

LAURA MOREIRA DE SOUSA FONSECA

**PERCEPÇÕES E CONCEPÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO AO
IDOSO: um estudo com os profissionais de enfermagem que atuam nas
Unidades de Saúde da Família – USFs**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

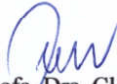
Orientadora: Profa. Dra. Cléria Maria Lobo Bittar.

**FRANCA
2012**

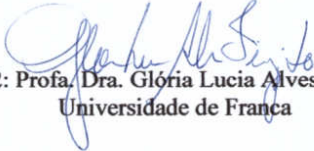
LAURA MOREIRA DE SOUSA FONSECA

PERCEPÇÕES E CONCEPÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO AO IDOSO:
um estudo com os profissionais de enfermagem que atuam nas
Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSFs

COMISSÃO JULGADORA DO PROGRAMA
DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE


Presidente: Profa. Dra. Cléria Maria Lobo Bittar
Universidade de Franca


Titular 1: Profa. Dra. Telma Sanchez Vendruscolo
UNAERP


Titular 2: Profa. Dra. Glória Lucia Alves f/igueiredo
Universidade de Franca

Franca, 15/03/2012

DEDICO este trabalho a todos os profissionais da área da saúde, e em especial àqueles que trabalham com idosos e que têm o compromisso de promover saúde, contribuindo para um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e por me guiar pelo presente em direção a um futuro promissor, iluminando meus pensamentos e meu caminho;

à minha família: à minha mãe, Maria das Graças de Sousa, que esteve comigo em todos os momentos dessa caminhada. Às minhas irmãs Maria Eleusa, Sirleny e Geraldinha por dividir comigo a história da minha vida, incentivando e valorizando meu esforço e conquistas. Aos meus sobrinhos Otávio, Lara, Daniel e João Lucas que são a razão da minha vontade de vencer;

ao Cláudio Luiz da Silva Fonseca, meu amor: por me acompanhar nesta jornada, somando energia para prosseguir, preocupando-se com minhas preocupações e salvando-me do isolamento, quando nada além deste trabalho era alvo da minha atenção;

ao meu amigo Douglas, por dividir comigo todos os momentos desta caminhada: pelas risadas, momentos de dificuldade e apoio em tudo. E ao seu pai Wilson pela sua preocupação e por se passar por nosso motorista em todas as viagens. Agradeço até mesmo pelas broncas, quando eu desviava a atenção estando na direção;

à família que me acolheu em Franca, Sr. Osmar, D^a Joana e Kátia e o pequeno Vinícius, por me receberem na casa de vocês me fazendo sentir como se estivesse na minha, muito obrigada;

às minhas amigas Cleide e Luciana pelas palavras de incentivo nos momentos de angústia e desânimo;

à minha orientadora, professora Cléria Maria Lobo Bittar, pelo conhecimento, competência, incentivo, dedicação, disponibilidade, paciência e serenidade nos momentos necessários, imprescindíveis para a concretização deste trabalho. Agradeço também pelo

respeito ao meu jeito de ser, reconhecendo que eu era capaz mesmo na minha simplicidade;

à Dra. Mônica de Andrade Morraye, pela atenção dada durante todo o curso, às professoras Dra. Glória Lucia Alves Figueiredo e Dra. Teresa Cristina Martins Leite Imada pela participação e sugestões dadas na banca de qualificação;

a todos os professores do Programa de Mestrado em Promoção de Saúde, que também contribuíram para a conclusão deste trabalho. E aos coordenadores e professores dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Psicologia, pela receptividade com que me receberam para os estágios de docência;

enfim, a todos os funcionários da Unifran, que são profissionais de extrema capacidade e educação, em especial agradeço à Adriana e ao Thercius pela educação, disponibilidade e carinho com que me atendiam.

*Eu não tinha este rosto de hoje,
assim calmo, assim triste, assim magro,
nem estes olhos tão vazios,
nem o lábio amargo.*

*Eu não tinha estas mãos sem força,
tão paradas e frias e mortas;
eu não tinha este coração
que nem se mostra.*

*Eu não dei por esta mudança,
tão simples, tão certa, tão fácil:
Em que espelho ficou perdida a minha face.*

Cecília Meireles.

RESUMO

FONSECA, L. M. S. **Percepções e concepções sobre o atendimento ao idoso:** um estudo com os profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família (USFs). 2012. 93f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

Introdução: O envelhecimento populacional é um processo que acontece de forma acelerada, transformando-se em relevante fenômeno mundial. O envelhecimento populacional trouxe mudanças no perfil da morbidade e mortalidade da população adulta. Sendo assim, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde se preparem para lidar com esse novo perfil da população brasileira. **Objetivos:** Analisar as percepções e concepções que os profissionais de enfermagem têm sobre o atendimento ao idoso, identificar as dificuldades enfrentadas por estes no atendimento ao idoso, e os tipos de conhecimentos ou experiências profissionais/pessoais que os profissionais relatam serem essenciais no atendimento ao idoso. **Método:** Trata de um estudo descritivo qualitativo que foi realizado com os profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliares de enfermagem) que atuam nas USF'SUSFs do município de Coromandel-MG. Utilizamos entrevistas semiestruturadas que foram posteriormente transcritas e categorizadas por temas. **Resultados:** Notamos que a maioria dos participantes vê o idoso como um 'ser capaz', que 'tem muito conhecimento adquirido no decorrer dos anos', sendo, porém, 'pessoas carentes de carinho e atenção' e que possuem algum tipo de dependência, consequência do próprio processo de envelhecimento. Entendem que os idosos necessitam, portanto, de cuidados especiais por parte dos profissionais de enfermagem e maior atenção e acompanhamento dos familiares. As maiores dificuldades relatadas por estes profissionais foram: a) falta de conhecimento pelas peculiaridades no atendimento ao idoso; b) sobrecarga de serviço que é imposta a esses profissionais; c) descaso dos familiares; d) dificuldade de adesão ao tratamento por parte do idoso. **Conclusão:** O idoso tem suas peculiaridades, e o profissional de enfermagem deve utilizar-se de seu conhecimento para orientá-los e aos seus familiares para que haja uma melhor adesão ao tratamento, como também na conscientização dos direitos e deveres como usuário do sistema de saúde. É essencial que os usuários tenham condições de estabelecer parceria entre eles e os profissionais da saúde, assim, não somente os resultados práticos seriam mais promissores como ampliariam as oportunidades de se prevenir danos, o que contribuiria para um envelhecimento ativo com qualidade de vida, premissa esta da Promoção de Saúde. Ainda que tenham relatado suas dificuldades no atendimento ao idoso, os profissionais em questão alegaram poder contorná-las através da vivência, apelando para o tipo de vínculo que parecem estabelecer entre eles e os idosos, o que muitas vezes suplantou as carências técnicas e estruturais, e a falta de uma melhor estrutura para o atendimento a esse grupo populacional, tornando, assim, viável o atendimento porque se fundamenta no aspecto humano, em detrimento das condições e estrutura do trabalho profissional.

Palavras-chave: Enfermagem; atenção ao idoso; promoção de saúde.

ABSTRACT

FONSECA, L. M. S. **Perceptions and conceptions on elderly care:** a study with the nursing professionals that act in the basic unit of family's health (USFs) of Coromandel. 2012. 93f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

Introduction: Population aging is a process that happens quickly, becoming important worldwide phenomenon. The aging population has brought changes in the morbidity and mortality of the adult population. Thus, it is essential that health professionals be prepared to deal with this new profile of the population. **Objectives:** To analyze the perceptions and conceptions that nursing professionals have about senior care, identify the difficulties faced by them in senior care, and the types of knowledge or professional experience / personal that professionals reported to be essential in senior care. **Method:** This is a qualitative descriptive study that was conducted with nursing professionals (nurses, technical and nursing assistants) who work in the city of USF's Coromandel - MG. We used semi-structured interviews that were transcribed and categorized by subject. **Results:** We noted that most participants see the elderly as a 'be able', which 'has so much knowledge gained over the years', but on the other hand 'people needing care and attention' and who have some kind of dependence, a consequence the very process of aging. Understand that the elderly need, therefore, special care by the nurses and greater attention and care of family members. The main difficulties reported by these professionals were: a) lack of knowledge of the peculiarities in senior care, b) the overhead of service that is imposed on these professionals, c) the neglect of family, d) the difficulty of adherence to treatment by the elderly. **Conclusion:** The elderly have their peculiarities, and nursing staff should make use of their knowledge to guide them and their families so that there is a better adherence to treatment but also in awareness of rights and obligations as a user of the health system. It is essential that users are able to establish partnership between them and health professionals, thus not only the practical results would be more promising to broaden the opportunities to prevent damage, which contribute to active aging with quality of life, this assumption, the Promotion of Health Although they have reported their difficulties in caring for the elderly, the professionals in question claimed could overcome these difficulties through experience, appealing to the type of bond that seems to establish between them and the elderly, many times supplanted the technical and structural deficiencies, and lack of a better structure for the care of this population group, thus making feasible because the service is based on the human aspect to the detriment of conditions and structure of professional work.

Keywords: Nursing; care for the elderly; health promotion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Pirâmide etária absoluta da população brasileira em 1980	30
Figura 2-	A pirâmide etária absoluta da população brasileira em 2000	30
Figura 3-	A estimativa de pirâmide etária absoluta da população brasileira em 2020	30
Figura 4-	A estimativa de pirâmide etária absoluta da população brasileira em 2050	31
Figura 5 -	A população brasileira de 80 anos ou mais de idade por sexo de 1980-2050	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Codificação dos dados da questão 1	61
Quadro 2 -	Codificação dos dados da questão 2	65
Quadro 3 -	Codificação dos dados da questão 4	71
Quadro 4 -	Codificação dos dados das questões 5 e 6	77

LISTA DE SIGLAS

ANA –	American Nurses Association.
CEPE–	Comitê de Ética e Pesquisa.
COREN –	Conselho Regional de Enfermagem.
ESF –	Estratégia Saúde da Família.
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
NANDA –	North American Nursing Diagnosis Association.
NOAS –	Normas Operacionais de Assistência à Saúde.
NOB –	Norma Operacional Básica.
OMS –	Organização Mundial de Saúde.
ONU –	Organização das Nações Unidas.
OPAS –	Organização Pan-Americana da Saúde.
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PNSI –	Política Nacional da Saúde do Idoso.
PNSPI –	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
PSF –	Programa de Saúde da Família.
SF –	Saúde da Família.
SESC –	Serviço Social do Comércio.
SIAB –	Sistema de Informação de Atenção Básica.
SUS –	Sistema Único de Saúde.
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UNIFRAN –	Universidade de Franca.
UBS –	Unidade Básica de Saúde.
USF –	Unidade de Saúde da Família.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	15
1 CONCEPÇÃO E PERCEPÇÃO DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO ..	18
1.1 A VELHICE NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE.....	23
1.2 ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	25
1.2.1 O envelhecimento populacional como fenômeno mundial	26
1.2.2 O envelhecimento populacional no Brasil.....	27
1.3 DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS	32
1.3.1 A Promoção de Saúde e a saúde dos idosos	36
1.3.2 A Saúde como um Direito – A Saúde do Idoso	38
2 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM JUNTO AOS IDOSOS	46
2.1 O PAPEL DA ENFERMAGEM.....	46
2.2 ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA: MISSÃO E DESAFIOS.....	47
3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	52
3.1 UNIVERSO DA PESQUISA.....	52
3.1.1 Caracterizações da área de estudo	52
3.1.2 População e amostra.....	52
3.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	53
3.3 TIPO DE ESTUDO.....	53
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	54
3.5 IDENTIFICANDO OS PARTICIPANTES.....	54
3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	55
3.6.1 O procedimento do estudo piloto	55
3.6.2 A pesquisa de campo.....	55
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79

APRESENTAÇÃO

O interesse em realizar este estudo partiu da minha convivência e identificação com pessoas idosas e de ter atuado na área da saúde como auxiliar de enfermagem em Unidade básica de Saúde da Família (USF), em Unidade de Pronto Socorro, e ainda como enfermeira docente supervisora de estágio do curso de graduação em Enfermagem em várias instituições. A partir dessa experiência, pude perceber que é grande o número de idosos que procuram o serviço de saúde. Notei então que muitos de meus colegas da enfermagem enfrentavam algum tipo de dificuldade para atendê-los, causando constrangimento ao idoso e também ao profissional, partindo do conhecimento de que o idoso tem algumas peculiaridades e fragilidades decorrentes do processo natural do envelhecimento. Assim, torna-se importante que os profissionais de enfermagem que trabalham com essa faixa etária adquiram conhecimento sobre o atendimento diferenciado que deveria ser oferecido à referida população, um cuidado humanizado com dedicação, respeito, paciência e carinho. No Brasil, junto ao processo de envelhecimento vieram também as consequências de uma sociedade despreparada para atender esse segmento da população. O sistema de saúde também não conseguiu se adequar tão rapidamente; os profissionais de saúde tiveram que se adaptar na prática do dia a dia, muitos sem especialização. Notando as dificuldades enfrentadas pelos colegas de profissão, sendo esta dificuldade percebida também nos graduandos em enfermagem, dos quais supervisionava o estágio. Ficava claro para mim a necessidade de fazer algo que contribuísse de alguma forma para melhorar o atendimento ao idoso, bem como ajudasse os profissionais de enfermagem a superar tais dificuldades. Quando me vi aluna do Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca (Unifran) conheci a amplitude com que se podem atuar quando se fala em promoção de saúde, o quanto um profissional preparado para oferecer cuidados, orientações e incentivo pode mudar a concepção do idoso em relação a seu estilo de vida e tratamento, o quanto este poderá sentir-se mais otimista e comprometido com sua própria saúde. E assim, passar a ter um compromisso consigo mesmo de autocuidado. Esse interesse do idoso em contribuir com seu autocuidado é incentivado quando o idoso procura o serviço de saúde e encontra pessoas que estão aptas a atender às especificidades dessa faixa etária, de forma diferenciada, colocando

na prática todo seu conhecimento, sendo atencioso e dedicado, demonstrando interessado em ajudar a resolver seus problemas. Essa interação entre a enfermagem e as pessoas idosas conquista um elo de compromisso com a saúde do próprio idoso, o qual se sente motivado a mudar o estilo de vida, seguir o tratamento e melhorar sua qualidade de vida. Sabendo disso esforcei ao máximo para realização desse trabalho. Ao iniciar a leitura para escolha do referencial teórico tive vontade de aprofundar mais, conhecer as várias teorias sobre o envelhecimento, as dificuldades que os idosos enfrentam a falta de compreensão e amor, mas também o quanto estes têm a nos oferecer em experiência de vida, sábios conselhos e vasto conhecimento empírico. O gosto em realizar este estudo se fazia mais forte a cada etapa, notando também o carinho especial da minha orientadora, pela pessoa idosa. A cada encontro para orientação me sentia mais envolvida pelo assunto, e juntas fomos construindo cada etapa deste estudo, que espero poder contribuir ao percebermos a concepção e percepção dos profissionais de enfermagem sobre o idoso e as principais dificuldades que estes profissionais têm em atender o idoso e o que deverá ser feito para sanar estas dificuldades. E assim poder oferecer à população idosa um serviço humanizado de qualidade, com afeto e atenção, pois essa grande parte da população, 'os idosos', merece o melhor atendimento possível.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo que acontece de forma acelerada, transformando-se em relevante fenômeno mundial marcado pela transição demográfica, no qual se observa um grande aumento da população idosa em detrimento da população jovem. Esse processo de transição demográfica acontece graças aos grandes avanços tecnológicos e científicos, bem como ao processo de urbanização e à queda da taxa de fecundidade. Junto ao envelhecimento populacional, ocorrem também mudanças nas causas de morbidade – trazendo atualmente como consequência um novo perfil de mortalidade – e, paralelamente, aumento das doenças crônicas degenerativas e diminuição das doenças infectocontagiosas (BRASIL, 2006).

Segundo Erminda (1999), o idoso pode ser definido, didaticamente, nas suas múltiplas dimensões e o envelhecimento é um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Considera-se o envelhecimento como um fenômeno natural, mas que geralmente apresenta um aumento da fragilidade e vulnerabilidade, devido à influência dos agravos à saúde e do estilo de vida do indivíduo.

Erminda (1999) complementa que o envelhecimento pode ser dividido em três dimensões: biológica, cronológica e social. Sendo a dimensão cronológica mensurada pelo calendário católico romano, considerando a pessoa idosa aquela a partir dos 60 anos de idade, nos países em desenvolvimento, e de 65 nos países desenvolvidos, conforme o critério da Organização Mundial de Saúde (OMS). Tal critério foi definido em 1982, na 1ª Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada na capital australiana.

A dimensão biológica se expressa pela alteração estrutural e funcional, sendo que esta nem sempre coincide com o avanço cronológico e a perda social. O envelhecimento é regulado por mecanismos celulares intrínsecos e modulado por numerosas influências do meio ambiente. As alterações biológicas, porém, diminuem a capacidade do idoso em manter a homeostase quando submetido ao estresse fisiológico. Tais alterações, se associadas à idade cronológica avançada, determinam maior susceptibilidade ao aparecimento de doenças e a

incapacidades físicas, mentais e funcionais, bem como a maior chance de morrer (ERMINDA, 1999).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2003) relata que os cuidados de saúde indispensáveis à população idosa são distintos daqueles dispensados ao restante da sociedade, em função da sua parcial incapacidade e do processo degenerativo. O atendimento aos idosos demanda investimentos significativos na reestruturação e readequação de recursos físicos, instalações e equipamentos, além de medicamentos, pessoal capacitado, procedimentos tecnológicos, desenvolvimento, planejamento e gestão do sistema de saúde.

Para Goldman (2004), esse crescente envelhecimento populacional dificulta a expansão do sistema de proteção social para os idosos e implica uma grande transformação da sociedade, o que traz uma série de consequências sociais, culturais, econômicas, políticas e epidemiológicas para as quais o país deve se preparar.

Segundo relatam Costa et al. (2002), até a década de 60 não eram oferecidos programas ou serviços de qualquer natureza aos idosos em melhores condições socioeconômicas, bem como aos que não necessitavam recorrer ao asilamento. Desse modo, esses idosos de uma forma geral encontravam-se isolados e excluídos da sociedade, tanto pela perda das funções profissionais – associados às imagens preconceituosas atribuídas à velhice –, quanto pela ausência de um papel econômico e/ou social, e pelo pouco interesse da sociedade com a questão social da velhice.

Goldman (2004) afirma que o crescente aumento demográfico e o envelhecimento da população ocorrido nas últimas décadas trouxeram novos desafios para as políticas públicas, já que a sociedade de uma forma geral não estava preparada estrutural, econômica e tecnologicamente para atender às especificidades desse segmento da população.

Devido ao processo natural do envelhecimento, o idoso faz parte de um grupo vulnerável que exige um tipo de atendimento diferenciado e altamente qualificado, tornando-se imprescindível que os profissionais busquem maiores conhecimentos sobre o processo natural do envelhecimento e das patologias a ele relacionadas.

De acordo com Freitas et al. (2010), a estratégia dos programas de saúde para a população idosa é a prevenção das doenças e promoção da saúde do idoso, pois estas são as alternativas para um envelhecimento ativo e de qualidade.

Diante do crescente envelhecimento populacional, programas de promoção da saúde do idoso são cada vez mais idealizados. Sendo assim, há necessidade de planejar estratégias que proponham uma assistência de qualidade às peculiaridades dessa etapa do

ciclo vital, que tenham resolutividade efetiva e concreta em se tratando de promoção, prevenção e manutenção da saúde desse segmento da população (MOREIRA, 2007).

Diante de todo o exposto e considerando que os profissionais que lidam com os idosos devem possuir habilidades e conhecimentos específicos, vale refletir sobre as seguintes questões: 1. os profissionais de enfermagem se sentem preparados para realizar um atendimento de qualidade aos idosos? 2. Quais são os principais desafios enfrentados pelos profissionais no atendimento a esse grupo etário?

De acordo com Veras (2003), no Brasil, o processo do envelhecimento aconteceu de forma acelerada e modificou drasticamente a pirâmide populacional, originando uma demanda acentuada por serviços característicos desse grupo etário.

Em vista da necessidade de encontrar profissionais preparados para o atendimento ao idoso, definiu-se a escolha dessa temática, cujo estudo buscou analisar as percepções e concepções que os profissionais de enfermagem do município de Coromandel-MG têm sobre o atendimento ao idoso. Os objetivos deste trabalho foram analisar as percepções e concepções que os profissionais de enfermagem tinham sobre o atendimento ao idoso; identificar as dificuldades enfrentadas por esses profissionais no atendimento ao idoso; identificar os conhecimentos, experiências profissionais ou pessoais que os profissionais relataram ser essenciais no atendimento a esse grupo e conhecer como os profissionais de enfermagem vivenciaram o atendimento ao idoso.

O presente estudo apresenta num primeiro momento a revisão de literatura sobre os aspectos do envelhecimento populacional, a Promoção de Saúde e a saúde dos idosos, a saúde como um direito e os direitos conquistados pelos idosos. Destacou-se neste estudo a atuação da enfermagem junto aos idosos. Foi descrito um breve tópico sobre a profissão, o papel da enfermagem dentro dessa temática e por fim relatou-se sobre as especializações que a enfermagem oferece para que os profissionais possam se preparar no atendimento ao idoso, podendo destacar a Enfermagem Gerontológica.

Em um segundo momento, foi feita a análise dos dados coletados a partir das respostas dos questionários aplicados a profissionais da área da Enfermagem, as quais geraram quatro categorias de análise que foram objetos de nossa discussão.

1 CONCEPÇÃO E PERCEPÇÃO DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO

No Dicionário Michaelis (2002), concepção, entre outros significados, “é um ponto de vista, um paradigma, a crença e o modo de ver as coisas.”

Sobre a concepção de saúde dentro da visão da enfermagem, Oliveira (2002, s/p) relata:

A concepção de necessidade de saúde do sujeito no contexto da enfermagem apoia-se na compreensão do mundo biológico, psicológico e social como geridos por um tipo de relação em que, a cada estímulo, o ser humano reage com uma resposta que busca a adaptação a uma nova situação. Ao focalizar o idoso como sendo sujeito da atenção de enfermagem fala-se de alguém inserido numa sociedade e num grupo social, que também participam da forma que esse ser concebe, avalia e sente como sendo necessidades de saúde. Ao mesmo tempo, reconhece-se que os seres humanos não mantêm padrões estáticos ao longo do tempo. Pelo contrário, mudam o seu modo de agir para fazer frente às demandas da vida que se alteram ao longo da existência.

A concepção de saúde apresenta uma evolução que diz respeito às conquistas humanas no tocante ao conhecimento, como também às questões culturais, sociais e até políticas. Em outras palavras, a saúde passa a ter diferentes concepções à medida que aumenta o cabedal de informações sobre ela, que avançam os conhecimentos técnicos e científicos, sofrendo, igualmente, as influências culturais de cada povo e momento histórico, pois cada sociedade apresenta um discurso sobre saúde/doença, vida/morte, que lhe é característico e que se relaciona com a maneira pela qual estimam e cultivam seus valores e crenças sobre o corpo e sua relação com saúde/doença. O mesmo se dá para as concepções acerca da velhice/envelhecimento, assim como para puberdade/adolescência, gestação, casamento, vida sexual e reprodutiva, entre outros.

Percebemos que os conceitos estão permeados dos aspectos culturais, sociais, ambientais, e também psicológicos, que passam a determinar alguns condicionantes de saúde, conforme descritos por Melo (1998, p. 29-31 apud FREITAS; MARTINS, 2008, p. 2-3):

Condicionantes biológicos: conjunto de fatores relacionados diretamente ao próprio homem e que dizem respeito às suas características constitucionais, inerentes à anatomia e à fisiologia do organismo, bem como à herança genética;

Condicionantes psicossociais: conjunto de fatores que confirma a força da indivisível relação existente entre o corpo (estrutura biológica) e a mente (aspectos psíquicos). Por exemplo, a agressividade, a raiva, o comportamento depressivo ou a tendência ao isolamento são alguns fatores relacionados ao psiquismo humano que podem, eventualmente, determinar a ocorrência de algumas doenças, entre elas as psicossomáticas e as mentais;

Condicionantes culturais: grupo de fatores relacionados ao estilo e as condições de vida, como crenças, educação, hábitos, etc. Destacam-se em especial os hábitos relacionados à alimentação inadequada, ao consumo de bebidas alcoólicas, ao uso do fumo ou outras drogas e, ainda, ao sedentarismo;

Condicionantes socioeconômicos: determinam o perfil, o modo de viver e até mesmo a forma de consumir das pessoas. Leva em conta as condições de habitação, lazer, alimentação, transporte e da própria saúde;

Condicionantes ambientais: as condições e as características ambientais estão estritamente associadas não só à ocorrência de diversos tipos de doenças, como também ao agravamento ou ao aparecimento de muitas enfermidades infectocontagiosas.

Esses condicionantes sobre saúde trouxeram distintas concepções sobre a mesma, e evidentemente, com estas, houve, ao longo da história da humanidade, mudanças na forma de perceber o mesmo fato. Não somente mudam as concepções sobre determinado fenômeno, como a percepção sobre este é diferente, pelos mesmos fatores acima enunciados. A percepção de um mesmo fato pode ter várias interpretações, de acordo com as pessoas que acompanham o mesmo evento. A percepção é um processo que nos permite decodificar os estímulos e mensagens externas que recebemos a cada segundo. As relações entre o indivíduo e o mundo que o rodeia são assim regidas pelo mecanismo perceptivo e todo o conhecimento é necessariamente adquirido através da percepção (SERRANO, 2000).

De acordo com Magalhães-Vilhena (1977), a percepção é um fenômeno complexo, através do qual o mundo exterior é apreendido e interpretado como sendo ordenado em totalidades. O conhecimento não depende tão inteiramente das sensações como à primeira vista pode parecer.

A sensação só se apresenta ao espírito de um modo altamente elaborado: sob a forma de construção mental. Os dados dos sentidos, as sensações são apenas materiais para a construção intelectual. A mente humana unifica esses dados, impõe unidade à multiplicidade, integra-os num todo e, dando-lhes significação, cria os "objetos". Nessa redução da multiplicidade sensível à unidade, verdadeira criação do espírito, consiste justamente a percepção (MAGALHÃES-VILHENA, 1977, p. 137).

E ainda Nahoum (1982 apud SÁ, 2006), em uma sensível percepção da velhice, descreve-a como uma instituição política, por ocorrer a perda do poder e uma convenção social estabelecida por um sistema, que revoga os direitos do indivíduo após determinados anos, ou seja, o pessoa não é velha tanto pela idade ou sinais biológicos, mas porque assim é decretado.

Podemos notar que a percepção nos ocorre de acordo com aquilo que os nossos sentidos nos mostram, sendo que podemos ter uma percepção conforme a capacidade que os

nossos sentidos têm em nos apresentar algo. Apesar de ser um produto de nossa capacidade sensorial e cognitiva, a percepção como um fenômeno subjetivo de cada sujeito sofre igualmente as influências das expectativas, dos conceitos sociais, das crenças e da educação que este recebeu. Em outras palavras, em que pese o fato de ser um fenômeno sensorial, não está imune à gama de informações advindas do meio ambiente, que parecem influenciá-la.

A percepção sobre envelhecimento e sobre velhice não é somente o tipo de conhecimento que se tem a respeito desta fase das existências, e sim uma construção que depende de outros aspectos, tais como o valor dado à velhice e ao idoso, as crenças a respeito dessa fase, como também da própria idade em que está o sujeito em questão, pois sabemos que crianças e adultos têm noção muito distintas sobre quem é ou não “velho”.

Mas quem é o idoso? Para a OMS é todo aquele acima de 60 anos, em países em desenvolvimento, e acima de 65 anos para aqueles que vivem em países desenvolvidos.

De acordo com o art. 1º da Lei nº 10.741/03, idoso é toda pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos (BRASIL, 2003b). No dicionário há divergência nas definições de “velho” e de “idoso”. “Idoso” é a pessoa que tem muitos anos de vida; “velho” pode ter a mesma definição, porém é utilizado também para identificação de coisas antigas, antiquadas ou muito usadas. A palavra “idoso” vem do latim, do substantivo *aetas*, palavra feminina que corresponde a idade ou espaço de tempo, da qual se originou a palavra idade (VILAS BOAS, 2005).

A fase da vida assinalada como velhice, com suas peculiaridades, só é compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Nesse sentido, há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

O envelhecimento é um fenômeno natural de todo ser humano, capaz de desencadear modificações biopsicossociais. E durante esse processo evidenciam-se as fragilidades do corpo, que são determinadas pelo próprio organismo; a velocidade do metabolismo diminui; há redução da capacidade funcional de órgãos e tecidos devido à falta de hormônios que deixam de ser produzidos, fazendo com que o idoso se torne mais suscetível a doenças (SANTIN; BOROWSKI, 2008). “A evidência da velhice pode ser atribuída às mudanças demográficas que indicam o envelhecimento da população, processo já

consolidado nos países do chamado Primeiro Mundo e prenunciado no Brasil” (GOLDMAN, 2000, p. 16).

Com o passar do tempo, o envelhecimento como fenômeno natural torna-se alvo de estudos científicos, notadamente no século XX, quando a população idosa indica crescimento. É quando os cientistas começaram a entender a diferença de velhice e envelhecimento (BUENO, 2008).

Para Py e Scharfstein (2001), o envelhecimento é uma experiência vital e singular, conduzida pelos costumes socioculturais que definem a sua significação, na história da humanidade. Como processo individual, adota transformações que se desdobram pela ação do tempo, com as variações peculiares à individualidade de cada ser.

São múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento, que envolve não somente o controle de doenças, mas, principalmente, o bem-estar físico, psíquico e social, visando em última análise à melhora da qualidade de vida dos idosos. Pode-se considerar o envelhecimento, segundo parecer dos biogerontologistas, como a fase de todo um *continuum* que é a vida, começando com a concepção e terminando com a morte (PAPALÉO NETTO, 2006, p. 9).

Segundo Erminda (1999), o envelhecimento é um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Considera-se o envelhecimento como um fenômeno natural, mas que geralmente apresenta um aumento da fragilidade e vulnerabilidade, devido à influência dos agravos e do estilo de vida. A autora ainda complementa que o envelhecimento pode ser dividido em três dimensões: biológica, cronológica e social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) se baseia na idade cronológica das pessoas para considerar uma pessoa idosa ou não e aplica a seguinte faixa etária: igual ou acima de 65 anos nos países desenvolvidos, e igual ou acima de 60 anos nos países em desenvolvimento, devido à diferença de expectativa de vida. A dimensão biológica se expressa pela alteração estrutural e funcional, a qual nem sempre coincide com o avanço cronológico e a perda social. O envelhecimento é regulado por mecanismos celulares intrínsecos e modulado por numerosas influências do meio ambiente. Porém, as alterações biológicas tornam o idoso menos capaz de manter a homeostasia quando submetido ao estresse fisiológico. Tais alterações, quando associadas, principalmente, à idade cronológica avançada, determinam maior suscetibilidade ao aparecimento de doenças, à instalação de incapacidades físicas, mentais e funcionais, assim como a maior probabilidade de morte (ERMINDA, 1999).

Berzins (2004) relata que o envelhecimento humano não é uma simples passagem do tempo, mas um processo que se constrói individualmente no transcorrer da existência das pessoas, podendo ser uma passagem bem-sucedida ou não, conforme os idosos conseguem se adaptar às inúmeras situações de ganhos e perdas com as quais se deparam ao longo desse processo.

A dimensão social refere-se aos papéis e hábitos que a pessoa, ao longo do seu ciclo vital, assume na sociedade e na família, a partir de um padrão culturalmente estabelecido. O envelhecimento agregado à vulnerabilidade social pode, muitas vezes, manifestar-se pela diminuição ou perda do papel desempenhado por longos anos, na esfera familiar, social e profissional. Considera-se que a inatividade acarreta uma profunda alteração ao estilo e ritmo de vida do idoso, devido à perda do papel profissional e pessoal junto da família e da sociedade, por sentir-se em desigualdade diante dos que trabalham (ERMINDA, 1999).

De acordo com Lima, Silva e Galhardoni (2008), envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial, e a velhice como experiência bem-sucedida, heterogênea, pode ser vivenciada com menos ou mais qualidade de vida de acordo com o estilo de vida do indivíduo. O conhecimento científico e empírico acumulado até o momento mostra que envelhecer não é sinônimo de doença, inatividade e redução do desenvolvimento, porém ainda existem crenças e atitudes negativas frente aos idosos e à velhice em alguns contextos culturais.

Jacob Filho (2006) define a senescência, ou envelhecimento fisiológico, como um conjunto de alterações que ocorrem no organismo humano que implicam perda progressiva da reserva funcional sem comprometimento das necessidades básicas de manutenção de vida. Em contrapartida, a senilidade ou envelhecimento patológico denomina-se como conjunto de alterações que ocorrem no organismo em decorrência de doenças e do estilo de vida que acompanha o indivíduo até a fase idosa. Ainda de acordo com o mesmo autor entende-se que as doenças (senilidade) associadas às perdas fisiológicas (senescência) em idade avançada poderão levar à insuficiência de órgãos, à incapacidade funcional e ao óbito.

E há ainda outros termos atuais relacionados à velhice e senilidade, como o termo senectude, que de acordo com Ruiz (2004, p. 21) caracteriza-se por:

Certa apatia psíquica: perda de fluidez mental; dificuldade para adquirir novos conhecimentos; difícil adaptação às novas realidades (criando situação de isolamento e inutilidade); repetição obsessiva das próprias idéias; modificação da

vida afetiva (diminui o controle emocional, torna-se egoísta, tem medo de ser corrigido e recriminado); reações de compensação, resistência às mudanças, fanatismo, autoritarismo, volta ao “adorável” passado; apego aos “bens materiais” acumulação, avareza, desconfiança.

Para Silva (2001), a terceira idade é considerada como o período em que as pessoas estejam em boas condições físicas e mentais, mas, algumas vezes, instalam-se limitações que podem tornar a vida diária complicada, sobretudo pela restrição funcional para algumas ou todas as atividades básicas e instrumentais do cotidiano.

Estudos de Miguel Junior (2007) apontam que a perda da saúde na velhice traz a possibilidade de desenvolver incapacidades que aumentam quando associadas a maus hábitos de estilo de vida, tais como: tabagismo, sedentarismo, obesidade e etilismo.

Diante do exposto, nota-se que o envelhecimento é um processo contínuo que pode ocorrer diferentemente para cada indivíduo de acordo com sua cultura e estilo de vida. Para maior esclarecimento sobre o processo do envelhecimento, velhice e todo seu contexto, abordaremos a história da velhice na humanidade.

1.1 A VELHICE NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

Segundo Palma e Schons (2000), não há como entender o envelhecimento e a velhice sem sua contextualização, já que a velhice foi vista sob várias óticas dependendo do momento na história, da posição social destinada aos velhos e da representação que se faz deles em diferentes tempos e lugares.

De acordo com os autores supracitados, não existem dados suficientes que demonstrem com exatidão quando na história a velhice foi socialmente contextualizada. É pela pesquisa realizada por antropólogos e sociólogos que se vê a possibilidade de apontar tal momento.

Na história da evolução social humana, quando se formaram as sociedades, com seus conjuntos de normas e valores e estruturas mais sólidas, o velho passa a ter um *status* social diferenciado, devido à sua relação com o poder religioso que o torna possuidor da sabedoria e dos conhecimentos dos fenômenos que transcendem o vulgar (PALMA; SCHONS, 2000).

Ainda segundo os mesmos autores, os idosos cultivavam a sabedoria como segredo, sem repassar o conhecimento a seus descendentes, que, juntamente com as esposas, lhes deviam obediência em tudo e ainda detinham o poder de vida e morte sobre os filhos. O poder religioso assegurava aos velhos grandes privilégios que lhes conferiam grande importância, pois eram eles que detinham o poder de guardar na memória os ritos, danças e cantos para a celebração do culto e de ensiná-los.

No Ocidente, com o advento do cristianismo, refletiu-se a dicotomia sobre a velhice, ora vista como privilégio, ora como decadência. No século VI, Santo Isidoro de Sevilha repercute o pensamento da Igreja e vê a velhice como decadência. Na Idade Média, no regime feudal, os jovens são vistos como heróis, sempre cavaleiros dispostos a operar prodígios. A velhice é ocasião de o cristão convicto se preparar para abandonar este mundo e cuidar de sua salvação no outro. Mesmo jovem, porém, o corpo era considerado um farrapo humano, e o que interessava era a salvação (LORDA, 1995).

Na Renascença, a velhice continua associada ao tempo, à decadência da vida. Nesse tempo o corpo é pintado, esculpido e estudado como em nenhum outro. Inicia-se aqui a visão do corpo humano como máquina, e não há nada que detenha os estragos causados pelo tempo nessa máquina. Com a ascensão da burguesia na Idade Moderna, o velho ganha um maior espaço, adquire uma importância particular pela permanência na família e pelos seus bens materiais acumulados; esse é o tempo do individualismo burguês, a base do capitalismo. Nessa época, o chefe de família, mesmo velho, permanece como proprietário e detém poder econômico. Tal posição o valoriza e o transforma num centro de atenção para os mais jovens. A pior imagem seria a do homem velho destituído de seus bens pelos seus próprios filhos, conforme comenta Lorda (1995).

No século XIX, a literatura retrata a velhice de modo mais descritivo, com referências tanto aos velhos das classes superiores (nobres, burgueses, industriais), como aos menos favorecidos (pertencentes às classes exploradas). O poder que as classes dirigentes possuíam no século XIX continuou no século XX. Nas sociedades mais conservadoras, os homens idosos mantiveram lugares importantes e ativos, muitos integrando o poder do país. As classes dominantes não se esforçaram para ajudar os idosos pobres, os quais dependiam quase sempre da solidariedade da família, e muitas vezes acabavam abandonados, eram expulsos ou asilados (BEAUVOIR, 1970).

De acordo com Palma e Schons (2000), com as grandes mudanças que ocorreram com a Revolução Industrial, os valores também sofreram consideráveis alterações, ocasionando uma desvalorização dos idosos menos favorecidos que permanece durante todo o

século seguinte aumentando ainda mais o estigma e desvalorização do velho. Com a urbanização acelerada e a industrialização, esmaece para muitas sociedades a figura da família patriarcal. Produção e comercialização tornam-se prioridade, e cada vez mais os homens jovens e fortes se tornam supervalorizados, pois deles vinha a força da produção.

Assim o idoso perde sua importância social, uma vez que não consegue desempenhar nenhuma função relevante. Funções de pouca ou nenhuma significância são atribuídas a eles, o que acarretaria com o passar do tempo irrisório poder econômico e social. A valorização da memória e da experiência de vida não é mais tão estimada, recaindo sobre eles o peso da inutilidade e da decadência (PALMA; SCHONS, 2000).

Entretanto, de acordo com as mesmas autoras essa situação de indiferença e desprezo passou a ser discutida na sociedade contemporânea, considerando os fatores de discriminação e desrespeito com o idoso, diversos movimentos foram lançados na busca de reavaliar o papel do velho dentro da sociedade. Foi então que a partir de 1970 a situação começou a modificar-se.

No início do século XX a velhice era exposta na mídia de forma inadequada, tornando-se invisível mesmo com o aumento significativo das instituições geriátricas. Para chamar a atenção da sociedade para a situação dos seus idosos, a mídia os expunha como pessoas necessitadas de ajuda, largadas à própria sorte. Tal fenômeno produziu uma imagem inadequada daquele que envelhecia e fez com que a população idosa caísse na obscuridade dos grupos da minoria (VIEIRA, 2003).

1.2 ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Segundo Moreira (1997), o processo de envelhecimento populacional pode ocorrer devido à diminuição da proporção da população desse grupo etário em relação à totalidade, independentemente de grandes mudanças na faixa etária considerada idosa, ocorrendo o denominado **envelhecimento pela base**. Está associada à queda na taxa de fecundidade, sendo próprio do conhecimento histórico do envelhecimento, vivenciado pela maior parte dos países desenvolvidos, e atualmente também vivido pelos países subdesenvolvidos em processo de transição demográfica.

Quando o envelhecimento da população ocorre pela real ampliação da fração da população idosa, é chamado de **envelhecimento pelo topo**. Este ocorre nos atuais países

desenvolvidos, que continuam envelhecendo, principalmente pelos seus baixos níveis de fecundidade, porém os níveis de mortalidade continuam tendo redução, concentrada, basicamente, entre os grupos etários mais velhos, sendo que, a mortalidade das crianças e jovens já atingiu patamares de difícil redução (MOREIRA, 2000).

Para Camarano (2002), o elevado aumento da população idosa brasileira é resultado da sua alta taxa de crescimento, da queda da taxa de fecundidade que vem prevalecendo há algumas décadas até os dias atuais e também redução da mortalidade.

Esses dois processos – envelhecimento pelo topo e envelhecimento pela base, responsáveis pelo aumento da longevidade – são resultado de políticas e incentivos promovidos pela sociedade e pelo Estado e do progresso tecnológico. No entanto, o resultado desse aumento da expectativa de vida tem sido motivo de preocupação aos próprios incentivadores, pois pode acarretar pressões por transferência de recursos na sociedade, desafiando o Estado, os setores produtivos e as famílias. Como se pode notar através do exemplo, em 1994 um documento do Banco Mundial afirmava que o aumento da expectativa de vida ao nascer e o declínio da fecundidade nos países em desenvolvimento estavam provocando a “crise da velhice”. Esta é traduzida por uma pressão nos sistemas de previdência social a ponto de pôr em risco não somente a segurança econômica dos idosos, mas também o próprio crescimento econômico (SIMÕES, 1997).

Buscar uma compreensão para essa transformação da demografia, bem como fornecer instrumentos que avaliassem o seu impacto nas condições de vida e nas políticas públicas, tornou-se um desafio para as próprias ciências sociais (CAMARANO, 2002).

Diante do exposto sobre os aspectos do envelhecimento populacional, nota-se que houve um esforço significativo da sociedade e das políticas públicas para aumentar a longevidade da população. No caso do Brasil essa transição ocorreu de forma acelerada (VERAS, 2003). As próprias políticas públicas são desafiadas em preparar a sociedade para receber essa população e garantir todos os serviços a que ela tem direito.

1.2.1 O envelhecimento populacional como fenômeno mundial

Neri (2007) define o envelhecimento populacional como o aumento da proporção de idosos em uma população por consequência da diminuição da proporção de jovens. Relata ainda que esse é um evento irreversível associado às importantes

transformações sociais e econômicas que estão diretamente relacionadas às mudanças no perfil epidemiológico e com as demandas dos serviços de saúde.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), ao longo dos anos aumentou consideravelmente em todo o mundo o número de pessoas com idade acima de sessenta anos. A pontuação em 1950 era próxima a 200 milhões de pessoas, passando para 350 milhões em 1975, e as projeções para 2025 apontam o equivalente a mais de 1.100 bilhões (HERÉDIA; CASARA, 2000).

De acordo com Freitas (2002), há um aumento da população idosa, e isso acontece devido à queda da taxa de mortalidade e diminuição da fecundidade.

Segundo Carvalho (2010), a velhice tem sido assunto de discussão em decorrência do fenômeno do envelhecimento populacional mundial. De acordo com Veras (2003), o envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo de forma acelerada, devido à redução da fecundidade das mulheres, conjugada ao aumento da expectativa de vida.

Segundo Bruno (2003), o crescimento demográfico do Brasil deu-se tão rapidamente que a sociedade brasileira foi surpreendida por uma “revolução demográfica” e não está preparada para receber um contingente tão grande desse segmento da população.

Vale ressaltar que o aumento da longevidade deu-se graças especialmente ao avanço na área da ciência médica. Controle e prevenção de doenças foram primordiais para essa constatação. Avanço no campo da geriatria, planejamento, controle sanitário, diminuição da taxa de natalidade e mortalidade, maior prestação de cuidados realizados pelas próprias famílias e casas asilares foram também de grande contribuição. Justamente pelo considerável aumento da população idosa, que passou a dar maior importância ao assunto, pois tal modificação social exige a ampliação da assistência a questões relativas ao envelhecimento humano, sobretudo na área da saúde (SANTIN; BOROWSKI, 2008).

Percebendo as mudanças da sociedade com o fenômeno do envelhecimento populacional, destacaremos logo adiante como ocorreram essas mudanças no Brasil.

1.2.2 O envelhecimento populacional no Brasil

No Brasil, o aumento da taxa da população idosa é maior que o da população infantil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Crianças na faixa etária de 0 a 4 anos do sexo masculino representavam em 1991 cerca de 5,7% da população

total, enquanto que as do feminino representavam 5,5%, caindo em 2000 para 4,9% e 4,7%, chegando a 3,7% e 3,6% em 2010. Em contrapartida aumenta a participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

Em 1991, o grupo etário de 0 a 15 anos representava 34,7% da população. Esse número caiu em 2010 para 24,1%. Já entre a população com mais de 65 anos, o percentual era de 4,8% da população em 1991, aumentando para 7,4%, em 2010. “Isso significa que há menos crianças e adolescentes no país do que há 20 anos e que a população de idosos aumentou”, afirma Fernando Albuquerque, gerente da Coordenação de População e Indicadores Sociais do IBGE (IBGE, 2010).

De acordo com o Censo 2010, o Brasil tem 45.932.295 de pessoas entre 0 e 14 anos; 34.236.060, entre 15 e 24 anos; 46.737.506, entre 25 e 39; 34.983.120, entre 40 e 54; 14.785.338, de 55 a 64 anos; e 14.081.480 com mais de 65 anos. Ainda de acordo com o IBGE, na Região Norte acontece um envelhecimento contínuo, porém ainda apresenta uma estrutura bastante jovem. O grupo etário de crianças menores de 5 anos da Região Norte era de 14,3% em 1991, teve uma queda para 12,7% em 2000, chegando a 9,8% em 2010. Já a proporção de idosos na população passou de 3% em 1991 e 3,6% em 2000, para 4,6% em 2010 (IBGE, 2010).

Ainda segundo dados do IBGE (2010), as regiões mais envelhecidas do país são a Sudeste e a Sul. Em 2010 essas duas regiões possuíam um contingente de idosos com 65 anos ou mais de 8,1%, sendo que a população de crianças menores de 5 anos nesse mesmo período era de 6,5% no Sudeste e de 6,4% no Sul. Já a Região Centro-Oeste apresentava percentuais parecidos com a média nacional. As crianças menores de 5 anos em 2010 chegaram a 7,6%, o que em 1991 era de 11,5% e em 2000 de 9,8%. A população idosa aumentou de 3,3%, em 1991, para 4,3%, em 2000, e 5,8%, em 2010.

A composição da população brasileira é consequência do fenômeno de sua dinâmica ao longo do tempo. Nas últimas décadas vem acontecendo a transição demográfica brasileira, e segundo a Secretaria de Atenção à Saúde (2006b), essa transição demográfica apresenta quatro etapas. A primeira refere-se à alta fecundidade e mortalidade; a segunda corresponde à alta fecundidade e diminuição da mortalidade; a terceira está relacionada à diminuição da fecundidade e a consecutiva redução da mortalidade; a quarta e última refere-se à consecutiva queda das taxas de fecundidade e mortalidade em todas as faixas etárias da população.

Segundo o censo demográfico, as estimativas populacionais realizadas pelo IBGE demonstram que o aumento da população idosa, no Brasil, apresenta um crescimento rápido e progressivo. No censo de 1991, os idosos correspondiam a 7,3% de uma população de 147 milhões de habitantes. No ano de 2000, entre 169 milhões de habitantes, 8,6% eram idosos. Projeções apontam que 16,0% da população no ano de 2050 serão constituídas de pessoas idosas na população brasileira (BRASIL, 2006b).

Dados divulgados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) entre 1980 a 2005 demonstram o crescimento tanto em relação ao sexo, da população geral quanto da população idosa, em todo o país (BRASIL, 2006b).

Segundo Brasil (2002) o país está vivendo um processo de transição demográfica acelerado, resultante de vários fatores, como a diminuição do índice de fecundidade, a queda da mortalidade infantil e materna, o aumento da esperança de vida ao nascer e o consecutivo envelhecimento da população. No entanto o fator decisivo para o envelhecimento dos brasileiros é a queda da fecundidade.

O aumento da população com idade igual ou superior a sessenta anos tem ocorrido rapidamente. A população idosa está envelhecendo, intensificando a heterogeneidade dentro da própria faixa etária. Sendo assim a população de oitenta anos e mais, no total da população brasileira, cresce em ritmo bastante acelerado (CAMARANO, 2002).

De acordo com Veras (2003, p. 14) “a cada ano que passa mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira”. Sendo a faixa etária entre 60 e 64 anos a que cresce com maior velocidade. A partir da década de 1960 a população com mais de 40 anos aumentou consideravelmente e mudou a pirâmide etária do país (BERZINS, 2004).

A seguir, será demonstrado através das pirâmides etárias de 1980 a 2050, (FIG.: 1, 2, 3, 4) a acelerada transição demográfica da população brasileira, onde se percebe o ingresso da população em faixas etárias avançadas, causado pelo aumento da expectativa de vida aos 60 anos e da queda de mortalidade e fecundidade (BRASIL, 2007b).

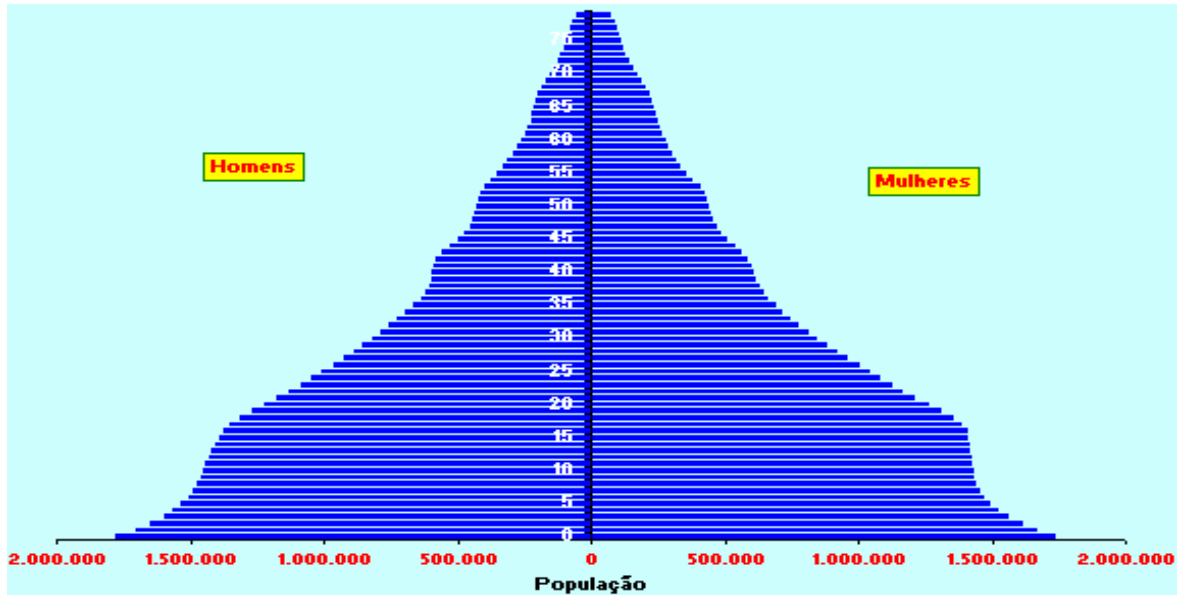


Figura 1 - A pirâmide etária absoluta da população brasileira em 1980.
Fonte: BRASIL, 2007b.

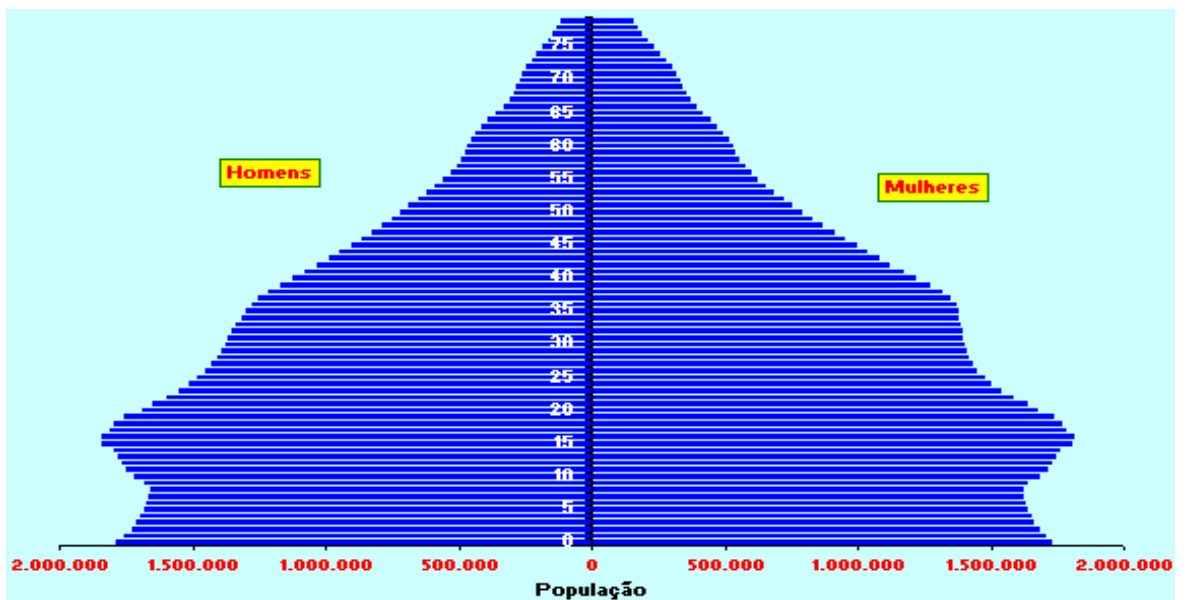


Figura 2 - A pirâmide etária absoluta da população brasileira em 2000.
Fonte: BRASIL, 2007b.

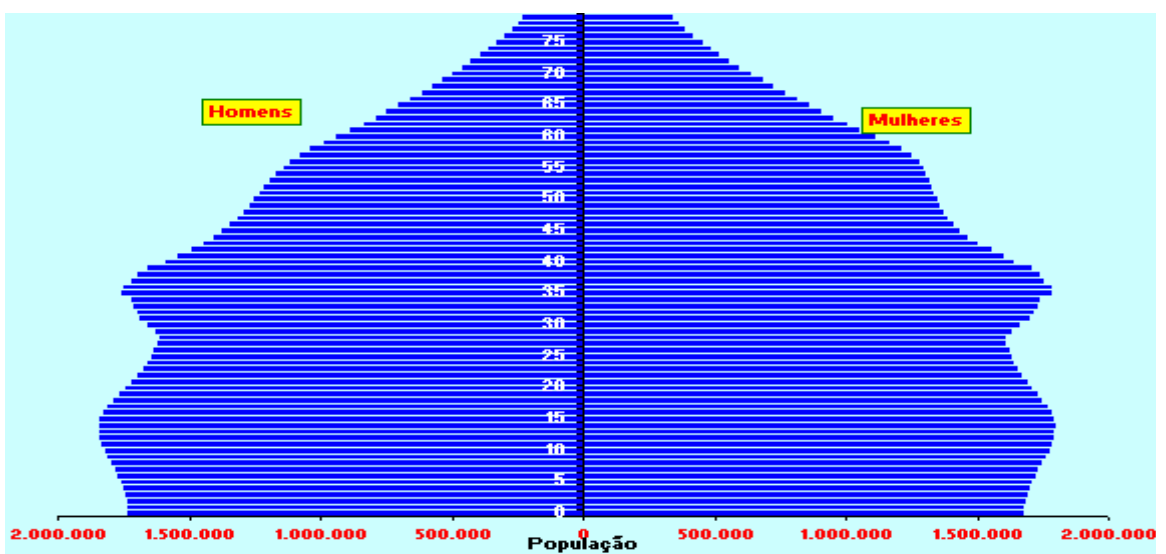


Figura 3 - A estimativa de pirâmide etária absoluta da população brasileira em 2020.
Fonte: BRASIL, 2007b.

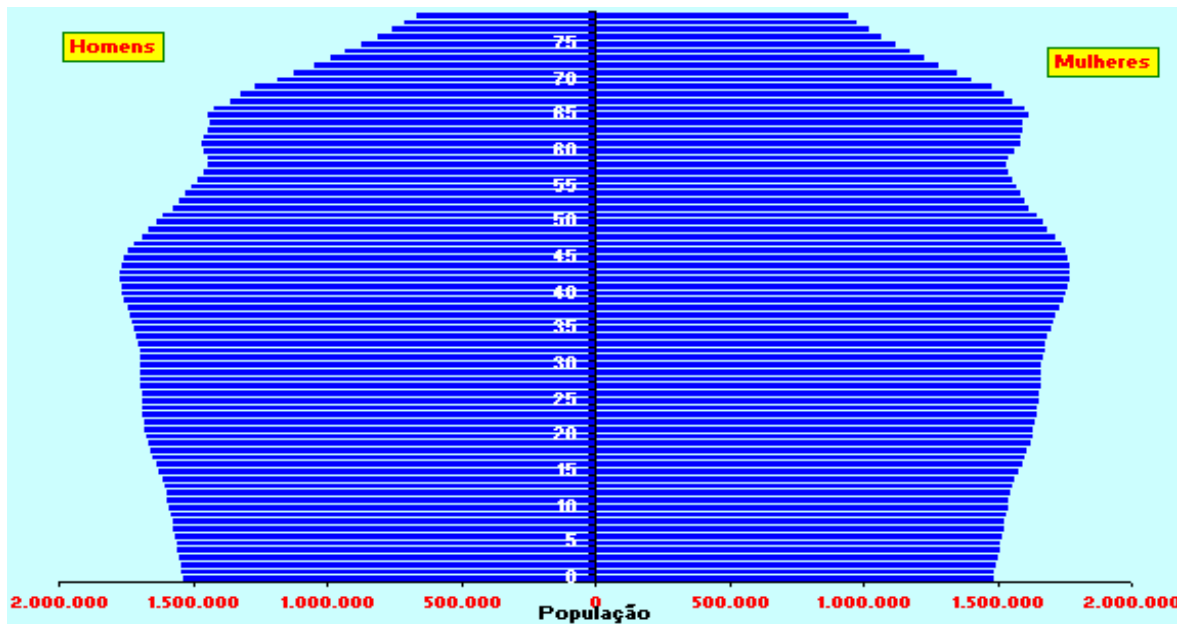


Figura 4 - A estimativa de pirâmide etária absoluta da população brasileira em 2050.
Fonte: BRASIL, 2007b.

Em relação ao gênero, o censo demográfico brasileiro de 2000 demonstrou que a população idosa era constituída por 44,9% de homens e 55,1% de mulheres. De acordo com os dados demográficos, verifica-se que existiam 88 homens na faixa etária de 60 a 69 anos para cada grupo de 100 mulheres, e 66 homens com 80 anos ou mais para cada 100 mulheres. Percebe-se também em relação ao sexo uma diminuição de idosos do sexo masculino à medida que a idade aumenta, transparecendo a sobremortalidade masculina (BRASIL, 2007b).

A FIG.: 5 retrata os dados acima citados sobre a distribuição e razão dos sexos.

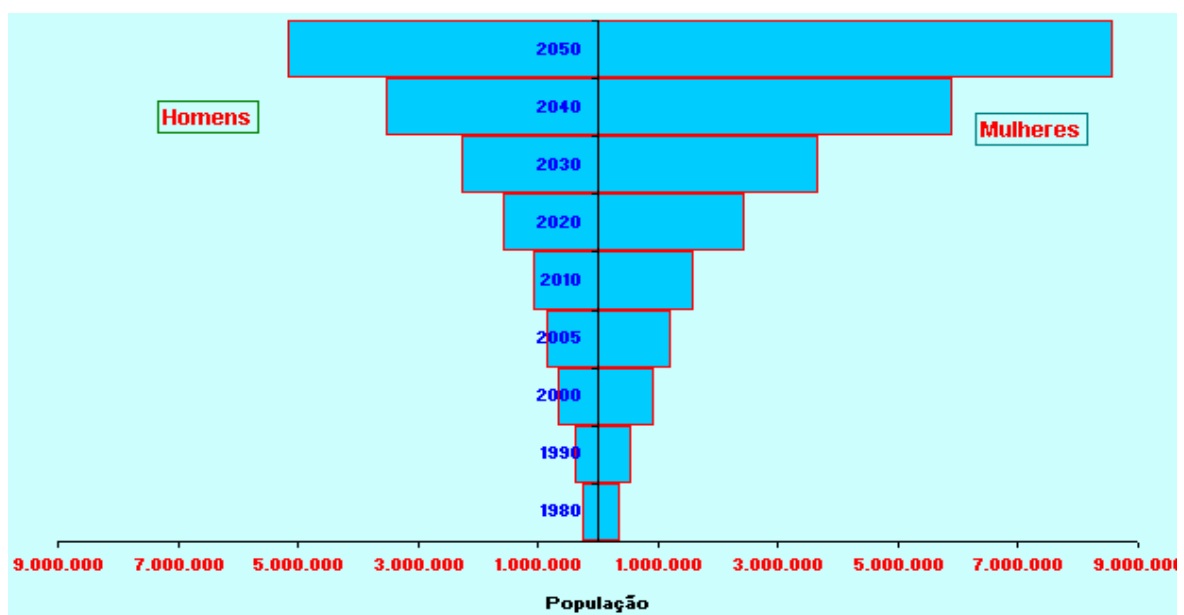


Figura 5 - A população brasileira de 80 anos ou mais de idade por sexo de 1980-2050.
Fonte: BRASIL, 2007b.

Nota-se uma maior predominância do sexo feminino. Entre os estudos sobre envelhecimento populacional, uma área que tem recebido bastante atenção é a "feminização da velhice" (BARROS et al., 1999).

De acordo com Beltrão et al. (2002), tornou-se grande a preocupação com a questão do envelhecimento populacional, em especial o feminino, por ver esse contingente como dependente e vulnerável tanto financeira como fisicamente, podendo fazer com que haja perda de autonomia e incapacidade para a lida do dia a dia. Além disso, ainda há o aparecimento de novos papéis sociais, como o de serem avós ou chefes de família, em decorrência da viuvez.

1.3 DESAFIOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Segundo Chaimowicz (1997, p. 192), “[...] o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade à medida que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde”.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento populacional é uma história de conquista da sociedade e sucesso das políticas (BERZINS, 2004).

O crescimento demográfico e o envelhecimento da população ocorridos nos últimos anos ocasionaram novos desafios para as políticas públicas, pois a sociedade não se preparou estrutural, econômica e tecnologicamente para atender às peculiaridades dessa população (GOLDMAN, 2004).

Atender a população idosa exige dos serviços de saúde profissionais qualificados e em maior quantidade, pois as doenças cronodegenerativas estão mais presentes nessa faixa etária e isso implica internações hospitalares com maior frequência, maior número de consultas ambulatoriais e tratamento medicamentoso. Há ainda outros fatores agravantes como as questões relacionadas à pobreza e à exclusão que, associados às doenças crônico-degenerativas, trazem maiores dificuldades a essa população (CAMARANO, 2002).

Goldman (2004) relata como o crescente envelhecimento populacional dificulta a expansão do sistema de proteção social para os idosos resultando em uma grande transformação da sociedade, gerando uma série de consequências sociais, culturais, econômicas, políticas e epidemiológicas, para as quais o país precisa se preparar.

Diante dessa realidade, os governantes se viram obrigados a criar e reestruturar as políticas públicas voltadas para essa população, pois até a década de 60 a única política

pública concreta para essa faixa etária era de caráter asilar, prestando serviços de acolhimento, alimentação e tratamento de enfermidade (CAMARANO; PASINATO, 2004).

De acordo com Costa et al. (2002), não existiam programas ou serviços de qualquer natureza para os idosos que estivessem em melhores condições socioeconômicas, e também aos que não precisavam recorrer ao serviço asilar até os anos 60. Sendo assim, esses idosos ficavam excluídos dos programas de saúde do governo e da sociedade, devido à perda das funções profissionais, associados às imagens preconceituosas atribuídas à velhice, bem como pela ausência de um papel econômico e social, e também pela falta de interesse da sociedade com essa questão social.

Já que a carência de programas e políticas sociais voltados para os idosos nesse período era imensa, o Serviço Social do Comércio (SESC), entidade de direito privado, organizou programas socioeducativos e culturais voltados ao atendimento à terceira idade. O SESC embasou-se no Decreto-lei nº. 9.853/46, que dispõe sobre a valorização e a promoção da pessoa humana, sendo esta uma ação pioneira no continente latino-americano que revolucionou o trabalho de assistência social, na difusão de uma política voltada para a terceira idade (COSTA et al., 2002).

As primeiras iniciativas do Governo Federal em prol dos idosos só ocorreram na década de 70. Entretanto Prado e Sayd (2004) relatam que eram destinados através do governo benefícios não contributivos àqueles que não apresentavam condições de estabilidade, e que ofereciam também aposentadorias para os trabalhadores rurais e uma renda mensal vitalícia urbana e rural aos que não recebiam benefício da Previdência Social.

De acordo com os mesmos autores, no ano de 1974, o governo federal através do Ministério da Previdência e Assistência Social da época, buscando a redução de custos com o sistema de internação asilar, implementou a primeira política social, exclusivamente voltada à saúde, à renda e à prevenção do asilamento.

Porém só dois anos mais tarde é que foi elaborado o primeiro documento que delineava uma política social à população idosa, as Diretrizes para uma Política Nacional para a Terceira Idade. Tais diretrizes, resultantes de três seminários regionais realizados nos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Ceará, e ainda do Seminário Nacional sobre Política Social da Velhice, objetivavam identificar as condições de vida da população idosa e garantir o apoio assistencial às suas necessidades (PRADO; SAYD, 2004).

O governo federal transferiu a responsabilidade do desenvolvimento de programas voltados aos idosos para a Legião Brasileira de Assistência Social e esta foi a primeira grande instituição de assistência ao idoso no Brasil. São destaque os trabalhos realizados pela Legião: os projetos Conviver e o Asilar, que fortaleceram a atenção pública e privada ao idoso (COSTA et al., 2002).

Já a década de 80 ficou marcada pelas políticas voltadas à população idosa brasileira. Foi quando as políticas sociais implementaram ações que garantiam renda e assistência social por meio do asilamento para os idosos que se apresentavam em risco social. Aos que não apresentassem esse risco social nada era oferecido (GOLDMAN, 2004).

Essa década representou no Brasil um “[...] período absolutamente rico, em que os idosos começaram a se organizar e em que surgiram as primeiras associações” (GOLDMAN, 2004, p. 26). Foram realizados inúmeros seminários e congressos, os quais despertaram a sensibilização dos governos e sociedade em geral sobre as questões da velhice, e forneceram instrumentos às comunidades científicas para os primeiros estudos gerontológicos.

Em caráter global, na Áustria, na cidade de Viena em 1982, foi realizada a 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, promovida pela ONU, com a participação de vários países e também da especial participação dos países subdesenvolvidos. Nesta assembleia, foram debatidas questões como o conceito do envelhecimento saudável, a criação do primeiro Plano de Ação para o Envelhecimento, sobre o processo acelerado do envelhecimento, bem como sugeridas mudanças na visão do papel do idoso na sociedade (CAMARANO; PASINATO, 2004).

De acordo com os autores citados acima, a Assembléia de Viena influenciou vários países, inclusive o Brasil, a redirecionaram efetivamente suas políticas aos idosos. Particularmente no Brasil, até então, estas políticas eram voltadas apenas para os idosos vulneráveis e dependentes. Dessa forma, iniciou-se um tempo de transformação e a adoção de um conceito positivo, saudável e ativo do envelhecimento, sendo a pessoa idosa a protagonista dessas ações. Assim, o tema do Envelhecimento Saudável passou a fazer parte da agenda de vários países, inclusive o Brasil, que tem como auge sua incorporação no capítulo referente às questões sociais da Constituição Federal do Brasil, do ano de 1988.

Ainda segundo os mesmos autores, a Constituição Brasileira de 1988, baseada na Assembléia de Viena, inseriu o conceito de direito e cidadania, desvinculando

a conotação social-trabalhista e assistencialista que existia até então. A partir da aprovação da Constituição de 88, toda a população, independentemente da situação econômica, passou a ter igual direito de acesso à saúde, à educação e à assistência social, conforme determina a lei.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 traz também em seu artigo 230 a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado em “[...] amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1998, p. 42). De uma forma geral, responsabilizar a família foi favorável aos idosos, devido ao aumento no número de famílias com idosos residindo e convivendo com outras gerações. A lei assegura aos mais velhos um sistema de proteção social, com maior participação e convívio familiar e comunitário, isso proporciona ao idoso maior qualidade de vida, por sentir-se que faz parte ativa da família (BRASIL, 1998).

Ainda segundo Brasil (1998) deve-se destacar também na Constituição de 1988 o artigo 196, que reformulou o conceito de saúde existente anteriormente. Esse artigo define que a “[...] saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas. Seu acesso é universal e igualitário, as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL 1998, p. 7). Assim, é dever do Estado garantir saúde a toda a população, oferecendo atendimento público e gratuito a todo cidadão brasileiro.

Para Camarano (2002), o aumento da população idosa trouxe um grande desafio para as ciências humanas e sociais aplicadas, e para as ciências da saúde, que é a compreensão da transformação, à medida que avalia os impactos causados na sociedade. Na área da saúde, o impacto ocorre diretamente nos serviços de saúde, uma vez que os profissionais poderão não estar preparados para receber uma grande demanda e atender às especificidades das pessoas idosas.

Para Palma e Schons (2000), a saúde é importante tanto como pré-condição para a manutenção do bem-estar geral, quanto na possibilidade do idoso contribuir ativamente para a sociedade. Desse modo faz-se necessário reestruturar os equipamentos sociais, com vistas à interdisciplinaridade das ciências.

Percebe-se a necessidade de mais estudos sobre o significado do envelhecer em todas as suas dimensões, e assim indicar alternativas de lazer e convivência, políticas públicas voltadas aos idosos, avanços da gerontologia, e a contribuição da sociedade que se esforça para aprender a lidar com o idoso. O avanço da expectativa de vida saudável fez

surgir novas perspectivas de desenvolvimento nesta etapa do ciclo da vida, demonstrando que o perfil biopsicossocial do ser humano exige novos enfoques culturais e sociais. Desse modo há necessidade de transformações nos costumes, na construção de uma nova gestão social para a velhice, e o envelhecimento com qualidade de vida e saúde é um dos grandes desafios que a sociedade moderna precisa enfrentar (BOTH, 1999),

Diante de tais fatos, percebe-se que o aumento do número de idosos na população passa a ser preocupante à medida que a sociedade não consegue oferecer de maneira satisfatória as condições para a manutenção de sua independência, e que acarretaria dificuldade de adaptação e convivência. Por outro lado, esse aumento do número de idosos seria resultado da associação do aumento da expectativa de vida, dos avanços em diagnósticos e tratamentos, das imunizações e da longevidade na terceira idade. Sendo assim, torna-se necessário os serviços de saúde e a sociedade, de maneira geral, se adequarem a esta realidade, elaborando políticas e programas para a promoção do envelhecimento digno e sustentável.

1.3.1 A Promoção de Saúde e a saúde dos idosos

A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1945 pelo médico e historiador canadense Henry Sigerist, que ainda definiu as quatro tarefas essenciais à medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação, afirmando que *“la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y descanso”* (SIGERIST apud TERRIS, 1992, p. 38).

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa no Canadá, em 1986, organizada pela OMS, pela Associação Canadense de Saúde Pública e pelo Ministério da Saúde e Bem-Estar Social do Canadá, reuniu 200 delegados de 38 países membros que aprovaram a conhecida “Carta”, considerada o documento mais importante para o marco de referência da Promoção de Saúde porque “[...] não só assentaram as bases doutrinárias da promoção de saúde como se abriu o caminho para passar da retórica à ação” (DERNTL; WATANABE, 2004, p. 3). De acordo com Restrepo e Anzola Pérez (1994), a agenda para impulsionar as ações é parte fundamental do documento e constitui-se na ferramenta que tornou possível concretizar as ações da

Promoção de Saúde, contemplando cinco grandes áreas estratégicas: definir políticas públicas saudáveis, criar estornos favoráveis (ambientes físicos, sociais, econômicos, políticos e culturais), fortalecer a ação comunitária, desenvolver estilos pessoais de vida e reorientar os serviços de saúde.

A Carta de Ottawa define essencialmente a Promoção de Saúde como um processo que consiste em: “[...] proporcionar às pessoas os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Para a Promoção da Saúde, a Carta de Ottawa constitui-se, segundo Restrepo e Anzola Pérez (1994), a base para a saúde pública moderna e se faz quando há a recuperação de princípios muito antigos de equidade e solidariedade incluindo-os numa agenda concreta de ação.

O enfoque da Promoção da Saúde Pública possibilita identificar seis princípios relativos à saúde dos idosos: a velhice não é doença, mas sim uma etapa evolutiva da vida; a maioria das pessoas de 60 anos e mais estão em boas condições físicas e sua saúde é boa, mas ao envelhecer perdem a capacidade de recuperar-se das doenças rapidamente e de forma completa tornando-se mais debilitados e propensos a necessitar de ajuda para seu cuidado pessoal; pode-se fortalecer a capacidade funcional na velhice mediante capacitação e estímulos ou prevenindo agravos à saúde; do ponto de vista social e psicológico, as pessoas idosas são mais heterogêneas que os jovens; a promoção de saúde na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social, assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades; muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor saúde (DERNTL; WATANABE, 2004, p. 5).

É também o propósito da Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI):

[...] promover o envelhecimento saudável, manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhe a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999, p. 25).

Para o alcance deste propósito, foram definidos como diretrizes essenciais, segundo a mesma Política Nacional do Idoso: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

1.3.2 A Saúde como um Direito – A Saúde do Idoso

De acordo com Brasil (2004), o direito universal e integral à saúde foi uma conquista da sociedade no Brasil, demonstrado na Constituição de 1988, sendo esse direito reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90. Essa lei garante a todo cidadão o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e estendendo à integralidade da atenção, para isso deve levar em conta a realidade e necessidade de saúde de cada comunidade ou mesmo do indivíduo. Esses preceitos constitucionais são reforçados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que inclui a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, e as Normas Operacionais Básicas (NOBs), editadas em 1991, 1993, 1996, as quais são regulamentadoras e definidoras de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do SUS.

São princípios do SUS a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, e são incorporados também, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Objetivando a reorganização da prática assistencial foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia no setor de reordenação do modelo de atenção à saúde, um novo jeito de reorganização da prática assistencial, empregando uma nova dinâmica nos serviços de saúde. Dessa forma é estabelecida uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade, denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2004).

O Brasil busca organizar-se para atender às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional da Pessoa Idosa, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso. Esta determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionado ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. A política em questão assume que o

principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para concretização de atividades básicas do dia a dia (BRASIL, 1999).

Em 2002 foram propostas a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, com base nas condições de gestão e divisão de responsabilidades, a regionalização, definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte da operacionalização das redes foram criada as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso. Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos (BRASIL, 2003a).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa através da Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Em fevereiro do mesmo ano, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006c).

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003b, p. 4).

O Estatuto do Idoso aumenta a responsabilidade do Estado em relação às necessidades da pessoa idosa, mas não oferece meios para financiar estas ações. O papel do SUS na garantia à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção, é especificada no capítulo V desse Estatuto. Em consequência disso, embora as leis em relação ao cuidado do idoso sejam avançadas, na prática ainda estão longe do desejável. O Estatuto do Idoso como instrumento de conquista dos direitos dos idosos, a implementação da Estratégia de Saúde da Família, mostra idosos e famílias frágeis expostos a riscos de saúde, vulneráveis socialmente e a inserção incipiente, ou seja, por as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, estar na fase inicial, sem uma estrutura sólida, tornaram

imprescindível a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (BRASIL, 2010).

O Estatuto do Idoso, em seu capítulo IV, do Direito à Saúde (BRASIL, 2003b), diz:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

O interesse pelos idosos tem sido demonstrado pelas inúmeras leis, portarias e programas nacionais publicados ao longo dos últimos 20 anos, tais como Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI), Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96, promulgado em 1994 e regulamentado em 1996; Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Portaria Ministerial nº 1.395 em 1999; Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso 2002; Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 1.041, de 2003; Estatuto do Idoso, de 2003; em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) através da Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006; e nesse mesmo ano foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida.

A Constituição Federal de 1988 garante que ninguém pode ser abandonado quando atingir a velhice. Para reforçar o que está na Constituição, foi aprovada a Lei nº 8.842, em 1994, que diz como o idoso deve ser tratado (RIBEIRO, 2008).

Essas obrigações que a Lei nº 8.842 determina ao Governo e à sociedade são o cerne da Política Nacional do Idoso. Para que o idoso viva com dignidade é obrigação do Estado realizar ações tais como: criar condições para que o idoso não seja dependente dos outros, com a ajuda da família, da sociedade e dos serviços públicos; garantir ao idoso a assistência à saúde no SUS; melhorar as condições de estudo para que os idosos possam aprender com mais facilidade, criando programas próprios para o idoso, e educar a população para melhor entendimento de como é ficar velho; garantir as condições para que os idosos não sejam discriminados quando procurarem emprego ou quando estiverem trabalhando, e dar atenção especial quando precisarem ser atendidos pelos benefícios da Previdência Social; dar condições de que os idosos tenham um lugar para morar em casas parecidas com o seu lar, e criar as condições para que os idosos

tenham a sua própria casa, mesmo que seja simples ou popular; oferecer condições de moradia para idosos de acordo com as suas condições físicas, construindo ou fazendo reforma na casa para ficar do jeito que for mais fácil para morar, principalmente para quem tem problemas físicos (BRASIL, 2003a).

De acordo com Ribeiro (2008), nesta mesma Lei, seu art. 1º deixa claro que devem ser criadas as condições para que as pessoas acima dos 65 anos vivam independentes na sociedade, usufruindo de todos os seus direitos. O Ministério da Previdência e a Secretaria de Assistência Social devem fazer com que essa lei seja cumprida. São seus colaboradores os Ministérios da Educação, da Justiça, do Trabalho e outros. Já no art. 3º é estabelecido como se deve proceder para que os direitos dos idosos sejam respeitados: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (DIAS; ARRUDA, 2005, p. 2). Todos sem distinção têm o direito de ficar velho; sem discriminação de qualquer natureza; os Governos (Federal, Estadual e Municipal) têm a obrigação de dar assistência ao idoso, prestando atenção nas condições de vida, quem precisa mais, quem mora em lugar distante ou quem vive de um jeito diferente, respeitando as diferenças de quem mora no campo e dos que moram na cidade (RIBEIRO, 2008).

De acordo com Brasil (2001), a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 define as atribuições nas três esferas do governo, cabendo a cada uma desenvolver funções e competências específicas para promover saúde, bem como ações preventivas para melhorar o nível de saúde da população e democratizar as informações.

O Programa de Saúde da Família (PSF) só foi instituído oficialmente no Brasil em 1994, com o principal objetivo de proporcionar a promoção e prevenção da saúde à população, e para tal o meio de trabalho foi a interação entre os profissionais com as famílias da comunidade, fazendo com que os profissionais vivessem a realidade do dia a dia dessa população e assim percebessem suas principais necessidades. E a partir desse conhecimento de realidade das necessidades e da interação entre os profissionais e comunidade, planejassem, traçassem metas e implementassem ações que fossem realmente necessárias para melhorar as condições de vida dessa população. Esses profissionais foram preparados e treinados adequadamente para oferecer assistência de qualidade (AYRES et al., 2006).

Segundo o autor citado anteriormente, o Ministério da Saúde propôs o PSF como uma estratégia para reorientação do modelo assistencial a partir da organização da

atenção básica, acreditando que o vínculo e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população resultam na efetividade da assistência, numa maior resolutividade dos problemas e conseqüentemente numa melhor qualidade de vida da população.

O PSF, atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como fundamentos: oferecer a toda a população acesso universal e contínuo a um serviço de qualidade e resolutivo, em que a unidade de saúde seja a porta de entrada do sistema de saúde para a comunidade adscrita em seu território de abrangência; tornar efetiva a integralidade em seus vários aspectos, atendendo à demanda espontânea da unidade; realizar também ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde, tratamento e reabilitações, por meio de um trabalho interdisciplinar; desenvolver relações de vínculo e responsabilidade entre a equipe e a comunidade para, juntas, garantirem a continuidade das ações de saúde; valorizar os profissionais de saúde, oferecendo a eles capacitação contínua; avaliar e acompanhar os resultados alcançados pelo processo de planejamento e programação; valorizar e estimular a participação da população (BRASIL, 2006a).

As equipes de Saúde da Família (SF) são compostas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa equipe pode ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, composta por: dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal. Uma equipe fica responsável pelo acompanhamento de no máximo quatro mil pessoas. A atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde da Família, nas residências e nos espaços comunitários (BRASIL, 2010).

A ESF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Por ter uma população de um território definido sob sua responsabilidade – a partir do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação poderá intervir sobre os fatores de risco a que a comunidade está exposta –, terá mais condições de oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2010).

Elias et al. (2006) relatam que para que a atenção primária à saúde nas USFs obtenha melhor desempenho, ela deve seguir os seguintes preceitos: acessibilidade (ausência de qualquer tipo de barreira para conseguir atendimento), porta de entrada (primeiro atendimento para outros tipos de atenção, exceto em emergências), vínculo ou longitudinalidade (utilização regular pela população adstrita), elenco de serviços (fornecimento de serviços adequados à população), coordenação ou integração de serviços

(facilidade ao atendimento dos demais níveis de atenção e a integração com os serviços de outros setores sociais), centralidade na família (assistência contemplando a dinâmica familiar), orientação para a comunidade (reconhecer e responder às necessidades da comunidade), formação profissional (capacitação da equipe).

De acordo com Brasil (2010), o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, com a intenção de expandir a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e também aumentar sua resolutividade, e dessa forma reforçar os processos de territorialização e regionalização em saúde. A referida Portaria traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como:

De Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social e da Saúde do Homem (BRASIL, 2010, p. 10).

Ainda segundo Brasil (2010), o Nasf é uma estratégia inovadora que objetiva apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Fazem parte de seus requisitos o conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Está comprometido, ainda, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe, incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, e ainda a humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. O Nasf precisa ser constituído por equipes mescladas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria e apoiando os profissionais das equipes de SF.

A proposta de equipe de referência (equipe de SF) na Atenção Primária de Saúde (APS) parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais. Prioriza os objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida. Dessa maneira, uma das funções importantes da coordenação de uma equipe de referência é

precisamente promover interação positiva entre os profissionais buscando as finalidades comuns (BRASIL, 2010).

As atribuições comuns dos membros da equipe são:

Identificar, em conjunto com as equipes de SF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas; identificar, em conjunto com as equipes de SF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações; atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos; acolher os usuários e humanizar a atenção; desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras; promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e Municipais de Saúde; elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos Nasf por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, pôsteres e outros veículos de informação; avaliar, em conjunto com as equipes de SF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos; elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos Nasf; elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de SF e os Nasf do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2010, p. 23).

De acordo com Araújo e Oliveira (2009), entre os vários campos de trabalho do enfermeiro, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) merece destaque especial, pois, nesse programa, o enfermeiro atua com mais autonomia, apesar das dificuldades normalmente apresentadas em nível institucional e em outros níveis, e, ainda, seu trabalho tem maior visibilidade e é mais valorizado.

A atenção à saúde da pessoa idosa na USF é caracterizada por visitas domiciliares para realização de um diagnóstico multidimensional. Deve-se aproveitar esse momento da visita para observar determinados fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação entre profissional e a pessoa idosa e seus familiares, a história clínica com seus aspectos psicológicos, biológicos, funcionais e sociais através da realização do exame físico e da anamnese. A atenção básica à saúde do idoso tem como requisito oferecer à pessoa idosa e sua família atenção humanizada, com orientações através de acompanhamento domiciliar, respeitando sempre sua cultura, influenciando o envelhecimento ativo (BRASIL, 2006a).

De acordo com Bomfati e Zimmermann (2009), a promoção e a prevenção da saúde do idoso deveriam estar voltadas para o permanente diagnóstico precoce das doenças específicas e também incentivar o autocuidado.

Diante do exposto, percebe-se que, ao longo dos anos, a sociedade tem buscado se estruturar em relação à criação e execução de leis voltadas à saúde, a fim de oferecer um serviço de qualidade aos cidadãos, serviços esses que lhes foram garantidos por direito. E é nessa busca de desenvolvimento, de avanço, que o Brasil procura atualizar-se junto à mudança demográfica que ocorreu de forma acelerada no país, sendo assim, fez-se necessária uma reestruturação do sistema de saúde, para que pudessem ser criadas novas políticas de saúde e colocadas em práticas as já existentes.

Porém é desafiadora a sistematização dessas novas políticas de saúde para conseguir chegar a oferecer um atendimento idealizado. Para enfrentar esse desafio, o SUS investe em programas como ESF, que busca intervir, além dos fatores de riscos, na interação entre equipe e usuários do serviço, na divulgação de informações e orientações sobre saúde da população, e desse modo alcançar um patamar de “não cuidar do doente” e sim promover saúde.

2 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM JUNTO AOS IDOSOS

2.1 O PAPEL DA ENFERMAGEM

O enfermeiro é um profissional qualificado de nível superior, responsável pela promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos a quem presta os cuidados, seja individual, coletivo ou comunitário, e está apto para atuar nas áreas da saúde assistencial, administrativa ou gerencial. Ainda dentro da área, encontramos pessoas capacitadas, como auxiliares e técnicos de enfermagem, possuindo funções específicas designadas pelo enfermeiro. A figura principal e central, relacionada aos serviços e atuações profissionais de atenção à saúde, porém, é o paciente. Este, variando de indivíduo para indivíduo, pode depender de vários cuidados, ter várias necessidades, tendo a enfermagem que identificar e tomar medidas que aliviem seu sofrimento. Há algumas necessidades básicas que são essenciais para manter a satisfação pessoal, e quando há limitações para a realização dessas práticas diárias, faz-se necessária a prestação de cuidado mais próximo (TOSTA, 2008).

O papel do enfermeiro é também o de avaliar cuidados da assistência, dar assessoria, planejar e coordenar serviços prestados pela enfermagem, orientações e avaliações das ações relacionadas à saúde dos idosos, liderar no tratamento de feridas, úlceras de pressão, planejando ações de proteção ao surgimento de escaras e complicações das doenças do idoso, deve ainda estimular deambulação precoce e, gerenciando procedimentos em saúde, saber investigar e identificar os casos prioritários, acolher o idoso de forma diferenciada, agir conjuntamente com outros profissionais, traçar intervenções eficazes para cada caso individualmente (TOSTA, 2008).

Segundo Aires et al. (2006), para prevenção o enfermeiro poderia usar estratégias educativas sobre saúde em todos os níveis de complexidade. É de suma importância estimular o autocuidado, atuando na prevenção, e não deixar que as doenças já existentes venham a ter complicações, individualizando o cuidado a partir do princípio de que os idosos são seres únicos e que a doença vai agir de forma diferente em cada organismo, apresentando assim um grau diferente de dependência, e dessa maneira vai diferir também o tipo de assistência.

A equipe de enfermagem deveria zelar para que o idoso acrescente seus hábitos saudáveis, diminua e compense as limitações inerentes da idade, conforte-se com a angústia e debilidade da velhice, incluindo o processo de morte. Nesse aspecto é de fundamental importância a presença do enfermeiro. Mesmo assim ainda existem instituições com a quantidade insuficiente deste profissional (AIRES et al., 2006).

De acordo com Roach (2003) são características essenciais de um enfermeiro para se obter sucesso na sistematização da assistência de enfermagem: ser crítico; reflexivo; investigativo; ter raciocínio lógico, epidemiológico e clínico; ter habilidades técnicas para execução do exame físico e desenvolver as inter-relações entre as etapas do processo de enfermagem, em conformidade com o processo de saúde-doença do cliente.

Para Alfaro-Lefreve (2005), a meta que a enfermagem busca alcançar nos serviços de saúde são: a promoção, a manutenção, a recuperação e a reabilitação de saúde; a prevenção de doenças e iatrogenias; oferecer condições para o aumento da sensação de bem-estar e de qualidade de vida; fazer com que o indivíduo se sinta capaz de manter seu papel pessoal, familiar e profissional; prestar cuidados de enfermagem eficiente e com menor custo possível e ainda garantir a satisfação do consumidor em relação à prestação de cuidados em saúde.

2.2 ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA: missão e desafios

De acordo com Oliveira et al. (2007), com o aumento da população idosa foi necessária uma maior atenção em relação ao cuidado do idoso, passando a ser prioritária a importância dirigida ao autocuidado, à manutenção de uma vida independente e ativa, bem como a um envelhecimento ativo. Faz parte desse cuidado oferecer suporte à família cuidadora, há um conjunto de esforços dos profissionais e da comunidade que objetiva conquistar uma assistência de qualidade, visando oferecer uma velhice digna e com vida social.

Segundo os autores supracitados fez-se necessário rever o processo de trabalho na gerontologia e principalmente na enfermagem gerontológica. Os profissionais das áreas de conhecimento, e especialmente a gerontologia, buscam estudar de forma interdisciplinar o processo de envelhecimento humano, os quais incluem os aspectos físicos, biológicos, sociais, culturais e econômicos que são intrínsecos ao indivíduo idoso.

A enfermagem tem sua essência no cuidado, entendido por meio das teorias embasadas em conhecimento científico, as quais oferecem elementos na estruturação de metodologias para a assistência em enfermagem. Diante da variedade de teorias que surgiram entre as décadas de 50 e 70, Oliveira et al. (2007) destacam três delas: a Teoria de Orem, a de Leininger e a de Watson.

A *Teoria de Orem* aborda o autocuidado de cada indivíduo em relação às suas necessidades e atividades do cotidiano, sejam atividades básicas ou instrumentais. Segundo Oliveira et al. (2007), os pressupostos teóricos de Orem contribuem para a prevenção, através de intervenção dos fatores de risco, às doenças e cuidados de enfermagem, que ajudam a manter ou buscar o bem-estar frente ao processo saúde-doença, sendo função do enfermeiro a orientação desses autocuidados.

Já a *Teoria de Leininger* sugere o cuidado transcultural, como valores, crenças e expressões que auxiliam, subsidiam ou capacitam indivíduos ou grupos para manter ou buscar o bem-estar diante das condições de vida. De acordo com os mesmos autores, o cuidado transcultural é uma forma de respeitar, usar a empatia, de conhecer, de explicar, de justificar, de prevenir e de orientar os cuidados de enfermagem frente à diversidade cultural (OLIVEIRA et al., 2007).

Por fim, a *Teoria de Watson* enfoca o cuidado transpessoal de caráter humanístico ao cuidado do indivíduo nas dimensões biológica, psicológica, espiritual e sociocultural. Dessa maneira o foco principal da enfermagem é o cuidado visando a uma perspectiva humanista estruturada nos conhecimentos científicos (OLIVEIRA et al., 2007).

De acordo com Santos (2000), nos Estados Unidos, no ano de 1960, enfermeiras se organizaram a fim de constituir uma especialidade que incorporasse os conhecimentos do processo de envelhecimento, a qual foi denominada de Enfermagem Geriátrica. Entretanto, em 1976, institui-se através de estatutos passando a ser chamada de Enfermagem Gerontológica, por compreenderem que o processo de envelhecimento abrange a multidimensionalidade do ser humano.

Define-se Enfermagem Gerontológica como sendo

o estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracterizado como ciência aplicada com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo do envelhecimento para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam a promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto de funcionamento da pessoa (DUARTE, 1997, p. 223).

Assim, a Enfermagem Gerontológica atua em variados campos, entre os quais podemos destacar a educação, a assistência, a assessoria e consultoria, o planejamento e coordenação de serviços e outros. No momento, este é um dos campos mais promissores para a ação da enfermagem, especialmente no tocante à promoção da saúde dos idosos, trabalhando com grupos de idosos saudáveis, ou ainda trabalhando com idosos dependentes no domicílio. O cuidado de enfermagem ao cliente idoso abrange todos os níveis de saúde, surgindo assim uma denominação que vem sendo muito utilizada nessa área do saber, que é a Enfermagem Gerontogeriátrica ou Gerontológica (SANTOS, 2000).

São objetivos específicos da Enfermagem Gerontológica: prestar assistência integral ao idoso, à família e à comunidade, de maneira que os atores sociais entendam as alterações decorrentes do processo de envelhecimento saudável e patológico, e ao mesmo tempo em que possa facilitar a adaptação desses ao cotidiano; realizar ações educativas ao idoso e sua família em nível de prevenção primária, secundária e terciária; manter ao máximo a autonomia e o autocuidado do idoso, assim como favorecer a participação ativa dos atores sociais na busca do bem-estar e da qualidade de vida (GONÇALVES; ALVAREZ, 2002).

Segundo os mesmos autores, para que esses objetivos em Enfermagem Gerontológica se concretizem, faz-se necessária uma avaliação interdisciplinar, multidimensional e holística do ser idoso, de sua família e de sua comunidade, no sentido de pleitear um atendimento na sua integralidade e resolutividade, em conformidade com as políticas de saúde que vigoram no país.

Duarte (2005) complementa ainda ser fundamental o plano de ação assistencial da Enfermagem Gerontológica, pois fica estabelecido que o cuidado a ser prestado ao idoso é de forma integral e holística. Para isso, esse plano deve ser elaborado juntamente com o idoso e sua família, levando em conta a individualidade e coletividade dos atores sociais envolvidos no processo de cuidar.

Na Enfermagem Gerontológica destaca-se o cuidado ao idoso, direcionador de ações à manutenção do estado funcional, promovendo assim a independência, preservando a dignidade e autonomia, mesmo que com o decorrer do tempo haja perdas físicas, sociais e psicológicas (SMELTZER; BARE, 2000).

Segundo Gonçalves e Alvarez (2002), o cuidado ao idoso, à família e à comunidade é o foco da Enfermagem Gerontológica, respeitando as especificidades de cada sujeito e articulando as teorias de enfermagem. Consiste ainda no planejamento e na avaliação das ações de saúde, tais como promoção, prevenção e reabilitação dos agravos de longa duração, com o objetivo de manter a autonomia e a independência do idoso. Entretanto, o

cuidar na Enfermagem Gerontológica é um processo dinâmico dependente das interações e das ações planejadas interdisciplinarmente no contexto da realidade do idoso e da família, considerando os aspectos biopsicossociais, culturais, econômicos e espirituais.

As transformações nos campos econômico, social e epidemiológico tornam-se necessárias para a implementação de políticas sociais e de saúde voltadas para o idoso, com o objetivo de suprir as necessidades e conseguir assim um envelhecimento com qualidade. Dessa forma, faz-se necessário que se tenha o entendimento de “[...] que envelhecer não é sinônimo de adoecer” (BRASIL, 2003a, p. 6).

Nota-se a necessidade de as instituições de saúde capacitarem os profissionais que atendem a população idosa, para que se possa aprimorar o atendimento na área da saúde do idoso, com intuito de formular medidas educativas e resolutivas que visem minimizar perdas físicas e cognitivas do idoso. Deveriam avaliar as competências dos profissionais para atuarem nesse espaço social e de saúde, de forma generalista e de identificação com a área de saúde da família do idoso (BRASIL, 2007a).

Percebe-se a importância de as universidades e órgãos públicos estimularem a produção científica de trabalhos na área do idoso e da família, contribuindo assim para o aprendizado sobre o envelhecimento. Ao conhecer sua realidade, será facilitada a elaboração de metas do serviço de saúde por meio de medidas educativas. Sendo assim, os serviços de saúde e os profissionais precisam avaliar o grau de comprometimento do idoso e de sua família com o propósito de maximizar a capacidade funcional. A dependência do idoso frequentemente é maior para as atividades mais complexas, para as quais necessita de um cuidador. Cabe lembrar sempre aos membros familiares e aos profissionais de preservarem a autoestima e autonomia diante do cenário social e de saúde, o qual vivencia o idoso (SILVA et al., 2006).

Para esses mesmos autores, seria também função do enfermeiro avaliar o grau de dependência do idoso, além de desenvolver plano de cuidados dirigidos ao autocuidado. O enfermeiro deveria instigar as pessoas idosas, os familiares e a comunidade a desenvolverem iniciativas que contribuíssem para melhor qualidade de vida, já que existem perdas visíveis nessa etapa do ciclo vital. Por isso, é necessário formular práticas assistenciais que condigam com as necessidades reais de saúde da população local.

Nota-se então a colaboração da Enfermagem Gerontológica na atuação da promoção de saúde dos idosos, bem como na melhora da qualidade de vida, contribuindo assim para um envelhecimento digno e bem-sucedido.

No próximo tópico serão descritos o método e procedimentos utilizados nesta pesquisa, cujos objetivos propostos foram: analisar as percepções e concepções que os profissionais de enfermagem tinham sobre o atendimento ao idoso; identificar as dificuldades enfrentadas por esses profissionais e os conhecimentos, experiências profissionais ou pessoais que os profissionais relataram serem essenciais no atendimento a este grupo. Por fim conhecer como os profissionais de enfermagem vivenciam o atendimento ao idoso.

3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

3.1 UNIVERSO DA PESQUISA

3.1.1 Caracterizações da área de estudo

Realizamos o estudo no município de Coromandel em Minas Gerais, que está situado na Mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba e na Microrregião de Patrocínio com uma extensão territorial de 3.296,27 km². O Censo Demográfico projetado para o ano 2010 registrou 27.551 habitantes (IBGE, 2010).

A Secretaria Municipal de Coromandel informa que o número total de famílias cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) em julho de 2010 era de aproximadamente seis mil famílias, atendidas nas cinco Unidades e Saúde da Família (USFs) de Coromandel-MG, nomenclatura que é a adotada pelo município, segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), ressaltando sua forte vocação com os propósitos da ESF.

3.1.2 População e amostra

Para realização do presente estudo descritivo-qualitativo foram convidados para participar dessa pesquisa quinze profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) que atuam nas cinco Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Coromandel-MG. Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos na pesquisa os profissionais que atuam nas (USFs) há pelo menos um ano que aceitaram participar de forma voluntária da pesquisa, sendo excluídos os profissionais que tinham menos de um ano de atuação na USF, totalizando 12 profissionais que participaram da pesquisa.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Apresentamos o projeto à Secretaria Municipal de Saúde de Coromandel juntamente com o pedido de autorização para execução, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEPE) da Universidade de Franca (Protocolo nº 4705/10).

Foram respeitados os princípios da resolução 196/96 CNS, que aprova as normas e diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos. Foi garantido, aos participantes, que estes ficariam no anonimato e que para sua identificação seriam usados dados numéricos. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual declararam terem sido informados a respeito dos propósitos da pesquisa, concordando em participar espontaneamente da mesma.

3.3 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-qualitativo com a finalidade de verificar quais as percepções e concepções que os profissionais de Enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliares de enfermagem) do município de Coromandel-MG têm sobre o atendimento ao idoso.

Vale ressaltar que o estudo descritivo tem como função recolher dados, descrever, analisar e registrar de forma inteligível características de uma determinada população e deve ser considerado o ponto de partida para os estudos, conforme Pina (2006).

Para Debus (1994), a investigação qualitativa é um tipo de investigação formativa que oferece técnicas especializadas para obter respostas sobre os pensamentos e sentimentos das pessoas, o que permite melhor compreensão das atividades, crenças e comportamentos.

A pesquisa de campo consiste em observar os fatos conforme ocorrência natural, em condições de estudar as relações estabelecidas sem controle de variáveis (RODRIGUES, 2007).

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de um questionário semiestruturado com duas questões fechadas e seis questões abertas que contemplaram as percepções e concepções dos profissionais de enfermagem sobre o atendimento ao idoso. Tal instrumento foi elaborado pelas pesquisadoras e revisado por três juízes que o avaliaram após a aplicação do piloto.

No questionário foram abordados aspectos relacionados ao conhecimento que o profissional tem sobre o idoso e sobre suas experiências no atendimento prestado a eles. Para obtermos essa percepção e concepção que os profissionais têm do idoso, a primeira questão em aberto foi “*como você vê o idoso?*” A partir dessa questão analisamos como o profissional percebe o idoso.

Outra questão foi em relação ao atendimento ao idoso “*Você se considera apto para atender os idosos?*” Para a resposta oferecemos quatro opções: “sim”, “parcialmente”, “não” e “não sei informar”.

Em seguida questionamos quais eram as dificuldades mais comuns que os profissionais enfrentavam no atendimento ao idoso, e o que faziam para superá-las. Foi questionado também como os profissionais poderiam contribuir para promover melhores condições de atenção à saúde do idoso, e, finalizando, uma questão em aberto inquiria se havia algo que o profissional julgasse relevante ou que gostaria de relatar .

Com as respostas registramos a percepção e o conhecimento que os profissionais apresentaram sobre os idosos e como se sentiam em relação ao atendimento a estes. (Apêndice A).

3.5 IDENTIFICANDO OS PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 12 sujeitos: auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros, todos identificados como P1, P2 e assim por diante até o último participante P12. Vale ressaltar não ter acontecido distinção de categoria profissional, pois havia somente um técnico de enfermagem, o que poderia colocá-lo em evidência, ferindo assim a ética em pesquisa.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

3.6.1 O procedimento do estudo piloto

Antes da aplicação do questionário final da pesquisa, foram realizados dois estudos piloto para familiarização com a técnica assim como para correção de possíveis equívocos. O primeiro foi aplicado aos profissionais das USFs que foram excluídos da pesquisa por não preencherem os requisitos de inclusão e o segundo estudo piloto foi feito com profissionais de enfermagem de outro setor, Os estudos pilotos foram submetidos a três juízes que o avaliaram e, após suas sugestões, alteramos o que foi necessário para o estudo definitivo. Todos estes são professores doutores do programa de Mestrado em Promoção de Saúde da área da Enfermagem.

3.6.2 A pesquisa de campo

Para a realização do estudo definitivo convidamos a participar dessa pesquisa 15 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USFs), porém participaram da pesquisa somente 12 profissionais, pois três destes não se enquadravam no critério de inclusão, pois atuavam na USF havia menos de um ano. Foi feito contato individual com os profissionais de enfermagem, na USF em que trabalham, para agendar os dias e horários para apresentação da proposta da pesquisa, como também esclarecimento sobre os objetivos do estudo e sua finalidade. Todos os profissionais convidados aceitaram participar do estudo. Foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os questionários, sendo em seguida agendada a data para recolhimento destes. Os TCLEs assinados pelos participantes foram entregues em mãos da pesquisadora e os questionários respondidos colocados em uma pasta fechada, deixada pela pesquisadora em cada USF com intuito de preservar o anonimato, sendo recolhidas pela pesquisadora posteriormente. Ao todo foram três encontros. No primeiro encontro foram agendados data e horário para esclarecimento

sobre o estudo; no segundo, foram feitos os esclarecimentos mencionados anteriormente e no terceiro e último encontro foram recolhidos os questionários respondidos.

Foram respondidos 12 questionários que posteriormente foram submetidos a análise. A aplicação ocorreu no mês de dezembro de 2010.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a análise dos dados optamos pela abordagem qualitativa, pois é através desta técnica que conseguimos buscar a interpretação dos sentimentos das pessoas.

Ao analisarmos as questões fechadas que tratam da formação do participante e o tempo de sua atuação na Unidade de Saúde da Família (USF), notamos que dos 12 participantes, oito atuam há mais de cinco anos na USF (P1, P4, P5, P6, P7, P8, P9 e P10), dois atuam há menos de dois anos (P2 e P3) e outros dois entre três e quatro anos (P11 e P12).

Ressaltamos sobre o fato de não questionarmos sobre idade e sexo dos participantes, porque, tendo apenas um participante do sexo masculino, o dado facilmente o identificaria. Quanto à idade do participante, por não notar relevância em relação ao tema proposto, uma vez que o mais importante é o tempo de experiência e vivência do profissional com o idoso.

Quanto à análise das questões abertas, após leitura exaustiva das respostas dos participantes foram analisadas pela técnica qualitativa, na qual fizemos a codificação dos dados e formulamos categorias de análise, que, segundo Charmaz (2009, p. 69):

Codificar significa categorizar segmentos de dados com uma denominação concisa que, simultaneamente, resume e representa cada parte dos dados. Os seus códigos revelam a forma como você seleciona, separa e classifica os dados para iniciar uma interpretação analítica sobre eles.

E ainda de acordo com a autora:

Os nossos códigos revelam a forma como selecionamos, separamos e classificamos os dados para iniciar uma avaliação analítica destes. Os códigos qualitativos separam os segmentos dos dados, conferem-lhes denominações em termos concisos e propõem um instrumento analítico para desenvolver as noções teóricas para a interpretação de cada segmento dos dados. Conforme codificamos perguntamos: quais categorias teóricas que esses enunciados poderiam indicar?

Dessa forma, fizemos a codificação dos dados, e em seguida foram propostas quatro categorias, a saber:

- Categoria 1 – Idosos: sabedoria X fragilidade.
- Categoria 2 – Aptidões e restrições para lidar com o idoso.
- Categoria 3 – Dificuldades e superação no atendimento ao idoso.
- Categoria 4 – Contribuições para melhoria no atendimento ao idoso: percepções dos profissionais de enfermagem.

Para a construção da primeira categoria foi analisada a resposta da questão um: “Como você vê o idoso?”

Para a construção da categoria dois foi analisada a resposta da questão dois: “Você se considera apto para atender aos idosos?”

Para construir a categoria três foram analisadas as respostas das questões três e quatro: “Independentemente da resposta anterior, quais são as dificuldades mais comuns que você enfrenta no atendimento ao idoso? O que faz para superar estas dificuldades?”, e, finalmente, para a construção da categoria quatro foram analisadas as questões cinco e seis: “Como o profissional de enfermagem pode contribuir para promover melhores condições de atenção à saúde do idoso? Há algo que você julga relevante ou que gostaria de dizer? Deixe sua contribuição”.

De acordo com Navarrete e Silva (2009), a análise de dados implica três etapas básicas: a primeira é a fase de descobrimento na qual se identificam temas e se desenvolvem conceitos de ideias; a segunda fase inclui a classificação dos dados e o refinamento da compreensão do tema estudado; na fase final, o pesquisador procura relativizar seus achados, buscando compreender os dados no contexto em que foram coletados e os interpreta.

- **Categoria 1 – *Idosos: sabedoria X fragilidade***

Para chegar a essa categoria, fizemos a codificação dos dados das respostas da primeira questão aberta. Nesta, a maioria dos participantes vê o idoso como um ser sábio, experiente e capaz, mas também frágil, sofrido, que necessita de cuidados diferenciados pelos profissionais de enfermagem. Como podemos observar nas respostas dos participantes, as quais foram transcritas na íntegra.

“[vejo-o] como uma pessoa que trabalhou e sofreu muito na vida, e ao longo desta adquiriu uma enorme experiência e que os mesmos possa repassar para as próximas gerações” (P7)

“Vejo como uma pessoa forte em experiência de vida, sábio no conselho aos jovens e ao mesmo tempo, carente da compreensão, da paciência de muitos que os exclui do convívio familiar” (P8).

Para outros, os longos anos de vida, de trabalho pesado e más condições de vida os tornaram frágeis pela perda da saúde, e mesmo pela própria fisiologia do envelhecimento. É o que podemos notar no discurso de alguns dos participantes:

“Uma pessoa fragilizada pelo tempo, mas que são capazes de responder pela sua própria pessoa e que traz exemplos para a gente” (P9).

“Pessoa que tem de ser atendido de forma diferente, mas eles têm muita coisa para oferecer” (P10).

“Indivíduo diferenciado com plena capacidade, mas que muitas vezes vai apresentar fragilidades e alterações na saúde necessitando de acompanhamento constante” (P2).

Nesta categoria algumas respostas vieram ao encontro da literatura, conforme Silva (2001), que diz que no processo de envelhecimento é provável que venham a ocorrer limitações que podem tornar a vida diária complicada, sobretudo pela restrição funcional para algumas atividades básicas fundamentais.

Na visão de um participante, o idoso, além de ter capacidade e experiência, possui conhecimento, independentemente do grau de instrução que este idoso tenha conseguido obter.

“Como uma pessoa que possui muitos conhecimentos, tendo vivenciado muitas experiências ao longo de sua vida. Faz parte de um ciclo da vida onde as habilidades físicas, mentais, sociais podem estar fragilizadas; mas que independentemente de sua condição ou grau de instrução deve ser respeitado e valorizado” (P1).

Outro participante realça o saber empírico que eles trazem, e sua contribuição para o presente, defendendo ainda que o idoso ocupe um lugar de destaque na sociedade, pela experiência vivida.

“Sabe-se que os idosos já detentores de vasto saber empírico que pode ser sistematizado (saúde, social, cultural, culinária), sendo de grande importância para o presente. O idoso ocupa lugar de destaque, na sociedade, tendo em vista a trajetória de vida dessas pessoas” (P4).

Os participantes P3, P11 e P12 veem o idoso como um ser dependente, que necessita de cuidados especiais como carinho, atenção e afeto por parte dos profissionais e familiares.

“Como uma pessoa que precisa de ‘cuidados’ especiais, atenção, carinho e afeto” (P3).

“O idoso é um cliente que requer maior atenção por parte dos profissionais de saúde; deve-se conhecer o idoso e sua família para atuar de forma a garantir um atendimento eficiente. Deve-se ter paciência e atenção nas explicações para que haja um bom entendimento” (P11).

“Como uma pessoa carente de afeto e de atenção social e familiar. É dependente de maior atenção na saúde” (P12).

“Como uma pessoa que já trabalhou muito. Que necessita de atenção. Atendimento adequado pelos profissionais de saúde e pelos familiares” (P6).

O participante P5 vê o idoso como uma pessoa que tem hoje maior acesso aos serviços de saúde, reconhecendo que o idoso está mais esclarecido. Vale lembrar que Unidade de Saúde da Família (USF) constitui-se em porta de entrada para os serviços de saúde, e por ser no bairro, facilita o acesso para os idosos. Segundo Elias et al. (2006), para que a atenção primária nas USFs tenha melhor resolubilidade, um dos preceitos a ser seguido é a acessibilidade.

“O idoso hoje tem mais facilidade quanto ao atendimento médico, a sua alimentação, existe mais serviços para o mesmo. Pessoal capacitado para atendê-lo. O idoso hoje está mais esclarecido” (P5).

Nas respostas à primeira questão, os códigos positivos que mais apareceram foram “plena capacidade”, “trabalho e experiência”, seguidos de “sábio e conhecimento”,

considerados como aspectos positivos relacionados ao idoso. Após esses códigos, vieram “fragilidade”, “dependente”, “sofrimento” e, finalmente “necessidade de acompanhamento constante ou cuidados”, aspectos considerados negativos. Há ainda o código “diferenciado”, que não se enquadra em nenhum dos aspectos negativo ou positivo.

Notamos que a visão dos participantes sobre o idoso é dicotômica, isto é, uma hora o idoso é visto como um ser capaz, que traz em sua vida uma bagagem enorme de experiência, e isso o torna um ser sábio que serve de exemplo para a geração mais jovem. Porém é também visto pelos participantes como um ser fragilizado, carente e necessitado de cuidados especiais.

Nesta categoria percebemos também que existem opiniões diferentes dos participantes em relação ao idoso, mas também semelhantes. Destes pontos de vista podemos destacar: a sabedoria, a experiência de vida, a carência e o conhecimento, admitindo-se, porém, que o idoso tem suas peculiaridades e fragilidades.

O idoso é percebido pelos participantes como um ser “diferenciado”, o que poderia ser resultado do próprio processo do envelhecimento, como relatam Santin e Borowsk (2008), entendido como um fenômeno natural de todo ser humano, capaz de desencadear modificações biopsicossociais. Durante o processo de envelhecimento evidenciam-se as fragilidades do corpo: a velocidade do metabolismo diminui e ocorre redução da capacidade funcional de órgãos e tecidos devido à falta de hormônios que deixam de ser produzido, o que faz com que o idoso torne-se mais suscetível a doenças. Sabedoria, experiência de vida, conhecimento são características notadas nos idosos de acordo com os participantes. São vistas como positivas, porém muitas vezes mesmo possuindo tais características esses idosos não se sentiriam valorizados, por isso talvez os participantes tenham destacado as fragilidades a que estes estejam mais submetidos no dia a dia.

- ***Categoria 2 - Aptidões e restrições para lidar com o idoso***

Para construção dessa categoria codificamos os dados da resposta da questão dois: “Você se considera apto para atender aos idosos?”, com as seguintes opções para respostas: “sim”, “parcialmente”, “não” e “não sei informar”, tendo sido pedido que justificassem suas respostas.

Durante a análise das respostas à segunda questão, percebemos que dois participantes que responderam “sim” e dois que responderam “parcialmente” não justificaram a resposta. Os participantes que responderam “sim” e justificaram suas respostas ofereceram

justificativas bem distintas. Demonstraram claramente o que os faz se sentirem aptos ou apenas parcialmente aptos no atendimento ao idoso, como veremos a seguir nas respostas dos participantes.

Na resposta do participante P6 notamos que ele se considera apto devido ao tempo de experiência de trabalho com essa faixa etária, um requisito importante que faz diferença para um atendimento de qualidade.

“Já trabalhei cuidando de idosos, em residência, trabalho no PSF também me deu experiência no atendimento ao idoso” (P6).

Na resposta do participante P8 percebemos que ele se sente capaz de atender os idosos pela identificação, pelo gostar dos idosos, sendo este também um diferencial deste profissional, pois quando gostamos de fazer algo, sem dúvida, fazemo-lo muito melhor.

“Já trabalhei muito com idosos e não sei bem o porquê, mas acabo me identificando com eles. Eu gosto de estar com eles, seja trabalhando ou só conversando” (P8).

O participante P11 considera a paciência o requisito que o torna apto a atender os idosos, sem dúvida um requisito de muita importância, pois o idoso tem suas habilidades diminuídas devido ao processo fisiológico, natural do envelhecimento.

“Eu acredito que sou uma pessoa paciente e consigo passar as informações necessárias, tanto ao idoso quanto à família” (P11).

Em relação aos participantes que se consideram parcialmente aptos para atender os idosos, estes justificam suas respostas por vários motivos: obstáculos que podem surgir durante o atendimento, falta de capacitação, pelas muitas peculiaridades que os idosos possuem e pelo vasto conhecimento empírico que os mesmos trazem consigo. Isto fica bem explícito, ao observar suas respostas.

Para o profissional P5, a maior restrição que enfrenta no atendimento ao idoso são os obstáculos que surgem durante o atendimento.

“Sempre podem surgir pequenos obstáculos que podem nos surpreender mesmo o profissional bem qualificado” (P5).

Podemos notar como o participante P1 sente a necessidade de buscar conhecimento sobre esse ciclo vital para poder oferecer um serviço de qualidade. É interessante e muito importante que os profissionais não se sintam prontos, que sempre busquem evoluir e melhorar em termos de qualidade de atendimento aos clientes, pois sempre há o que aprender, ainda mais em ciências da saúde.

“Ao longo da minha formação tenho tido interesse em aprimorar o conhecimento e a habilidade para trabalhar com este ciclo da vida, porém percebo que ainda é preciso aprimorar cada vez mais para melhor atendê-los” (P1).

Para o participante P2, mesmo que o enfermeiro busque se preparar, cada idoso sempre apresentará alguma peculiaridade em que terá restrição, o que faz se sentir apenas parcialmente apto para atendê-lo. Já o profissional P3 relata que a dificuldade enfrentada no atendimento ao idoso é mesmo a falta de capacitação. Dessa forma faz-se necessária uma boa qualificação para atender de forma diferenciada a população da terceira idade.

Verifica-se a importância da capacitação contínua do profissional de enfermagem para manter-se apto no atendimento ao idoso, pois suas funções são variadas e todas de muita responsabilidade. Em se tratando de cuidados dispensados aos idosos, tem-se a necessidade de um vasto conhecimento. Podemos perceber isso nos dizeres de Aires et al. (2006), em que a equipe de enfermagem deve zelar para que o idoso aumente seus hábitos saudáveis, diminua e compense as limitações inerentes à idade, conforte-se quanto à angústia e debilidade da velhice, incluindo o processo de morte. Nesse aspecto, é de fundamental importância a presença do enfermeiro. Mesmo assim, ainda existem instituições com número insuficiente desse profissional.

“O idoso possui muitas peculiaridades e por mais capacitado que seja o enfermeiro, ainda falta muito em nosso conhecimento para a qualidade total no atendimento ao idoso” (P2).

“Falta de capacitação para atender melhor suas necessidades patológicas e psíquicas” (P3).

O participante P4 valoriza o conhecimento empírico que o idoso possui, mas tal vasto conhecimento por parte dos idosos se transforma em restrição enfrentada por este profissional no atendimento ao idoso.

“Com relação ao atendimento específico de enfermagem (anamnese, exame físico, sistematização de assistência de enfermagem, patologia), me considero apta. Considerando o conhecimento empírico que os idosos possuem, não me considero apta, devido a vários questionamentos (relacionados ao seu acervo de conhecimentos), que são feitos; estou me habilitando” (P4).

Das doze respostas, cinco foram “sim” e sete respostas “parcialmente”; quatro participantes não justificaram sua resposta. Nenhum participante respondeu “não” ou “não sei informar”. Na justificativa dos participantes que responderam “sim”, a maioria atribuiu a aptidão ao fato de terem experiência no atendimento aos idosos, enquanto que aqueles que responderam “parcialmente” alegaram ter algum nível de dificuldade para se considerarem plenamente aptos no atendimento aos idosos. Nesta categoria os códigos que apareceram com maior frequência foram: “falta de capacidade e habilidade”, “falta de maior conhecimento”, “falta de conhecimento para lidar com problemas psíquicos e obstáculos”. Estes são aspectos negativos, ou seja, apresentam as dificuldades que esses profissionais têm em relação ao atendimento aos idosos. Os aspectos positivos foram: “identificação com o idoso”, “experiência”, “paciência”, “interesse”, “conhecimento técnico/científico”.

Conforme percebemos nas respostas dos participantes, o aprendizado acontece diariamente, por mais que se tenha experiência e conhecimento sobre o assunto, ainda haverá algo em que se precisará melhorar.

Dessa forma torna-se primordial que os profissionais de enfermagem busquem atualizar-se junto às ciências da saúde sobre o envelhecimento, pois este com qualidade de vida e saúde é um objetivo que a sociedade precisa alcançar.

- ***Categoria 3: Dificuldades e superações no atendimento ao idoso***

Para construção dessa categoria codificamos as respostas das questões três e quatro. A questão três busca descobrir as dificuldades enfrentadas por esses profissionais. “Independente da resposta anterior, quais as dificuldades mais comuns que você enfrenta no

atendimento ao idoso?” A questão quatro complementa a anterior da seguinte forma: “O que faz para superar estas dificuldades?”

Para análise desta categoria fizemos o mesmo procedimento das categorias anteriores, tomando por base a quantidade de vezes que as palavras apareciam e à medida que interpretamos as respostas fomos codificando-as. Podemos notar que em relação às respostas da questão três houve uma claudicação de interpretação, talvez a formulação da pergunta não tenha ficado clara, o que buscávamos saber *a priori* era quais dificuldades pessoais o profissional tem e que deverão ser sanadas através de capacitações e busca de maiores conhecimentos.

Abaixo serão transcritas as respostas das questões três e quatro na sequência, uma vez que as mesmas são complementares.

Os participantes P6 e P11 veem na falta de apoio dos familiares as principais dificuldades enfrentadas no atendimento ao idoso.

“O descaso de alguns familiares para acompanhar os idosos e auxiliar os mesmos em suas necessidades, e no acompanhamento com a medicação”. “Orientando da importância dos cuidados” (P6).

“A falta de compromisso dos familiares com o idoso” (P11). Este participante não respondeu à questão quatro.

Conhecer a realidade desses familiares, saber suas reais condições para cuidar de seus idosos, saber como é a convivência entre eles, torna-se um objetivo a ser alcançado.

Os participantes P7, P5 e P2 têm dificuldades com a resistência do próprio idoso à adesão ao tratamento. Isto acontece frequentemente, pois muitas vezes fazem uso de muitas medicações ou há necessidade de uma dieta rigorosa e o idoso tende a resistir a seguir o tratamento corretamente. O participante P2 ainda ressalta o esquecimento do idoso e a falta de acompanhante às consultas, o que também implica uma dificuldade.

“É que muitos não aceitam ajuda, pois acredita poder se cuidar sozinho”. “Paciência, carinho e compreensão” (P7).

“Às vezes o próprio idoso aceitar que necessita de alguém para acompanhá-lo e ajudá-lo no dia a dia”. “Procuro me capacitar” (P5).

“O esquecimento por parte do idoso. Muitas vezes o idoso chega para o atendimento sem acompanhamento e não sabe precisar a forma como está realizando o tratamento medicamentoso ou mesmo o que está sentindo. – A falta de adesão ao tratamento

por longos períodos”. “Incentivo o atendimento com acompanhante e visitas domiciliares de supervisão” (P2).

A participante P8 respondeu sobre a sua própria dificuldade, o que ela acha difícil, e precisa melhorar para atender o idoso e em seguida relata como faz para superar essa dificuldade.

“Por eu ser muito extrovertida, minha dificuldade é até me adaptar ao gênio do mesmo, pois sei que nem todos gostam, ou seja, há alguns de gênio forte, mais fechado”. “Procuro ser eu mesma e procuro me adaptar a ele, já que seria muito difícil ele se adaptar a mim” (P8).

A dificuldade de comunicação é para os participantes P3 e P9 a maior dificuldade que enfrentam no atendimento ao idoso. Sabemos que existem várias formas de nos comunicarmos, e a fala é a mais usada pelos seres humanos. Recurso essencial para chegarmos à compreensão de algo ou a um consenso. E pelas peculiaridades físicas e cognitivas que o idoso tem, às vezes tem maior dificuldade de compreensão.

Atkinson e Murray (1989) defendem que, para que a comunicação não se apresente artificialmente e irreal, é de suma importância sua prática, por ser à base de qualquer tipo de relacionamento. E nesse ínterim, dá-se uma maior ênfase, devido ao trabalho da enfermagem, por estes profissionais lidarem diretamente com os doentes.

“Dificuldade de compreensão – Dificuldade de execução das orientações passadas pelos profissionais de saúde” (P3).

“Criar mais vínculo com o paciente. – Desmistificação de crenças não orientadas” (P3).

“A dificuldade de comunicação com o idoso, a dificuldade que eles têm de entender o que é orientado a eles”. “Paciência, explicar várias vezes até ele entender” (P9).

A dificuldade do idoso em entender o que lhe é passado é algo que alguns participantes descreveram enfrentar no atendimento ao idoso. Caberia aos profissionais buscar formas ou alternativas de melhorar essa comunicação para facilitar o entendimento do idoso. Como podemos perceber na citação de Erminda (1999), o envelhecimento é um processo de diminuição orgânica e funcional e que geralmente apresenta um aumento da fragilidade e vulnerabilidade.

Os participantes P10 e P12 dizem que a maior dificuldade por eles enfrentada no atendimento ao idoso é a falta de tempo, pois são sobrecarregados e não dispõem do tempo que esse grupo necessitaria para ser bem atendido; os idosos são carentes de conversa, querem relatar suas queixas, mas os profissionais não têm o tempo necessário para lhes dar essa atenção. Os participantes relatam buscar sanar essas dificuldades com paciência e profissionalismo demonstrando interesse mesmo sob o tempo escasso.

“A falta de tempo, pois eles são carentes, querem conversar e não podemos dar a atenção necessária por falta de tempo”. “Busco demonstrar interesse pelos seus problemas, mesmo quando estou apressada” (P10).

“A falta de tempo para ouvir suas queixas e seus temores. Tem que ter cuidados específicos para lidar com as deficiências de cada um”. “Dedicação, paciência e profissionalismo” (P12).

O participante P1 relata que a necessidade que o idoso tem de atendimento rápido e a resistência ao tratamento devido a crenças como “benção”, são suas principais dificuldades.

“A ‘urgência’ que o idoso tem de ser atendido no momento dele e não na demanda da unidade de saúde.” “A resistência em colaborar com a proposta terapêutica principalmente adesão ao uso de medicamentos em virtude de práticas culturais como a ‘benção’” (P1). Em seguida esse mesmo participante apresenta o que ele faz para superar as dificuldades que apresentou.

“Implantamos na USF para atendimentos programados horários pré-estabelecidos, diminuindo o tempo de espera. Procuramos esclarecer tanto nos grupos quanto individualmente a necessidade do uso correto dos medicamentos associados às práticas culturais; demonstrando respeito a estas práticas e ganhando o respeito de nossos pacientes e fortalecendo vínculos (desde que não nocivos à saúde) (P1).

Sabemos que a enfermagem tem condições de melhorar o atendimento levando em conta sua realidade profissional nas Unidades de Saúde da Família, cujo trabalho é multidisciplinar, e o enfermeiro torna-se chave importante como elo de comunicação entre

toda a equipe e usuários, neste caso, os idosos. Notamos a atuação do enfermeiro nesse contexto, conforme relatam Araújo e Oliveira (2009):

A ação de enfermagem tem se tornado essencial comunicação com os outros membros da equipe de saúde em relação às condutas adotadas no atendimento ao usuário, tomando por base o fato de que em qualquer campo do saber no trabalho em equipe as informações não são exclusivas a um único membro. Cada profissional conhece o seu limite e tem legitimadas suas ações na legislação que lhe respalda, e não deve se propor a realizar ações fora do alcance da sua competência ou de suas possibilidades profissionais.

Nota-se a complexidade do tema abordado e o quanto são variadas as dificuldades enfrentadas por esses participantes, como é relatado pelo próximo participante, que é a dificuldade psicológica.

O participante P4 tem maior receio em atender idosos com dificuldades psicológicas (deprimidos, rebeldes) e que se sentem excluídos socialmente, e pelas limitações por parte do sistema de saúde, quando não oferecem recursos necessários para o atendimento ao idoso. E infelizmente os idosos muitas vezes são excluídos tanto pela sociedade como pelos próprios familiares, o que lhes causa um impacto psicológico e baixa autoestima.

“Idosos deprimidos/rebeldes – Idosos que se sentem excluídos socialmente – O Sistema Único de Saúde (SUS) fornece poucos recursos (humanos, materiais, físicos); e ou o SUS não está tendo uma gestão adequada” (P4).

O participante P4 busca sanar as dificuldades que tem em atender o idoso, aprimorando seus vários conhecimentos de enfermagem, promovendo grupos para trocarem experiências de conhecimentos diferenciados com objetivo de oferecer um atendimento de qualidade.

“Estar me capacitando em vários conhecimentos de enfermagem – Promover grupos operativos de pessoas idosas com temas que possam contribuir para adquirirem melhor qualidade de vida – ouvir sempre os conhecimentos empíricos dos idosos e associar com o conhecimento já adquirido – Promover um atendimento de qualidade, com objetivo de resolutividade, manutenção de saúde” (P4).

Como foi observado, algumas das respostas culpa o idoso, seus familiares, o plano de saúde e também a falta de tempo, ou seja, o excesso de trabalho, mas não fala de

suas próprias dificuldades. Com essas respostas, porém, tivemos a oportunidade de perceber que as dificuldades para o atendimento ao idoso são várias e de diversas dimensões e que para saná-las será necessária uma variedade de estratégias e não somente capacitar os profissionais de enfermagem. Serão demonstrados aqui os códigos sobre as dificuldades que os participantes relataram enfrentar no dia a dia do atendimento ao idoso, com o número de vezes que apareceram entre parênteses e a inicial de onde vem a dificuldade, se do próprio profissional P, se do Idoso ou seus familiares I ou ainda se do Sistema de Saúde SS, logo após o código: resistência por parte do idoso (3 vezes, I), seguido de dificuldade de compreensão por parte do idosos (3 vezes, I), e logo após apareceram falta de adesão ao tratamento (3 vezes, I), em seguida vieram os códigos “falta de tempo para atender o idoso” (2 vezes, P), “descaso familiares” (2 vezes, I) e “crenças” (2 vezes, I), após sugeriram os códigos “urgência em ser atendido” (1 vez, I), “dificuldade de adaptação” (1 vez, P), “esquecimento por parte dos idosos” (1 vez, I), “dificuldade pessoal” (temperamento) (1 vez, P), “dificuldade de comunicar-se com o idoso” (1 vez, P), “dificuldade de atender idosos deprimidos e excluídos socialmente” (1 vez, P), “SUS oferece poucos recursos materiais e humanos: gestão inadequada” (1 vez, SS).

Na resposta à questão três, em vez de demonstrarmos aspectos positivos ou negativos, optamos por demonstrar de onde vem a dificuldade que o profissional enfrenta, se do próprio profissional (P), que poderia ser sanada através de cursos de capacitação, treinamentos, busca de maiores conhecimentos sobre o envelhecimento, ou se das dificuldades que o idoso (I) tem pela sua condição, menos habilidade, maior dificuldade de compreensão, comuns nas pessoas nesta fase do ciclo vital ou por seus familiares; ou ainda se do próprio sistema de saúde (SS) que não oferece recursos (materiais ou humanos) suficientes para os profissionais trabalharem adequadamente, sendo que estes dois últimos deveriam ser estudados para se buscarem formas de sanar essas dificuldades.

Os códigos que aparecera, na questão quatro foram: “paciência”, “carinho e compreensão”; “criar/ fortalecer vínculos”; “desmistificar crenças não orientadas”; “orientação (em grupo e individual)”; “capacitação profissional”; “ajuste de conduta”; “incentivo ao atendimento com acompanhante”; “visita domiciliar com supervisão”; “atendimento programado”; “aliar conhecimento do idoso ao conhecimento técnico/científico”; “promover grupos operativos de idosos”; “dedicação, paciência e profissionalismo”; “demonstrar interesse”.

Notamos que todos os aspectos são positivos, pois se trata de sugestões por parte dos participantes para o enfrentamento das dificuldades em busca de superação, tanto as

que lhes dizem respeito quanto de buscar se adequarem para minimizar também as dificuldades por parte dos idosos e do Sistema de Saúde.

Nessa categoria, através das respostas dos participantes, percebemos que são várias as dificuldades que esses profissionais enfrentam para atender a população que se encontra nesta faixa etária.

Notamos também que a dificuldade mais frequente seria a dificuldade do idoso em aderir ao tratamento tanto medicamentoso quanto a seguir as orientações dos profissionais de saúde.

Diante do exposto, podemos observar a importância do incentivo ao autocuidado, da participação familiar no cuidado ao idoso e das visitas domiciliares, para que os profissionais, a família e o próprio idoso planejem estratégias e ações de autocuidado. Com isso, busca-se uma forma de enfrentamento dessas dificuldades, pleiteando um resultado positivo, proposta esta do Programa de Saúde da Família.

Isto pode ser confirmado em Brasil (2006), a Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica de Saúde da Família. Caracteriza-se por visitas domiciliares para realização de um diagnóstico multidimensional. Deve-se aproveitar esse momento da visita para observar determinados fatores, como ambiente onde o idoso vive, a relação entre profissional e a pessoa idosa e seus familiares, história clínica com seus aspectos psicológicos, biológicos, funcionais e sociais através da realização do exame físico e da anamnese. A atenção básica à saúde do idoso tem como requisito oferecer à pessoa idosa e sua família atenção humanizada com orientações através de acompanhamento domiciliar, respeitando sempre sua cultura e influenciando o envelhecimento ativo.

Alguns profissionais de enfermagem buscam sanar as dificuldades que têm no atendimento ao idoso, através de cursos de capacitação, um trabalho de conscientização intermitente.

Podemos notar, nesta categoria, como a percepção dos participantes sobre o idoso se diferencia se comparada às respostas dadas na categoria um, em que percebemos naquelas respostas um idoso muito “idealizado”.

Nesta categoria, quando questionamos: “Quais são as dificuldades mais comuns que você enfrenta no atendimento ao idoso e o que faz para superá-las?” Notamos que os participantes têm outra percepção do idoso, apresentando aqui as fragilidades e dependência que o idoso possui com maior ênfase. Isto não quer dizer que quando os participantes falam do idoso na categoria um, relatando de forma mais teórica, ressaltando suas características positivas, não estejam dizendo a verdade, que seja como ele realmente vê

o idoso. Na prática, porém, quando trabalhamos com o idoso, a visão muda, pois o profissional sente na prática as dificuldades que ele tem no atendimento à referida população, que deveria ser levada em consideração na hora do atendimento.

- ***Categoria 4 – Contribuições para melhoria no atendimento ao idoso: percepções dos profissionais de enfermagem***

Para a quarta e última categoria, analisamos os dados das respostas às questões cinco e seis. Questão cinco: “Como o profissional de enfermagem pode contribuir para promover melhores condições de atenção à saúde do idoso?” Nesta questão dois participantes responderam apenas “sim”, em vez de responderem como eles poderiam contribuir. A questão seis deixou em aberto para o participante dizer o que ele julgasse importante, da seguinte forma: “Há algo que você julga relevante ou que gostaria de dizer? Deixe sua contribuição”. Nesta questão, dos doze participantes, oito não responderam ou não deixaram sua contribuição.

Não foram todos os participantes que se dispuseram a deixar a sua contribuição como foi sugerido na questão seis. Na questão cinco, aqueles que responderam apenas “sim” impossibilitaram uma análise de suas respostas, ferindo parcialmente nosso objetivo, pois esperávamos saber como o profissional de enfermagem pode contribuir para promover melhores condições de atenção à saúde do idoso. Há aqueles, porém, que deixaram bem claro seu ponto de vista. Como anteriormente feito, a questão seis complementa a questão cinco, assim transcrevem-se ambas as respostas, na sequência. Entretanto, destaca-se que poucas foram as respostas a essa questão, apenas quatro participantes a responderam na íntegra.

Os participantes P6 e P8 responderam apenas “sim”, que o profissional pode contribuir, mas não justificaram como e não quiseram deixar suas contribuições ou dizer algo que julgassem relevantes.

Percebemos a visão dos participantes, que o profissional de enfermagem pode contribuir para promoverem melhores condições de atenção à saúde do idoso com um atendimento mais humanizado.

Notamos que o participante P7 se mantém atualizado e quis contribuir com a pesquisa, apresentando seu ponto de vista em relação à importância de as instituições de saúde selecionarem melhor os profissionais para cuidar dos idosos.

Sabemos da existência de profissionais que não teriam perfil para trabalhar com idosos, e, ainda que façam curso de capacitação ou que busquem novos conhecimentos,

suas dificuldades serão em maior proporção do que aqueles profissionais que gostam de trabalhar com idosos. Neste caso cabe às instituições direcionarem os profissionais conforme aptidão e perfil adequados para lidarem com a população dessa faixa etária.

“Com um atendimento mais humanizado”. (P7)

“É que os responsáveis pelas instituições deveria selecionar melhor os profissionais que cuidam destas pessoas” (P7).

Para Pessini e Bertachini (2004, p. 3), “o cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, exercer na prática o ressituar das questões pessoais num quadro ético, em que o cuidar se vincula à compreensão da pessoa em sua peculiaridade e em sua originalidade de ser”.

Os participantes P3, P9 e P10 relataram estar sobrecarregados, não tendo disponibilidade para dar a atenção de que o idoso precisa, e deixaram suas contribuições dizendo da importância de colocar em prática as políticas de saúde.

O participante P3 também relata que o profissional de enfermagem pode contribuir para promover melhores condições de atenção à saúde do idoso, porém a sobrecarga de trabalho dificulta o atendimento adequado. E ainda deixa sua contribuição, quando relata como a maioria dos idosos necessita de um acolhimento, uma maior atenção, ou seja, de alguém que ouça o que ele tem a dizer, demonstrando interesse em ajudá-los a solucionarem seus problemas. Reforça ainda que esse acolhimento e essa atenção possam ser mais necessários que o próprio tratamento medicamentoso. Esses três participantes não responderam à questão seis.

“Sim. Porém, às vezes, a sobrecarga de trabalho é muita e não dispensamos o cuidado, o acolhimento de maneira necessária”. “Acredito que a maioria dos idosos necessita mais de um acolhimento de toda equipe, de uma ‘escuta qualificada’ do que de (tratamento) medicamentoso” (P3).

Notamos que o participante P9 está bem informado sobre as políticas de saúde, pois as políticas voltadas para o idoso existem, mas falta serem colocadas em prática em sua totalidade. Se isso acontecesse, o atendimento seria de muito mais qualidade, eficiência, resolubilidade na manutenção da saúde do idoso, além de um atendimento mais humanizado. Isso é demonstrado também na resposta do participante P10, que relatou sobre a necessidade

de aumentar a quantidade de profissionais no atendimento, uma vez que ficam sobrecarregados e o serviço prestado pode deixar a desejar, reforçando ainda a importância de oferecer trabalhos artesanais, alguma atividade para interação entre os idosos e mesmo entre profissionais e idosos.

“Mais profissionais para ter mais tempo para dedicação ao idoso. Ex.: caminhada, lazer e diálogo. Acho que as políticas de saúde teriam que ser colocadas mais em prática” (P9).

“Sugerindo a gestão para aumentar os profissionais de enfermagem, oferecer trabalhos artesanais, alguma atividade em uma estrutura oferecida pela prefeitura para interação entre eles próprios e com os profissionais da unidade.” (P10)

O participante P11 relata como o acolhimento de forma adequada seria essencial, e também a promoção de atividades recreativas. O participante P12 acredita que a orientação aos idosos, familiares e cuidadores, assim como a organização do tempo do profissional, são medidas eficazes para oferecer um atendimento qualificado. O participante P5 menciona sobre a importância da orientação sobre o autocuidado, da importância do idoso ter uma companhia, assim como oferecer meios de distração, como leitura, música e dança. Esses três participantes também não responderam à questão seis.

“Acolher de forma adequada, dar mais atenção no que ele relata e dando orientações, promover reunião com grupo de idosos com atividades recreativas” (P11).

“Orientando os idosos e seus familiares e cuidadores e organizando os horários, para ter mais tempo para melhor atender os idosos” (P12).

“Orientar aos idosos como protegê-los e sua pele para evitar que se machuquem com facilidade. Companhia para que o mesmo não se sinta muito só através de leitura, música, as danças, medicamento no horário certo, consulta.” (P5).

Destacamos aqui as mudanças em relação ao cuidado do idoso, do qual faz parte oferecer suporte à família cuidadora, visando oferecer uma velhice digna e com vida social como preconiza Oliveira et al. (2007).

O participante P1 relata que o profissional de enfermagem pode contribuir para promover melhores condições de atenção à saúde do idoso, reforçando bem a importância da humanização e do acolhimento, com base nos pilares da integralidade e equidade. Acrescenta

ainda que o profissional deveria atentar-se para as necessidades do idoso, assim como para os riscos a que este está exposto, devendo ainda dar orientação sobre o autocuidado, ou autocuidado apoiado, que é o apoio familiar ou de cuidadores, quando o idoso não estiver apto a realizar suas necessidades sozinho.

Na questão seis, esse participante deixa uma contribuição relevante, mencionando a importância deste trabalho, que poderia contribuir para que haja mudanças nas práticas de atendimento aos idosos. Termina sugerindo a necessidade de transcrever os conhecimentos acadêmicos para a “sociedade civil”, assim o idoso poderia ser mais valorizado.

“Através da humanização do atendimento, da escuta ativa, do acolhimento adequado tendo como base os pilares da integralidade e equidade. Mas principalmente estar atento as suas necessidades, dificuldades e aos riscos [a] que possa estar exposto, orientando-o, com conhecimentos científicos para o autocuidado ou autocuidado apoiado”.
“Sim Considero que este trabalho vai contribuir imensamente para mudanças nas práticas de atendimento aos idosos, pois qualquer discussão sobre o assunto nos faz refletir sobre a nossa atuação em relação ao atendimento ao idoso. Faz-se necessário, ainda, transcrever os conhecimentos acadêmicos para toda a sociedade civil, buscando a valorização do idoso como ser humano” (P1).

O participante P2 acredita que o profissional de enfermagem poderia contribuir para promover melhores condições de atenção à saúde do idoso, mas para isso este profissional deveria realizar capacitação continuada constante. Ver o idoso como ser capaz, porém, necessitaria de estímulo. Indiscutivelmente algum tipo de incentivo seria necessário para todos nós, alguma coisa que nos impulse, que nos faça ter vontade de realizar determinada tarefa ou projeto. Em se tratando do idoso, esse incentivo poderia ser até por parte do profissional, porém o incentivo e o amor da família seriam essenciais para que o idoso se sentisse amado e impulsionado a aderir ao tratamento. Esse participante, como os demais, também não respondeu à questão seis.

“Realizar capacitação continuamente; procurar ver o idoso como um ser extremamente capaz de decidir sozinho, mas que necessita de incentivo para não desistir”.
(P2).

O participante P4 não respondeu à questão seis, mas de acordo com sua opinião, na resposta à questão cinco, para o profissional contribuir para melhores condições

de atenção à saúde do idoso é simplesmente ser enfermeiro, respeitar as leis voltadas ao idoso, e estar sempre lembrando as teorias que foram vistas durante o curso de graduação.

“Ser enfermeiro. Cumprir as normas do Conselho Regional de Enfermagem, respeitar o Código de Ética de Enfermagem, o Estatuto do Idoso, e lembrar as teorias que foram repassadas durante o curso de graduação” (P4).

Nesta categoria fizemos também a codificação das expressões que apareceram mais vezes: “acolhimento/cuidado”; “orientação de autocuidado”; “oferta de trabalho artesanal e outras atividades”; “aumentar quantidade de profissionais”; “proporcionar atividades de interação/socialização entre idosos e profissionais”; “orientar idosos e seus familiares”; “gerenciamento do tempo”; “humanização do atendimento”; “cumprir normas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN)”; “observar código de Ética e Estatuto do Idoso”; “aumentar conhecimento”; “informar resultado de pesquisa/estudo à sociedade”; “capacitação continuada”; “reconhecer capacidade e independência”; “reconhecer necessidade”; “melhorar seleção de profissionais”; “colocar em prática políticas de saúde”.

Podemos notar que os aspectos foram somente positivos, como na codificação da resposta anterior, pois tratam de medidas consideradas relevantes para melhorar o atendimento ao idoso, segundo a percepção dos participantes.

Os participantes afirmaram em suas respostas que a enfermagem poderia contribuir para promover melhores condições à saúde do idoso. A maioria dos participantes, porém, não demonstrou o que a enfermagem poderia fazer para contribuir a partir de mudanças de comportamento ou de atitude do próprio profissional, e sim deu ênfase a procedimentos técnicos ou soluções que não dependem deles.

Notamos que entre os doze participantes, oito responderam somente à questão cinco, e quatro responderam às questões cinco e seis.

Diante do exposto, podemos notar a importância do tema proposto e o quanto os questionamentos e as dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem são variados, exigindo conhecimento diferenciado, pois o próprio profissional sente a necessidade de se capacitar e de se atualizar para conseguir atender de forma adequada a esse segmento da população, quando a dificuldade no atendimento se deve à falta de algum tipo de conhecimento por parte do próprio profissional.

Concordamos com os participantes quando falam sobre a contribuição da enfermagem na melhora do atendimento ao idoso, pois, por serem profissionais que lidam

diretamente com as pessoas, poderiam contribuir prestando um serviço de qualidade, demonstrando segurança por possuírem conhecimento técnico e científico suficiente para esse atendimento, mas também humanizado, tratando cada ser em sua individualidade, com atenção, bem como colocar em prática as Políticas de Saúde do Idoso e o próprio Estatuto do Idoso na prática do dia a dia da profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou a análise das percepções dos profissionais de enfermagem sobre o atendimento ao idoso e suas concepções sobre atendimento humanizado, identificando as principais dificuldades enfrentadas por eles, além dos conhecimentos e experiências pregressas que reconheciam serem essenciais no atendimento ao idoso.

Durante a análise conhecemos algumas dificuldades que esses profissionais enfrentam no atendimento a essa faixa etária, e o que faziam para se sentirem mais seguros no atendimento ao idoso. Com as respostas analisadas e categorizadas, concluímos que a maioria dos participantes vê o idoso como uma “pessoa sábia”, com uma “boa bagagem de experiência e conhecimentos empíricos”, mas que tem suas “peculiaridades e fragilidades”, devido a agravos no decorrer dos anos, sendo que alguns foram ainda mais prejudicados pelo trabalho pesado que realizaram durante a vida, ou pelo estilo de vida, bem como pelo próprio processo natural e fisiológico do envelhecimento.

Os participantes ainda relataram sobre a dificuldade em lidar com os familiares do idoso, porque muitos deles não colaboram efetivamente com os profissionais em relação ao tratamento, seja para entender ou aceitá-lo. Acrescenta-se a essa dificuldade a própria falta de habilidade e de maior conhecimento e preparo para lidar com essa faixa etária, além da já comentada dificuldade na adesão ao tratamento por parte do idoso e a falta de recursos humanos e materiais.

Mas vivenciando a dificuldade, acreditamos que eles sejam as pessoas ideais para apresentar possíveis soluções para essas dificuldades, e, de fato, os participantes sugeriram várias alternativas no enfrentamento dessas dificuldades, dentre as quais podemos ressaltar algumas vertentes:

1. Aquelas que apresentam soluções voltadas para o próprio desempenho profissional: como a educação continuada dos profissionais; a humanização do atendimento; observação estrita do Código de Ética e Estatuto do Idoso;

2. aquelas que dependem de outras instâncias – como o gestor de saúde ou o diretor do hospital: como a ampliação do quadro de profissionais, para que os mesmos não fossem sobrecarregados e tivessem o tempo de que o idoso necessita para ser atendido;

melhor administração no gerenciamento do tempo e o estrito cumprimento das normas do conselho Regional de Enfermagem (COREM); melhor seleção dos profissionais para trabalharem com os idosos; colocar em prática as políticas de saúde; ampliar as ofertas de trabalho artesanal e outras atividades para melhorar a interação entre idosos e profissionais;

3. *aquelas que dependem da articulação entre profissional, idosos e familiares*: como a ampliação das orientações dadas tanto para os idosos como para seus familiares.

Percebemos que a vivência desses participantes com os idosos e seus familiares é um dos requisitos que os ajudam a superar as dificuldades, pois assim eles têm a oportunidade de conhecer o processo do envelhecimento e suas vicissitudes. Dessa forma, podem colocar na prática o conhecimento que adquiriram sobre o envelhecimento, auxiliando-os a superar as dificuldades, sendo esta vivência uma importante experiência no atendimento ao idoso.

Segundo a percepção dos participantes, não se trata apenas de um fato pontual descrito por eles para tornar o atendimento ao idoso mais eficaz. Para eles esta dificuldade no atendimento pode ser sanada mediante uma melhor organização do trabalho, na capacitação continuada desses profissionais, na conscientização junto aos idosos para que sejam colaborativos e agentes em seu tratamento. Para esses participantes, a enfermagem ainda deve orientar tanto o idoso quanto seus familiares, atuando, assim, na conscientização dos seus direitos e deveres como usuário do sistema de saúde, condição *sine qua non* na parceria desejável entre eles e os idosos e seus familiares. Assim não somente teriam melhores resultados práticos, como dar-se-iam maiores oportunidades de se prevenir danos, o que, na opinião desses sujeitos, contribuiria para um envelhecimento ativo com qualidade de vida, premissa esta da Promoção de Saúde.

REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Bras. de Ciências do Envelhecimento Humano**. jul./dez. 2006. p. 79-91.

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ARAÚJO, M. S. F.; OLIVEIRA, F. M. C A. Atuação do enfermeiro na equipe da família e a satisfação profissional, n. 14, p. 3-14, set. 2009. Disponível em: <www.cchla.ufpb.br/caos>. Acesso em: 12 out. 2011.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

AYRES, R. C. et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 2, n. 30, p. 306-11, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2011.

BARROS, R. P. de; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 221-50.

BEAUVOIR, S. **A velhice**: as relações com o mundo. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

BELTRÃO, K. I. et al. Mulher e previdência social: o Brasil e o mundo. **Texto para Discussão n. 867**. Rio de Janeiro: Ipea, 2002.

BERZINS, S. V. A. M. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. **Rev. Social e Sociedade**, São Paulo, v. 75, n. 9, p. 19-33, set. 2004.

BOMFATI, A. L.; ZIMMERMANN, M. H. PSF e o cuidado ao idoso. **J Health**. 2. ed. p. 1-7, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://www.cescage.edu.br/site/pagina/arquivos/revista/innovare/artigos/46aaPSF_E_O_CUIDADO_AO_IDOSO.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2011.

BOTH, A. **Gerontologia**: educação e longevidade. Passo Fundo: Imperial, 1999.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 237-E, p. 20-4, seção 1, 13 dez 1999.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. **Política nacional do idoso**. Brasília (DF): Ministério da Justiça, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família (PSF) e agentes comunitários de saúde (PACS). In: _____. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001. p. 193-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **IDB 2002 Brasil: indicadores e dados básicos para a saúde**. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/matriz.htm>>. Acesso em: 14 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. 3. ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2003a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Manual%20FNS.pdf>> Acesso em 20 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10.741, de 1º outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2003b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 4 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Questões atuais de direito sanitário**. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2006a. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/06_0860.htm>. Acesso em: 25 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de atenção básica, 19). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional da pessoa idosa**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, n. 19, Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde: demográficas e socioeconômicas**. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília(DF): Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica,27).

BRUNO, M. R. P. Cidadania não tem idade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, ano 24, n. 75, p. 74-83, set. 2003.

BUENO, C. M. L. B. P. Psicogerontologia: análise de um conceito em construção. In: JOSÉ FILHO, M.; SOARES, N. (Org.). **UNATI: construindo a cidadania**. Franca: Unesp-FHDSS, 2008. cap. 2, p. 25-49.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica - texto para discussão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CARTA DE OTTAWA. **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde** 17-21 de Novembro de 1986, Ottawa, Canadá. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm>. Acesso em: 03 mar.2011.

CARVALHO, R. M. **O processo de envelhecimento na visão dos idosos participantes dos grupos de convivência de Volta Redonda: subsídios para confecção de cartilha informativa**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências da Saúde e do Ambiente) – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, v. 31, n. 2, abr. 1997, p. 187-200. São Paulo, 1997.

CHARMAZ, K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Tradução de Joice Elias Costa. In: _____. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COSTA, N. E.; MENDONÇA, J. M.; ABIGALIL, A. Políticas de assistência ao idoso: a construção da política nacional de atenção à pessoa idosa no Brasil. In: FREITAS, E. V. P.Y. L. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 1077-82.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales**. Washington: Health Com Agency for international Development, 1994.

DERNTL, A. M; WATANABE, H. A. W. Promoção da Saúde. In: LITVOC, J; BRITO, F.C. (Ed.). **Prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 37-45. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/matdidatico/alice/promocaodasaude.doc>>. Acesso em: 8 mar. 2011.

DIAS, J. A.; ARRUDA, M. R. C. de. **O resgate da cidadania dos idosos**. 2005. Disponível em: <<http://www.prsp.mpf.gov.br/marilia>>. Acesso em: 01 jan. 2011.

DUARTE, Y. A. de. **Gerontologia**: princípios de assistência de enfermagem gerontológica. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 222-29.

DUARTE, Y. A. O. Princípios de assistência enfermagem gerontológica. In: PAPALÉONETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 222-29.

ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 633-41, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2011.

ERMINDA, J. G. Processo de Envelhecimento. In: COSTA, M. A. M. et al. (Org.). **O idoso**: problemas e realidades. Coimbra: Formasau, 1999. p. 41-50.

FREITAS, C. A. S. L. et al. Vivendo o envelhecer: vozes de um grupo de idosos. **Revista Enfermagem**, UFPE, jan./mar 2010. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/article/view/533/446>>. Acesso em: 6 jul. 2011.

FREITAS, M. C. et al. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 221-8, mar./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10518.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2011.

GOLDMAN, S. N. **Envelhecimento e gerações**. Trabalho apresentado no ciclo de palestras e vivências para a terceira idade SESC. Alagoas, Maceió: SESC, 2004.

GOLDMAN, S. N. Velhice e direitos sociais. In: GOLDMAN, S. N.; PORTELA, A.; ARNAUT, T. (Coord.) **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro: ANG-RJ/CBCISS, 2000. p. 13-42.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado na enfermagem gerontológica: conceito e prática. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 756-61.

HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B. **Tempos vividos: identidade, memória e cultura do idoso**. Caxias do Sul: Educs, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 24 ago. 2010.

JACOB FILHO, W. **Atividade física e envelhecimento saudável**. Rio de Janeiro: Atheneu. 2006. p. 1-8.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 795-807, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://socialsciences.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

LORDA, C. R. **Recreação na terceira idade**. Rio de Janeiro: Sprint, 1995.

MAGALHÃES-VILHENA, V. de. **Pequeno manual de filosofia**. 5. ed. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1977.

FREITAS, E. O. MARTINS, I. Concepções de saúde no livro didático de ciências. **Health Conceptions in Science Textbooks**, Rio de Janeiro, 2008.

MICHAELIS. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2002. Série I.

MIGUEL JR., A. **Fragilidade nos idosos**. 2007. Disponível em: <<http://www.medicinageriatrica.com.br/2007/01/07/saude-geriatria/fragilidade>>. Acesso em: 4 ago. 2011.

MOREIRA, M. de M. **Envelhecimento da população brasileira**. 1997. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Planejamento Regional) – CEDEPLAR-UFMG, Belo Horizonte.

MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, L. L. R. (Org.). **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso**. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG e Abep, 2000. p. 25-56.

MOREIRA, P. A.; JALLES, M. P.; REINALDO, M. A. S. Quem gosta de mim sou eu: contradições. **Revista Enfermagem. UFPE**. jun./set. 2007. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/13/pdf_168>. Acesso em: 6 abr. 2011.

NAVARRETE, M. L. V.; SILVA, M. R. F. **Introdução às técnicas aplicadas em saúde**. Tradução de Maria Rejane Ferreira da Silva, Maria do Rosário Ferreira da Silva. Recife: IMIP, 2009.

NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007.

OLIVEIRA, D. C. A categoria necessidades nas teorias de enfermagem: recuperando um conceito. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 10, n. 1, p. 47-52, 2002.

OLIVEIRA, E. F.; MARTINS, I. Concepções de saúde no livro didático de ciências. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 10, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=129515476005>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

OLIVEIRA, M. L.; PAULA, T. R.; FREITAS, J. B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **Consciência e saúde**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 127-36, 2007.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Guia clínico para a atenção primária e as pessoas idosas**. 3. ed. Washington: OPAS, 2003.

PALMA, L. T. S.; SCHONS, C. R. (Org.). **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social**. 2. ed. Passo Fundo: UPF, 2000.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006a. cap. 1, p. 2-12.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PINA, A. P. B. Investigação e estatística: definição do desenho do estudo. **Portal de Saúde Pública**, 2006. Disponível em: <<http://www.saudepublica.web.pt/03-Investigacao/031-EpiInfoInvestiga/desenho.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: pesquisadores, temas e tendências. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 763-72, fev. 2004.

PY, L.; SCHARFSTEIN, E. A. Caminhos da maturidade: representações do corpo, vivência dos afetos e consciência da finitude. In: NERI, A.L. (Org.). **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papirus, 2001. p.117-50.

RESTREPO, H. E.; ANZOLA PÉREZ, E. Promoción de la salud de los ancianos. In: ANZOLA PÉREZ, E. et al. (Ed.). **La atención de los ancianos**: un desafío para los anos noventa. Washington DC: OPS; 1994. p. 383-8.

RIBEIRO, E. E. M. D. **Tanatologia, vida e finitude**. Informações gerais para os módulos: velhice e morte, medicina e morte e cuidados paliativos em bioética. Rio de Janeiro: UERJ. UnATI, 2008. p. 145.

ROACH, S. S **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia científica**. Paracambi: Faetec/Ist, 2007. p. 78. Disponível em: <<http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/Metodologia>>. Acesso em: 19 abr. 2010.

RUIZ, E. I. G. Envelhecendo. **Família Cristã**, ano 43, n. 493, p. 21, 2004.

SÁ, J. L. M. A Formação de recursos humanos em gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

SANTIN, J. R.; BOROWSKI, M. Z. O idoso e o princípio constitucional da dignidade humana. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 141-53, jan./jun. 2008.

SANTOS, S. S. C. Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 70-86, jul. 2000.

SCHNEIDER, R. H., IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. Psicol**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-93, 2008.

SERRANO, C. Introdução. In: _____. (Org.). **A educação pelas pedras**. São Paulo: Chronos, 2000. p. 8-14.

SILVA, C. C.; SILVA, A. T. M. C.; LOSING, A. A interação e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa Saúde da Família – PSF. **Rev. Eletrônica Enferm**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 70-4, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/941/1148>>. Acesso em: 8 jan. 2011.

SILVA, M. J. **Autonomia e saúde mental**: o desafio para uma velhice bem-sucedida. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br/bvirtual/teses/mariajosefina.htm>>. Acesso em: 6 fev. 2011.

SIMÕES, J. A. Solidariedade intergeracional e reforma da previdência. In: _____. **Dossiê gênero e velhice**. 1997, p. 169-81.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. C Assistência à saúde do idoso. In: _____. **Bruner e Suddarth**: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 142-61.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud**: una antología. Washington: OPAS, 1992, p. 37-44. (Publicación científica, 557).

TOSTA, A. C. **Atenção à saúde do idoso**: papel da enfermagem. 2008. Disponível em <<http://www.medicinageriatrica.com.br/2008/05/05/atencao-ao-idoso-papel-da-enfermagem-parte-1>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 705-15, maio/jun. 2003.

VIEIRA, E. B. **Instituições geriátricas**. Avanço ou retrocesso? Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

VILAS BOAS, M. A. **Estatuto do idoso comentado**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário

Parte I

1 – Formação/profissão:

Enfermeiro () Técnico de Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem ()

2 – Tempo de atuação no Programa de Estratégia de Saúde da Família:

1 a 2 anos () 3 a 4 anos () 5 anos e mais

Parte II

1. Como você vê o idoso?

2. Você se considera apto para atender os idosos?

() sim () parcialmente () não () não sei informar

Por quê?

3. Independente da resposta anterior, quais são as dificuldades mais comuns que você enfrenta no atendimento ao idoso?

4. O que faz para superar essas dificuldades?

5. Como o profissional de enfermagem pode contribuir para promover melhores condições de atenção à saúde do idoso?

6. Há algo que você julga relevante ou que gostaria de dizer? Deixe sua contribuição.

ANEXOS

ANEXO A



Estado de Minas Gerais
PREFEITURA DE COROMANDEL
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a) pesquisador(a) Laura Moreira de Sousa Fonseca, portador(a) do RG nº MG11034196, CPF 048745686, está autorizado(a) a realizar pesquisa com os profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de Coromandel-MG com a finalidade de realizar seu trabalho de tese de mestrado, da Universidade de Franca.

Declaro ainda ter conhecimento da pesquisa a ser realizada e de ter sido previamente informado(a) de como serão utilizados os dados colhidos nesta instituição.

Coromandel, 30 de agosto de 2010

Dr. Marcelo José Pires Ferreira
Secretário Municipal de Saúde
Coromandel / MG

Dr. Marcelo José Pires Ferreira
Secretário de saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Coromandel
Rua Rio Branco 1070 – COROMANDEL – CENTRO – 38.550.000
34-3841-1010

ANEXO B**DECLARAÇÃO**

Declaro que o relatório final de pesquisa (**protocolo nº 4705/10**), intitulado “**Concepções e percepções sobre o atendimento ao idoso: um estudo com os profissionais de enfermagem que atuam na Unidade Básica de Saúde da Família - UBSF**” de autoria do(a) pesquisador(a) **Laura Moreira De Sousa Fonseca**, por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa em Humanos adotados pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade de Franca-SP (*registrado no Ministério da Saúde sob o nº 128118/2005*), foi deliberado **APROVADO** em sua 30ª Reunião Ordinária realizada em 30 de março de 2012.

Franca, 30 de março de 2012.


Prof. Dr. Carlos Henrique Gomes Martins
Coordenador do CEPE da Universidade de Franca