão sobre a longevidade no estado do Rio Grande do Sul, analisando aspectos históricos, étnicos e de morbimortalidade dos idosos, indica que o aumento da expectativa de vida da população gaúcha está relacionado com a miscigenação étnica decorrente da formação heterogênea do Estado, aliada à dieta e estilo de vida peculiares. Este estudo também analisou dados de morbidade disponíveis no DATASUS, para o ano de 2007, e corrobora com os resultados desta pesquisa, ao

apontar como causas mais prevalentes de internação as doenças do sistema circulatório, neoplasias e respiratório (GOTTLIEB et al., 2011).

De maneira geral, as taxas de morbidade hospitalar mostram-se mais elevadas para o sexo masculino nas principais causas de internação apontadas neste estudo, fato que pode estar associado a menor procura por serviços de saúde pelos homens ou à procura somente quando os sintomas não podem mais ser geridos pelo próprio sujeito (GOMES et al., 2007; SCHRAIBER et al., 2010).

Mesmo que, em números absolutos, as internações por problemas circulatórios representem o maior volume, sua redução é significativa quando se faz uma avaliação das taxas dos últimos anos. Na população feminina, por exemplo, a taxa de internação era de 45,0 internações por 1000 habitantes, em 2001, e reduziu para 34,3, em 2010.

A diminuição na frequência das internações por problemas circulatórios, no Estado como um todo e nas macrorregiões de maneira similar, para a população acima de 60 anos, suscita a ideia de que as ações no controle destas enfermidades estão sendo efetivas na redução de seus agravos, embora ainda mostrem-se elevadas. Em estudo comparativo, entre os anos de 1994 e 2005, Gois e Veras (2010), também utilizando dados do DATASUS, observaram que a morbidade hospitalar por causas do sistema circulatório manteve-se como a principal causa de internação, porém, com redução, quando comparados os percentuais dos dois anos, pois, em 1994, elas representavam 32% das internações entre os idosos, já, no ano de 2005, representaram 28%.

Nas internações ligadas a problemas respiratórios, a redução da frequência de internação foi bastante significativa, possivelmente porque houve a inclusão, em 1999, da vacina contra influenza para idosos acima de 65 anos e redução da idade para 60 anos no ano seguinte, evitando, assim, os agravos nesta faixa etária da população, conseqüentemente, reduzindo as internações.

No período estudado, o ano de 2001 foi o que apresentou maior taxa de internação, ocorrendo uma redução de 41% no ano de 2010, com pequenas variações no período, que podem estar relacionadas à cobertura vacinal para cada ano ou a condições imunológicas individualizadas. Fato reforçado pelos resultados do estudo realizado em Porto Alegre/RS, no ano de 2004, com 1130 idosos, o qual apontou menor número de internações hospitalares, em geral, nos idosos que receberam a vacina contra influenza, em comparação aos não vacinados (VILARINO et al., 2010).

As internações por neoplasias tiveram aumento no período, tendo um crescimento nas taxas até 2006, no Estado e na maioria das macrorregiões, que apresentaram maior taxa de internação no ano referido, com leve redução nos anos seguintes até 2010, sem, no entanto, chegar a ser menor que no primeiro ano de observação deste estudo.

O aumento na morbidade hospitalar por neoplasias também é encontrado em outros estudos com dados secundários (VIRTUOSO et al., 2010; CASTRO et al., 2013; GOIS; VERAS, 2010), sendo a segunda ou terceira causa de internação em idosos. Em um estudo comparativo entre os estados de Santa Catarina e Bahia (GIRONDI et al., 2013), além da morbidade por neoplasias, doenças do aparelho circulatório e respiratório, as doenças infecciosas e parasitárias também aparecem entre as principais causas de internação para a população idosa, reforçando a transição epidemiológica incompleta presente no Brasil, e que deve ser levada em consideração no planejamento de ações em saúde.

As variações nas taxas de internação na população idosa neste recorte temporal reforçam a efetividade de algumas ações que foram implantadas ao longo deste período, contribuindo para a redução da morbidade hospitalar, e apontam possíveis nós que ainda não se mostraram sensíveis às ações de educação em saúde, necessitando de intervenções iminentes.

2.6 Conclusão

Os resultados mostram que as internações por DCNT no estado do Rio Grande do Sul e nas macrorregiões comportaram-se de maneira similar, com redução na morbidade hospitalar por doenças do aparelho circulatório e respiratório, e aumento nas internações por neoplasias, para a população com sessenta anos ou mais, percebendo-se frequência de internação mais elevada para o sexo masculino.

Para as internações por causas do sistema circulatório a macrorregião dos Vales foi a que apresentou maior redução de morbidade hospitalar por esta causa. Quando se observa as ocorrências por sexo a macrorregião Norte foi a que apresentou maior redução nas internações para o sexo feminino e para o sexo masculino o menor percentual de redução nestas internações na comparação entre 2001 e 2010.

As taxas de internação por causas do aparelho respiratório foram as que apresentaram maior percentual de redução para o período. Enquanto que nas internações por neoplasias houve aumento, possivelmente por serem doenças de curso prolongado, multifatorial e que em alguns casos pode apresentar sinais mais evidentes anos após seu início, alavancando a ligação de que quanto maior for a expectativa de vida e consequentemente maior o número de idosos o registro das ocorrências por neoplasias poderá apresentar-se crescente.

Desta forma salienta-se que a utilização de dados secundários disponíveis nos sistemas de informação do Ministério da Saúde mostra-se bastante eficiente na construção de um panorama da situação de saúde da população, servindo de suporte para o delineamento de políticas públicas, ratificando a importância do preenchimento correto dos formulários que alimentam o sistema e sua inclusão no menor tempo possível, para que as informações obtidas deste, sejam um reflexo fidedigno da realidade.

A associação de diversos fatores de risco para as doenças crônicas já se encontra amplamente estabelecida, bem como os percursos para minimizar seus agravos, principalmente no cenário de envelhecimento populacional que se apresenta, porém, há que se clarear a forma como estes mecanismos devem ser aplicados para tornarem-se efetivos.

Por ser o cenário demográfico e epidemiológico bastante dinâmico, é premente que os profissionais e gestores mantenham um olhar atento e sensível a tais mudanças, e que novos e constantes estudos sejam feitos para aprofundar e aprimorar o conhecimento destas informações, além de fazer emergir um diagnóstico de saúde mais próximo à realidade, fomentando a discussão e planejamentos de ações em saúde.

2.7 Referências

CASTRO, V.C.; et al. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Rev Rene**. 2013, 14(4):791-800. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1269>>. Acesso em: 16 set. 2013.

CLOSS, V.E.; SCHWANKE, C.H.A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2012; 15(3):443-458. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300006>>. Acesso em: 13 fev. 2014.

COELI, C.M. et al. Sistemas de informação em saúde. In: MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (Rio Grande do Sul). Resolução n. 555, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

FROEHLICH, J.M.; et al. Êxodo seletivo, masculinização e envelhecimento da população rural na região central do RS. **Ciência Rural**, Santa Maria, v.41, n.9, p.1674-1680, set. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-84782011005000124>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

GIRONDI, J.B.R.; et al. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. **Rev Enferm UFSM**, 2013, Mai/Ago, 3(2):197-204. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/217976926704>>. Acesso em: 07 jan. 2014.

GOIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600023>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

GOMES, R.; et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

GOTTLIEB, M.G.V.; et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2011, 14(2):365-380. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

MORAIS, E.P.; RODRIGUES, R.A.P.; GERHARDT, T.E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008, Abr-Jun, 17(2): 374-83. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200021>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

PORTES, E.A.; SANTOS, A.X.M. Aspectos da educação e do êxodo rural em minas gerais (1950-1970). **Cadernos de História da Educação**. v. 11, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/che/article/view/21704>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE – RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Disponível em : <<http://www.ripsa.org.br/>>. Acesso em: 01 fev. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução n. 555, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2009-2011**. Porto Alegre: ASSTEPLAN, 2011.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2012.

SCHRAIBER, L.B.; et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.26, n.5, 26(5):961-970, mai. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>>. Acesso em 12 jan. 2014.

VILARINO, M.A.M; et al. Idosos vacinados e não vacinados contra a influenza: morbidade relatada e aspectos sociodemográficos, Porto Alegre (RS, Brasil), 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(6):2879-2886, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600025>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

VIRTUOSO, J.F.; et al. Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, 2010, 13(2):215-223. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200006&lng=pt>. Acesso em: 25 out. 2013.

WHO. Obesity and overweight [Internet]. WHO. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA II - ITINERÁRIO TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ANÁLISE PARA O APRIMORAMENTO DO CUIDADO INTEGRAL AO IDOSO

3.1 Resumo

Com o objetivo conhecer o itinerário terapêutico de idosos, portadores de doenças isquêmicas do coração, residentes em Passo Fundo/RS realizou-se um estudo de abordagem qualitativa, com caráter descritivo e exploratório, por meio dos itinerários realizados por usuários com idade ≥ 60 anos, na busca pela atenção a saúde. Participaram do estudo 10 sujeitos que estiveram internados em dois hospitais gerais. Dados obtidos através de entrevistas partindo da história atual e explorando a história pregressa do processo saúde-doença de cada sujeito. Foram elaboradas três categorias que detalham o percurso seguido pelos usuários com doenças isquêmicas do coração: a identificação do problema de saúde que levou a Doença Isquêmica do Coração; concepções do processo saúde-doença; Para um problema sistêmico um itinerário intervencionista, baseado na gravidade e sob a gestão do próprio usuário e; O reforço de que as necessidades de cuidado vão para além das intervenções orgânicas e intervencionistas (integral e continuado). Os resultados apontam a necessidade de revisão e reorganização do sistema de atenção à saúde, essencialmente para que as ações voltadas às condições crônicas de saúde possam suprir as lacunas do acesso e da integralidade do cuidado, desenvolvendo um serviço centrado em ações anteriores aos cuidados agudos e emergenciais.

Descritores: Saúde do Idoso; Acesso aos Serviços de Saúde; Doença Crônica.
Descriptors: Health of the Elderly; Health Services Accessibility; Chronic Disease.

3.2 Introdução

O envelhecimento é um processo que pode estar acompanhado por diminuição das habilidades físicas e cognitivas e representar uma maior prevalência de quadros

patológicos crônicos, os quais, com frequência, levam à diminuição da qualidade de vida, com comprometimento da autonomia e capacidade funcional.

A promoção e a manutenção da saúde, num cenário de aumento de idosos na população mundial, exigem inovação do sistema de saúde, que, no Brasil, ainda se pauta por um modelo de atenção direcionado por decisões imediatas, pontuais e centradas na sintomatologia, apresentando pouca resolutividade, em especial, porque tem dificuldades para intervir em fatores de risco e cuidados integrais continuados.

Desse modo, enfrentar as questões de saúde exige das autoridades, gestores, técnicos e comunidade o conhecimento da realidade para focalizar as políticas públicas com planejamentos e decisões racionais, priorizando ações que tenham a maior efetividade e eficiência no uso dos recursos do setor para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, articulado em redes de atenção.

A análise da situação de saúde e a compreensão dos percursos trilhados pela população na construção de suas terapêuticas – denominado itinerário terapêutico – podem identificar gargalos assistenciais e fornecer subsídios para tomada de decisão específica para cada grupo populacional, na lógica da equidade, universalidade e integralidade. Além disso, os itinerários terapêuticos poderão identificar barreiras nos três níveis de atenção, inclusive em situações de urgência, em que tradicionalmente a necessidade tende a garantir a oferta em tempo adequado de intervenções no campo da saúde, sem assegurar custo-efetividade e qualidade, em especial, nas condições crônicas de saúde. Nessas condições, pela cronicidade e extensão da doença, há uma alternância entre períodos de agudização ou crises e períodos de “silenciamento da doença”, sem, contudo, dispensar cuidados continuados, podendo encontrar barreiras assistenciais, tendo em vista que os sistemas de saúde foram organizados para “dar conta dos casos agudos e das necessidades imediatas” (ARAÚJO et al., 2011, p. 203).

Canguilhem (2000), Oliveira et al. (2003), Gerhardt et al. (2008) e Riquinho e Gerhart (2010) defendem que a doença não é apenas uma variação da dimensão da saúde, senão uma nova dimensão da vida, levando a pessoa adoecida a uma reformulação de suas rotinas, com um modo diferente e individualizado de deliberar sobre suas novas necessidades, implicando na utilização de percursos e ferramentas formais e não formais para satisfação de seus anseios. A maneira como cada pessoa doente elabora seu percurso na busca de cuidados à saúde está intimamente relacionada ao seu contexto social e aos significados culturais atribuídos à determinada enfermidade, tratamento e prognóstico. Entretanto, nem sempre, os caminhos escolhidos pelo usuário são ditados apenas por suas atitudes, valores ou ideologias; há também como fatores condicionantes as características próprias de cada doença, o aspecto econômico e o acesso às tecnologias. Assim, além das escolhas subjetivas do sujeito, o que irá diferenciá-lo na construção do itinerário terapêutico são as interações dos recursos materiais, representados pelo acesso econômico, e os imateriais, ancorados pelas experiências de vida e mobilização de recursos sociais.

O desenvolvimento desta pesquisa buscou descortinar, em um recorte da população idosa, os principais elementos envolvidos na busca por cuidados nas situações de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, especialmente aqueles referentes às Doenças Isquêmicas do Coração (DIC), colaborando para a reflexão das ações de saúde direcionadas aos idosos e da forma como as decisões da gestão repercutem nas respostas aos cuidados assistenciais, de promoção em saúde e de prevenção aos agravos.

O objetivo deste estudo foi conhecer o itinerário terapêutico de idosos, portadores de Doenças Isquêmicas do Coração, residentes no município de Passo Fundo, sede da macrorregião norte do Estado do Rio Grande do Sul.

3.3 *Método*

Para a construção dos itinerários terapêuticos, realizou-se estudo de abordagem qualitativa, com caráter descritivo e exploratório, por meio do mapeamento dos percursos referidos pelos usuários na busca pela atenção à saúde.

Consideraram-se usuários pessoas de ambos os sexos, que estiveram internados no serviço de referência, em tratamento de alta complexidade, para patologias cardiovasculares do município de Passo Fundo¹, nos meses de abril, maio e junho de 2013, com diagnóstico de Doenças Isquêmicas do Coração. Os usuários foram contatados a partir de sua internação nos referidos serviços, após os devidos aceites da instituição e respeitadas todas as exigências éticas e as suas condições.

Participaram do estudo dez sujeitos residentes em Passo Fundo, município sede da macrorregião norte do Estado do Rio Grande do Sul, que estavam internados em dois hospitais gerais. Destes, seis eram do sexo masculino e quatro do feminino, com idades variando entre 63 e 82 anos, nove se definiram como de cor branca e um da cor amarela. Quanto à escolaridade, sete disseram ter o ensino fundamental incompleto, dois ensino superior completo e um ensino médio incompleto. Sobre a renda familiar, quatro

¹ O município de Passo Fundo localiza-se na região norte do Estado do Rio Grande do Sul e dista 291 Km da capital do Estado, Porto Alegre. Possui uma população de 184.826 habitantes, destes, 21.929 são idosos (IBGE, 2010). A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) atende à população urbana e rural, incluindo 5 distritos rurais e 4 distritos urbanos e dispõe da seguinte infraestrutura: a) 1 Posto de Atendimento Médico (PAM); b) 5 Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), que se constituem como Unidades de Referência para as Equipes de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde; c) 16 Equipes de Saúde da Família; d) 23 Unidades de Atenção Básica; e) 1 Hospital DIA – DST/AIDS; f) 1 Centro de Referência em Saúde da Mulher; g) 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um para Álcool e Drogas e um CAPS II; h) 1 Centro Municipal de Vigilância em Saúde que integra as Vigilâncias; e i) 3 Unidades de Pronto Atendimento, sendo uma Adulto, uma Pediátrica e uma Odontológica e o Serviço de Atendimento Médico (SAMU). Há a disposição um complexo hospitalar com 5 hospitais, sendo um público e os demais filantrópicos ou privados, contratualizados com o SUS. O município é sede da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), que é o órgão gestor regional da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), cuja abrangência envolve 62 municípios (população aproximada de 650 mil habitantes) (IBGE, 2010) da região norte do Estado.

declararam viver com uma renda entre um e dois salários mínimos, dois com renda entre dois e três salários mínimos, dois entre cinco e dez salários, um entre três e cinco salários e um com renda até um salário mínimo. Ainda, do total dos entrevistados, um estava residindo em uma instituição de longa permanência, dois moravam sozinhos na residência, porém, no mesmo terreno da casa de um familiar, e os demais moravam com companheiro, filhos e/ou netos. Todos eram portadores de Doença Isquêmica do Coração.

A seleção dos participantes partiu da internação hospitalar e atendeu os seguintes critérios: ser residente no município de Passo Fundo; ter sessenta anos ou mais; e ter condições cognitivas que possibilitassem responder aos questionamentos da pesquisa. A escolha de pacientes com esse diagnóstico ocorreu pela importância epidemiológica das doenças cardiovasculares no estado do Rio Grande do Sul e por abranger fatores de riscos e modos de vida que poderão ser apreendidos na trajetória do sujeito, bem como suas compreensões e buscas terapêuticas para eliminá-los ou minimizá-los. A definição do número de participantes no estudo para composição do itinerário terapêutico ocorreu no decorrer da pesquisa, pela saturação dos dados.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas pela pesquisadora, após a alta hospitalar, no domicílio do usuário ou outro local de sua preferência. O roteiro serviu de guia para obtenção dos dados, partindo da história atual e explorando a história pregressa do processo saúde-doença de cada sujeito, tendo a integralidade² da

² A integralidade foi tomada como: “uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados” (PINHEIRO, 2001, p. 65). A integralidade, portanto, é o grande propósito a ser buscado por todos os serviços de saúde dentro do sistema de saúde brasileiro.

atenção como eixo norteador dessa fase. As entrevistas foram gravadas com o uso de dispositivo digital e transcritas, posteriormente. Os sujeitos dessa pesquisa serão identificados pela letra “E”, seguida dos números ordinais de 1 a 10.

Na análise dos itinerários terapêuticos, as categorias temáticas foram elaboradas de acordo com os elementos presentes nas falas dos entrevistados, utilizando a análise temática (MINAYO, 2010), quando se buscou estabelecer os arranjos e explicações sobre as trajetórias terapêuticas relacionadas ao agravo estudado, ou seja, às Doenças Isquêmicas do Coração e quais os elementos que influenciaram suas escolhas e adquiriram importância no percurso do tratamento.

Foram respeitados todos os preceitos éticos contemplados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre a participação de pessoas na pesquisa (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil, CAAE 13090713.2.0000.5342 (ANEXO A).

3.4 Resultados e discussão

Após a análise minuciosa do material, foram identificadas três categorias que detalham o percurso seguido pelos usuários com Doenças Isquêmicas do Coração de Passo Fundo/RS, quais sejam: a identificação do problema de saúde que levou à Doença Isquêmica do Coração - concepções do processo saúde-doença; para um problema sistêmico, um itinerário intervencionista, baseado na gravidade e sob a gestão do próprio usuário; e o reforço de que as necessidades de cuidado vão para além das intervenções orgânicas e intervencionistas (integral e continuado).

Em cada categoria, foram apontadas as concepções que acompanhavam os encaminhamentos e as buscas realizadas pelos sujeitos nas experiências vividas na

situação de doença crônica conduzidas. Na composição desses itinerários, conforme o dizer de Belatto et al. (2008), há uma “liberdade relativa”, pois encontravam-se atrelados à configuração dos serviços e ao tipo de resposta que conseguiam dar às necessidades iminentes, conduzindo à resolutividade e à atenção possível.

3.4.1 A identificação do problema de saúde que levou à Doença Isquêmica do Coração: concepções do processo saúde-doença

Nesta categoria, foi possível identificar a linha condutora sobre as concepções do processo saúde-doença presente na vida dos nossos sujeitos, com uma perspectiva bem particular de encarar o adoecimento e seus fatores relacionados. Na maioria dos depoimentos, percebe-se que os usuários têm pouco conhecimento do seu problema, além da pouca associação entre a doença e os possíveis fatores de risco/proteção:

“Ah, eu não sei exatamente quando iniciou a doença, mas foi depois que eu parei de fumar [...]. Ansiedade, sufocação, daí eu até consultei [...] e ele me disse que eu tinha que fazer um cateterismo, que não sei o que, me assustou até, mas digo: ‘esse homem tá [...], não fui!’” (E3).

“A ansiedade [...], tinha um certo remédio que me dava ansiedade, eu eliminei esse remédio, me dei conta, quando tomava esse remédio, acontecia isso” (E4).

“Daí peguei a Doutora M, daí me colocou (stend), quando eu fui vê que, por esse braço aqui, eu não posso medir a pressão, ela colocou uma porcaria aqui que eu não sei o que que é, não sei o que que é aqui que ele fica tremendo[...].” (E6).

“Essa doença ali, começou em noventa e quatro, até noventa e sete foi difícil pros médicos controlar, né. Dor no peito, né? Não, ali eu não sei se, se fosse assim, eu não notava a pressão porque eu nunca pensei de ir no médico, algum lugar, e eu trabalhava e sempre me dava uma dor de cabeça forte, e dor, sobre o pescoço, eu acho que era pressão, né. E, depois, foi um tempo que não deu mais pra aguentar, daí [...]” (E9).

“[...] eu não me preparei assim, por exemplo, é, eu não preparei a alimentação, eu não, não cuidava da alimentação, eu fumava, eu, então, tudo isso veio a contribui pra que surgisse esses problemas” (E5).

Não há como pensar nos processos de adoecimento, causas, fatores determinantes/condicionantes e possíveis tratamentos de forma retilínea. Essas são concepções que se constituem ao longo da vida, correlacionando-se com fatores individuais e coletivos e formam o constructo teórico sobre o qual o sujeito lida com sua saúde e doença e cria estratégias para o enfrentamento de seus problemas. Portanto, as concepções de cada sujeito estarão transversalizadas no seu itinerário e fazem parte de um complexo emaranhado da vida que precisa ser compreendido e abordado nas intervenções dos serviços.

Os aspectos relacionados ao adoecimento e ao processo de envelhecimento precisam se tornar visíveis aos serviços de saúde, pois interferem em toda a dinâmica individual e familiar do usuário e podem ser o diferencial na escolha ou permanência por este ou aquele itinerário terapêutico, pois mudanças abruptas no cotidiano, muitas vezes motivadas pela doença, passam a exigir uma reorganização da perspectiva de atenção, conforme elucidam nossos protagonistas:

“[...] até o ano passado, eu trabalhava e me sentia bem, só que a parada é que me derrubo né, se não tivesse parado de trabalha, acho que tinha sido melhor, achei, digo, para de trabalha, descansar, foi meu erro” (E2).

“Olha, minha vida mudou da noite pro dia viu, eu ando um pouco, como é que eu posso dizer, desanimado, porque eu sempre fui uma pessoa disposta, resolvo as coisas rápido, ando sempre correndo o dia todo, sempre andava antes [...], eu agora, eu tô praticamente parado né, isso me deixa preocupado e ansioso né, eu não sou assim, nunca fui, a vida toda foi correndo, toda” (E4).

“Me aposentei sem estar preparado, aí começou a me surgir os problemas. Nessa época, eu tinha quarenta e nove anos. Dalí pra frente, que começou a me surgir os problema. Problema psicológico

né, eu tive tratamento psicológico, é problema financeiro, porque a minha família era, era grande [...] que também tudo dependia de mim [...], daí, então, aí começo a se agrava a minha situação [...], se agrava psicologicamente e mais também, a não, eu não me preparei assim, por exemplo, é, eu não preparei a alimentação, eu não, não cuidava da alimentação, eu fumava, eu, então, tudo isso veio a contribui pra que surgisse esses problema” (E5).

Ao tomar o processo saúde-doença como algo interconectado às dimensões biológicas, subjetivas e sociais, percebe-se que todas as situações vividas podem interferir nesse percurso, e é nesta direção que os profissionais precisam exercitar o pensamento e suas intervenções na perspectiva da integralidade, oferecendo aos sujeitos uma escuta sensível que lhes possibilite sentirem-se acolhidos nos seus sofrimentos e ancorados nas suas decisões.

Contudo, pode-se perceber que tanto o percurso prévio quanto o evento que demarca a doença grave são pautados por um modelo de saúde que reage às manifestações agudas, não podendo ser identificado nos itinerários cuidados mais amplos, com um rol de ações capazes de promover a saúde, prevenir a doença ou minimizar os agravos. Tanto os usuários que dizem nunca ter tido qualquer problema como aqueles que já vinham tratando há anos, como manifestado em seus depoimentos:

“Que nem eu, quanto tempo, 39 anos sem ir ao médico e, de repente, me dá isso ali [...]” (E1).

“Essa minha doença do coração [...] eu nunca tratei, primeira vez que adoeci [...]. Nunca, nunca, nunca adoeci na vida, eu fui adoece depois dos oitenta anos, né, aí fui adoece do coração” (E4).

“Na realidade, acho que começou há um ano e pouco atrás, um ano e pouco. Nunca, nunca, nunca que tive problema de doença nenhuma, nunca fui a médico também, nunca precisei nada” (E6).

“Eu tinha pressão, a pressão alta sempre né, sempre me tratando de pressão alta, tive crises de pressão, de ter que baixar hospital, e sempre me tratando com cardiologista [...]. Tive baixado, fiz outros cateteres, daí me tratei dez anos, daí eu achei que já tava superado

meu tratamento com ela, daí vim pra Passo Fundo, daí peguei outro médico e agora eu to, há cinco ano, com esse médico[...], ultimamente eu tava baixando muito seguido, só nesse ano eu baixei quatro vezes” (E5).

“Ah começo nos trinta anos, essa pressão alta que eu não tinha descoberto e foi alterando, e eu tomando calmante, tomando calmante pra uma dor horrível na cabeça e, de repente, quando eu perdi meu esposo, eu tinha trinta e sete anos, eu fui ao médico, aí que o Doutor descobriu [...] que eu tinha problema de pressão alta” (E7).

“Ele me deu um remédio pra tomar, daí comprei, tomei, aí, quando foi em janeiro, eu fui, paguei uma consulta [...], fiz exame, tudo, mas ele não me falo nada assim de que fosse uma coisa grave né, aí vim pra casa sempre com aquilo, aquela ansiedade, aquela coisa enjoada, e agora, quando foi em junho, que daí eu não, eu fui de novo e disse pro doutor que eu não aguentava: ‘acontece assim, assim e eu não posso ficar assim, não me sinto bem’ [...]” (E3).

Percebe-se nos depoimentos que os usuários que usufruíram de boa saúde, nas suas concepções, não buscavam serviços, orgulhando-se inclusive dessa condição. Embora, no imaginário coletivo, a máxima seja ir ao médico quando doente, há muitos anos, as construções teóricas no campo da saúde coletiva, bem como as políticas públicas vêm sinalizando um alargamento das possibilidades de intervenção, não apenas na busca de melhores resultados, mas também “uma redefinição dos próprios termos do conceito, especialmente se considerarmos seu imbricamento com a especificidade das condições de vida das populações dirigidas” (BONET; TAVARES, 2008, p. 192). A necessidade de romper com determinados modelos de atenção à saúde, centrados em procedimentos com alto consumo de determinadas tecnologias (equipamentos e fármacos) e que pouco valorizaram os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, a relação com o outro e a capacidade profissional de perceber e aliviar o sofrimento estão na origem dos movimentos que trouxeram novas leituras dos valores que deveriam orientar a atenção à saúde.

Concordamos com Mattos (2005), quando diz que as necessidades de saúde podem ser respondidas pelas ações assistenciais, enquanto que a responsabilidade por

modificar o quadro social de uma doença, com reflexo inclusive nas demandas futuras, está na perspectiva das ações preventivas. Dito de outra forma, a concepção trazida pelos nossos entrevistados precisa ultrapassar a assistência imediata da doença em si, precisa ser escutada, aprofundada, problematizada, a fim de que novos patamares de cuidado possam ganhar espaços na relação com o sujeito e seus coletivos.

Esse processo precisa ser construído em cada situação, articulando dinâmica do serviço e dinâmica social com tudo aquilo que ambas têm de constructo social, de modo a qualificar a atenção à saúde e a efetividade na busca por cuidado.

3.4.2 Para um problema sistêmico um itinerário intervencionista, baseado na gravidade e sob a gestão do próprio usuário

Se as concepções não dão conta, no geral, de uma consciência ampliada do problema, a lógica do itinerário evidencia com clareza o que acontece com o usuário: uma saúde precária, normalmente, com padrões clínicos regulares a ruínas, buscas por assistência atravessadas por processos burocráticos e demoradas, o que pode corroborar o agravamento do problema. Muito embora todos tivessem passado pelos hospitais, em função de um episódio recente de Doença Isquêmica do Coração, interessava ao estudo descortinar a linha de cuidado seguida desde que se percebiam com doenças do coração, o que pode ser verificado a partir dos seguintes relatos:

“Eu sempre procuro o CAIS da [...], é perto de casa [...], mas tinha que esperar meses pra pegar uma consulta com especialista né, às vezes, é dois, três, quatro meses pra consegui um especialista né, e essas coisas prejudicam. É mesma coisa na hora de pegar um médico, é, tinha que espera depois de pegar a ficha né pra marcar a data, levava meses também né, é muito, muito, muito demorado isso, acho que prejudica, prejudica todo mundo né” (E2).

“Procurava, ia, muitas vezes, ao CAIS, agora, por último, ia lá [no ambulatório do Hospital] [...], a gente paga aqueles noventa reais [chamada consulta popular] [...], mas consulta o médico né, então, é

isso aí que eu fazia. Pra coisinha assim, eu fui operada do útero, mas isso foi particular porque o meu filho pagou” (E3).

Sabe-se que a gravidade da situação de saúde impõe aos usuários e familiares uma pressão subjetiva e a busca de abreviação do tempo de espera a qualquer custo. No itinerário recorrido, percebe-se a necessidade do acesso imediato ou o mais breve possível, uma vez que o agravo é uma realidade e uma recorrência em quase todos os casos, na busca de agilidade para o atendimento:

“Pra pegar um especialista (SUS) levava noventa dias, cento e vinte dias, mas, se eu tô com um problema na hora, eu tô sofrendo daquilo, vou esperar noventa dias? Então, aí eu fui umas duas, três vezes no pronto atendimento (serviço de emergência hospitalar) [...]” (E2).

“Eu vou sempre, quando me dá uma crise mesmo, eu procuro a Emergência do Hospital. Tem posto de saúde aqui perto, mas vou quando tem que fazer uma injeção, uma coisa pequena assim, vacina e coisa [...], pro controle da pressão através de um cardiologista e na emergência [...]” (E5).

“Sempre eu consultei com esses médicos, assim do coração, pra pressão alta e daí venho tratando. Às vezes, quando me vejo assim, que não tá marcado uma consulta, aí eu vou consultar direto no hospital [dá entrada na emergência]” (E7).

Apesar da principal porta de entrada do sistema ocorrer por meio dos serviços de atenção básica (BRASIL, 2006), na realidade estudada, esses, quando buscados (referidos como a busca pela consulta com o especialista), eram muito morosos, não restando, muitas vezes, outra saída senão a compra do serviço privado (consultórios médicos privados ou ambulatório de um hospital que pratica preços mais baixos) e/ou a busca pelas emergências dos hospitais. Essas últimas são, de fato, a porta aberta que encontram para o pronto atendimento e/ou internação, mesmo que precisem esperar “quase” um dia:

“As emergência aqui são muito congestionadas, compreendeu, então, fica difícil pra pessoa assim. A gente vai até com receio de ir lá,

porque depende da sorte, às vezes, tu chega numa emergência ali, às vezes, tu logo é atendido, logo em seguida, mas ali é que muda os turno, as pessoas e, às vezes, até que se esquecem de ti lá, ao ponto de te deixar um dia lá, quase” (E5).

“Lá [na emergência] eu explicava pro médico, agora, nos últimos tempos, que eu sabia qual era o meu problema né [...], o médico me dava um remédio, só que não era correto, não fazia exames nada né, mas [...]” (E2).

É importante destacar que os idosos encontram alternativas de acesso, mas não significa que sejam adequadas as suas necessidades. Percebe-se neles a preocupação com o atendimento recebido para a solução de seus problemas, expressos em vários momentos por falas como: “não fez nenhum exame, lá o médico só me dá remédio” etc. Mesmo com o acesso, os usuários percebem que não há um investimento maior do profissional/serviço na busca de terapêuticas mais completas para atender as suas demandas. É importante neste momento fazer uma reflexão sobre esse sistema, que tem na urgência/emergência a maior porta de entrada para problemas de natureza crônica. Este é um indicador que ajuda a avaliar o quanto o modelo de atenção à saúde da cidade ainda se pauta em ações intervencionistas e curativas, o que pode, inclusive, piorar os patamares de saúde, com agravos mais precoces e incapacitantes.

Essa é uma distorção importante do sistema de saúde já estudada por autores, como Cecílio (1997), Campos (1997), Merhy e Onocko (2006) e Mendes (2011), constituída de vários fatores, entre os quais, destaca-se: a insuficiência dos serviços primários, tanto do acolhimento inicial quanto na capacidade de abordagem integral, a maior credibilidade dos serviços hospitalares, e a insuficiência ou falta de melhor equacionamento na média complexidade (consultas e serviços especializados). O resultado é uma intervenção precária e fragmentada, que não utiliza “da tecnologia certa na hora certa” (no dizer de Cecílio), ou seja, no momento de um episódio agudo, mesmo da doença crônica, o local adequado é a emergência e/ou a internação que dispõe de todo aparato tecnológico para prestar os atendimentos devidos para casos desta

natureza. Mas, passado este momento que, normalmente, não ultrapassa alguns dias, o local que tem (ou que, pelo menos, deveria ter) a tecnologia mais adequada é a unidade de saúde, que dispõe de uma equipe multiprofissional e trabalha com população adscrita, cuidando das pessoas no cotidiano, inclusive, com gerenciamento de caso, sobretudo, daqueles com mais necessidades, como idosos com doenças crônicas. Os serviços de urgência/emergência, embora sejam uma importante “estação” do sistema e tenham responsabilidade pelo atendimento e seu devido encaminhamento para a continuidade do tratamento, não são espaços para cuidado de problemas crônicos.

Um estudo realizado por Conill et al. (2007), sobre itinerário terapêutico e o percurso de pacientes da saúde suplementar com infarto agudo do miocárdio, encontrou resultados semelhantes aos captados nesta pesquisa. Os usuários não fazem menção a ações preventivas sobre possíveis agravos, ocorrendo uma linha de cuidado invertida, que se inicia após a instalação da doença e/ou suas complicações.

Os nossos sujeitos, mesmo os da rede suplementar, não utilizam de forma exclusiva o plano de saúde ou o SUS, acabando por fazer arranjos público-privados em todas as situações para abreviar o atendimento ou baratear o custo, como pode-se observar nas seguintes falas:

“[...] pegamos remédio aí no CAIS aqui da Vila Luiza, daí eles, daí a gente é muito bem atendido aí nesse CAIS. Então, quando é uma coisa mais sensível, procuro ir pela Unimed. Quando é pra pegar remédio, qualquer doutor dá. Uma parte, os mais barato eles dão, os caros eu tenho que comprar, pra nós dois, daí eu tomo um, dois remédio caro né [...]” (E10).

“Eu vô no postinho [...], consigo consulta (consulta com o clínico) e eles me dão remédio tudo também. Os que têm né, porque os que não têm eu tenho que comprar. Consulta no cardiologista particular, sempre particular” (E8).

Observa-se que o processo decisório segue o arranjo de conveniência conforme a situação e a autoavaliação da gravidade/necessidade do momento, mas, no âmbito hospitalar, exceto aqueles que têm plano de saúde, todos acessam o hospital pelo SUS, quer seja pela emergência, quer seja por “encaminhamentos” entre profissionais, situação que fere os princípios da equidade e igualdade de acesso ao sistema de saúde:

“Não, não fui, eu só fui na médica e nada mais, só na Doutora lá no consultório dela que é particular lá. Aqui perto tem unidade de saúde, aqui em baixo tem. A primeira vez que eu fui consultar lá era muito querida, aí fui ali, daí diz ela ‘ó trate de melhorar que eu vô me aposentar (do SUS), trate de melhora que vou’, daí realmente ela se aposentou, daí comecei a ir lá no consultório dela, só que lá daí é pago, má tudo bem, eu, pra mim, questão de cem pila a mais, cem pila a menos não faz diferença, mas importante é tá bem controlado [...]. O “stent” eu fiz pelo SUS” (E6).

“[...] e o Doutor disse que tinha que fazer um cateterismo [...], só que tinha me pedido dois mil e, até se fosse vê, a gente dava jeito de, mais aí ele disse não, pode deixar que eu mesmo vô encaminhar tudo, encaminhou. Diz vai fazer com o Doutor [...] lá no Hospital [...], pode deixar que eu marco tudo, só vão lhe chamar no dia pra fazer. Dito e feito, dali uns diazinhos, me chamaram, daí fui, olha, foi pra já, telefonaram na segunda, terça-feira, quando foi na quinta, tava fazendo, aí que acusou uma válvula entupida e uma veia. Aí fui procura, ele já me mando pro cirurgião, Doutor [...], e daí foi tão rápido que eles, acho, que queriam evitar um infarto, se agrava né, porque não tinha me dado nada” (E3).

É possível identificar que os usuários recorrem a distintos serviços, mas esses, em geral, são atravessados por um núcleo de atenção centrado na doença, parecendo não ser capaz de captar as necessidades mais amplas dos idosos com doenças crônicas, levando a uma atenção fragmentada e pouco sensível ao cuidado integral (ARAÚJO et al., 2011).

Percebe-se um conjunto de práticas sanitárias medicamentosas, intervencionistas e fragmentadas que perpetuam a visão biomédica da assistência à saúde, atrelada a

normas e rotinas e com pouca disponibilidade para a escuta ativa e olhar sistêmico sobre o adoecimento e as necessidades do sujeito:

“Depois, eu peguei outro médico, aí me tratei com outro médico aí, ele era, ele, ele a especialidade dele era cateter, aí ele viu possibilidade de fazer mais, mais, mais cateter, noutras artérias, daí eu fiz [...], daí passo uma semana, mais de uma semana e eu tava bom, fiquei bom, daí voltei a baixar de novo [...], aí eu tava com edema no pulmão” (E5).

O usuário acaba assumindo, de forma isolada, a gestão de seu cuidado, recebe algumas orientações, vai em busca de atendimento, mas permanece dissociado de um serviço de referência, como vê-se nas falas abaixo:

“Eu não faço uso do postinho porque eu tenho medidor, quando eu vejo que ele tá alterado, ou vô ao médico ou telefone pro Doutor, é muito atencioso também, aí ele me diz qual é o procedimento [...], se tenho que tomar mais remédio, tenho que tomar o outro, daí é assim que eu me mantenho” (E7).

“Só a medicação do médico, só [...], e não, daí ele não pediu mais nada assim pra fazer nenhum outro, em outros profissionais, só consulta médica [...]” (E1).

“Aí foi bem ligeiro a cirurgia pra fazer. Mas eu tive que correr atrás né porque senão, sei eu, eu, a gente que não se sente bem, tem que procurar recurso, não adianta” (E3).

“Não, agora saí do hospital faz uma semana. Ah, procurei o cardiologista e me dá remédio pra pressão [...], aí comprei aparelho de pressão pra ter em casa, diabete também apareceu, comprei aparelho também pra medi a diabete também lá, tenho tudo aí, meço tudo aqui, os exame faço aqui não é, e assim sucessivamente, não é” (E4).

A lógica da atenção básica de ter um profissional/uma equipe de referência que cuida da saúde dos moradores nunca foi mencionada pelos nossos sujeitos, alias, as Unidades de Saúde são dispositivos pouco resolutivos na vida desses usuários, apresentando-se como um passaporte às especialidades e local para obter alguns

medicamentos mais baratos e vacinas. Observe que, embora positiva a iniciativa dos usuários de buscarem o autocuidado, poderia ser qualificado o apoio de profissionais comprometidos com a atenção integral. Mendes (2011) aponta o autocuidado apoiado como um dos elementos importantes para o modelo das doenças crônicas e reforça que esse vai além da ação de dizer aos usuários o que fazer ou não, deve ser pensado como uma forma de preparar e empoderar as pessoas na autogestão de sua saúde e da atenção à saúde prestada.

Desta forma, os itinerários aqui estudados, salvo raras exceções em que um ou outro profissional tomou a decisão de ajudar, são construídos pelo próprio usuário com apoio dos seus familiares, ou seja, não é possível identificar serviços de referência em que os idosos sejam acompanhados continuamente, nem para tratamento de suas doenças, nem para ações de promoção, prevenção e/ou reabilitação.

Embora só mencionada por um usuário, a busca por cuidados de saúde na rede informal também está presente e dialoga com os espaços formais dos itinerários dos sujeitos, sem, no entanto, excluir uma ou outra, apenas fazendo um entrelaçamento entre elas, construindo uma trajetória singular na busca por cuidados, como referem Bellato et al. (2008). Na situação de adoecimento, o usuário se vê numa ocorrência iminente de agravo e deseja resolutividade, lançando mão dos recursos que vê disponíveis:

“Eu tô indo num curandor [...], como vou te dizer, eles operam invisível sabe, e tu sabe também que eu não senti mais dor aqui, não senti mais, e eu fiz uma ultrassom agora, que a Doutora pediu, acusou que não tem nada, eu já fiquei lá em cima de faceira né, porque Deus o livre” (E8).

Prestar atenção nesta rede de possibilidades, dialogando com os idosos sobre crenças, possibilidades e recursos da comunidade, pode trazer-lhes mais conforto e aumentar a confiança nos profissionais e serviços. Concorde-se com Mendes (2011), que, ao discutir sobre Modelo de Atenção Crônica (MAC), apoia-se na necessidade de

mudanças prementes, centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade, objetivando usuários mais informados e ativos e uma equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

3.4.3 O reforço de que as necessidades de cuidado vão para além das intervenções orgânicas e intervencionistas (integral e continuado)

O respeito à individualidade e a escuta e a percepção à subjetividade intrínseca à busca de cuidados, tornam-se decisivos na efetividade da abordagem terapêutica. Quando essa abordagem mostra-se ineficiente, acarreta um atendimento de baixa qualidade e passível de iatrogenias (OLIVEIRA et al., 2003; GÓIS; VERAS, 2010).

O cuidado constante torna-se indispensável no cenário do adoecimento crônico, principalmente quando as ações de promoção e prevenção já se mostram ineficientes para minimizar os agravos instalados:

“Ah, eu, ah, minha vida mudou desde que eu fiz as Pontes de Safena, ela mudou radicalmente né, eu tenho que tá me cuidando sempre né, não posso, tô sempre em tratamento, tenho que tá me cuidando pra não acontece qualquer coisa comigo [...] e agora essa doença que me deu que eu, que eu tive que, ocasionou outros problemas. Eu tenho deficiência renal, agora” (E5).

Ao mesmo tempo, há um aumento ou o surgimento da dependência, encarada, muitas vezes, como um fator limitante:

“É porque eu, às vezes, sinto falta, que eu não posso fazer as coisa, a gente fica acostumado a sempre fazer né, então, agora é passa um tempo desse jeito aí, não quero deixar minha netinha pequena. É fico em casa, indo pra lá e pra cá né, quando quero sair, ir a algum lugar, eles me levam né, lá no outro meu filho, o neto, quando chega meu neto, ele vem me busca né pra ir lá na casa dele, faze o que né” (E9).

As relações sociais também podem ser afetadas pela solidão causada pela perda dos parceiros ou mesmo pelo afastamento das atividades de lazer rotineiras:

“Olha, não muito, que fazia horas que eu não ia ali no DATI, aqui na UPF, eu ia, mas fazia horas que eu não ia, depois que eu perdi meu companheiro, daí não fui mais, mas senão eu caminhava” (E3).

“É, eu vejo meio que com tristeza né, que eu tava tão bem, andava no meio dos amigos, frequentava lugares, eu tenho uma turma que a gente faz um churrasco numa garage aí de um amigo, e todos os sábados eu ia lá né. E, quando comecei a ficar mais fraco né, eu parai de frequenta né”(E2).

É relevante considerar que a situação de adoecimento crônico, além de acarretar comorbidades associadas, seja também alavanca de outras demandas que possam comprometer seu engajamento com o autocuidado, pois acaba por interferir na sua autonomia, independência, na reorganização de papéis sociais, onde cada contexto de vida apresenta suas particularidades com interferência direta na forma como o indivíduo encara e gerencia a nova dinâmica de vida (FREITAS et al., 2010).

Assim, é pertinente retomar a ideia proposta por Mendes (2011) sobre o autocuidado apoiado, que suscita um encorajamento e suporte para o usuário gerenciar seus sintomas e, conseqüentemente, seu cuidado, sem, de forma alguma, descomprometer os profissionais de saúde de seu papel no acompanhamento deste sujeito. Pelo contrário, a efetivação deste conceito requer profissionais e serviços engajados na implementação desta ferramenta e dispostos a inserir o sujeito na elaboração de ações para o cuidado, com constante *feedback* entre usuário/serviço.

Desta forma, deve-se buscar integralizar o cuidado para além da normativa queixa-conduta, ampliando o acompanhamento e, com isso, talvez, reduzindo o descompasso entre as necessidades de saúde/agravamento da doença e a resolutividade dos serviços.

3.5 Conclusão

Os achados do estudo apontaram três categorias: a identificação do problema de saúde que levou à Doença Isquêmica do Coração: concepções do processo saúde-doença; para um problema sistêmico um itinerário intervencionista, baseado na gravidade e sob a gestão do próprio usuário; o reforço de que as necessidades de cuidado vão para além das intervenções orgânicas e intervencionistas (integral e continuado).

Desse modo pode-se inferir que os resultados do estudo oferecem indícios que a população idosa não está sendo assistida de forma integral pelo sistema de saúde, o modo como este idoso está acessando os serviços mostra-se distante do ideal para um sistema pautado na integralidade.

O itinerário terapêutico mostra-se como mais uma ferramenta para o conhecimento das realidades e enfrentamentos vivenciados pelos usuários idosos em seu cotidiano de busca por atendimento, proporcionando apontamentos para se desvelar as redes de cuidado estabelecidas pela pessoa adoecida na busca por um serviço resolutivo, criando conexões próprias, baseadas em suas experiências e não necessariamente nas redes formais.

Vislumbra-se que o fortalecimento de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, objetivando um envelhecimento saudável, seja o principal caminho para garantir uma melhor qualidade de vida aos idosos, buscando equacionar a assistência curativa e preventiva, na perspectiva de qualificar o cuidado, o que exige um olhar mais atento dos profissionais e gestores para identificar estas recosturas da assistência (rede de cuidados) feitas pelo usuário e o questionamento e avaliação dos fatores que os levam a buscar tais caminhos.

Portanto, os resultados deste estudo trazem à tona uma necessidade de revisão e reorganização do sistema de atenção à saúde, essencialmente para que as ações voltadas às condições crônicas de saúde possam suprir as lacunas do acesso e da integralidade do cuidado, desenvolvendo um serviço de saúde centrado em ações anteriores aos problemas agudos e emergenciais.

3.6 Referências

ARAÚJO, L.F.S.; BELLATO, R.; HILLER, M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, PH (Organ.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011. p. 203-214.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G.; MATTOS, R.A., (Organ.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 167-187.

BONET, O.; TAVARES, F.R.G. O usuário como mediador. Em busca da perspectiva “ecológica” sobre os condicionantes sociais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R., (Organ.). **Cuidado do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMSQUERF/ABRASCO, 2008. p. 191-209.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 12 set. 2012.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2ª.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Rio de Janeiro: **Cad Saúde Públ**, 1997. p.469-478.

CONILL, E.M.; et al. Relação público-privado e arranjos técnicos assistenciais na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região sul. In: CECCIN, R., (Organ.). **Relatório de pesquisa: Rede de Centros Colaboradores em Saúde Suplementar: Núcleo Sul**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; SOUZA, A.V. **O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos**. Rev Esc Enferm USP. São Paulo: 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200024&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 dez. 2013.

GERHARDT, T.E; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A, (Organ.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2008. p. 197-214.

GOIS, A.L.B.; VERAS, R.P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600023>>. Acesso em 30 ago. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., (Organ.). **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3^a.ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO, 2005.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R., (Coord.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2^a.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, D.R.; LENARDT, M.H.; TUOTO, F.S. **O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal**. São Paulo: Acta Paul Enf, v. 16, n.4, p. 49-58, 2003.

PINHEIRO, Rosani. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 65-112.

RIQUINHO, L.D.; GERHARDT, T.E. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000200009>>. Acesso em: 15 set. de 2012.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde e as redes de atenção formam um processo dinâmico no emaranhado de variáveis envolvidas no processo saúde-doença. Ainda mais quando se vislumbra um cuidado que vá além da patologia, mas que não busque somente a ausência de doença e, sim, a assistência adequada no momento adequado.

A inversão da pirâmide demográfica e o aumento na expectativa de vida são uma realidade, o que nos resta desvelar é como a sociedade, o poder público e as escolhas individuais podem interagir para intervir nos fatores modificáveis e garantir um processo de envelhecimento saudável.

Após analisar a morbidade hospitalar por Doenças Crônicas Não Transmissíveis dos idosos do estado do Rio Grande do Sul e conhecer o itinerário terapêutico dos portadores de Doenças Isquêmicas do Coração residentes em Passo Fundo/RS, pode-se sugerir que esta relação entre dados obtidos nos sistemas de informação do Ministério da Saúde e a aproximação da escuta das necessidades dos usuários pode subsidiar, de forma qualificada, o planejamento de ações de saúde.

Para isso, profissionais, gestores e comunidade devem estar dispostos a refinar sua percepção sobre o quadro epidemiológico que se apresenta, tanto para olhar os números quanto para captar nos dizeres e atitudes do usuário possíveis falhas ou lacunas nos serviços de saúde.

Os resultados do estudo apontam algumas intersecções que ainda devem ser dissecadas e abrem espaço para outros questionamentos que complementarão as informações aqui apresentadas, sempre no intuito de contribuir para o conhecimento científico e refletir em benefícios da sociedade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.F.S.; BELLATO, R.; HILLER, M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, PH (Organ.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011. p. 203-214.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A.G.; MATTOS, R.A., (Organ.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 167-187.

BONET, O.; TAVARES, F.R.G. O usuário como mediador. Em busca da perspectiva “ecológica” sobre os condicionantes sociais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R., (Organ.). **Cuidado do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMSQUERF/ABRASCO, 2008. p. 191-209.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 12 set. 2012.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2ª.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CASTRO, V.C.; et al. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Rev Rene**. 2013, 14(4):791-800. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1269>>. Acesso em: 16 set. 2013.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Rio de Janeiro: **Cad Saúde Públ**, 1997, 13(3):469-478. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2014.

CLOSS, V.E.; SCHWANKE, C.H.A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2012; 15(3):443-458. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300006>>. Acesso em: 13 fev. 2014.

COELI, C.M. et al. Sistemas de informação em saúde. In: MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

CONILL, E.M.; et al. Relação público-privado e arranjos técnicos assistenciais na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região sul. In: CECCIN, R., (Organ.). **Relatório de pesquisa: Rede de Centros Colaboradores em Saúde Suplementar: Núcleo Sul**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; SOUZA, A.V. **O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos**. Rev Esc Enferm USP. São Paulo: 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200024&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 dez. 2013.

FROEHLICH, J.M.; et al. Êxodo seletivo, masculinização e envelhecimento da população rural na região central do RS. **Ciência Rural**, Santa Maria, v.41, n.9, p.1674-1680, set. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-84782011005000124>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

GERHARDT, T.E; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A., (Organ.).

Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas.
Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2008. p. 197-214.

GIRONDI, J.B.R.; et al. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. **Rev Enferm UFSM**, 2013, Mai/Ago, 3(2):197-204. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/217976926704>>. Acesso em: 07 jan. 2014.

GOIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600023>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

GOMES, R.; et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

GOTTLIEB, M.G.V.; et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2011, 14(2):365-380. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-
&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jan. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., (Organ.). **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3^a.ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO, 2005.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R., (Coord.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2^a.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAIS, E.P.; RODRIGUES, R.A.P.; GERHARDT, T.E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008, Abr-Jun, 17(2): 374-83. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200021>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

OLIVEIRA, D.R.; LENARDT, M.H.; TUOTO, F.S. **O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal**. São Paulo: Acta Paul Enf, v. 16, n.4, p. 49-58, 2003.

PINHEIRO, Rosani. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PORTES, E.A.; SANTOS, A.X.M. Aspectos da educação e do êxodo rural em minas gerais (1950-1970). **Cadernos de História da Educação**. v. 11, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/che/article/view/21704>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE – RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/>>. Acesso em: 01 fev. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução n. 555, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2009-2011**. Porto Alegre: ASSTEPLAN, 2011.

RIQUINHO, L.D.; GERHARDT, T.E. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2010. Disponível

em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000200009>>. Acesso em: 15 set. de 2012.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2012.

SCHRAIBER, L.B.; et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.26, n.5, 26(5):961-970, mai. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>>. Acesso em 12 jan. 2014.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>>. Acesso em: 18 set. 2012.

_____. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000020>>. Acesso em: 10 set. 2012.

VILARINO, M.A.M; et al. Idosos vacinados e não vacinados contra a influenza: morbidade relatada e aspectos sociodemográficos, Porto Alegre (RS, Brasil), 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(6):2879-2886, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600025>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

VIRTUOSO, J.F.; et al. Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, 2010, 13(2):215-223. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200006&lng=pt>. Acesso em: 25 out. 2013.

WHO. Obesity and overweight [Internet]. WHO. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

ANEXOS

Anexo A. Parecer Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da situação de saúde e o itinerário terapêutico dos idosos no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis

Pesquisador: Ciana Minuzzi Gaike Biulchi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13090713.2.0000.5342

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 230.993

Data da Relatoria: 27/03/2013

Apresentação do Projeto:

Este projeto pretende promover uma reflexão sobre a situação de saúde no RS e estimular o desenvolvimento de ações modificadoras e dinamizadoras do processo de gestão em saúde. Os produtos gerados na pesquisa também poderão subsidiar o planejamento em saúde da macrorregional norte e contribuir com a qualificação das ações de vigilância em saúde no Rio Grande do Sul, referentes às DCNT. Esta pesquisa justifica-se devido à relevância das doenças circulatórias, as quais causam frequentes internações e, muitas vezes, sequelas que comprometem o envelhecimento saudável e o planejamento em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a situação de saúde relativa aos idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, residentes no Estado do Rio Grande do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há evidências de riscos relacionados a esta pesquisa. Se for identificado algum sinal de desconforto psicológico da participação na pesquisa, o (a) pesquisador (a) compromete-se em orientar o sujeito de pesquisa e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área.

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Como beneficiários está a contribuição para o conhecimento das necessidades dos usuários portadores de doenças isquêmicas do coração na busca por cuidados.

O Sujeito terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo assim que desejar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa é de abordagem quantiqualitativa dos portadores de DCNT, residentes no Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2001 a 2010. Para a análise da situação de saúde por meio de indicadores sociodemográficos e de morbimortalidade, será realizado um estudo ecológico das internações hospitalares e dos óbitos notificados ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH e SUS), disponíveis no DATASUS. Para a construção dos itinerários terapêuticos de portadores de doenças isquêmicas do coração de residentes no município, sede da macrorregião Norte do Estado do Rio Grande do Sul, far-se-á um estudo de abordagem qualitativa, com caráter descritivo e exploratório, através do mapeamento de itinerários terapêuticos realizados pelos usuários. Para a avaliação quantitativa, serão consideradas as variáveis: local de residência por macrorregião, índice de envelhecimento populacional, sexo, idade, escolaridade, cor, valor médio por internação, tempo médio de internação, valor total gasto por ano, Capítulo e CID 10, causas do óbito e (CID 10), causas de internação hospitalar (CID-10), referentes às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Para análise da situação de saúde, serão mensuradas as ocorrências das principais patologias como fatores de morbimortalidade da população com 60 (sessenta) anos ou mais, levando-se em consideração as variáveis descritas acima.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-970
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (543)316-8370 Fax: (543)316-8283 E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PASSO FUNDO, 27 de Março de 2013

Assinador por:
Nadir Antonio Pichler
(Coordenador)

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-970
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (543)316-8370 Fax: (543)316-8283 E-mail: cep@upf.br

Anexo B. Comprovante de submissão produção científica I

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO


[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [PESQUISA](#) [ATUAL](#) [ANTERIORES](#) [NOTÍCIAS](#)

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > #45303 > **Resumo**

#45303 SINOPSE

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

SUBMISSÃO

Autores	Ciana Mímuuzzi Gaíke Binlchi, Marlene Doring, Bernadete Maria Dalmolin	
Título	EVOLUÇÃO DA MORBIDADE HOSPITALAR POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL, 2001 A 2010	
Documento original	45303-183326-1-SM.DOC	27-02-2014
Docs. sup.	Nenhum(a)	INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Binlchi Ciana Mímuuzzi Gaíke Binlchi 	
Data de submissão	fevereiro 27, 2014 - 00:42	
Seção	Artigos	
Editor	Nenhum(a) designado(a)	

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:
[ciana@binlchi](#)
[Meus periódicos](#)
[Perfil](#)
[Sair do sistema](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

[Todos](#) ▼

Procurar

[Por Edição](#)
[Por Autor](#)
[Por título](#)
[Outras revistas](#)

Anexo C. Comprovante submissão produção científica II



Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

Manuscript ID: RLAE-2014-0075

Title: Itinerário terapêutico como ferramenta de análise para o aprimoramento do cuidado integral ao idoso

Authors: Minuzzi Gaike Blulchi, Clana Dalmolin, Bernadete Doring, Marlene

Date Submitted: 27-Feb-2014

[Print](#) [Return to Dashboard](#)



Ads by LyricsBot

[Ad Options](#)

ScholarOne Manuscripts™ v4.14.1 (patent #7,257,767 and #7,263,655). © ScholarOne, Inc., 2014. All Rights Reserved. ScholarOne Manuscripts is a trademark of ScholarOne, Inc. ScholarOne is a registered trademark of ScholarOne, Inc.

[Follow ScholarOne on Twitter](#)

[Terms and Conditions of Use](#) - [ScholarOne Privacy Policy](#) - [Get Help Now](#)



Ads by LyricsBot

[Ad Options](#)

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre itinerário terapêutico, de responsabilidade da pesquisadora Ciana Minuzzi Gaike Biulchi.

Esta pesquisa justifica-se devido à relevância das doenças circulatórias, as quais causam frequentes internações e, muitas vezes, sequelas que comprometem o envelhecimento saudável e o planejamento em saúde.

O objetivo desta pesquisa é: conhecer o itinerário terapêutico de idosos, portadores de doenças isquêmicas do coração, residentes no município sede da macrorregião norte do Estado do Rio Grande do Sul.

A sua participação na pesquisa será em 2 (dois) encontros: o primeiro, durante sua internação hospitalar; e o segundo, em sua residência ou outro local de sua preferência, com agendamento prévio e de acordo com sua disponibilidade.

Não há evidências de riscos relacionados a esta pesquisa. Se for identificado algum sinal de desconforto psicológico da sua participação na pesquisa, o (a) pesquisador (a) compromete-se em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área.

Através da sua participação você estará contribuindo para o conhecimento das necessidades dos usuários portadores de doenças isquêmicas do coração na busca por cuidados.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo assim que desejar, entrando em contato com a pesquisadora pelo telefone (54) 91237358 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316 8370.

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento de uso de seus dados. Caso tenha alguma despesa relacionada à pesquisa, você terá o direito de ser ressarcido (a) e você não receberá pagamento pela sua participação neste estudo.

As suas informações serão gravadas e posteriormente apagadas. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados e a identificação ocorrerá apenas pela denominação paciente 1, 2, 3, e, assim, sucessivamente.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em forma de uma dissertação de mestrado e de um artigo científico, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados. Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento da pesquisadora ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considere prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora, Ciana Minuzzi Gaike Biulchi, pelo telefone (54) 9123 7358, ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316 8370.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Passo Fundo, _____ de _____ de 2013.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome da pesquisadora: Ciana Minuzzi Gaike Biulchi

Assinatura: _____

Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa.

Apêndice B. Projeto de pesquisa

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

**Análise da situação de saúde das doenças crônicas não
transmissíveis e o itinerário terapêutico dos idosos no cuidado das
doenças isquêmicas do coração**

Ciana Minuzzi Gaike Biulchi

Passo Fundo, janeiro de 2013.

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título

Análise da situação de saúde e o itinerário terapêutico dos idosos no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis.

1.2 Autores

Ciana Minuzzi Gaike Biulchi

Mestranda em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

1.3 Orientador

Dr^a Marlene Doring, docente da UPF, doutora em Saúde Pública – USP.

1.4 Co-orientador

Dr^a Bernadete Dalmolin, docente da UPF, doutora em Saúde Pública – USP.

1.5 Duração

Vinte e quatro (24) meses.

1.6 Vigência

De março de 2012 a março de 2014.

1.7 Resumo

A transição demográfica, processo que se caracteriza pelo declínio da fecundidade e da mortalidade e aumento da sobrevivência dos idosos, desencadeou uma modificação epidemiológica dinâmica, alterando a prevalência e incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e interferindo nas condições de vida e saúde dos brasileiros. Com o aumento do número de idosos na população mundial, é necessário que o envelhecimento seja visto como um processo que pode estar acompanhado por diminuição das habilidades físicas e cognitivas e representar uma maior prevalência de quadros patológicos crônicos, os quais, com frequência levam à diminuição da qualidade de vida com comprometimento da autonomia e capacidade funcional. Portanto, pergunta-se: Qual a situação de saúde dos idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis residentes no Rio Grande do Sul, no período de 2001 a 2010? E qual o itinerário terapêutico percorrido pelos pacientes com doença isquêmica do coração na busca de atenção integral à sua saúde? Dessa forma, os objetivos deste estudo são: analisar a situação de saúde relativa aos idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis residentes no Estado do Rio Grande do Sul; identificar a situação da morbimortalidade relativa aos idosos, portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no período de 2001 a 2010, no Estado do Rio Grande do Sul; mapear a morbimortalidade dos idosos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis no período de 2001 a 2010 por macrorregião do Estado do Rio Grande do Sul; conhecer o itinerário terapêutico de idosos portadores de doenças isquêmicas do coração, residentes no município, sede da macrorregião Norte do Estado do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa é de abordagem quantitativa dos portadores de DCNT, residentes no Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2001 a 2010. Para a análise da situação de saúde por meio de indicadores sociodemográficos e de morbimortalidade, será realizado um estudo ecológico das internações hospitalares e dos óbitos notificados ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH – SUS), disponíveis no DATASUS. Para a construção dos itinerários terapêuticos de portadores de doenças isquêmicas do coração de residentes no município, sede da macrorregião Norte do Estado do Rio Grande do Sul, far-se-á um estudo de abordagem qualitativa, com caráter descritivo e exploratório, através do mapeamento de itinerários terapêuticos realizados pelos usuários. Para a avaliação quantitativa, serão consideradas as variáveis: local de residência por macrorregião, índice de envelhecimento populacional, sexo, idade, escolaridade, cor, valor médio por internação, tempo médio de internação, valor total gasto por ano, Capítulo – CID 10, causas do óbito – (CID 10), causas de internação

hospitalar (CID-10), referentes às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Para análise da situação de saúde, serão mensuradas as ocorrências das principais patologias como fatores de morbimortalidade da população com 60 (sessenta) anos ou mais, levando-se em consideração as variáveis descritas acima. Na análise dos itinerários terapêuticos (estudo qualitativo), as categorias temáticas serão elaboradas de acordo com os elementos presentes nas falas dos entrevistados. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva. Se houver distribuição normal das variáveis, o teste de Quiquadrado será utilizado para variáveis categóricas. As comparações serão realizadas por meio do teste t de Student ou análise de variância. O nível de significância utilizado nos testes será de 0,05. Para verificação dos itinerários terapêuticos será utilizado análise temática (MINAYO, 2010), buscando-se estabelecer os arranjos e explicações sobre as trajetórias de tratamento e quais os elementos que influenciam suas escolhas e que adquirem importância no percurso do tratamento. Serão respeitados todos os preceitos éticos contemplados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a participação de pessoas na pesquisa.

Palavras-chave: Envelhecimento, saúde do idoso, doença crônica, assistência à saúde.

2 FINALIDADE

Contribuição para o planejamento em saúde nas demandas referentes às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), subsidiando a elaboração de políticas públicas capazes de contemplar as necessidades dos usuários na busca por cuidado.

3 PROBLEMÁTICA E QUESTÃO DE PESQUISA

A transição demográfica, processo que se caracteriza pelo declínio da fecundidade e da mortalidade e aumento da sobrevivência dos idosos, desencadeou uma modificação epidemiológica dinâmica, alterando a prevalência e incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e interferindo nas condições de vida e saúde dos brasileiros.

As doenças circulatórias e neoplasias representam os dois grandes grupos causais de mortalidade por DCNT. Essa carga de doença, além de impactar na vida econômica e na sociedade, também afeta o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja

responsabilidade pela oferta integral de cuidados exige uma rede complexa, desde uma atenção primária (APS) de qualidade, até uma oferta de cuidados terciários de elevada densidade tecnológica. Na lógica das redes de atenção à saúde, torna-se imprescindível implementar diretrizes clínicas e linhas de cuidado que assegurem a integralidade, tanto em nível individual, como coletivo, incluindo cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

Essas ofertas organizadas refletem resposta efetiva do sistema de saúde e podem ser compreendidas por delineamentos específicos, tais como, os itinerários terapêuticos. Contudo, não é o que se revela no cotidiano e se propaga na mídia, ratificando as desigualdades sociais no acesso ao tratamento dos portadores de DCNT. Portanto, pergunta-se: Qual a situação de saúde dos idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis residentes no Rio Grande do Sul, no período de 2001 a 2010? E qual o itinerário terapêutico percorrido pelos pacientes com doença isquêmica do coração, na busca de atenção integral à sua saúde?

4 JUSTIFICATIVA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as maiores geradoras de carga de doença no mundo, especialmente nos países de baixa e média renda (WHO, 2011), o que inclui o Brasil, um grande país de renda média, que, em 2007, teve 72% das mortes atribuídas às DCNT (SCHMIDT; DUNCAN *et al.*, 2011). Em relação ao estado do Rio Grande do Sul, dados da Secretaria Estadual de Saúde apontam que mais de 60% dos óbitos informados ocorreram devido a três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (30,2%), neoplasias (20,5%) e doenças do aparelho respiratório (12,3%), com pequenas variações em relação aos valores do ano de 2000 (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Os estudos da relação entre espaço geográfico e saúde permitem organizar as informações por regiões e fatores de risco, facilitando a formulação de hipóteses, a seleção de variáveis e a análise de indicadores. Sendo assim, faz-se necessário examinar um conjunto de indicadores e, por meio da análise e mapeamento destes, identificar

áreas que têm maior incidência de agravos e os contextos particulares em que os riscos estão inseridos.

Com o aumento do número de idosos na população mundial, é necessário que o envelhecimento seja visto como um processo que pode estar acompanhado por diminuição das habilidades físicas e cognitivas e representar uma maior prevalência de quadros patológicos crônicos, os quais, com frequência, levam à diminuição da qualidade de vida com comprometimento da autonomia e capacidade funcional.

Nesse cenário, as gestões em saúde ainda se pautam por um modelo de atenção direcionado por decisões imediatas, pontuais e centradas na sintomatologia que divergem da lógica das redes de atenção, apresentando pouca resolutividade, em especial, porque apresentam dificuldades para intervir em fatores de risco. Enfrentar as questões de saúde exige das autoridades, gestores e técnicos, o conhecimento da realidade para focalizar as políticas públicas com planejamentos e decisões racionais, priorizando ações que tenham a maior efetividade e eficiência no uso dos recursos do setor para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A análise de situação de saúde e a compreensão dos itinerários terapêuticos podem identificar gargalos assistenciais e fornecer informações para tomada de decisão específica para cada grupo populacional, na lógica da equidade, universalidade e integralidade.

Além disso, os itinerários terapêuticos poderão identificar barreiras nos três níveis de atenção, inclusive em situações de urgência, em que tradicionalmente a necessidade tende a garantir a oferta em tempo adequado de intervenções no campo da saúde, sem assegurar custo-efetividade e qualidade.

Há que se avançar na reorganização das ações e atendimentos de saúde na concepção das redes de atenção, definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Este projeto pretende promover uma reflexão sobre a situação de saúde no RS e estimular o desenvolvimento de ações modificadoras e dinamizadoras do processo de gestão em saúde. Os produtos gerados na pesquisa também poderão subsidiar o

planejamento em saúde da macrorregional norte e contribuir com a qualificação das ações de vigilância em saúde no Rio Grande do Sul, referentes às DCNT.

5 OBJETIVO DA PESQUISA

5.1 Objetivo geral

Analisar a situação de saúde relativa aos idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, residentes no Estado do Rio Grande do Sul.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar a situação da morbimortalidade relativa aos idosos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis, no Estado do Rio Grande do Sul.
- Mapear a morbimortalidade dos idosos por doenças crônicas não transmissíveis, por macrorregião do Estado do Rio Grande do Sul.
- Conhecer o itinerário terapêutico de idosos, portadores de doenças isquêmicas do coração, residentes no município de Passo Fundo, sede da macrorregião norte do Estado do Rio Grande do Sul.

6 REVISÃO DA LITERATURA

6.1 O envelhecimento populacional e suas relações com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional tem representado um sinal de alerta para o planejamento das políticas públicas de saúde. Essa transição demográfica que reflete um fenômeno mundial encontra-se associada ao aumento da expectativa de vida e à diminuição dos índices de fecundidade.

De acordo com o IBGE, o grupo etário com sessenta e cinco anos ou mais teve um crescimento na sua participação relativa na população ao longo dos anos. Em 1991 eles representavam 4,8%; em 2000, 5,9%; e em 2010, 7,4% da população brasileira (IBGE, 2010).

Os avanços tecnológicos, as conquistas no campo das ciências da saúde, as mudanças e melhorias nas rotinas de vida e trabalho são fatores que contribuíram para a longevidade populacional. Porém, para que esses anos mais conquistados possam ser usufruídos com qualidade, desfrutando os benefícios da vida moderna, é necessário que a população seja assistida com intuito de construir seu processo de envelhecimento de forma saudável (VERAS, 2009).

No Brasil, o processo de envelhecimento tem se dado de forma acelerada. A cada ano, 650 mil pessoas aumentam a população idosa brasileira. O que se pode perceber é que, em aproximadamente 40 anos, o país transitou de um quadro epidemiológico de mortalidade de um país jovem para um cenário marcado por doenças crônicas, concomitantes, com duração prolongada, cuidados e medicação contínua, além de exames periódicos (VERAS, 2007).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) figuram entre as maiores causas de morbimortalidade, e o aumento da expectativa de vida pode representar uma maior prevalência destes quadros patológicos refletindo em mortes prematuras evitáveis e diminuição da qualidade de vida, após agravo da doença. Além disso, os elevados gastos hospitalares e medicamentosos oneram os cofres públicos e comprometem a renda familiar.

As DCNT caracterizam-se pela evolução prolongada, complicações em diferentes graus de comprometimento funcional além de etiologia multifatorial, entre eles, fatores não modificáveis como idade, sexo e raça; e fatores modificáveis como dieta inadequada, sedentarismo, fumo e consumo inadvertido de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2011).

Levando em consideração que as doenças crônicas raramente regridem e a convivência com o quadro patológico é imprescindível, a melhor forma de prolongar o período de vida ativa dos sujeitos, é evitando que essas apareçam ou desacelerando sua progressão (VERAS, 2011).

Quando se aborda a atenção à pessoa idosa, o principal desafio é proporcionar estratégias que possibilitem viver com autonomia e qualidade, mesmo com as possíveis limitações ou incapacidades decorrentes da idade avançada ou das complicações decorrentes dos quadros patológicos (CIOSAK *et al.*, 2011).

Em 2008, das 57 milhões de mortes ocorridas no mundo, 63% (36 milhões) foram decorrentes das DCNT, estando entre as principais as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWAN *et al.*, 2010). Estudo realizado em São Paulo revela que as principais causas de óbito registradas entre os idosos, residentes no município, de acordo com a CID-10, foram as doenças do aparelho circulatório (47,4%), neoplasias (15,8%), doenças do aparelho respiratório (13,2%), doenças do aparelho digestivo (7,9%), doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas (7,9%) e outras causas (7,9 %). (MAIA *et al.*, 2006).

Pesquisa realizada com objetivo de comparar as sete causas mais frequentes de morbidade hospitalar nos idosos, entre os anos de 1994 e 2005, no Brasil, apontou a predominância das doenças circulatórias nos dois anos comparados. As doenças respiratórias obtiveram a segunda maior frequência de internações; em terceiro, as doenças do aparelho digestivo e as neoplasias que, em 1994, estavam em sexto lugar passando para o quarto lugar em 2005 (GÓIS; VERAS, 2010).

6.2 O itinerário terapêutico

Estudo recente, efetivado a partir de revisão da produção científica desenvolvida no Brasil, tendo como núcleo de interesse a trajetória de pessoas em busca de atenção aos seus problemas de saúde, publicada nos últimos vinte anos, observou a inexistência de palavras-chaves nos bancos de dados pesquisados, que tivessem vinculação direta com essa temática. Além disso, aponta para um maior número de estudos referentes a

esse tema concentrados na última década, ou seja, dos onze artigos selecionados para o estudo, dez foram produzidos entre os anos de 2000 e 2008 (CABRAL *et al.*, 2011).

A análise dos itinerários terapêuticos pode ser uma estratégia utilizada para complementar estudos quantitativos que buscam descrever o perfil dos usuários ou percursos na utilização dos serviços (CABRAL *et al.*, 2011).

Reconstruir o itinerário terapêutico do indivíduo doente é ir além das rotas oficialmente elaboradas e instituídas pelos serviços de saúde, é agregar todos os elementos que compuseram a busca pelo cuidado.

Nessa reconstrução é imprescindível que se leve em consideração a forma como tal indivíduo e a sociedade em que ele está inserido posicionam-se frente à situação de doença. Compreender tal posicionamento é ir além do olhar focado no sujeito, é ampliá-lo sobre as interações, grupos, instituições e cultura constituintes desse cenário (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

O itinerário terapêutico (IT)

[...] refere-se às diferentes práticas em saúde e os caminhos percorridos em busca de cuidado, onde se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes – sob a forma de redes sociais formais e informais – e da resolutividade obtida. Importante colocar que as redes informais são compreendidas a partir de relações que não se estabelecem por instituições, mas por dispositivos sociais, como a posição e papel social na comunidade/sociedade. Já por redes formais, compreende-se que as relações são estabelecidas em função da posição e do papel social na instituição (GERHARDT *et al.*, 2009, p. 291-292).

A maneira como cada pessoa doente elabora seu percurso na busca de cuidados à saúde está intimamente relacionado ao seu contexto social e aos significados culturais atribuídos à determinada enfermidade, tratamento e prognóstico. (OLIVEIRA *et al.*, 2003). A doença é a retomada, transformação de uma trajetória; “a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida” (CANGUILHEM, 2000, p. 149).

Entretanto, nem sempre os caminhos escolhidos pelo usuário são ditados apenas por suas atitudes, valores ou ideologias; há também como fatores condicionantes as

características próprias de cada doença, o aspecto econômico e o acesso às tecnologias (GERHARDT *et al.*, 2008).

Quanto a esse tópico, aponta-se que, além das escolhas subjetivas do sujeito, o que irá diferenciá-los na construção do itinerário terapêutico são as interações dos recursos materiais, representados pelo acesso econômico, e os imateriais, ancorados pelas experiências de vida e mobilização de recursos sociais (RIQUINHO; GERHART, 2010).

Estudos evidenciam dois tipos básicos de itinerários percorridos pelos usuários: um utilizado por pacientes com doenças crônicas, que buscam, em primeiro lugar, o atendimento na atenção básica, e quando este não se apresenta viável recorrem aos chás, ou em casos mais graves ao atendimento hospitalar; o outro itinerário identificado é o utilizado com maior frequência por pacientes mais jovens, que normalmente recorrem a automedicação ou uso de medicamentos comprados diretamente na farmácia (SCHOLZE; SILVA, 2001).

Os idosos desenvolvem uma maneira singular nos cuidados de si, atribuindo significados próprios e hábitos de vida diferenciados ligados à sua alimentação, higiene, conforto, lazer, espiritualidade, objetos pessoais. Assim, também, quando vivenciam uma doença crônica, escolhem o itinerário terapêutico que construirão, estando tal percurso atrelado aos seus significados e meio social do qual fazem parte (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

O respeito à individualidade, a escuta e a percepção à subjetividade intrínseca, a busca de cuidados tornam-se decisivas na efetividade da abordagem terapêutica. Quando essa abordagem mostra-se ineficiente, acarreta um atendimento de baixa qualidade e passível de iatrogenias (OLIVEIRA *et al.*, 2003; GÓIS; VERAS, 2010).

Não há como pensar na doença, causas e possíveis tratamentos de forma retilínea; o indivíduo dentro de seu contexto deve estabelecer estratégias que possibilitem o enfrentamento de seus problemas, segundo suas capacidades, história de vida e experiências individuais (GERHARDT, 2006).

6.4 As políticas públicas direcionadas ao idoso na perspectiva da integralidade do cuidado

O direito universal e integral à saúde ficou assegurado a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, sendo que muitas outras legislações foram publicadas, desde então, com o intuito de contemplar todos os paradigmas relacionados à situação de saúde brasileira.

Entretanto, na prática, observa-se que os idosos ainda não tem assegurado o acesso ao sistema de saúde de forma equitativa, havendo necessidade de qualificar a atenção básica, promover ações que contemplem a melhoria das condições de vida e saúde dos idosos, em especial, aquelas que podem incidir sobre fatores de risco e proteção às DCNT.

Desde a promulgação da Constituição Federal em 1988 e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, referendada pela Lei n. 8.080/90, várias ações têm sido feitas a fim de contemplar os princípios e diretrizes do SUS. A análise da situação de saúde, possivelmente, aponta para um direcionamento mais adequado das ações públicas, reduzindo desigualdades, permitindo melhor acesso aos serviços de saúde e sinalizando com políticas eficazes na diminuição das taxas de incidência (BRASIL, 1990).

Com o intuito de contemplar as necessidades da população idosa, em 1994, foi sancionada a Lei n. 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, tendo por objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, p. 1).

Já em 2003 é sancionada a Lei n. 10.741 que institui o Estatuto do Idoso, garantindo, entre outras disposições, a atenção integral à sua saúde, na “prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção às doenças que afetam preferencialmente os idosos” (BRASIL, 2003, p. 3).

No entanto, a garantia de acesso dos idosos aos serviços de saúde não significa que essa parcela da população tenha uma atenção adequada às suas necessidades, principalmente aquelas relacionadas às especificidades de cada faixa etária (VERAS *et al.*, 2008).

Em 2006, foi aprovada pela Portaria n. 2.528/06 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade de efetivar a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos idosos, enfatizando o envelhecimento como um

“processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias” (BRASIL, 2006, p. 4). Os cuidados à população idosa devem ter uma “abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido” (BRASIL, 2006, p. 6).

Não há como fugir da lógica da integralidade do cuidado para que a população idosa possa ter não só o acesso aos serviços, mas a atenção integral às necessidades específicas da idade.

A institucionalização da integralidade deu-se a partir da criação do SUS e do movimento de reforma sanitária, em especial para fazer frente a um modelo de atenção à saúde que, historicamente, mostrou-se fragmentado, hospitalocêntrico, intervencionista e curativista. Desde então, surgiram vários processos de transformação ligados às experiências de integralidade. Assim, essa não pode ser o resultado de uma ação técnica, e, sim, considerar a diversidade, a pluralidade, a dinâmica social, com o reconhecimento de visões de mundo diversas (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

A organização dos serviços de saúde são “idealizados por planejadores ou gerentes que querem fazê-los acontecer, materializar ou concretizar [...]”, mas esses serão operacionalizados por sujeitos distintos, levando a construção práticas distintas, podendo ocorrer um descompasso entre o planejado e o operacionalizado (PINHEIRO; LUZ, 2005, p. 5).

Nessa direção, “o processo de trabalho em saúde é sempre uma interação intersubjetiva [...]. Em todo o trabalho em saúde há o encontro entre sujeitos com importantes diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder” (CAMPOS, 2006, p. 59).

A relação entre trabalhadores de saúde e a população pode apresentar fragilidades quando há dificuldades na escuta das demandas do usuário, de entendê-los como sujeito no processo, com seus medos, desejos e crenças (SILVA JR. et al., 2005).

A legitimidade das políticas de saúde ocorre quando as ações assistenciais e preventivas estiverem articuladas, dando verdadeiro sentido à integralidade da atenção. As necessidades de saúde na percepção dos usuários são respondidas pelas ações assistenciais, enquanto que a responsabilidade por modificar o quadro social de uma

doença, com reflexo inclusive nas demandas futuras, estão na perspectiva das ações preventivas (MATTOS, 2005).

Levar a população a alcançar idades avançadas, porém com o melhor estado de saúde possível figura-se como a principal função das políticas de saúde. É necessário construir uma consciência coletiva para que uma sociedade para todas as idades seja construída, tornando-se necessárias mudanças na produção de um ambiente social e culturalmente mais favorável aos idosos (CIOSAK *et al*, 2011).

Diante do exposto, considera-se que, apesar de se ter uma legislação cidadã no campo da saúde, contemplando a integralidade da atenção aos idosos, além de uma série de outros princípios e diretrizes capazes de qualificar o acesso aos serviços de saúde, esse processo precisa ser construído em cada situação, articulando dinâmica do serviço com a dinâmica social, com tudo aquilo que ambas têm de constructo social, a fim de qualificar a assistência e a efetividade na busca por cuidado.

7 PRESSUPOSTOS

O índice de envelhecimento populacional encontra-se diretamente relacionado ao aumento nas taxas de prevalência e incidência das DCNT.

Na busca por cuidados, o idoso utiliza mecanismos diversos para a construção de seu itinerário terapêutico, agregando aos cuidados dos serviços de saúde, outros elementos ligados ao conhecimento popular e aos vínculos afetivos.

8 METODOLOGIA

8.1 Delineamento geral do estudo

Esta pesquisa é uma abordagem quantiquantitativa dos portadores de DCNT, residentes no Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2001 a 2010. Para a análise da situação de saúde por meio de indicadores sociodemográficos e de morbimortalidade, será realizado um estudo ecológico das internações hospitalares e dos óbitos notificados ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH – SUS), disponíveis no Departamento de Informática do SUS – DATASUS.

Para a construção dos itinerários terapêuticos de portadores de doenças isquêmicas do coração, de residentes no município sede da macrorregião norte do Estado do Rio Grande do Sul, far-se-á um estudo de abordagem qualitativa, com caráter descritivo e exploratório, através do mapeamento de itinerários terapêuticos realizados pelos usuários.

8.2 Local do estudo

O estudo ecológico será realizado a partir de dados do Estado do Rio Grande do Sul, localizado ao sul do Brasil, com uma área geográfica de 268.781,896 km² e 10.693.929 habitantes, sendo 1.467.957 com 60 anos ou mais (IBGE, 2012). Essa área possui 496 municípios distribuídos em sete macrorregionais de saúde com seus respectivos municípios pólos: Sul (Pelotas), Centro-oeste (Santa Maria), Missioneira (Ijuí), Norte (Passo Fundo), Serra (Caxias do Sul), Metropolitana (Porto Alegre) e Vales (Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul e Lageado). Tal divisão foi proposta e discutida nas instâncias colegiadas do SUS (CIB e CES), levando em consideração cada macrorregional, sua capacidade instalada, distribuição geográfica, fluxo e acesso aos serviços, por tipo de atenção e nível de complexidade (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Em 2012, a Resolução CIB/RS 555/12 alterou a configuração e a quantidade de regiões de saúde no Rio Grande do Sul e instituiu as Comissões Intergestoras Regionais (RIO GRANDE DO SUL, 2012), sem, no entanto, excluir as macrorregiões de saúde já citadas anteriormente, e que serão utilizadas neste estudo.

O município de Passo Fundo, além de ser o pólo da macrorregião norte, foi escolhido por conveniência e por sediar a Universidade de Passo Fundo, instituição à qual se está vinculado.

Passo Fundo, com uma área territorial de 783.423 km², possui população 184.826 habitantes, com densidade demográfica de 235,92 hab/km² (IBGE, 2010).

O Hospital São Vicente de Paulo e o Hospital da Cidade, ambos com sede no município deste estudo servirão de ponto de partida para o primeiro contato com os pacientes internados portadores de doenças isquêmicas do coração, após as devidas autorizações das instituições conforme Apêndices (3, 4, 5 e 6).

O São Vicente de Paulo caracteriza-se por um hospital geral, de grande porte, de ensino, sendo uma instituição de direito privado com certificado de entidade filantrópica. Fundado em 24 de junho de 1918, realizou, em 1979, em suas dependências, a primeira cirurgia cardíaca em Passo Fundo. Em 1988, efetivou o primeiro transplante de coração em hospital do interior do sul do Brasil e, em 1998, a primeira angioplastia transluminal percutânea com instalação de prótese metálica endovascular (*stent*).

O Hospital da Cidade, como hospital geral e de ensino, realiza ampla gama de atendimentos. Criado em 20 de julho de 1914, transformou-se em entidade filantrópica em 1987, sendo referência no atendimento de psiquiatria, cirurgias de várias especialidades e, inclusive, transplantes renais.

8.3 População de estudo e procedimento amostral

Para a análise da situação de saúde, serão incluídos neste estudo internações hospitalares e óbitos de residentes do estado do Rio Grande do Sul, com sessenta anos ou mais, de ambos os sexos e notificados ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH – SUS), disponíveis no DATASUS.

Para o itinerário terapêutico, serão considerados usuários, de ambos os sexos, que estiveram internados no serviço de referência, em tratamento de alta

complexidade, para patologias cardiovasculares do município de Passo Fundo, Hospital São Vicente de Paulo e Hospital da Cidade, nos meses de abril, maio e junho de 2013, com diagnóstico de doenças isquêmicas do coração.

Os participantes serão contatados a partir de sua internação nos referidos serviços, após os devidos aceites da instituição e respeitadas todas as exigências éticas e as suas condições.

A seleção dos participantes atenderá aos seguintes critérios: ser residente no município de Passo Fundo; ter sessenta anos ou mais; e ter condições cognitivas que possibilitem responder aos questionamentos da pesquisa.

A escolha de pacientes com esse diagnóstico ocorreu pela importância epidemiológica das doenças cardiovasculares no estado do Rio Grande do Sul e por abranger um conjunto de fatores de riscos e modos de vida, bem como suas compreensões e buscas terapêuticas para eliminá-los ou minimizá-los, que poderão ser apreendidas na trajetória do sujeito.

A definição do número de participantes no estudo para composição do itinerário terapêutico será efetuada no decorrer da pesquisa, pela saturação dos dados, sendo que a análise será realizada concomitantemente à coleta dos dados.

8.4 Procedimentos de coleta de dados

Serão analisados dados notificados ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), disponíveis no DATASUS para o período de 2001 a 2010.

Salienta-se que estudos com dados secundários, incluindo aqueles disponíveis nos sistemas de informação em saúde do DATASUS, apresentam algumas limitações como a falta de padronização na coleta dos dados registrados e, também, de informações de algumas variáveis que podem ser importantes para análises de interesse, por isso o alcance dos objetivos estará limitado aos dados disponíveis (COELI *et al.*, 2009).

No mapeamento dos itinerários terapêuticos, realizados pelos usuários, serão reconstruídos sistematicamente os percursos pessoais a partir da sua narrativa, que são trilhadas pelas pessoas no enfrentamento de algum problema de saúde, os quais, neste estudo, configuram as doenças cardiovasculares e, mais especificamente, as doenças isquêmicas do coração.

A análise dos itinerários terapêuticos não pode ser reduzida ao estudo sobre a disponibilidade de serviços e/ou ofertas de procedimentos de saúde. Esses são parte fundamental do processo e interessam sobremaneira a esta análise, devendo ser pensados a partir de uma linha de cuidados integrais. Há que se pensar também em outras possibilidades terapêuticas socioculturais, que são viabilizadas durante o percurso de busca e realização de tratamentos e que são marcadas por projetos distintos, por vezes, até contraditórios.

Dessa forma, inicialmente será feito um primeiro contato com o paciente, durante sua internação, para expor o projeto e convidá-lo a participar do estudo. Os dados referentes ao itinerário terapêutico serão obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas pela pesquisadora após a alta hospitalar no domicílio do usuário ou outro local de sua preferência. Haverá um roteiro (APÊNDICE 7) que servirá de guia para obtenção dos dados, partindo da história atual e explorando a progressão do processo saúde-doença de cada sujeito,. As entrevistas serão gravadas por meio de dispositivo digital e transcritas, posteriormente.

8.5 Variáveis do estudo

Para o estudo quantitativo serão consideradas as variáveis: local de residência por macrorregião, índice de envelhecimento populacional, sexo, idade, escolaridade, cor, valor médio por internação, tempo médio de internação, valor total gasto por ano, Capítulo - CID 10, causas do óbito – (CID 10), causas internação hospitalar (CID-10) referentes às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

As DCNT são enfermidades de evolução prolongada que exigem tratamento e acompanhamento contínuos, entre elas, as doenças do aparelho circulatório, respiratório, as neoplasias, hipertensão, diabetes. Neste trabalho será seguido a

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde – CID-10.

8.6 Administração dos dados

Para estruturação do banco de dados coletados, do DATASUS, serão utilizados os aplicativos Excel 2007 e TabWin para que possam ser trabalhados e aplicados os devidos testes estatísticos.

As entrevistas sobre o itinerário terapêutico serão gravadas em dispositivos digitais, transcritas pela pesquisadora, apresentadas aos sujeitos para validação dos relatos e, após análise, serão apagadas.

8.7 Análise dos dados

Realizar-se-á análise descritiva dos dados com cálculo dos indicadores de morbidade hospitalar e mortalidade. Para o cálculo da taxa de morbidade hospitalar por causas específicas, considerar-se-á como numerador o total de internações por determinada causa e, como denominador, a população do Rio Grande do Sul, para cada ano estudado, multiplicado por cem mil. Para o cálculo da taxa de mortalidade, aplicar-se-ão, como numeradores, os óbitos de residentes do Rio Grande do Sul e, como denominador, a população do Rio Grande do Sul, multiplicado por cem mil.

Para análise da situação de saúde, serão mensuradas as ocorrências das principais patologias como fatores de morbimortalidade da população com 60 (sessenta) anos ou mais, levando-se em consideração as variáveis descritas acima.

O cálculo de índice de envelhecimento populacional é medido pela razão entre o número de habitantes com 60 (sessenta) anos e mais, e o número de habitantes com menos de 15 (quinze) anos, multiplicado por 100.

Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva. Se houver distribuição normal das variáveis, o teste de Quiquadrado será utilizado para variáveis categóricas. O nível de significância utilizado nos testes será de 0,05.

Para análise dos itinerários terapêuticos, será utilizada a análise temática (MINAYO, 2010), quando se buscará estabelecer os arranjos e explicações sobre as trajetórias de tratamento e quais os elementos que influenciam suas escolhas e que adquirem importância no percurso do tratamento as categorias temáticas serão elaboradas de acordo com os elementos presentes nas falas dos entrevistados.

8.8 Considerações éticas

Serão respeitados todos os preceitos éticos contemplados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a participação de pessoas na pesquisa (BRASIL, 1996).

Os participantes terão liberdade de participar ou não da pesquisa, sendo-lhes tal assegurada sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar o consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo; terão a garantia de que não serão identificados(as) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade, proteção da imagem e não-estigmatização; ser-lhes-á, ainda, permitido liberdade de acesso aos dados em qualquer etapa da pesquisa, bem como segurança aos seus resultados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) descreve os pressupostos da pesquisa que será realizada e será entregue em duas vias, que deverão ser assinadas pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora, ficando uma cópia com cada uma das partes.

9 DIVULGAÇÃO

Os dados serão divulgados por meio de dissertação de mestrado em forma de dois artigos científicos para publicação em periódico pertencente à lista WebQualis Capes, com conceitos A1, A2, B1 ou B2 na área interdisciplinar ou ter pelo menor fator de impacto 1,0, em qualquer área de conhecimento do CNPq.

Os sujeitos da pesquisa terão acesso aos resultados do estudo através de relatórios entregues individualmente.

10 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	MAR. 2012	ABR. 2012	MAI. 2012	JUN. 2012	JUL. 2012
Revisão de literatura	X	X	X	X	X
Planejamento da pesquisa	X	X	X	X	X
Elaboração dos instrumentos de análise					
Envio ao CEP					
Qualificação do projeto					
Coleta de dados					
Análise dos dados					
Redação dos artigos					
Encaminhamento dos artigos para periódico					
Apresentação da dissertação					

ATIVIDADES	AGO. 2012	SET. 2012	OUT. 2012	NOV. 2012	DEZ. 2012
Revisão de literatura	X	X	X	X	X
Planejamento da pesquisa	X	X	X		
Elaboração dos instrumentos de análise	X	X	X		
Envio ao CEP					
Qualificação do projeto					
Coleta de dados					
Análise dos dados					
Redação dos artigos					
Encaminhamento dos artigos para periódico					
Apresentação da dissertação					

ATIVIDADES	JAN. 2013	FEV. 2013	MAR. 2013	ABR. 2013	MAI. 2013
Revisão de literatura	X	X	X	X	X
Planejamento da pesquisa					
Elaboração dos instrumentos de análise					
Envio ao CEP		X			
Qualificação do projeto			X		
Coleta de dados				X	X
Análise dos dados				X	X
Redação dos artigos					X
Encaminhamento dos artigos para periódico					
Apresentação da dissertação					

ATIVIDADES	JUN. 2013	JUL. 2013	AGO. 2013	SET. 2013	OUT. 2013
Revisão de literatura	X	X	X	X	X
Planejamento da pesquisa					
Elaboração dos instrumentos de análise					
Envio ao CEP					
Qualificação do projeto					
Coleta de dados	X				
Análise dos dados	X	X	X		
Redação dos artigos	X	X	X	X	X
Encaminhamento dos artigos para periódico				X	X
Apresentação da dissertação					

ATIVIDADES	NOV. 2013	DEZ. 2013	JAN. 2014	FEV. 2014	MAR. 2014
Revisão de literatura	X	X	X	X	X
Planejamento da pesquisa					
Elaboração dos instrumentos de análise					
Envio ao CEP					
Qualificação do projeto					
Coleta de dados					
Análise dos dados					
Redação dos artigos	X	X			
Encaminhamento dos artigos para periódico	X	X	X	X	X
Apresentação da dissertação					X

11 ORÇAMENTO

ITENS	CUSTO
Material de consumo	R\$ 300,00
Xerox	R\$ 200,00
Impressão	R\$ 300,00
Gastos com deslocamento	R\$ 400,00
Total de despesas	R\$ 1.200,00

Observação: orçamento será financiado pela pesquisadora.

12 REFERÊNCIAS

ALWAN, A. *et al.* Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet** 2010, n. 376, p. 1861-68.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Lei n. 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.

_____. **Lei n. 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF. 2003.

_____. **Lei n. 8.842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF. 1994.

_____. **Ministério da Saúde**. CNS: Conselho Nacional de Saúde - Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. 1996. Disponível em:
<<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/res19696.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF. 2006.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei n. 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2020, 2011.

CABRAL, A. L. L. V. *et al* . Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, nov. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 out. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: _____ *et al.* (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CIOSAK, S. I. *et al* . Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, Dec. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>>. Acesso em: 10 set. 2012.

COELI, C. M. *et al.* Sistemas de informação em saúde. In: MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

GERHARDT, T. E. *et al.* Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC /IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

_____. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, nov. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>>. Acesso em: 5 set. 2012.

GOIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600023>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, março de 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702006000100007>>. Acesso em: 2 out. 2012.

MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Análise dos óbitos em idosos no estudo SABE. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2006; 40(4):540-7.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/Abrasco, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, D. R.; LENARDT, M. H.; TUOTO, F. S. O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 16, n.4, p. 49-58, 2003.

PINHEIRO, R. A.; LUZ, M. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **A construção**

da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/Abrasco, 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto n. 555**, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. Secretaria do Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Porto Alegre: Equipe da Secretaria de Estado da Saúde, julho, 2002.

_____. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2009-2011. Porto Alegre: ASSTEPLAN, 2011.

RIQUINHO, L. D.; GERHARDT, T. E. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 2, junho de 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000200009>>. Acesso em: 15 set. 2012.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2012.

SCHOLZE, A. S.; SILVA, Y. F. Riscos potenciais à saúde em itinerários de cura e cuidado. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v 10, n.2 , mai/ago 2001.

SILVA JR, A. G.; MEHRY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. . In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Orgs.) **A construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/Abrasco, 2005.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 14, n.

4, 2011. Disponível em:
<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2012.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>>. Acesso em: 18 set. 2012.

_____. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000020>>. Acesso em: 10 set. 2012.

VERAS, R. P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, jun. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000024>>. Acesso em: 10 set. 2012.

WHO. Obesity and overweight [Internet]. WHO. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

13 APÊNDICES

APÊNDICE 1

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre **itinerário terapêutico**, de responsabilidade da pesquisadora **Ciana Minuzzi Gaike Biulchi**.

Esta pesquisa justifica-se devido à relevância das doenças circulatórias, as quais causam frequentes internações e, muitas vezes, sequelas que comprometem o envelhecimento saudável e o planejamento em saúde.

O objetivo desta pesquisa é: conhecer o itinerário terapêutico de idosos, portadores de doenças isquêmicas do coração, residentes no município sede da macrorregião norte do Estado do Rio Grande do Sul.

A sua participação na pesquisa será em 2 (dois) encontros: o primeiro, durante sua internação hospitalar; e o segundo, em sua residência ou outro local de sua preferência, com agendamento prévio e de acordo com sua disponibilidade.

Não há evidências de riscos relacionados a esta pesquisa. Se for identificado algum sinal de desconforto psicológico da sua participação na pesquisa, o (a) pesquisador (a) compromete-se em orientá-lo (a) e encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados na área.

Através da sua participação você estará contribuindo para o conhecimento das necessidades dos usuários portadores de doenças isquêmicas do coração na busca por cuidados.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo assim que desejar, entrando em contato com a pesquisadora pelo telefone (54) 91237358 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316 8370.

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento de uso de seus dados.

Caso tenha alguma despesa relacionada à pesquisa, você terá o direito de ser ressarcido (a) e você não receberá pagamento pela sua participação neste estudo.

As suas informações serão gravadas e posteriormente apagadas. Os dados relacionados à sua identificação não serão divulgados e a identificação ocorrerá apenas pela denominação paciente 1, 2, 3, e, assim, sucessivamente.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em forma de uma dissertação de mestrado e de um artigo científico, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados.

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento da pesquisadora ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considere prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora, Ciana Minuzzi Gaike Biulchi, pelo telefone (54) 9123 7358, ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316 8370.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Passo Fundo, ____ de ____ de 2013.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome da pesquisadora: Ciana Minuzzi Gaike Biulchi

Assinatura: _____

Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa.

APÊNDICE 2

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Convite de participação

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre o itinerário terapêutico em idosos portadores de doenças isquêmicas do coração. Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre seu itinerário terapêutico na busca de cuidados.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará caso o (a) senhor (a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. As divulgações das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Mestranda Ciana Minuzzi Gaike Biulchi

Data: ____/____/____

APÊNDICE 3

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Solicitação de autorização

Passo Fundo, 22 de janeiro de 2013.

Senhor Diretor

Pelo presente, solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “Análise da situação de saúde e o itinerário terapêutico dos idosos no cuidado nas doenças crônicas não transmissíveis”, junto ao Hospital São Vicente de Paulo.

O referido projeto está sendo orientado pela professora Dr^a Marlene Doring e é requisito para obtenção do título de mestre junto ao Programa de Pós-graduação *Stricto Senso* em Envelhecimento Humano da UPF.

Mestranda Ciana Minuzzi Gaike Biulchi

APÊNDICE 4

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Solicitação de autorização

Passo Fundo, 22 de janeiro de 2013.

Senhor Diretor

Pelo presente, solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “Análise da situação de saúde e o itinerário terapêutico dos idosos no cuidado nas doenças crônicas não transmissíveis”, junto ao Hospital da Cidade.

O referido projeto está sendo orientado pela professora Dr^a Marlene Doring e é requisito para obtenção do título de mestre junto ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Envelhecimento Humano da UPF.

Mestranda Ciana Minuzzi Gaike Biulchi

APÊNDICE 5

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Fornecimento de autorização

Passo Fundo, 22 de janeiro de 2013.

Autorizo a realização da pesquisa “Análise da situação de saúde e o itinerário terapêutico dos idosos no cuidado nas doenças crônicas não transmissíveis”, nesta instituição.

Hospital São Vicente de Paulo

Assinatura da Direção

APÊNDICE 6

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Fornecimento de autorização

Passo Fundo, 22 de janeiro de 2013.

Autorizo a realização da pesquisa “Análise da situação de saúde e o itinerário terapêutico dos idosos no cuidado nas doenças crônicas não transmissíveis”, nesta instituição.

Hospital da Cidade

Assinatura da Direção

APÊNDICE 7

Instrumento de coleta de dados



Itinerário terapêutico de idosos internados com diagnóstico de doença isquêmica do coração

Nº:

Data: ___/___/___

Iniciais do entrevistado: _____

Nº da entrevista: _____

a) Identificação

Idade: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Sexo: () Masculino () feminino

Raça/cor:

- () branca
- () negra
- () amarela
- () indígena

Escolaridade

- () analfabeto
- () ensino fundamental incompleto
- () ensino fundamental completo
- () ensino médio incompleto
- () ensino médio completo
- () superior incompleto
- () superior completo
- () pós-graduação

Profissão/ocupação: _____

Renda familiar:

- () até 1 salário mínimo
- () 1,1 à 2 salários mínimos
- () entre 2,1 e 5 salários
- () entre 5 e 7 salários
- () acima de 7 salários

com quem mora?

companheiro(a)

filho(s)

irmãos

Outros : _____

Quem mais ajuda o Sr(a) nos cuidados à sua saúde?

Quando o Sr(a) acredita que esta doença tenha começado?

Que tipos de ajuda/tratamento o Sr(a) buscou desde que percebeu e/ou descobriu que tinha problemas de saúde (buscar informações sobre tratamentos e serviços formais ou informais desde que o usuário se percebeu com problemas cardiovasculares até o momento) ?

O que o Sr(a) pensa que mudou ou ainda vai mudar na sua vida em razão da doença?

