



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 05, pp. 36150-36157, May, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.18896.05.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES HOMENS ATENDIDOS EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

¹Eli Fernanda Brandão Lopes, ²Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis and ³Edivania Anacleto Pinheiro Simões

¹Especialista em Gestão das Políticas Sociais pela Faculdade de Educação São Luis, Assistente Social do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul-UFMS, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

²Mestra em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional, Docente e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados – Área de concentração: Atenção à Saúde do Idoso (PREMUS CCI) UFMS/HOSPITAL SÃO JULIÃO/ESP/SES, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

³Enfermeira, Mestra em Desenvolvimento Local pela Universidade Católica Dom Bosco, Estomaterapeuta pelo Hospital Israelita Albert Einstein, Membro da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), Membro do World Council of Enterostomal Therapists (WCET). Docente e preceptora pelo Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados - PREMUS CCI (UFMS), no Hospital São Julião, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 27th February, 2020
Received in revised form
26th March, 2020
Accepted 04th April, 2020
Published online 30th May, 2020

Key Words:

Envelhecimento, Cuidados Continuados Integrados, saúde do idoso, serviço de saúde, população idosa, perfil de saúde, Saúde do homem, homem idoso. Reabilitação.

*Corresponding author:

Eli Fernanda Brandão Lopes

ABSTRACT

Este artigo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes homens idosos atendidos na modalidade de serviço Cuidados Continuados Integrados em um hospital de ensino. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e de análise documental, realizado em prontuários de pacientes atendidos entre o ano de 2014 e 2018 em Unidade de Cuidados Continuados Integrados(UCCI), no município de Campo Grande/MS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Parecer nº 3.789.889/2019 e CAEE nº 22858919.9.0000.0021. Os resultados evidenciaram prevalência de indivíduos na faixa etária de 60 a 69 anos (57,14%), casados (51,02%), ensino fundamental incompleto (57,14%), com renda mensal de até um salário mínimo (67,34%), aposentados (48,97%), acometidos por Acidente Vascular Cerebral/AVC (73,46%). Os achados desta pesquisa ressaltam a importância de ações em saúde voltadas para o público idoso do sexo masculino, considerando a heterogeneidade envolvida no “ser homem” e no “ser idoso” que envolvem o processo saúde doença. Fazendo-se necessárias ações de promoção e prevenção da saúde, planejadas para atingir especificamente esta parcela da população.

Copyright © 2020, Eli Fernanda Brandão Lopes et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Eli Fernanda Brandão Lopes, Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis and Edivania Anacleto Pinheiro Simões. “O perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes homens atendidos em cuidados continuados integrados”, *International Journal of Development Research*, 10, (05), 36150-36157.

INTRODUCTION

Na atualidade, os debates acerca de questões relacionadas à saúde do idoso e a saúde do homem, se fazem necessários, uma vez que o envelhecimento aliado ao crescimento da esperança de vida tem aumentado o número de idosos que demandam dos serviços de saúde cuidados específicos e de longa duração, em virtude de doenças crônico-degenerativas que surgem com a idade avançada (Lopes et al., 2020; António, 2020).

Em relação à saúde do homem, pesquisas apontam que as pessoas do sexo masculino, por não buscarem os serviços de saúde como as do sexo feminino, e serem mais resistentes à atenção primária, por barreiras socioculturais e barreiras institucionais, possuem uma maior taxa de morbimortalidade, tornando-se mais vulneráveis e adentrando no sistema de saúde por meio da atenção especializada quando o quadro clínico já se encontra muito agravado e de difícil reversão, causando onerosidade ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2008).

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tem por objetivo a qualificação da saúde masculina e a integralidade das linhas de cuidado, “vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo as enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres” (Nardi *et al.*, 2007; Courtenay, 2007; Idb, 2006 Laurenti *et al.* 2005; Luck *et al.*, 2000 apud Brasil, 2008, p. 05). Pelo exposto, justifica-se a opção por idosos do sexo masculino para a presente pesquisa. Nota-se um crescente aumento na procura por atendimento na urgência e emergência, sendo esta uma porta de entrada de pacientes homens idosos no acesso ao serviço de saúde (Brasil, 2008).

Nesta perspectiva surge o serviço na modalidade Cuidados Continuados Integrados (CCI), desenhado prioritariamente para o público idoso, oferecendo o cuidado intermediário entre os serviços hospitalares de urgência e emergência e os serviços de atenção primária em saúde, sendo esta modalidade de cuidado prestada por equipe multiprofissional. Apresentando-se como alternativa para superar os desafios postos pelo cenário gerador de pacientes crônicos e de convalescença (Pinheiro, 2017). A modalidade CCI ocorre em diversos países, tendo sido regulamentada no Brasil, em 2012, por meio da Portaria nº 2.809, que tem como ementa estabelecer a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, ou seja, organização de leitos de retaguarda para pacientes advindos da RUE, dos Hospitais de Agudos e das demais Redes (Brasil, 2012).

No município de Campo Grande/MS o serviço de saúde na modalidade de CCI ocorre na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), situada em um hospital de retaguarda para as Redes de Saúde que compõem o SUS. O serviço em CCI tem como objetivo a recuperação, reabilitação e a reinserção familiar e social do paciente com perdas da sua funcionalidade, promovendo intervenções sequenciais de saúde e de apoio social, por meio de avaliação da equipe multiprofissional, propiciando a recuperação global do idoso em situação de dependência (Santos *et al.*, 2018). Na UCCI, lócus da referida pesquisa, “o período de internação ocorre entre quinze (15) dias a sessenta (60) dias, de acordo com o projeto terapêutico singular (PTS) realizado pela equipe multidisciplinar” (Lima e Scandola, 2018, p.38). Sendo esta equipe multidisciplinar composta pelos residentes em Serviço Social, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição e Farmácia do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados (PREMUS-CCI), da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), juntamente com os profissionais do hospital: fonoaudiólogo, médico, odontólogo e terapeuta ocupacional. Diante do exposto, a pesquisa tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes homens idosos atendidos na modalidade em CCI.

MATERIAIS E METODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e de análise documental, realizado em UCCI, de um hospital de retaguarda, localizado no município de Campo Grande/MS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do

Sul, sob o Parecer nº 3.789.889/2019 e CAEE nº 22858919.9.0000.0021. Sendo incluídos na pesquisa os prontuários dos pacientes homens idosos atendidos em UCCI, compreendendo os anos de 2014 e 2018, que receberam alta hospitalar não abrangendo as demais formas de desinternação hospitalar. Por se tratar de um estudo retrospectivo somente serão analisados os prontuários no caso dos pacientes que estiveram internados no ano de 2018, que receberam alta hospitalar até dezembro do mesmo ano. Não serão incluídos na pesquisa prontuários de pacientes atendidos em UCCI no período de janeiro/2014 a dezembro/2018: que sejam do sexo feminino de qualquer idade; do sexo masculino com idade igual ou inferior a 59 anos; que tenham tido alta por motivo de transferência, óbito, alta a pedido e os casos de evasão. Do universo de 574 prontuários de pacientes atendidos na UCCI, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, em uma análise inicial, a população estudada correspondeu a 119 prontuários. Da população de 119 prontuários, 21 prontuários foram excluídos no decorrer da pesquisa por não conterem todas as informações necessárias para realização da pesquisa, sendo a pesquisa realizada com um total de 98 prontuários. A caracterização do perfil sociodemográfico e clínico foi realizada através da coleta por meio de bancos de dados elaborado pela pesquisadora no programa Microsoft Excel®.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 98 prontuários de pacientes homens idosos, atendidos em UCCI entre os anos de 2014 e 2018, sendo as características sociodemográficas, em relação à faixa etária, estado civil e escolaridade, apresentadas na Tabela 1. No tocante à faixa etária 57,14% dos pacientes se encontravam entre 60 e 69 anos, 28,57% entre 70 e 79 anos, 13,26% entre 80 e 89 anos e 1,02% acima de 90 anos. No que se refere ao estado civil 51,02% eram casados, 22,44% divorciados, 10,20% viúvos, 11,22% solteiros e 5,10% união estável. Os dados referentes à escolaridade evidenciam que 26,53% dos pacientes não eram alfabetizados, 2,04% alfabetizados, 57,14% possuíam o ensino fundamental incompleto, 4,08% ensino fundamental completo, 2,04% ensino médio incompleto, 6,12%, ensino médio completo, 1,02% ensino superior incompleto, 1,02% ensino superior completo.

As características sociodemográficas, em relação ao domicílio, zona urbana, zona rural estão apresentadas na Tabela 2. Observa-se que 66,32% do paciente atendidos eram munícipes de Campo Grande/MS, e 33,66% provinham de outros municípios. Deste total de pacientes 84,69% eram moradores de zona urbana e 15,30% de zona rural. Na Tabela 3 são apresentadas as características sociodemográficas em relação à situação trabalhista, renda, benefícios e moradia. Concernente à situação trabalhista a maioria dos pacientes, 72,44%, encontravam-se desempregados, 17,34% empregados e 10,20% estavam em situação de trabalho informal. A renda auferida por 67,34% dos pacientes era de até um salário mínimo, 15,30% recebiam de 1 a 2 salários mínimos, a renda de 2 a 3 salários mínimos e acima de 3 salários mínimos atingiram o percentual de 3,06% e 4,08% respectivamente, já os pacientes sem percepção de renda representaram 10,20% dos prontuários pesquisados. Os benefícios previdenciários de aposentadoria, auxílio-doença, e pensão por morte atingiram os percentuais de 48,97%, 7,14% e 1,02% respectivamente, já os benefícios assistenciais de Benefício de Prestação Continuada (BPC), Bolsa Família e Vale Renda atingiram os

Tabela 1. Características sociodemográficas dos homens idosos atendidos em UCCI entre 2014 e 2018 (idade, estado civil, escolaridade). Campo Grande - MS, Brasil, 2020. (N=98)

Dados Sociodemográficos	N	%
Idade		
De 60 a 69 anos	56	57,14%
De 70 a 79 anos	27	28,57%
De 80 a 89 anos	13	13,26%
Acima de 90 anos	1	1,02%
Estado Civil		
Casado	50	51,02%
Divorciado	22	22,44%
Viúvo	10	10,20%
Solteiro	11	11,22%
União Estável	5	5,10%
Escolaridade		
Não Alfabetizado	26	26,53%
Alfabetizado	2	2,04%
Ensino Fundamental Incompleto	56	57,14%
Ensino Fundamental Completo	4	4,08%
Ensino Médio Incompleto	2	2,04%
Ensino Médio Completo	6	6,12%
Ensino Superior Incompleto	1	1,02%
Ensino Superior Completo	1	1,02%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes atendidos entre os anos de 2014 e 2018.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos homens idosos atendidos em UCCI entre 2014 e 2018 (domicílio, zona urbana, zona rural). Campo Grande - MS, Brasil, 2020. (N=98)

Dados Sociodemográficos	N	%
Domicílio		
Campo Grande/MS	65	66,32%
Interior do estado	33	33,66%
Morador		
Zona Urbana	83	84,69%
Zona Rural	15	15,30%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

Tabela 3. Características sociodemográficas dos homens idosos atendidos na UCCI entre 2014 e 2018 (situação trabalhista, renda, benefícios e moradia). Campo Grande - MS, Brasil, 2020. (N=98)

Dados Sociodemográficos	N	%
Situação Trabalhista		
Empregado	17	17,34%
Desempregado	71	72,44%
Emprego Informal	10	10,20%
Renda		
Até 1 Salário Mínimo	66	67,34%
De 1 a 2 Salários Mínimos	15	15,30%
De 2 a 3 Salários Mínimos	3	3,06%
Acima de 3 Salários Mínimos	4	4,08%
Sem Renda	10	10,20%
M,		
Benefícios		
Aposentadoria	48	48,97%
Auxílio-doença	7	7,14%
Pensão por morte	1	1,02%
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	28	28,57%
Bolsa Família	1	1,02%
Vale Renda	1	1,02%
Não recebe qualquer benefício	10	10,20%
Recebe Salário (CLT)	12	12,24%
Moradia		
Própria	65	66,32%
Alugada	12	12,24%
Cedida	19	19,38%
Outras	2	2,04%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

percentuais de 28,57%, 1,02% e 1,02% respectivamente, 10,20% dos pacientes não recebiam qualquer tipo de benefício e 12,24% recebiam salário em regime celetista. Em relação à moradia 66,32% residiam em imóvel próprio, 12,24% em imóvel alugado, 19,38% em imóvel cedida e 2,04% em outros tipos de moradia. Os diagnósticos dos pacientes estão apresentados a seguir na Tabela 4. Observa-se que 73,46% foram acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), 5,10% Síndrome de Guillain Barré, 3,06% Síndrome de Fournier, e 16,32% apresentaram outros diagnóstico.

Tabela 4. Diagnóstico dos homens idosos atendidos em UCCI entre 2014 e 2018. Campo Grande - MS, Brasil, 2020. (N=98)

Características clínicas	N	%
Diagnóstico		
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	72	73,46%
Síndrome de Guillain Barré	5	5,10%
Síndrome de Fournier	3	3,06%
Polineuropatia do Paciente Crítico	2	2,04%
Outros diagnósticos	16	16,32%

Fonte: Dados obtidos nos prontuários dos pacientes entre os anos de 2014 e 2018.

DISCUSSÃO

O envelhecimento é um processo natural, constituindo-se de um direito social e personalíssimo do idoso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz o envelhecimento em quatro estágios, sendo eles a meia-idade compreendido entre 45 e 59 anos de idade, o idoso entre 60 a 74 anos de idade, o ancião aqueles entre 75 a 90 anos e a velhice extrema compreendendo as pessoas acima de 90 anos de idade (Ahmad *et al.*, 2001).

No Brasil, por força do art. 1º, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, considera-se pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 60 anos (Brasil, 2003). Os dados obtidos com a pesquisa revelam que maioria dos pacientes atendidos (57,14%) estava na faixa etária de 60 a 69 anos de idade. Porém, nota-se, através dos dados descritos na Tabela 1, que os atendimentos realizados em UCCI, entre os anos de 2014 e 2018, abrangeram pacientes de três estratos de classificação da OMS, sendo eles: idosos, anciãos e velhice extrema. Os pacientes casados e em união estável somam-se 56,12% da população estudada, e os viúvos, divorciados e solteiros 43,86%.

Em relação à escolaridade, evidencia-se que a grande maioria dos pacientes atendidos possui baixa escolaridade. A soma dos percentuais dos não alfabetizados, alfabetizados, e dos que possuem o ensino fundamental incompleto e completo, atinge 89,79% dos pacientes homens idosos, chamando a atenção para a proporção dos não alfabetizados (26,53%) e dos que possuem o ensino fundamental incompleto (57,14%). Entre os que possuem o ensino médio incompleto e completo, e o ensino superior incompleto e completo atinge-se o percentual de 10,20%, sendo que apenas 1,02 possuem o ensino superior completo. Estes dados vêm de encontro com os estudo de Guibu *et al.* (2017) que apontam o grau de escolaridade dos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, evidenciando que os analfabetos somam 11,9%, o ensino fundamental 59,8%, o ensino médio 23,3% e o ensino superior 5,0% da população nacional atendidas pelo SUS na APS, o estudo ainda evidencia que as pessoas do sexo masculino possuem um menor número de escolaridade quando comparados com o sexo feminino.

De acordo com Santos e Gomes (2019, p.1) “o contexto do envelhecimento populacional e da escolaridade, associado ao universo dos idosos, está basicamente relacionado ao âmbito da saúde, seja na prevenção de doenças, seja no combate a elas, com vias a qualidade de vida ou autonomia desse grupo”. Desta forma, pode se afirmar que a questão da baixa escolaridade, em pacientes atendidos pelo SUS, está intimamente ligada ao controle e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis. Do percentual de pacientes atendidos, que compõe a amostra deste estudo, 66,32% residiam em Campo Grande-MS, capital do estado e sede do Plano Piloto de implantação da modalidade em CCI no ano de 2013. E 33,68% dos pacientes residiam nos demais municípios do interior do estado. Sendo que do total de pacientes homens idosos atendidos 84,69% provinha de zona urbana e 15,30% de zona rural. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE (2019a; 2019b) o estado de Mato Grosso do Sul possui 79 municípios, tendo uma população total estimada em 2.778.986 habitantes, deste 2.097.238 vivem em zona urbana e 351.786 em zona rural, sendo que a população de homens idosos do estado corresponde a 111.773 pessoas. O município de Campo Grande-MS possui aproximadamente 895.982 habitantes, dos quais 31.470 são homens idosos. No Brasil o idoso vivendo em território rural, é uma área pouco estudada, entretanto pode-se afirmar que o cotidiano vivido pelo indivíduo senescente está inteiramente ligado ao processo de envelhecimento do mesmo, sendo os riscos sociais, físicos, biológicos, econômicos e financeiros determinantes para o processo de envelhecimento saudável. Nesta perspectiva tem-se a zona rural como um fator externo que influencia no processo saúde-doença do idoso. O meio rural pode apresentar condições que impactam negativamente na saúde da população idosa que reside neste espaço, tais como: a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, dificuldade no acesso ao transporte, condições ruins das estradas ou mesmo a falta delas, distâncias geográficas consideráveis, dificuldade na aquisição de gêneros alimentícios, farmácia e vestuários (GARBACCIO *et al.*, 2018).

A moradia precária e com barreiras arquitetônicas que dificultam acessibilidade e adaptações necessárias ao processo de envelhecimento, a falta de saneamento básico, o tempo gasto para os deslocamentos até as cidades, o abastecimento de água e energia elétrica, o acondicionamento do lixo a céu aberto, enterrado ou sua incineração, a rede de apoio constituída apenas pela família ou vizinhos podem ser consideradas como questões de saúde pública, que tem um peso maior sobre a população idosa rural. Em relação à situação trabalhista, a maior parte (72,44%) dos pacientes, encontravam-se desempregados, 10,20% exerciam atividade no mercado informal, e apenas 17,34% mantinham-se empregados. Os dados evidenciam a realidade das políticas públicas vigentes, que não preparam o idoso para um envelhecimento produtivo, não os incorporando ou os mantendo no mercado de trabalho, não havendo programas que preparem o idoso para a aposentadoria.

Os estudo de Castro *et al.* (2019) apontam que houve um pequeno aumento da participação dos idosos no mercado de trabalho, no ano de 2012 os idosos empregados representavam 6,3%, e no ano de 2017 esse valor subiu para 7,4%. Sendo esta inserção de idosos em idades avançadas, no mercado de trabalho, possível desde que se tenha investimento em educação, saúde e capacitação deste público para o uso de

novas tecnologias. O idoso pode permanecer no mercado de trabalho formal ou informal, por não cumprir os critérios para aposentadoria, por receber um valor de benefício previdenciário ou assistencial que não supra suas necessidades e precise ser complementado, ou mesmo para se manterem ativos na sociedade (Paolini, 2016). Neste sentido, salienta-se a necessidade do mercado de trabalho, tanto na esfera privada como na esfera estatal, adequar-se para inserção dos idosos, tendo em vista o envelhecimento acelerado da população, gerando novos empregos para uma “população que muitas vezes tem baixa escolaridade e nível de qualificação inferior ao que o mercado capitalista tem exigido, porém, é passível de reciclagem” (Paolini, 2016, p. 180). No tocante a renda da população estudada, 10,20% dos pacientes não auferia qualquer valor de renda, 67,34% auferiam renda de até um salário mínimo, 15,30% de um a dois salários mínimos, 3,06% de dois a três salários mínimos e 4,08% acima de três salários mínimos. Estes percentuais vêm de encontro aos dados do IBGE que no ano de 2010 apontava que a maior parte dos idosos vivia com renda domiciliar per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, e em 2018, apresentou que 7,5% da população idosa brasileira viviam abaixo da linha da pobreza (IBGE, 2010; IBGE 2019c).

Segundo Faustino *et al.* (2020, p. 2) a renda associa-se “ao empoderamento social e ao potencial de gastos com saúde para si e/ou outros membros da família”, colocando o idoso que está sem renda, ou a mesma mostra-se insuficiente, em situação de vulnerabilidade. A vulnerabilidade tem relação com status social, econômico e educacional. Em um estudo com 247 idosos de um serviço de atenção básica, que identificou a relação existente entre fragilidade, perfil sociodemográfico e vulnerabilidade social, evidenciou-se que majoritariamente a renda interfere no estado de saúde dos idosos que possuem acesso limitado aos serviços de saúde (Jesus *et al.*, 2017). A maioria dos pacientes atendidos (48,97%) estava aposentada, 28,57% recebiam Benefício de Prestação Continuada (BPC) e 12,24% recebiam salário em regime celetista. Em relação aos demais benefícios previdenciários alguns pacientes recebiam auxílio-doença (7,14%) e pensão por morte (1,02%). No tocante aos demais benefícios assistenciais, alguns pacientes eram beneficiários dos programas Bolsa Família (1,02%) e Vale Renda (1,02%), sendo que 10,20% dos pacientes não recebiam qualquer tipo de benefício.

As aposentadorias, pensões e benefícios do Governo figuram como as principais fontes de renda, sustento e sobrevivência dos idosos no Brasil (Jesus *et al.*, 2017). A política de seguridade social composta pelas políticas de saúde, previdência social e assistência social, enfrenta vários desafios para o atendimento do idoso, entre eles destacam-se o seu orçamento, que vem sendo utilizado através da Desvinculação de Receitas da União (DRU) em outros setores causando o déficit no financiamento da seguridade social. Em um estudo que analisou os impactos financeiros na vida familiar durante a internação em UCCI, constatou-se que os benefícios sociais e previdenciários mantiveram a renda familiar neste período, sendo o paciente internado o principal provedor da casa. Trazendo a importância da seguridade social na garantia dos direitos à saúde, apontando o BPC, a aposentadoria e o auxílio-doença como fonte de renda durante a internação hospitalar, que promove a segurança da família e do próprio paciente internado (Lima e Scandola, 2018).

A política de saúde é de caráter universal e gratuito, sendo garantida a brasileiros e estrangeiros, independe de contribuição; a política de previdência social é de caráter contributivo, tendo direito apenas aqueles que para ela contribuem; já a política da assistência social é de caráter não contributivo, sendo beneficiários os que dela necessitarem, os considerados hipossuficientes. De acordo com Faustino (2020) as políticas que visam à proteção de renda para idosos se ampliaram a partir dos anos 2000, e garantem aos idosos com baixa renda benefícios como o BPC, que consiste na garantia de salário mínimo destinada a pessoas com deficiência, de qualquer idade, e idosos maiores de 65 anos que atendam aos requisitos de vulnerabilidade social estabelecido em lei. O Programa Bolsa Família (PBF) surgiu em 2003 e consiste em um programa de transferência mensal de renda para famílias de baixa renda inscritas no CadÚnico, que cumpram as condicionalidades do programa, criado através de medida provisória, e a posteriori convertido em lei (Medeiros *et al.* 2017). O Vale Renda é um programa de transferência de renda mensal que abrangem as famílias sul-mato-grossenses em situação de vulnerabilidade, sendo desenvolvido pela Superintendência de Benefícios Sociais, da Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho-SEDHAST (SEDHAST, 2014). A aposentadoria, o auxílio-doença e pensão por morte são benefícios previdenciários, dos quais somente terão direito o segurado ou os dependentes, no caso da pensão por morte, que esteja em gozo de qualidade de segurado ou dentro dos critérios de elegibilidade para dependentes, e tenham cumprido a carência do benefício.

A aposentadoria encontra-se dividida em quatro tipos: aposentadoria por idade, aposentadoria por tempo de contribuição, aposentadoria especial e aposentadoria por invalidez, tendo cada uma sua especificidade para concessão (Costa, 2019). O auxílio-doença será concedido ao segurado que por comprometimento físico ou mental, fique impossibilitado de exercer sua atividade laborativa por um período superior a 15 dias (Souza, 2019). A pensão por morte é o benefício que fará jus o beneficiário do segurado que vier a falecer, tendo direito o cônjuge, companheiro(a), filho(a) não emancipado e menor de 21 anos ou incapacitado para reger os atos da vida civil de qualquer idade, genitor (a), irmão (ã) menor de 21 anos ou incapaz para o trabalho de qualquer idade, cônjuge divorciado ou separado judicialmente que prove dependência econômica do segurado (Costa, 2019). Concernente à moradia, a maioria dos pacientes (66,32%) residiam em imóvel próprio e 12,24% em imóvel alugado, o percentual de idosos vivendo em imóvel cedido foi de 19,38% e outros tipos de moradia 2,04%. A porcentagem de pacientes que não residem em imóvel próprio atingiu um total de 33,66%. Entretanto, a realidade vivida por muitos brasileiros, é de desproporcionalidade, principalmente em relação aos que estão inseridos em extratos mais pobres, entre a demanda por habitação e a oferta de moradias.

As políticas de habitação no Brasil sempre tiveram foco na casa própria, na década de 40 foi criada a Fundação da Casa Popular, entre as décadas de 60 e 80 foi instituído o Sistema Financeiro da Habitação, após a Constituição Federal de 1988 as políticas municipais de habitação tinham foco na outorga de cartas de crédito, e no ano de 2009 o governo lança o Programa Minha Casa, Minha Vida, trazendo “a difusão e a valorização da propriedade imobiliária em detrimento das moradias de aluguel” (Pasternak e Bogus, 2014, p. 236). Os

estudos de Pasternak e Bogus (2014, p. 243) apontam o aluguel como uma alternativa para a redução do déficit habitacional em camadas de renda baixa, tendo em vista o direito constitucional à moradia digna. Colocando o mercado de aluguel como uma opção para os “casais divorciados, casais mais velhos cujos filhos já abandonaram o lar parental e queiram reduzir o tamanho de sua unidade habitacional sem comprometer o patrimônio”, trazendo que o aumento da população idosa demanda também “certo tipo de casa, já que, muitas vezes, o idoso mora só”. No tocante ao diagnóstico, nota-se uma grande proporção (73,46%) de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), seguidos de Síndrome de Guillain Barré (5,10%) e Síndrome de Fournier (3,06%). De acordo com Gomez (2015), 51% das mortes por AVC são causadas pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença crônica não transmissível mais frequente na população brasileira, considerada um problema de saúde pública. Em um estudo que analisou a prevalência de HAS entre homens e mulheres moradores da região da Amazônia Legal, constatou-se que a prevalência maior de HAS é em indivíduos do sexo masculino sendo maior na faixa etária de 50 a 59 anos (Silva *et al.*, 2016).

A HAS tem alta prevalência, baixa taxa de controle e baixa taxa adesão ao tratamento, principalmente na população masculina, pois o controle de doenças crônicas geralmente exige um maior comprometimento do paciente, que necessitará de consultas periódicas, e mudanças de hábitos de vida. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008) traz a masculinidade hegemônica como eixo estruturante da não procura aos serviços de saúde, por parte dos indivíduos homens, elencando como motivos da não-adesão às medidas de promoção à saúde, por parte desta população:

- Os estereótipos de gênero, que criam uma cultura machista, onde o homem é visto com um ser viril e a doença como fragilidade, sendo assim, inerente a feminilidade e não a masculinidade;
- O autojulgamento de invulnerabilidade, que contribui para uma maior exposição aos riscos;
- A rejeição ao adoecimento;
- As ações desenvolvidas pelas unidades de saúde privilegiando determinados grupos (saúde da criança, o adolescente, da gestante, da mulher, do idoso), e poucas ações específicas ao público masculino.
- A posição de provedor historicamente atribuída ao homem e o horário de atendimento dos serviços de atenção básica, que são incompatíveis com a rotina de trabalho.
- A dificuldade no acesso aos serviços de saúde, como as filas para marcação de consultas e exames, unidades sem profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, etc.) ou com déficit, trabalhando com um número muito reduzido.

A desigualdade social pode se configurar em diferentes formas de adoecimento, em um estudo que analisou os fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos, identificou a renda baixa como um fator associado a não adesão de consultas médicas (Bibiano *et al.*, 2019). O grau de escolaridade dos indivíduos pode influenciar negativamente no controle de doenças crônicas não transmissíveis como a HAS. Dos pacientes atendidos em

UCCI 89,79% tinham baixa escolaridade e 73,46% tiveram como diagnóstico o AVC. A pesquisa de Gomez (2015) evidencia que metade dos pacientes com HAS não controlado compõe-se de analfabetos, sendo o controle da doença elevado proporcionalmente ao grau de escolaridade, atingindo uma taxa de até 100% de controle da doença entre os indivíduos com nível médio completo. O baixo nível de escolaridade é tido como um grande problema entre a comunicação e interação do paciente com HAS e profissional da saúde, principalmente no tocante as “orientações gerais, as prescrições dos diferentes fármacos e o entendimento por parte dos pacientes das palavras do profissional da saúde” (Gomez, 2015, p. 3). Os estudos de Rodrigues *et al* (2020, p. 855) evidenciam que o baixo grau de escolaridade tem relação com o uso dos serviços de saúde sem regularidade. Este fato se deve em razão “da assistência e do cuidado em saúde dependerem não apenas da disponibilidade dos serviços, mas do entendimento da população e da própria aceitação da doença” que está vinculada ao nível de instrução desta população, sendo este indicador do nível socioeconômico que influencia no acesso e utilização dos serviços de saúde. Em relação à Síndrome de Guillain Barré em idosos existe uma carência na literatura de pesquisas que abordem a temática, sendo esta síndrome um distúrbio autoimune, geralmente provocado por um processo infeccioso anterior, podendo provocar desde fraqueza muscular a paralisia total de membro. De acordo com os estudos de França Junior (2005) o desenvolvimento de paralisia flácida aguda, provocado pela doença, e que gera grave incapacidade é mais frequente em idosos, tendo este público pior prognóstico para a doença. Sendo necessários maiores estudos para o entendimento e manejo da Síndrome de Guillain Barré no idoso.

No tocante a Síndrome Fournier, infecção bacteriana que ocasiona lesões na região perianal e genitália externa, observa-se uma predominância em pessoas do sexo masculino e em idosos debilitados. É uma doença causada por múltiplos fatores como o “diabetes mellitus, hipertensão arterial, etilismo, obesidade, dentre outras” (Lescano *et al*, 2019, p. 32625). Considerando todas as singularidades e particularidade apresentadas pelos pacientes homens idosos atendidos em UCCI, ressalta-se a necessidade da assistência prestada por meio de uma equipe multiprofissional, através do trabalho interdisciplinar, que considerando o processo saúde-doença e sua relação com os condicionantes e determinantes da saúde, realize um atendimento de forma individualizada, garantindo a integralidade do cuidado em saúde. O atendimento ao homem idoso deve ser realizado no modelo biopsicossocial, levando em consideração as características que são inerentes ao gênero e a idade, onde a equipe multiprofissional trabalhará os fatores biológicos, econômicos, psicológicos e sociais envolvidos no processo do adoecimento.

Considerações Finais

Pode ser observado neste estudo um perfil majoritário de homens idosos, entre 60 e 69 anos, casados, com baixa escolaridade e baixa renda, diagnosticados com AVC, e que adentraram o serviço de saúde por meio da urgência e emergência, devido ao agravamento do seu quadro clínico. O serviço de saúde em CCI pode ser visto como um novo modelo de atenção à saúde do idoso com perda da autonomia e funcionalidade. Por meio de uma equipe multiprofissional oferece serviços de reabilitação, prevenindo o agravamento e possíveis reinternações, trabalhando o paciente idoso em suas

questões físicas, biológicas, sociais, psicológicas, nutricionais e farmacológicas. Neste sentido, ressaltasse a importância de ações em saúde voltadas para o público idoso do sexo masculino, considerando a heterogeneidade envolvida no “ser homem” e no “ser idoso” que envolvem o processo saúde doença. Sendo necessárias ações de promoção e prevenção da saúde, planejadas para atingir especificamente esta parcela da população. As questões referentes ao machismo, masculinidade, envelhecimento e velhice são construídas socialmente, culturalmente e historicamente pela sociedade, sendo assim, os pré conceitos estabelecidos por essas questões impactam não somente na saúde, como também nos demais aspectos do vivido humano. A atenção à saúde do homem idoso deve ser considerada em suas diferenças de idade, pois cada extrato do envelhecimento, ou seja, idoso, ancião e velhice extrema, apresentaram demandas de saúde específicas; assim como também devem ser consideradas as questões referentes à situação socioeconômica, escolaridade, habitação, moradia e especificidades do meio urbano e rural.

REFERÊNCIAS

- Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. 2001. Age Standardization Of Rates: A New Who Standard. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf> Acesso em: 10 abr. 2020
- Antônio M 2020. Active ageing and the culture of perfection. *Saúdesoc. São Paulo.* 29(1): 1-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=ci_arttext&pid=S0104-12902020000100203&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2020.
- Bibiano AMB, Moreira RF, Tenório MMGO, Silva VL. 2019. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva.* Rio de Janeiro. 24(6): 2263-2278. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602263&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2020.
- Brasil 2003. Lei Federal nº 10.741, de 01 de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 26 abr. 2020
- Brasil 2008. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 26 abr. 2020.
- Castro CMS, Costa MFL, Cesar CC, Neves JAB, Sampaio RF 2019. Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva.* Rio de Janeiro. 24(11):4153-4162. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104153&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020
- Costa LM 2019. Benefícios previdenciários: Uma análise acerca da tutela provisória do CPC. *Revista Âmbito Jurídico.* 186(22). Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-previdenciario/beneficios-previdenciarios-uma-analise-acerca-da-tutela-provisoria-do-cpc/>. Acesso em: 24 abr. 2020
- Faustino CG, Levy RB, Canella DS, Oliveira C, Novaes HMD 2020. Income and out-of-pocket health expenditure in living arrangements of families with older adults in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 36(3): 1-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 mar. 2020
- França Junior MC, Deus-Silva L, Castro R, Garibaldi SG, Pfeilsticker BHM, Nucci A, Marques Junior JFC 2005. Guillain-Barré syndrome in the elderly: clinical, electrophysiological, therapeutic and outcome features. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 63(3):772-775. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000500010&lng=en. Acesso em: 29 abr. 2020
- Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ 2018. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev. Bras. Enferm. Brasília.* 71(2):724-732. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800724&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020
- Gomez YEB 2015. Relação entre o nível de escolaridade e o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Morada de Bethânia. 19 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta do SUS, Espírito Santo. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/8095/1/Yoen-drys%20Eduardo%20Bosch%20Gomez.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2020.
- Guibu IA, Moraes JC, Junior AAG, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro MS, Leite SN, Álvares J 2017. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Rev. Saúde Pública.* São Paulo. 51(2): 1-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300306&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020
- IBGE 2019a. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/panorama>. Acesso em: 13 maio 2020
- IBGE 2019b. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População residente das Unidades da Federação e Grandes Regiões, enviada ao Tribunal de Contas da União - 2001-2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 13 maio 2020
- IBGE 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro.
- IBGE 2019c. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2020
- Jesus ITM, Orlandi AAS, Grazziano ES, Zazzetta MS (2017). Frailty of the socially vulnerable elderly. *Acta paul. enferm. São Paulo.* 30(6):614-620. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000600614&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020
- Lima WCB, Scandola EMR 2018. Os impactos financeiros na vida dos familiares durante a internação na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). *Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul.* 1(1):37-47.
- Lescano FA, Pereira TO, Juliano FMS, Pinheiro Simões EA 2019. Tratamento da gangrena de fôrnier utilizando laser

- de baixa potência: relato de caso. *International Journal of Development Research*. 09(12):32625-32629. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/tratamento-da-gangrena-de-fournier-utilizando-laser-de-baixa-pot%C3%A0ncia-relato-de-caso>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- Lopes EFB, Rotta CS, Pinheiro Simões EA, Assis MFBR 2020. Envelhecimento e Cuidados Continuados Integrados: Uma nova perspectiva no cuidado à saúde do idoso em Campo Grande/MS. *Mais* 60: Estudos Sobre Envelhecimento. 30(76): 42-52. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/files/artigo/75336e92/509a/4980/ae2/9be433f39187.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.
- Medeiros M, Britto T, Soares F 2007. Transferência de renda no Brasil. *Novos estud. – CEBRAP*. São Paulo. 79:5-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2020.
- Paolini KS 2016. Desafio da inclusão do idoso no mercado de trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 14(2):177-82. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/310491234_Desafios_da_inclusao_do_idoso_no_mercado_de_trabalho. Acesso em: 24 abr. 2020.
- Pasternak S, Bogus LMM 2014. Habitação de aluguel no Brasil e em São Paulo. *Cad. CRH*. Salvador. 27 (71): 235-254. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792014000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020.
- Pinheiro EA. 2017. A prática de cuidados continuados integrados ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS. 162 f. Dissertação (mestrado em desenvolvimento local) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.
- Rodrigues AMAM, Cavalcanti AL, Pereira JLSH, Araújo CLC, Bernardino IM, Soares RL, Freire DEWG, Soares RSC 2020. Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 25(3):845-858. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19532018>. Acesso em: 26 abr. 2020.
- Santos MR, Gomes MMF (2019). Envelhecimento Populacional, Escolaridade e o contexto dos Idosos: Enfoque Metaanalítico Consolidado de 1991 a 2018 na Web Of Science. In: XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais - População, sociedade e políticas: desafios presentes e futuros. Poços de Caldas. Disponível em: <http://www.abep.org.br/xxiencontro/arquivos/R0174-1.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.
- Santos SCS, Pinheiro EA, Loureiro MDR, Pompílio MA, Sales APA (2018). O enfermeiro no processo reabilitação do idoso em cuidados continuados integrados. *Atas- Investigação Qualitativa em Saúde*. 1:877-882. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1858>. Acesso em: 24 abr.
- Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MAL, Espinosa MM (2016). Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 19(1):38-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720160010004>. Acesso em: 26 abr. 2020.
- Souza MC. 2019. O Instituto do Auxílio Doença Previdenciário e Suas Particularidades. *Revista Âmbito Jurídico*. 187(22). Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-previdenciario/o-instituto-do-auxilio-doenca-previdenciario-e-suas-particularidades-2/>. Acesso em: 24 abr. 2020
