



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA APARECIDA DA SILVA ARAÚJO

**ANÁLISE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Goiânia
2009

MARIA APARECIDA DA SILVA ARAÚJO

**ANÁLISE DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do Título Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Dinâmica do Processo Saúde - Doença.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Alves Barbosa

Goiânia

2009

ARAÚJO. MAS.

Análise da Atenção Básica a saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família.

Maria Aparecida da Silva Araújo. - Goiânia, 2009.

114f.

Referências

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Goiânia-Goiás.

1-Atenção Básica a Saúde do idoso no Brasil: Limitações e Desafios.

2-Atenção Básica a Saúde do idoso: Novos desafios a Equipe de Saúde da Família.

3-Relação entre profissional de saúde da família e idoso

4-Análise da Atenção Básica a Saúde de Idoso na Estratégia Saúde da Família

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás**

BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno (a): MARIA APARECIDA DA SILVA ARAÚJO

Orientador (a): MARIA ALVES BARBOSA

Membros:

1. Dr^a Maria Alves Barbosa - UFG (Presidente da banca)-

2. Dr^a Adélia Yaeko Kiosen Nakatani – UFG (membro)

3. Dr^a Virginia Visconde Brasil – UFG (Membro)

4. Dr^a Estelamaris Tronco Monego – UFG (suplente)

5. Dr^a Maria Lucia Carneloso – Ministério da Saúde (suplente)

Data: 15/12/2009

Dedico este trabalho...

Aos meus queridos filhos Ana Carolina e Carlinhos, que deram um brilho especial em minha vida e pela alegria de tê-los como filhos e juntos percorrermos essa jornada.

Ao meu esposo e companheiro Antonio Carlos que não mediu esforços para proporcionar-me o estudo e momentos felizes com quem aprendi os valores eternos do amor. Obrigada por acreditar em mim.

Aos meus queridos pais Selvino e Alvina, que desde criança foram os meus maiores incentivadores... todo meu respeito e admiração...

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder bênçãos sempre além do que peço. Continue comigo...

Ao meu esposo, Antônio Carlos, e aos meus filhos, Ana Carolina e Carlinhos, o amor e carinho que sempre me dedicaram.

À Profa. Dra. Maria Alves Barbosa, minha orientadora, pelo suporte, firmeza e companheirismo decisivos para tornar esta tarefa uma experiência gratificante e enriquecedora;

À Profª Drª Adélia Yaeko Kiosen Nakatani, pelas sugestões pertinentes a este trabalho e pela forma carinhosa com que sempre me atendeu desde o exame de qualificação e pela prontidão em participar na banca examinadora em minha defesa pública.

Ao Profº Drº Marcelo Medeiros, pelas suas contribuições neste estudo na ocasião do exame de qualificação.

À Profª Drª Rita Francis Gonzalez y Rodrigues Branco pelas contribuições e sugestões significativas neste estudo na ocasião do exame de qualificação.

À Profª Drª Virginia Visconde Brasil, pelo interesse com a temática deste estudo, demonstrados desde a ocasião do convite para compor a banca examinadora de minha defesa pública.

À coordenação e aos docentes do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde e Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, o empenho nos ensinamentos.

À minha turma de mestrado pela agradável convivência, por compartilhar momentos únicos de aprendizagem e alegria, as grandes amizades que fiz.

À amiga Marta Carvalho Loures, pelo seu carinho, pelo profissionalismo e apoio em muitas etapas deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia por abrir as portas e possibilitar a realização do estudo.

Às Equipes de Saúde da Família do Município de Aparecida de Goiânia, que colaboraram com essa pesquisa, enriquecendo-a com as experiências de seu trabalho e o desejo de transformá-lo.

Finalmente, expresso a minha profunda admiração e gratidão a todos os familiares e amigos que, de alguma forma, compartilharam deste momento ímpar de minha vida e que me incentivaram e acreditaram na conquista desta vitória.

A todos vocês, muito obrigada!

Saber Viver

*“Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.*

Muitas vezes basta ser:

*Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.*

E isso não é coisa de outro mundo,

É o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela

Não seja nem curta,

Nem longa demais,

Mas que seja intensa,

Verdadeira, pura... Enquanto durar”.

Cora Coralina

SUMÁRIO

RESUMO.....	IX
ABSTRACT.....	X
SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS.....	XI
1 INTRODUÇÃO.....	14
Escolha do tema.....	14
Transição Demográfica e Epidemiológica.....	16
Políticas Públicas de Saúde no Brasil e Atenção Básica.....	17
Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento.....	20
2 OBJETIVOS.....	25
3 MÉTODOS.....	26
4 PUBLICAÇÕES.....	29
4.1 Artigo 1 - Atenção Básica a Saúde do Idoso no Brasil: Limitações e Desafios.....	30
4.2 Artigo 2 - Atenção Básica a Saúde do idoso: Novos desafios a Equipe de Saúde da Família.....	38
4.3 Artigo 3 - Relação do profissional de saúde da família com o idoso.....	53
4.4 Artigo 4 - Análise da Atenção Básica a Saúde de Idoso na Estratégia Saúde da Família.....	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
6 REFERÊNCIAS.....	98
ANEXOS.....	102

RESUMO

O estudo focalizou a atenção básica a saúde do idoso, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, como forma de pensar alternativas que possibilitem a reorganização da atenção básica ao idoso nas áreas adscritas. O objetivo geral foi discutir as ações de atenção básica oferecidas ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família. Pesquisa de natureza descritivo-exploratória, de base qualitativa realizada com profissionais que compõem a equipe de saúde família, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde no município de Aparecida de Goiânia, Goiás. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de grupo focal e os dados foram analisados em categorias conforme Bardin. Os resultados apontam aspectos que fortalecem os profissionais de saúde da família na atenção básica ao idoso, ao mesmo tempo em que mostram algumas limitações da equipe na atenção ao idoso. A contribuição das equipes de saúde da família foi significativa para que a atenção básica a saúde do idoso seja repensada pelos profissionais e gestores para a viabilização da educação permanente desses profissionais. Concluiu-se que as ações multidisciplinares encontram-se presentes na promoção da saúde, tanto na unidade básica como no domicílio por meio de palestras, caminhadas, intervenções, atividades de prevenção e controles de doenças, embora percebam dificuldades para operacionalizá-las. A inserção do idoso em algumas equipes ocorre em atividades atrativas formando sua rede social na participação de atividades fora da unidade de saúde, tais como shows e passeios. Entretanto, para outras equipes as ações intersetoriais de promoção da saúde não se faz presente. Os resultados deste estudo poderão oferecer subsídios aos profissionais de saúde da família para organização da atenção básica ao idoso, no sentido de privilegiar a assistência ao idoso pautado nas diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica.

Descritores: Programa Saúde da Família; Atenção Básica; Idoso.

ABSTRACT

The study focused on the health care of the elderly, more specifically in Family health strategy as a way of thinking about alternatives that allow the reorganization of elderly care to adscritas areas. Processorsthe General was discussing the basic attention actions offered to the elderly in context family health strategy. Search descriptive exploratory in nature,- qualitative basic performed with professionals that comprise health team family doctors, nurses, technicians, nurses and community agents health in the municipality of Aparecida de Goiânia, goaiz. For data collection were the focal group technique and the data were analysed in categories as Bardin. The results suggest that prospects–strengthen the professional aspects in family health care to the elderly, while showing some limitations of the elderly in the team. The team's contribution family health was significant health care of the elderly be reconsidered by professionals and managers for the operationalization of education These professional standing. It was concluded that the multidisciplinary actions are present in health promotion, both in the basic unit in address through talks, walks, assistance activities Prevention and control of diseases, although realize difficulties operacionalizá them. The insertion of the elderly in some family health teams occurs through attractive activities forming your social network participation activities outside of the health unit, such as concerts and tours and provide suggestions for activities. However, for other teams actions intersectoral health promotion is not present. The results of this study may offer subsidies to family health professionals for Organization of care to the elderly, to assistance the oldest coherent national policy guidelines of care.

Descriptors: Health Elder; basic attention; family health team.

ANEXOS

- Anexo - 1** Parecer do Comitê de Ética
- Anexo - 2** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Artigo 3 e 4
- Anexo - 3** Questões Norteadoras
- Anexo - 4** Artigo publicado-Revista de Geriatria e Gerontologia
- Anexo -5** Artigo publicado-Revista Ana Neri
- Anexo - 6** Normas de publicação dos respectivos periódicos-Fragmentos de Cultura-Universidade Católica de Goiás.

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS.

SUS	Sistema Único de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFG	Universidade Federal de Goiás
AB	Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
PIAE	Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento
PNI	Política Nacional Idoso
EI	Estatuto do Idoso
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
HGG	Hospital Geral de Goiânia
LILACS	Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde

1 - INTRODUÇÃO

A escolha do tema

O envolvimento com idosos tem sido a tônica de minha experiência como profissional atuante em unidades de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há mais de treze anos tenho atuado na área de saúde e envelhecimento na rede básica, primeiro, no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente no Programa de Saúde da Família (PSF) atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Nessa trajetória acompanha-me uma inquietação quanto à assistência ao idoso de forma restrita, em contraste com o potencial dos princípios do SUS, modelo este proposto pela Reforma Sanitária Brasileira. Percebi as divergências entre a realidade prática de assistência ao idoso com a prática proposta pelo SUS na Atenção Básica a Saúde ao Idoso.

A realidade da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), assim como a atenção dos profissionais da ESF oferecida aos idosos motivaram-me a realizar o curso de qualificação em saúde do idoso em 2000, oferecido pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

A partir daí, visando uma melhor qualidade na assistência ao idoso, incluí nos planejamentos de ações da equipe de saúde a atenção ao idoso, contando com o apoio dos demais profissionais que compõem a equipe diferenciando assim a assistência ao idoso na área.

Vale ressaltar que, nesta caminhada, sempre encontrei apoio da coordenação da ESF, assim como do Secretário Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia ao caminhar para a pós-graduação em Saúde do Idoso na Universidade Federal de Goiás (UFG).

Durante a especialização em saúde do idoso e a residência em Saúde da Família, tive a oportunidade também de estudar vários temas voltados principalmente para a Atenção Básica (AB), promoção, assistência, cuidado e a prática ideal dos profissionais de saúde na atenção a comunidade e ao idoso. As discussões desenvolvidas, nas especializações, foram “terrenos férteis”, para reflexão, e cada vez mais me ligava à atenção ao idoso.

Atuando numa lógica de construção coletiva dentro da ESF, pautada nas atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) passei a realizar reuniões, elaborar projetos de promoção da saúde ações educativas intersetoriais, preventivas e assistenciais, juntos aos idosos.

Há cinco anos, como docente em Instituição de Ensino Superior na disciplina de Saúde Coletiva, Saúde do Idoso e Saúde da Família, minhas experiências profissionais suscitavam freqüentes questionamentos sobre o aumento da população idosa e a atuação dos profissionais de saúde na atenção básica oferecida aos idosos e desta forma, ingressei-me no Curso de Mestrado, onde consegui aprofundar meus estudos referentes ao processo de envelhecimento e a forma como é abordado no sistema de saúde.

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 - um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Conseqüentemente, o envelhecimento se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS, 2009).

Diante desses problemas surgem os seguintes questionamentos: a atenção básica de saúde aos idosos é oferecida pelas equipes de saúde da família no Município de Aparecida de Goiânia conforme preconizado pelo Ministério da Saúde? Existem fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento de ações das equipes de saúde da família na atenção oferecida aos idosos?

Sob ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, havendo diretrizes a serem seguidas, porém sua implementação ao que nos parece, ainda não aconteceu de forma completa (MOTA, 2007).

No Brasil há poucos trabalhos voltados para questões envolvendo a atenção básica a saúde do idoso na ESF. Assim sendo, discutir sobre a atenção básica ao idoso expressa nas ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família no Município de Aparecida de Goiânia poderá ser útil para a reflexão dos gestores e profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Poderá, do mesmo modo, contribuir para reorientação de ações e atividades dirigidas as práticas da atenção básica ao idoso, fundamentando as estratégias e potencializando os recursos humanos já utilizados, rumo à construção contínua de uma atenção de qualidade aos idosos, na área de saúde.

Transição demográfica e epidemiológica.

O envelhecimento populacional acontece em vários países do mundo, dentre eles o Brasil e é consequência de um processo conhecido como transição demográfica, que segundo Costa et al, (2003) é uma mudança de situação de mortalidade e natalidade elevadas, com populações predominante jovens, para uma situação com mortalidade e natalidades baixas, com aumento da proporção de velhos.

O Brasil apresenta um dos mais agudos processos de envelhecimento entre os países mais populosos. A população idosa totaliza cerca de 17,6 milhões, três vezes mais do que em 1970, sendo que na última década o número de pessoas com 60 anos e mais aumentou três vezes mais que a população total (47%, contra 15,7%). As projeções demográficas prevêm que o país ocupará, em 2025, a sexta posição mundial, com cerca de trinta e dois milhões de idosos. Este fato decorre de dois fenômenos: as sucessivas quedas das taxas de fecundidade e da diminuição gradativa das taxas de mortalidade registradas nas últimas décadas (IBGE, 2007).

Paralelo ao processo de transição demográfica, o Brasil passa também pelo processo de transição epidemiológica, que se caracteriza pela diminuição de mortalidade por doenças transmissíveis e aumento da mortalidade por doenças crônicas degenerativas e por causas externas, com o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos.

O envelhecimento não afeta só o ser humano, mas a família, a comunidade e a sociedade. Reconhece-se, no entanto, que é um processo normal, dinâmico, que envolve

perdas no plano biológico, sócio-afetivo e político, demandando vulnerabilidades diferenciadas por gênero, idade, classe social, raça, regiões geográficas, entre outras variáveis. Tais vulnerabilidades refletem na expectativa de vida, na morbidade, na mortalidade prematura, na incapacidade e na má qualidade de vida (ALENCAR, 2008).

Moreira, (2001) chama a atenção para o processo de envelhecimento no Brasil, pelo grande número de idosos, assim como pela intensidade em que esse processo ocorre, considerando ainda altos índices de pobreza na população idosa.

A demografia do envelhecimento demonstra que o século XX, se caracterizou por profundas e radicais transformações sociais, destacando-se a sobrevida da população como um fato significativo no âmbito da saúde pública. Constitui-se, portanto, em um dos maiores desafios para especialistas, gestores, profissionais de saúde e coletividades, uma vez que demanda estudos e análises que possibilitem a implantação de políticas públicas para o seu enfrentamento (ALENCAR, 2008).

A equipe de saúde na atenção básica deverá estar apta para identificar fatores de riscos junto à população idosa, estimulando à família na responsabilização para com a atenção a saúde do idoso, inserindo-o no ambiente familiar e social. A inserção do idoso em sua família e comunidade é fundamental para a manutenção de seu equilíbrio mental e físico (BRASIL, 2006).

Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Atenção Básica.

O Brasil foi tomado pelo autoritarismo da ditadura militar na década de 1960, o qual trás descontentamento da população em diversos setores da sociedade, bem como de líderes políticos, universitários, serviços de saúde e de educação, dando origem ao pensamento crítico em saúde, segundo (WENDHAUSEN, (2002). A partir de então, formou-se um grupo de pessoas com idéias em comuns a fim de melhorar a assistência a saúde no Brasil, que em uma reunião na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em Brasília, foi chamado de Partido Sanitarista (AROUCA, 2007).

Em 1970 intensificaram-se as discussões sobre as políticas de saúde, sendo impulsionadas com a criação do Centro de Estudo Brasileiro de Saúde em 1976. Em 1978, ocorreu o surgimento da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde

Coletiva (ABRASCO), que se tornou espaço para análise crítica da situação de saúde brasileira. Simultaneamente, intelectuais, professores e profissionais se uniram em torno de uma nova proposta de sistema de saúde dentro dos princípios de universalidade, equidade, integralidade e descentralização. Este movimento se originou da Reforma Sanitária Brasileira (CUTULO, 2006).

Com a influência da Reforma Sanitária e a mobilização da população, em 1978, a atenção primária passou por significativas mudanças resultantes das repercussões da Conferência Internacional de Saúde Alma Ata, que trás o incentivo das práticas e cuidados básicos de saúde (WERNECK, 1998 *apud* RONCALLI, 2003). Em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) articulou novas propostas para a Reforma Sanitária, como as Ações Integradas de Saúde (AIS), vivenciando assim, um sistema mais integrado (RONCALLI, 2003).

As pessoas envolvidas com a Reforma Sanitária buscavam mais aliados na luta da redemocratização fortalecendo assim o movimento ocorrendo cada vez mais discussões sobre o sistema de saúde vigente no país e as precárias condições da população brasileira que, a partir daí surgiram vários projetos de ações em saúde coletiva (AROUCA, 2007).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, em 1986, traz um modelo de determinação do processo saúde-doença com a sinalização para a construção de um sistema de saúde único. Como resultados das diversas propostas no setor de saúde apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988, aprovou a criação do SUS reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade e a integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003).

O princípio da universalidade prevê a saúde como direito de todos, cabendo ao Poder Público a provisão de serviços e ações que lhe garantam esse direito, enfatizando as ações preventivas, e reduzindo o tratamento de agravos. O princípio da equidade reafirma a necessidade de se restringir as disparidades sociais e regionais, por meio das ações e serviços de saúde. O princípio da integralidade prevê que a atenção à saúde deve considerar as necessidades específicas das pessoas ou grupos, mesmo que minoritários,

em relação ao total da população. Busca a estruturação de redes hierarquizadas, com níveis crescentes de complexidade dos serviços, com vistas a aumentar os níveis de resolutividade (BRASIL, 1988; BRASIL, 2000).

No período de 1989/1990, foram promulgadas as Leis nº 8.080 e 8.142, chamadas Leis Orgânicas da Saúde, que deliberaram acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. As Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais foram adaptando-se à nova legislação, em âmbito regional e municipal, destacando o processo de participação da sociedade e da pactuação entre as diferentes forças políticas observados na Assembléia Nacional Constituinte (CHIORO; SCAFF, 2006).

O objetivo do SUS é prestar atenção básica a população por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Busca-se a superação da dicotomia entre serviços preventivos e curativos, enfatizando a prevenção de doenças e promovendo a saúde com a oferta de serviços em função das necessidades da população.

Para atender a essas necessidades e cumprimento de leis, o Ministério da Saúde lançou em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) que, em 1998 passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), estruturante dos sistemas municipais, que tem entre suas funções de atenção básica gerar/obter e analisar dados, produzir informações sobre a necessidade de saúde, organizar o processo de trabalho em equipe e intervir nas necessidades de saúde das famílias (BRASIL, 2001).

A ESF brasileira sofreu influência dos modelos de saúde do Canadá, de promoção da Saúde e de Cuba, do médico de família. Surgiu com o propósito de reorganizar a atenção básica de saúde com novas práticas, levando a saúde para perto das famílias. O indivíduo deixa de ser objeto único da ação para ser visto como um sujeito integrante de uma família, de uma comunidade, contextualizando ainda sob os aspectos social, econômico, cultural e ambiental (MENDES, 2002).

Nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e se constitui como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Foi aprovada e publicada pela Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006 que definiu como prioridade consolidar e qualificar a

estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2006).

Os profissionais que integram as equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população reforçando o compromisso e a co-responsabilidade destes com os usuários e a comunidade, buscando resolutividade das demandas, visando a integração dos serviços de saúde e equipamentos sociais presentes na área de abrangência (COORDEIRO, 2004).

Para Egry e Fonseca, (2000), constitui papel dos profissionais e instituições de saúde buscar a equidade ou a diminuição de desigualdades. Para tanto deve privilegiar a população com maiores riscos sociais de adoecer e morrer e com menores potencialidades para o enfrentamento de riscos. Características essas que são percebidas na população idosa devido às fragilidades consequentes do envelhecimento.

Sendo assim, na atenção básica ao idoso a equipe de saúde da família tem como responsabilidade monitorar as condições de saúde com ações preventivas e diferenciadas de saúde e de educação, com cuidados qualificados e atenção integral.

No entanto, a implementação de um modelo de atenção básica em saúde voltado para responder as necessidades de saúde dos diferentes sujeitos que constituem uma população, no SUS, não é simples. Para Villela, et AL (2009), a resolubilidade da atenção exige organização ágil e eficiente de diferentes elementos, incluindo serviços e profissionais, que devem compor uma rede articulada de cuidados de modo a responder ao conjunto extenso e variado de sujeitos e demandas.

Políticas públicas de saúde para o envelhecimento.

No Brasil, as políticas públicas voltadas ao idoso são recentes. O esforço de segmentos específicos do governo e de entidades representativas de idosos como o Conselho Nacional de Idoso, a Associação Nacional de Gerontologia e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, mobilizaram a sociedade em busca de cumprimento de normas internacionais com destaque para a primeira Assembléia Mundial sobre o envelhecimento em Viena em 1982 (ONU, 1982), onde o plano de ação internacional aprovado, vem orientando ações sobre o envelhecimento nestes últimos 20

anos. Essas entidades constituíram-se no arcabouço de minuta do Decreto lei que disporia sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e a criação do Conselho Nacional do Idoso. Em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei nº 8842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto 1948/96 (BRASIL, 1997).

O estatuto do idoso foi homologado por meio da Lei n. 10741, de 1º de outubro de 2003, após tramitar durante sete anos no Congresso Nacional passando a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2004 representando uma grande conquista e um marco na garantia de direitos (BRASIL, 2003).

Para Borges, (2006) a Política Nacional do Idoso representa um marco na definição de um novo paradigma, mas que ainda não se firmou no âmbito de direitos sociais pela ausência de recursos suficientes para sua consecução.

Com o objetivo de atender necessidades da população idosa, a Política Nacional do Idoso assegura no Art.2º direitos garantindo oportunidades para a preservação de sua saúde. Além disto, o Pacto pela Vida firma compromisso dos gestores e determina prioridades na atenção básica à saúde ao idoso por meio da formação contínua dos profissionais da saúde que atuam no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2006).

Na segunda Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, realizado em Madri em 2002 foi aprovado o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE), representando um compromisso internacional, criado devido ao rápido envelhecimento da população mundial (VERAS; CALDAS, 2004).

Na realidade brasileira os idosos ganham maior representatividade, pelo crescimento numérico e pelo envelhecimento saudável, pois estes devem assumir seu papel de sujeitos sociais, ativos, participativos contribuindo dessa maneira com a sociedade, visando bem estar global. Nunca houve no mundo tantos idosos demandando políticas públicas de saúde principalmente na área preventiva capazes de promover a manutenção da capacidade funcional e, assim a vida integrada e participativa na comunidade porfiando-se reduzir as desigualdades sociais (SAYEG; MESQUITA; 2002).

De acordo com Veras e Caldas (2004) as políticas públicas têm o dever de garantir os direitos fundamentais de alimentação, renda, habitação, e ainda desenvolver

ações voltadas às necessidades específicas da população idosa, como assistência especializada a saúde, serviços de apoio domiciliar ao idoso, centros de convivência, programa de medicamentos, entre outros.

Para Rodrigues e Rauth (2002), muitos municípios brasileiros investem seus recursos na saúde das crianças e dos adolescentes, esquecendo-se quase que totalmente dos idosos, realçando a necessidade das políticas sociais e de saúde serem implementadas em curto prazo para serem capazes responder as demandas dos próprios idosos, das suas famílias e comunidade. Enfatizam a necessidade de superar preconceitos, mitos, e ainda reconhecer os idosos como sujeitos de ações nas áreas da saúde, educação, cultura, lazer, justiça, esporte, previdência social.

Referencial teórico

A Atenção Básica (AB) fundamenta este estudo por ser referência na assistência oferecida pelas equipes de saúde da família aos idosos. A partir de uma perspectiva histórica, as práticas de saúde sofreram influências do fenômeno burocrático, realizadas de forma dicotomizada em modelos tecnológicos, geraram duas formas de intervenção distintas: uma, de caráter social, que se convencionou denominar de sanitarista ou de saúde pública; e outra, ligada à prestação de cuidados aos indivíduos, a clínica (CAMPOS, 2007).

O Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, com a referência do Pacto pela Vida 2006, oferece subsídios as equipes de saúde da família e dar resolutividade às necessidades da população idosa na Atenção Básica (BRASIL, 2006). Tem como fundamentos facilitar o acesso universal, a integralidade em seus vários aspectos, o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre equipes e população, valorização dos profissionais por meio de estímulo à formação e capacitação, avaliação e acompanhamento dois resultados alcançados e estímulo à participação popular.

Segundo Ribeiro (2002), a Atenção Básica, é conhecida também como atenção primária, medicina comunitária, que surgiu conforme a necessidade de expandir o acesso da população aos serviços de saúde, na primeira metade do século XX, consequência

esta causada pelo modelo assistencial baseado na medicina científica, que era hegemônico.

De acordo com Gil (2006), no período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais.

O SUS universalizou o acesso aos serviços e definiu a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de entrada e principal estratégia para assistência a população. Os conceitos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão orientam a ABS para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2007).

A expansão da atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas democráticas e participativas, de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados.

Assumindo esta concepção teórica, considera-se que o usuário idoso precisa de uma equipe multiprofissional de saúde próximo a ele, desenvolvendo ações preventivas, tratamento e reabilitação.

A Atenção Básica a Saúde do idoso consiste em um processo diagnóstico multidimensional, influenciado pelo ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais (BRASIL, 2006).

A ABS tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e prevenir a vulnerabilidade e os riscos de doenças dos idosos. Pode-se dizer que o sucesso de sua execução está diretamente ligado ao desempenho da equipe de saúde da família no cumprimento de suas atividades.

A implementação da ABS envolve mudança de paradigma que deixa de ter o enfoque baseado em necessidades e que, normalmente, coloca as pessoas idosas como alvos passivos, e passa a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à

igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem (BRASIL, 2006). Isso contribuirá para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

2 - OBJETIVOS

Geral

- Discutir as ações de atenção básica oferecidas ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Específicos

- Refletir sobre a atenção básica a saúde do idoso, com base em artigos e documentos oficiais recentemente publicados sobre o tema.
- Analisar a atenção básica ao idoso na Estratégia Saúde da Família
- Discutir a relação dos profissionais de saúde da família com o idoso.
- Analisar a atenção básica ao idoso desenvolvida por Equipes de Saúde da Família no Município de Aparecida de Goiânia

3 - MÉTODOS

Tipo e local de estudo:

Estudo de natureza descritiva exploratória com abordagem qualitativa, realizado em Unidades Básicas de Saúde da Família, situadas na região do Jardim Tiradentes que inclui Unidades do Jardim Florença, Independência Mansões e Nova Cidade no Município de Aparecida de Goiânia, estado de Goiás, Brasil.

Ficou estabelecido no projeto de pesquisa que as ESF escolhidas fossem as primeiras implantadas no município por estarem mais tempo na região, (aproximadamente 15 anos) e possuírem mais experiência na atenção básica.

População

Para a escolha dos participantes deste estudo inicialmente foram sorteadas pela coordenação da ESF na Secretaria Municipal de Saúde e pesquisadora, de forma aleatória, 4 Equipes de Saúde da Família, entre as dez existentes na região. A seguir as equipes foram contactadas. Participaram do estudo 32 profissionais de saúde sendo 4 médicos, 4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 20 agentes comunitários de saúde. Vale ressaltar que no período de coleta de dados não havia ainda odontólogo na equipe da Estratégia Saúde da Família.

Segundo Minayo (2006), a amostragem em uma pesquisa qualitativa tem ligação com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma instituição, ou de uma representação, do que com a generalização. A referida autora acrescenta ainda que uma amostra ideal seja aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

Coleta de Dados / Instrumento

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e dois auxiliares de pesquisa previamente treinados.

Os profissionais participantes do estudo foram inseridos em Grupos Focais que constituíram o instrumento de coleta. Vale ressaltar que este instrumento permite a obtenção de dados de natureza qualitativa a partir de sessões grupais em que 6 a 15 pessoas compartilham um traço comum.

A quantidade de grupos focais não foi pré-determinado. Eles foram sendo formados conforme a necessidade do estudo, chegando a realização de três grupos focais, observando a ocorrência de repetição dos conteúdos, evidenciando assim, sua saturação e dados suficientes para a compreensão dos aspectos do fenômeno estudado. Estas considerações também podem ser encontradas em GATTI (2005).

O primeiro grupo contou com doze componentes, o segundo com nove e o último com onze. Como técnica de pesquisa qualitativa, o grupo focal obtém dados a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o objeto de estudo (GATTI, 2005).

Foi elaborado um instrumento com as seguintes questões norteadoras dirigidas aos participantes: como ocorre a sua relação com o idoso na Estratégia Saúde da Família? Falem sobre a assistência que vocês prestam ao idoso na ESF; Quais são as ações desenvolvidas pela equipe na atenção básica a saúde do idoso? Existem facilidades e dificuldades no desenvolvimento das ações referentes à saúde do idoso em sua área?

A coleta envolveu três pesquisadores: um exercendo a função de mediador; um relator, um observador e foi realizada no período de maio a junho de 2008. Os grupos tiveram duração entre uma e duas horas de entrevista. Os dados foram registrados por meio de anotações das falas dos sujeitos e linguagem não verbal (posturas, expressão) e também com gravador digital após permissão dos participantes.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Goiânia de Goiânia Drº Alberto Rassi (HGG), protocolo nº 311/07. Também foi solicitada aos participantes do estudo a assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido conforme o que determina a Resolução 196/96 do CONEP para pesquisa com seres humanos. (BRASIL, 1996).

Organização e análise dos dados

A análise dos dados foi fundamentada na abordagem qualitativa e sistematizada conforme a técnica de Análise de Conteúdo tipo Temática, proposta por Bardin, (2008), que “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Pela análise categorial, realizou-se na pré-análise, uma leitura flutuante do texto que permitiu fazer a seleção do *corpus*. Após esta etapa, iniciou-se o processo de exploração do material, onde os dados foram organizados e reunidos em unidades que permitiram a visualização do conteúdo explorado. Foram desenvolvidas três ações neste momento:

1. Escolha das unidades de registros, que demonstram o conteúdo explorado;
2. Seleção das regras de contagem obedecendo a presença, intensidade, ausência, frequência, direção, ordem de aparição e co-ocorrência para se estabelecer relações;
3. Categorização temática que incluiu a seleção das unidades de registro pelo recorte e pela codificação do *corpus*. Por meio desta divisão tais unidades foram agrupadas estabelecendo, quando necessário, a formação de subcategorias e a partir de inferências os núcleos de sentido foram apontados. Neste trabalho utilizamos principalmente a escolha das unidades de registro e a categorização.

O tema, enquanto unidade de registro corresponde a uma regra de recorte semântica que não é fornecida, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. Geralmente é utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. (BARDIN, 2008).

4 - PUBLICAÇÕES

ARTIGO 1 - Atenção Básica a Saúde do idoso no Brasil: Limitações e Desafios.

Artigo publicado na Revista de Geriatria e Gerontologia - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Autores-

Maria Aparecida da Silva Araújo; Charles Brito; Maria Alves Barbosa.

ARTIGO 2 - Atenção Básica a Saúde do idoso: Novos desafios a Equipe de Saúde da Família.

Artigo submetido e aceito à Revista Fragmentos de Cultura| Instituto de Filosofia e Teologia | Sociedade Goiana de Cultura | Universidade Católica de Goiás | ISSN 1983-7828

Autores-

Maria Aparecida da Silva Araújo; Maria Alves Barbosa.

ARTIGO 3 - Relação do profissional de saúde da família com o idoso

Artigo publicado na Escola Ana Nery Revista de Enfermagem. ISSN-1413-8123

Autores-

Maria Aparecida da Silva Araújo; Maria Alves Barbosa.

ARTIGO 4 - Atenção Básica ao Idoso na Estratégia Saúde da Família

Será submetido à Revista Ciências e Saúde Coletiva. ISSN-1413-8123

Autores-

Maria Aparecida da Silva Araújo; Maria Alves Barbosa.

4.1 ARTIGO 1 - Atenção Básica a Saúde do idoso no Brasil: Limitações e Desafios.

Autores-

Maria Aparecida da Silva Araújo

Charles Brito

Maria Alves Barbosa

Artigo publicado na Revista de Geriatria e Gerontologia - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Circulação Internacional, Qualidade C, Área de Avaliação: Medicina II. (Aceite do periódico, Anexo).

Titulação:

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG. Enfermeira professora na Universidade Salgado de Oliveira – Goiânia. Educadora Popular.

²Fisioterapeuta Especialista em acupuntura, docente UCG, educador popular.

³Professora Adjunta III, Doutora docente da Faculdade de Enfermagem – UFG – Universidade Federal de Goiás.

Nome para correspondência:

Maria Aparecida da Silva Araújo

Rua 118 nº. 60 Setor Sul, Goiânia - Goiás. Telefones: (62)3242.1191/8111.3634.

E-mail: cida-moura@hotmail.com

Charles Brito

E-mail: charlesdsai@hotmail.com

Maria Alves Barbosa

E-mail: malves@ih.com.br

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL: LIMITAÇÕES E DESAFIOS

THE PRIMARY HEALTH CARE FOR THE ELDERLY IN BRAZIL: LIMITATION AND CHALLENGE

Maria Aparecida da Silva Araújo¹;

Charles Brito²;

Maria Alves Barbosa³

Resumo Este artigo tem como objetivo refletir sobre a atenção básica a saúde do idoso no Brasil, na perspectiva de uma construção coletiva de um novo olhar e trilhar novos caminhos na superação do modelo tradicional de cuidado ao idoso, com seus desafios, preconceitos, adversidades e sua complexidade social, cultural, psicológica e física.

Palavras Chaves: Atenção básica, idoso, profissional de saúde.

Abstract This article aims to reflect on the primary health care for elderly in Brazil. The models and paradigms of assistance for the elderly are discussed, looking at new perspectives to overcome the old model of care to the elderly, including its challenges, barriers, and its social, cultural, psychological and physical complexity.

Key-words: Primary health care, elderly, older, health professionals

Introdução

O cuidado à saúde no Brasil vem passando por ressignificações na perspectiva de garantir a saúde como um direito universal. A luta pelos direitos humanos teve na década de 80, uma importante vitória com a consolidação na Constituição Federal do direito à saúde, cabendo ao Estado e aos sujeitos sua plena realização.

Ao tratar da política de saúde, a atenção básica se apresenta na base dos serviços, para onde se dirige uma boa parte da população. Assim, a nova política aponta para redefinição dos princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), responsabilidades

de cada esfera de governo que considera a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção da saúde a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde de maneira resolutiva¹.

Uma vez garantida a atenção básica a saúde, constata-se um fenômeno que reclama sua efetiva aplicação: o envelhecimento populacional, que evidencia um relativo descaso para com os atores que construíram nossa história. Os sujeitos que muitas vezes já não mais trabalham apresentam-se na dependência de aposentadorias públicas que são em grande parte dedicadas à saúde, ou na sua recuperação.

O envelhecimento, fenômeno biológico pode apresentar-se no idoso de modo singular e único, enquanto um processo natural na evolução dos seres vivos. Assim, o idoso não fica incapacitado porque envelhece, ou seja, não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. Desse modo, velhice não deve ser considerada como doença, pois as doenças mais comuns nessa etapa da vida são preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis².

Com o objetivo de atender esta população, a Política Nacional do Idoso (PNI) assegura ao idoso no Art.2º direitos garantindo oportunidades para a preservação de sua saúde física e mental, bem como seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade³.

A aprovação do Estatuto do Idoso (EI) foi um avanço para o sistema legal brasileiro, mas ainda com desafios como: implementar novas práticas de assistência ao idoso, assegurar a atenção integral por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal.

O SUS, fruto de um processo de lutas por melhores condições na área, surgiu como um novo paradigma na assistência à saúde, cujas diretrizes rompem com o modelo biomédico, com nova forma de produzir as ações e serviços de saúde. Ao longo de sua história, houve avanços e desafios permanentes, exigindo dos gestores, trabalhadores e usuários, movimento constante de mudanças⁴.

Na perspectiva de superar tais dificuldades o Ministério da Saúde (MS), em 2005, define a agenda de compromisso pela saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS; o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Dentro do Pacto em Defesa da Vida tem especial relevância na atenção básica a saúde do idoso⁵.

Apesar de avanços em termos de leis e políticas que regulamentam os direitos dos idosos, a realidade está aquém de tais garantias. Questiona-se a atenção básica ao idoso, a qualificação de profissionais, dentro dos programas de prevenção às doenças mais constantes no idoso. São poucos os estudos avaliativos sobre atenção básica ao idoso dificultando o desenvolvimento de trabalhos nesta área. Este estudo tem como objetivo refletir sobre a atenção básica a saúde do idoso, com base em artigos e documentos oficiais recentemente publicados sobre o tema.

O envelhecer e a boa saúde: uma perspectiva desejável.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) considera envelhecimento um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte³.

O Brasil com uma sociedade heterogênea e sendo uma das dez maiores economias do mundo, a concentração de recursos está nas mãos de relativamente poucos. Isto reflete nas condições de vida dos idosos, cuja fragilização econômica intensifica a fragilização da saúde, com repercussões negativas sobre a sua saúde, que dificilmente o profissional de saúde conseguiria incentivar esse cidadão a desenvolver hábitos mais saudáveis. Daí a importância da compreensão do idoso dentro de seu contexto e o que ele define como problemas e que estratégias utilizaria⁶.

A velhice, tal como a juventude é construída socialmente, e tal construção são manipuláveis pelos atores que participam desse processo que se evidencia na "determinação" da velhice (e da juventude) como unidade social, um grupo constituído e dotado de interesses comuns, não obstante relacionam-se tais fenômenos com uma idade biológica definida. As classificações por idade acabam sempre por impor limites e produzir uma ordem onde cada um deve se manter em relação à qual cada um deve se manter em seu lugar⁷.

Nesse sentido, a fragilidade que acomete o idoso se constitui em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biopsicossociais no curso de vida dos sujeitos, ocasionando vulnerabilidades que se associam ao risco de

ocorrências adversas como: declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte³.

O envelhecimento demonstra a necessidade de investimento em programas de atenção aos idosos, pois a manutenção da saúde e autonomia na velhice, identificada como qualidade de vida física, mental e social, é desejável para se preservar o potencial de realização e desenvolvimento nesta fase da vida. É uma perspectiva necessária para reduzir o impacto social que cerca questões complexas e delicadas relativas ao cuidado ao idoso dependente. Por essas e outras motivações demográficas e socioeconômicas, a promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento⁶.

Essa mudança paradigmática implica em considerar os idosos como participantes ativos na sociedade e na sua saúde, de modo a oferecer a base para um novo enfoque na atenção básica resgatando o exercício da cidadania dos mesmos.

Atenção básica à saúde do idoso: relação e inerência.

Atenção Básica de Saúde é um conjunto de intervenções em saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação com ações democráticas e participativas. Assim, o Pacto pela Vida firma o compromisso dos gestores e determina prioridades na atenção à saúde ao idoso através de formação e educação contínua dos profissionais da saúde que atuam no sistema de saúde brasileiro⁵.

As diferentes propostas de atenção à saúde convivem e divergem entre si. A atenção básica de saúde, dentro da integralidade e equidade rumo à universalidade, deve construir-se com ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde exercida por equipes multiprofissionais³. Entretanto, a prática profissional dirigida ao idoso é questionada a sua eficiência dentro da integralidade, com visão ampliada do processo saúde-doença.

O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema (lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa

capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência)³.

Evidencia-se na prática, escassez de recursos humanos especializados para cumprir as diretrizes essenciais como à promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional. Ainda encontramos idosos em longas filas de espera para agendamento de consulta médica especializada, bem como para exames e internação hospitalar⁸.

Tais desafios demonstram a dificuldade de se operacionalizar, nas práticas de saúde estratégias que busquem a interferência no estilo de vida no contexto das condições econômicas, sociais e ambientais que determinam à saúde⁹.

A atenção à saúde ainda apresentam-se, tal como referido há duas décadas: uma fonte de iatrogenia simultaneamente clínica (novos problemas de saúde), social (medicalização da sociedade) e estrutural (limitação da capacidade de cada indivíduo para o crescimento pessoal e para o autocuidado consciente, com exacerbamento, portanto, da vulnerabilidade e da sua dependência)¹⁰.

A intervenção terapêutica ao idoso requer aprendizado, conscientização, o qual se desenvolve através de trocas de saberes entre os atores envolvidos. Tal envolvimento orienta-se por uma relação dialógica, respeitando assim o indivíduo e seu processo histórico⁶.

A autora considera ainda que a dimensão educativa seja transversal às relações de atenção a saúde, a referência da Educação Popular em Saúde volta-se não apenas para ações educativas, mas sugere uma redefinição da postura dos profissionais na relação com a população usuária, seja na rotina de atendimentos individual ou coletivo. Esse sentido educativo sugere na promoção da saúde e nas práticas, a lidar de forma problematizadora, que busca a participação do usuário para o autocuidado.

As ações educativas são alternativas importantes para assegurar a autonomia do idoso e o envelhecer saudável. No modelo vigente ainda predomina, ações curativas centrado no modelo biomédico. Ao contrário das práticas participativas o profissional de saúde constrói os seus “saberes” como uma receita pronta inexistindo espaço para manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais¹¹.

Há necessidade de ampliar a promoção da saúde, na perspectiva da Atenção Básica, mediada por um compromisso ético, social e político e envolver o idoso como participe de seu bem-estar ampliando a participação social no SUS.

Em conclusão, a atenção à saúde do idoso no Brasil encontra-se em transição, na luta entre o velho e a novo modelo de atenção à saúde: a co-existência desses modelos implica de um lado, a luta pela consolidação do SUS, respeitando-se seus princípios, pela implantação efetiva de suas estratégias operacionais; e de outro, ainda se mantém o modelo unicista clínico/biológico.

O modelo existente de atenção aos idosos ainda não se adéqua satisfação das suas necessidades. Os problemas de saúde do idoso além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado, equipes multidisciplinares. Qualificar profissionais de saúde para assistência aos idosos é essencial e nenhum gestor pode se furtar a essa necessidade. Portanto quantificar também é essencial, uma vez que há falta de profissionais nos serviços para esta atenção.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.*
2. Martins, Josiane de Jesus, Schier, Jordelina, Erdmann, Alacoque Lorenzini et al. *Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso.* Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 2007, vol.10 no.3. ISSN 1809-9823
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.* Brasília, 2006.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde / Brasília: Ministério da Saúde, 2004.*

5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção básica/MS*. -4. Ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.68p-(série E.Legislação de Saúde) (Serie Pactos pela Saúde 2006;v4).
6. Assis, M. (Org.) *Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de saúde com idosos*. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2002. (Série Livros Eletrônicos). Disponível em: <<http://unati.uerj.br>>. Acesso em: 20 set 2008.
7. Teixeira, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira. *Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso*. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2008, v. 13, n. 4, pp. 1181-1188.
8. Veras, R. *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* 2003; 19:705-.
9. Freire Junior, RC. TAVARES, M. F. L. *A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. v.9 n.1 Rio de Janeiro 2006
10. Garnelo, L.; Langdon, J., *Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica a saúde*. In: Minayo, M. C. (org.). *Críticas e Atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latinas*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2005.
11. Caldas Célia Pereira. *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família*. *Cad. Saúde Pública* 2003, v.19,n.3,pp733-781.

4.2 ARTIGO 2 - Atenção Básica a Saúde do idoso: Novos desafios a Equipe de Saúde da Família.

Autores-

Maria Aparecida da Silva Araújo

Maria Alves Barbosa

Artigo submetido e aceito à Revista Fragmentos de Cultura| Instituto de Filosofia e Teologia | Sociedade Goiana de Cultura | Universidade Católica de Goiás | ISSN 1983-7828

Titulação:

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG. Enfermeira professora na Universidade Salgado de Oliveira – Goiânia. Educadora Popular.

³Professora Adjunta III, Doutora docente da Faculdade de Enfermagem – UFG – Universidade Federal de Goiás.

Nome para correspondência:

Maria Aparecida da Silva Araújo

Rua 118 nº. 60 Setor Sul, Goiânia - Goiás. Telefones: (62)3242.1191/8111.3634.

E-mail: cida-moura@hotmail.com

Marta Loures Carvalho

E-mail: martaloures@cultura.com.br

Maria Alves Barbosa

E-mail: malves@ih.com.br

ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE DO IDOSO: NOVOS DESAFIOS À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

BASIC ATTENTION TO THE ELDER'S HEALTH: NEW CHALLENGES TO THE TEAM OF FAMILY HEALTH

Maria Aparecida da Silva Araújo; Marta Loures Carvalho; Maria Alves Barbosa

Resumo: *o objetivo deste estudo é analisar a atenção básica ao idoso na Estratégia Saúde da Família. A Atenção Básica, porta de entrada do SUS mostra desafios e trás reflexões, a fim de ultrapassar o modelo fragmentado para uma assistência inovadora, integral e em equipe. Assim, a atenção básica nos aponta caminhos para a construção de políticas públicas, em busca da cidadania e da saúde, como direito do idoso.*

Palavras-chave: Atenção Básica; Idoso; Estratégia Saúde da Família.

Abstract: *the objective of this study is to analyze care to the elderly in the strategy Family health. Care, SUS input port shows challenges and back reflections, in order to overcome the model fragmented to innovative assistance full and teamwork. Thus, care in points paths to the construction of public policies, in search of citizenship and healthcare law Elder.*

Key-words: Basic Attention; elder; strategy family health.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge após união e lutas de várias categorias profissionais em busca de novos paradigmas para assistência à saúde, cujas diretrizes e princípios ainda necessitam de políticas públicas para realização de novas formas de atenção à saúde substituindo o modelo de assistência biomédico.

Como uma possível resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que em 1998 passa a ser Estratégia Saúde da Família (ESF),

por ser considerado estruturante dos sistemas municipais de saúde para a atenção básica a população (BRASIL, 2006).

As diferentes concepções e propostas de organização da atenção básica convivem e divergem entre si. A atenção básica, sob a orientação da integralidade e equidade rumo à universalidade, deve construir-se como grande referência do SUS para a população, refletindo a diversidade das necessidades locais, abrangendo largo leque de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde da população exercida por equipes multiprofissionais (BRASIL, 2002).

Dentro desse contexto social, é constatada uma realidade, o envelhecimento populacional. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, e a maior parte apresenta doenças crônicas não transmissíveis e limitações funcionais. Esse processo ocorre de forma rápida e desvinculada de uma política social favorável, sem melhora concomitante na qualidade de vida da população idosa (VERAS, 2007).

A atenção básica à saúde do idoso precisa, portanto, ser construído a partir de uma lógica própria, que compreenda atividades organizadas num fluxo hierarquizado. Tais atividades, embora possam ser executadas de forma independente, se inter-relacionam. Esse conjunto de ações é constituído por um fluxo de atividades de promoção de saúde, prevenção, acompanhamento e tratamento de doenças e encaminhamento para centros de avaliação e reabilitação geriátricas (PINHEIRO, 1999).

Além disso, outro aspecto deve ser ressaltado nas definições de políticas de saúde e atenção básica como a pretensão de pensar de forma

global e articulada um conjunto de ações intersetoriais, envolvendo saúde, previdência, educação, cultura, habitação, justiça, dentre outras, voltadas às diversas necessidades relacionadas ao bem-estar dos mais velhos fazendo cumprir a Política Nacional do Idoso (ASSIS, 2004).

Diante das peculiaridades da população idosa constata-se que a atenção básica ao idoso na ESF faz parte da proposta do Ministério da Saúde com o estabelecimento de vínculos de compromisso entre profissionais de saúde, família e comunidade; visualizar o idoso como cidadão e resgatar sua valorização, participação produtiva na sociedade.

Contudo, as práticas da atenção básica ao idoso podem nos apontar caminhos para a construção de políticas públicas, como, também, para a organização dos serviços de saúde na ESF que ainda não se apresentam centrados nos usuários, e na participação efetiva da sociedade e dos movimentos populares, em busca da conquista da cidadania e da saúde, como direito do idoso.

Partindo dessas considerações, o objetivo deste estudo foi analisar a atenção básica à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família, tendo como fundamentação teórica referências bibliográficas a partir dos descritores, *atenção básica, idoso e estratégia saúde da família*. As fontes de pesquisa foram obtidas por Manuais do Ministério da Saúde, dissertações, teses, assim como artigos na base de dados *Lilacs*. A construção deste artigo justifica-se pela importância de dar visibilidade à atenção básica ao idoso, compreendendo que ela tem como porta de entrada na Estratégia Saúde da Família, embora o debate acerca do conceito nesse campo ainda seja incipiente.

Análise e Resultados

A partir da leitura dos achados sobre a atenção básica ao idoso na estratégia Saúde da Família e a análise do material, emergiram três categorias: a primeira, envelhecimento e saúde. A segunda: Atenção Básica a Saúde do idoso e por último, Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção a Saúde.

Envelhecimento e saúde

Envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e irreversível em que interagem fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que levanta várias questões fundamentais para os formuladores de políticas públicas.

O envelhecimento é um desafio do mundo atual, que afeta tanto os países ricos quanto os em desenvolvimento. O Brasil tem experimentado alterações relevantes no seu quadro de morbimortalidade, fazendo com que as doenças crônico-degenerativas ocupem hoje as principais posições de ocorrência de doenças e causas de mortalidade (PARAYBA, 2003).

Entretanto, a infra-estrutura necessária para responder às demandas desse grupo etário, quanto a instalações, programas específicos e recursos humanos adequados, quantitativa e qualitativamente, ainda é precária. Os idosos consomem mais dos serviços de saúde, suas taxas de internação são bem mais elevadas e o tempo médio de ocupação do leito é muito maior quando comparados a qualquer outro grupo etário (GORDILHO, 2000).

Atualmente, está em jogo na velhice a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Chegar aos oitenta anos com capacidade de gerir sua própria vida em relação as suas as atividades de lazer, convívio social e trabalho, com certeza este idoso será considerado uma pessoa saudável. Mesmo que seja portador de alguma doença, o importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ele manterá sua autonomia e independência e, para todos os efeitos, uma pessoa saudável (RAMOS, 2003).

Para um envelhecimento saudável os profissionais de saúde devem estar atentos tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, sendo assim, permitirão que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (OMS, 2005).

Os desafios de uma população em processo de envelhecimento são mundiais. Superar esses desafios requer um planejamento inovador e reformas políticas tanto em países desenvolvidos como em países em transição. Os países em desenvolvimento com certeza enfrentam maiores desafios.

A Organização Mundial de Saúde, (2005) sinaliza um envelhecimento com saúde através de ações de promoção e prevenção no decorrer da vida do indivíduo. Inversamente, a saúde dos atuais idosos só pode ser completamente entendida se considerarmos os eventos que experienciaram na vida. Dessa forma, surge a necessidade de políticas públicas que assegurem a obtenção de

uma qualidade de vida por maior tempo e para um maior número de pessoas idosas.

Atenção Básica a Saúde do Idoso

Atenção Básica de Saúde é a porta de entrada preferencial do SUS, sendo a estruturação dos sistemas locais de saúde como realizar um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas, através de trabalho em equipe. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é orientada pelos valores éticos, do profissionalismo e da participação, expressa o acerto na definição pelo MS de revitalizar a Atenção Básica a Saúde no Brasil (BRASIL, 2007).

No entanto, a transição do sistema de atendimento tradicional para o de Atenção Básica à Saúde não vem sendo conduzida sem controvérsia. Pelo contrário, ainda existem hábitos muito arraigados, derivados do modelo adotado nos últimos 40 anos no Brasil, que ainda geram forte resistência entre profissionais do setor. A descentralização do atendimento continuou privilegiando a medicina curativa, feita pelo especialista, que tem em média dez minutos para atendimento a uma pessoa. Assim, essa assistência sustenta e não propicia a criação de vínculos entre profissionais de saúde e usuários (PAIM, 2003).

Com a mudança da sociedade nas últimas décadas, não basta aos profissionais de saúde trabalhar na atenção básica com uma boa formação

técnica. A relação dos serviços de atenção primária à saúde com a população tornou-se complexa e marcada por conflitos. As classes populares tornaram-se heterogêneas. Convive-se com, agressividades, demandas que extrapolam a capacidade dos serviços, autoritarismo de gestores, formas diferenciadas de vida religiosa, valores familiares, entre outros. Assim, a reorientação da atenção à saúde deverá ser inovadora com a participação popular e da perspectiva de associar o trabalho em saúde com a luta por uma sociedade mais justa e igualitária, superando o modelo biomédico (VASCONCELOS, 2008).

Com a demanda crescente do segmento etário mais envelhecido, a rede de atenção básica deve ser capaz de identificar idosos fragilizados, isto é, aqueles com maior risco de desenvolver incapacidade funcional. Deve, ainda, acompanhar de forma eficiente os de menor risco, paralelamente ao desenvolvimento de ações e atividades de educação e promoção de saúde (BRASIL, 2006).

A mudança no paradigma de atenção básica à saúde da população idosa é imprescindível, pois os modelos tradicionais centrados na assistência hospitalar e/ou asilar ou instituições de longa permanência, já demonstraram sua ineficiência. A insistência na manutenção do atual modelo, longe de solucionar tal questão, termina por agravá-la.

Os profissionais que atuam na atenção básica de forma participativa sentem menos dificuldades ao enfrentarem problemas conflituosos na comunidade, pois a interlocução com a população, a discussão conjunta acerca dos problemas e a cata de soluções construídas coletivamente faz parte de seu cotidiano, os quais poderão favorecer as ações dos profissionais de saúde.

Para Ramos, (2003) as medidas de intervenções na atenção ao idoso deverão ser dentro de uma perspectiva de reestruturação programática sintonizada com a saúde e o bem-estar dessa crescente população tornando-se prioridade no sistema de saúde. Deve-se manter o idoso na comunidade, pelo maior tempo possível, gozando ao máximo sua autonomia e independência.

Para que a assistência ao idoso na rede básica de saúde possa se realizar de forma adequada é fundamental potencializar mudanças em direção à construção de novos paradigmas na atenção básica de saúde que atendam as necessidades da população idosa.

Estratégia Saúde da Família como modelo da atenção

A Estratégia Saúde da Família valoriza a territorialização, a formação de vínculo com a população, garantia de integralidade na atenção, trabalho em equipe, ênfase na promoção de saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade entre outros, consolidando assim, o Sistema Único de Saúde. Visa ainda à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. Além dos princípios gerais da atenção básica, a ESF deve, (Brasil, 2007):

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica em território definido em que a equipe de saúde da família atua com cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas à comunidade, com postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento com base no diagnóstico situacional com foco a família e a comunidade;

- Buscar ações intersetoriais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e ser um espaço de construção de cidadania.

Em conformidade com esse paradigma, a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4/1/1994), apresenta em seu Artigo 3º, Capítulo II, o seguinte princípio: "a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida"; mais recentemente, temos o Estatuto do Idoso, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004 (BRASIL, 2006).

A principal fonte de suporte para a população idosa ainda é a família, principalmente aquela que, em domicílios multigeracionais, coabita com o idoso, que representa uma parcela da população de idosos que tende a ser mais pobre, com mais problemas de saúde e mais dependente. Afora as limitações financeiras para aderir aos múltiplos tratamentos necessários, a disponibilidade de suporte familiar para o idoso dependente deverá decair marcadamente em face da diminuição do tamanho da família, o aumento do número de pessoas atingindo idades avançadas e a crescente incorporação da mulher principal cuidadora à força de trabalho fora do domicílio (RAMOS, 2003).

A falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, no hospital, aumentando os custos e diminuindo as chances de prognóstico favorável. Consomem-se mais recursos do que seria preciso, sem que necessariamente se obtenham os resultados

esperados em termos de recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida (GORDILHO, 2000).

Frente a esses problemas, apesar da ESF se propor a substituir o atual modelo, verifica-se uma grande lacuna na sua implantação na totalidade dos municípios brasileiros. Seu alcance ainda é limitado e fragilizado segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2002 em vários estados brasileiros (BRASIL, 2002).

Segundo o levantamento da população brasileira, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2007 nosso país apresenta 7.110.819 idosos, representando 9,3% da população total. No Estado de Goiás essa população corresponde a 307.568 (9%). Observa-se uma tendência no crescimento progressivo da população de idosos, na cidade de Goiânia, provavelmente devido ao processo de migração das populações da área rural para a capital (MINISTERIO DO PLANEJAMENTO 2007).

Estudo menciona que em várias equipes de saúde da família ocorre falta de investimentos financeiros em materiais, recursos humanos, estrutura física, grande demanda ao serviço e elevada quantidade de atividades burocráticas. Refere ainda, que a comunidade contribui para que permaneça a prática tradicional, na medida em que ainda predomina a cultura do modelo biomédico de assistência (JESUS, 2008).

Assim, é questionada a eficiência das práticas profissionais dirigidas ao idoso, quanto a sua eficiência na resolução das necessidades de prestação dos cuidados de saúde dentro da integralidade, formação de vínculos, abordagem familiar e trabalho em equipe.

O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema (lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência) (BRASIL, 2006).

Observa-se na realidade que os gestores, vêem a necessidade de mudanças no funcionamento dos serviços locais de saúde, mas o que é exigido, insistentemente, dos profissionais é uma maior produtividade de atendimentos individuais, limitando suas disponibilidades para atividades educativas (VASCONCELOS, 2001).

As unidades de saúde é um lugar comum onde, por um lado, se vivencia conflitos e constatam limites e dificuldades, e que, de outro, pode transformar os atores em autores de projetos inovadores de construção de novas realidades em saúde (PAIM, 2003).

Nesse sentido, o trabalho da equipe de saúde da família deve ser direcionado para a realidade de todos os membros das famílias, em todas as fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social com a implementação de projetos e práticas de atenção à saúde que garantam o acesso dentro dos princípios do SUS numa rede de serviços resolutivos.

Considerações Finais

Pode-se dizer que o envelhecimento é um desafio nacional e, para que o idoso seja saudável, os profissionais de saúde devem estar atentos na assistência da população, tanto individuais como no coletivo, o qual permitirá

que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

A estratégia Saúde da Família, embora tenha crescido no país, atravessa atualmente seu maior desafio para viabilizar-se como um modelo estruturante dos sistemas municipais. Ao mesmo tempo em que cresce, passa por fragilidades inerentes à atenção básica a saúde do idoso. Em relação às práticas profissionais, estas ainda não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde dentro da integralidade com abordagem familiar e ações em equipe multidisciplinar.

Nesse sentido, espera-se que os resultados deste estudo contribuam para reflexão dos profissionais de saúde e gestores que atuam na ESF para implantar, executar com urgência o que já está estabelecida na Legislação Brasileira e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, utilizando adequadamente à dotação orçamentária destinada a saúde do idoso, com ênfase na promoção da saúde, prevenção e reabilitação com fortalecimento das ações intersetoriais rumo à construção contínua de integralidade da assistência.

Referências Bibliográficas

ASSIS, M. *Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do núcleo de atenção ao idoso da UnATI / UERG2004(tese)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil*. 2002. Santa Catarina. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Departamento de Atenção Básica. 4.ed. Brasília:68p.2007

GORDILHO, A. Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.

JESUS, MCP. *O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil*. Rev. APS, Juiz de Fora, v.11, n.1, p.54-61, 2008.

PAIM, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.183-210

PARAYBA, M I, Wallace A. *Síntese de indicadores sociais - 2002*. In: Fundação IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. Idosos. Rio de Janeiro; 2003.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. *Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro*. Cadernos de Saúde Pública, v.15, n.3, p. 487-496, jul./set. 1999.

RAMOS, Luiz Roberto. *Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 793-797. 2003

VASCONCELOS, E.M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VASCONCELOS, EM. *A educação popular na atenção primária à saúde. Rev. APS*, Juiz de Fora, v.11, n.3, p.344-355, 2008.

VERAS, R. *Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos*. Introdução. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.10, p. 2.463-2.466, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization*; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

4.3 ARTIGO 3 – Relação entre profissional de saúde da família com o idoso

Autores-

Maria Aparecida da Silva Araújo¹

Maria Alves Barbosa²

Artigo publicado na revista Escola Anna Nery Revista de Enfermagem -
ISSN 1414-8145

Titulação:

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG.
Enfermeira professora na Universidade Salgado de Oliveira – Goiânia.
Educadora Popular.

²Professora Adjunta III, Doutora docente da Faculdade de Enfermagem – UFG
– Universidade Federal de Goiás.

Nome para correspondência:

Maria Aparecida da Silva Araújo

Rua 118 nº. 60 Setor Sul, Goiânia - Goiás. Telefones:
(62)3242.1191/8111.3634.

E-mail: cida-moura@hotmail.com

Maria Alves Barbosa

E-mail: malves@ih.com.br

Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso

Family health professionals' relationship with the elderly

Relación profesional de salud de la familia con el anciano

Maria Aparecida da Silva Araújo¹

Maria Alves Barbosa²

RESUMO

O estudo tem como objetivo discutir a relação dos profissionais de saúde da família com os idosos. Foi desenvolvido com base na abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados utilizando-se a técnica de grupo focal, seguida da análise de conteúdos. Verificou-se que a relação profissional de saúde e idoso por meio da comunicação é presente de forma compromissada e humanizada, a qual traz benefícios e influencia na mudança de comportamento do idoso; no entanto, as ações são fundamentadas no modelo biomédico e educação em saúde tradicional. Os resultados indicam que a relação do profissional de saúde e idoso se coloca ainda como um desafio para a resolutividade da atenção básica e indica a necessidade de conscientização de gestores para qualificação profissional na perspectiva de associar o trabalho em saúde por uma sociedade mais justa e igualitária, superando o modelo de atenção tradicional.

Palavras-chave: Profissional de Saúde. Idoso. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The study sets out to discuss the relationship between family health care professionals and the elderly. It was carried out on the basis of a qualitative approach, where data was collected using the focus group technique, and followed by content analysis. It was verified that in the health professional relationship with the elderly, communication takes place for commitment and humanity, which brings the benefits and influence on the change of the elderly behavior, however, the actions are inspired in the biomedical models and traditional health education. The results indicate that the achievement for positive results in primary care is a challenge for the relationship between health professionals and the elderly. The results would also indicate that administrators must be aware of the need for the professional qualification of personnel so that

health care is improved in order to promote a fairer and egalitarian society. And this demands going beyond the traditional care model.

keywords: Health Personnel. Aged. Family Health Program.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida é tendência mundial neste século. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 20 milhões em 2008 - um aumento de quase 700% em menos de 50 anos.¹

A transição demográfica apresenta-se em conjunto com a transição epidemiológica resultando no principal fenômeno demográfico, o envelhecimento populacional que impõe organização do sistema de saúde, pois a população idosa exige cuidados que ainda são desafios aos profissionais de saúde devido aos problemas específicos desta faixa etária.²⁻¹

A baixa prioridade atribuída à Terceira Idade nas políticas públicas assistenciais, previdenciárias, não favorece os desafios a serem enfrentados assegurando serviços de qualidade, recursos humanos de excelência e conhecimento para lidar com o grupo etário que mais cresce no Brasil.³

Com o propósito de reorientar o modelo de atenção, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria GM/MS Nº 648, de 28 de março de 2006 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica na Estratégia de Saúde da Família (ESF).⁴

As ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais que atuam na ESF devem superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, utilizando-se de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e

participativas dirigidas à população de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Com o objetivo de reforçar as ações de saúde na atenção básica, foi estabelecida pelo MS, em 2005, a definição da agenda de compromisso pela saúde que agrega três eixos: o Pacto em defesa do SUS, o Pacto em defesa da vida e o Pacto de gestão. Dentro do pacto em defesa da vida, o idoso tem uma atenção especial dos profissionais de saúde na atenção básica.⁵

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde da família devem estar preparados para lidar com o envelhecimento rompendo com a fragmentação do processo de trabalho e estabelecer uma relação com o idoso reconhecendo a sua experiência e sabedoria.⁶

Entretanto, apesar dos avanços das políticas públicas de saúde, estão presentes nos serviços de atenção básica dificuldades nas relações entre profissionais e usuário, limitações no atendimento ao idoso, falta de resolutividade no sistema de referência e contra-referência, entre outros. Portanto, é função das políticas de saúde contribuir com a população para um envelhecimento ativo e saudável.

Apesar da relevância do tema, esta discussão nos serviços de atenção básica na ESF é incipiente, e é escassa a produção de conhecimento sobre a relação da equipe de saúde com a população idosa. Contudo, é na práxis da ESF que se percebe a atenção básica à saúde do idoso e se ocorre conforme preconiza as diretrizes do SUS. Nessa perspectiva, pretendemos refletir acerca dessa práxis com o objetivo de discutir a relação dos profissionais de saúde da família com os idosos.

MÉTODO

Estudo de natureza descritiva exploratória com abordagem qualitativa, realizado em Unidades Básicas de Saúde da Família. Participaram do estudo

32 profissionais de saúde que atuam na ESF no Município de Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil, sendo 4 médicos, 4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 20 agentes comunitários de saúde.

A coleta de dados foi realizada por meio de três grupos focais, sendo o primeiro com doze componentes, o segundo com nove e o último com onze, os quais foram realizados no primeiro semestre de 2008. Foi utilizado como questão norteadora: Qual a sua relação com o usuário idoso na ESF? Cada grupo teve duração de aproximadamente trinta minutos o que permitiu observar a ocorrência de repetição dos conteúdos, evidenciando a saturação de dados, sendo suficientes para compreender o aspecto do fenômeno estudado. Foi gravado em gravador digital e, posteriormente, transcrito na íntegra.⁷

A análise das informações foi realizada mediante a descrição das categorias definidas, por meio de leitura flutuante do texto que permitiu fazer a seleção de conteúdos. Iniciou-se o processo de exploração do material, sendo os dados organizados e reunidos em unidades de registro pelo recorte e pela codificação do conteúdo. Neste trabalho foi utilizada a escolha das unidades de registro e a categorização.⁸

Esta pesquisa teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Goiânia Drº Alberto Rassi (HGG), protocolo nº 311/07. Foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurados aos participantes: confidencialidade das informações, liberdade para se retirarem da pesquisa a qualquer momento e anonimato conforme o que determina a Resolução 196/96 do CONEP para pesquisa com seres humanos.⁹

Para construção da revisão de literatura foi realizada busca nas fontes de dados de artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados informatizados, tais como LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO e revistas eletrônicas de enfermagem e saúde

utilizando como descritores: Profissional de saúde; Idoso; Programa Saúde da Família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 32 profissionais, trinta eram do sexo feminino e dois do sexo masculino com idades entre 22 e 58 anos. A experiência profissional varia de dois meses a treze anos de serviço na ESF. Dentre os 8 profissionais de nível superior que compõem a equipe de saúde da família, 6 realizam plantões noturnos em outras instituições de saúde, excedendo as 40 horas semanais na ESF. Observa-se que todos profissionais possuem competências técnicas, para o exercício na ESF por meio da qualificação oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde conforme preconiza o MS, entretanto não foi referida pelos profissionais a realização de cursos de qualificação para atenção básica ao idoso.

A partir da organização e análise do conteúdo dos discursos referidos pelos profissionais de saúde, foram compiladas as informações nas seguintes categorias: a relação profissional de saúde da família e idoso e comunicação como instrumento de assistência ao idoso.

A relação profissional de saúde da família e idoso

Dentro da atenção básica, a relação profissional de saúde e paciente, as ações em equipe e o ambiente de trabalho possuem características diferentes do que se vê na atenção hospitalar.¹⁰ De acordo com os relatos da equipe, é neste cenário que a relação dos profissionais com os idosos se encontra, por meio da busca da transformação social, compromisso com a humanização da assistência, satisfação com o trabalho, diferencial este em relação ao modelo biomédico.

Tenho uma relação com o idoso de respeito e cuidado no que falo. Sou amiga de todos. Aqui temos essa oportunidade, por estar próximo a eles. (S22)

Procuro ser amiga. Tenho muito idoso solitário e quando chego a eles percebo a necessidade de ouvi-los, de oferecer amizade e trocas de favores. (S12)

Os depoimentos reiteram consideração acerca da "relação de amizade" que se estabelece entre profissional e usuário em decorrência das peculiaridades da assistência na ESF com acesso a informações além da esfera clínica, adentrando em aspectos íntimos da dinâmica familiar.

A ESF favorece mudanças no processo de trabalho no que se refere ao acolhimento, pois a relação profissional de saúde e usuário vai além de apenas tratar bem, o que pressupõe respeito, interesse e responsabilidade, envolve também os problemas e as necessidades que a população vivencia.¹¹⁻¹⁸

A perspectiva da relação se sustenta na escuta e na responsabilidade profissional, que favorecem a formação de vínculos que estabelecem uma relação de confiança e amizade.¹²

Ser atencioso com o idoso ajuda muito na relação, pois eles são carentes, pessoas debilitadas que sofreram um desgaste de trabalho durante a vida. Temos que ter esse vínculo para ajudá-las ao máximo. (S6)

Ser compreensivo com os idosos os deixa seguros, eles gostam muito de conversar e buscam ajuda conosco, falam das dificuldades do dia a dia. (S2)

De acordo com os relatos, observa-se uma relação de apoio emocional e empenho dos profissionais, colaborando com a cidadania e direitos dos idosos e contribuindo na qualidade assistencial.

É nessa perspectiva que se almeja na atenção básica uma compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não patológico. Portanto, as equipes de saúde da família não podem perder de vista que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o passar do tempo e, conseqüentemente, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para saúde da pessoa idosa.¹³

Entretanto, a impaciência profissional é presente em alguns profissionais, de acordo com os relatos abaixo, sendo um fator negativo na relação. Nota-se

ainda que os profissionais cumprem o que lhe é exigido por meio de uma relação sustentada no modelo de educação tradicional.

Eu tenho responsabilidades com eles, é o meu trabalho. Minha relação é profissional. Chego e falo: avozinha faz isso, vai a tal lugar. No outro dia eu volto e está tudo no mesmo lugar. Chamo a atenção e dou bronca. Às vezes resolve, às vezes não, nem sempre ter paciência resolve. (S3)

Sou sincera em meu trabalho, mesmo com os idosos. Falo duro quando precisa. Muitas vezes ele não usa os medicamentos corretos, não se cuidam, não fazem o que mandamos. É necessário nos serviços, eu não enrolo, falo mesmo. São teimosos. (S14)

Uma relação rude pode comprometer o respeito e a promoção da autonomia. De um lado, o usuário, que busca a resolução de um problema, e do outro, o trabalhador de saúde, muitas vezes preso a procedimentos, normas do serviço. Nesse desencontro de necessidades e interesses, a negociação, que se efetiva pela relação respeitosa, é necessária e deve estar presente, pois nem sempre o carecimento do usuário é interpretado como um problema de saúde pelo profissional de saúde.¹⁴

Na Atenção Básica, estas questões são relevantes, pois valorizam uma compreensão abrangente acerca do processo saúde-doença e o cuidado, o trabalho em equipe e a qualidade da relação entre o profissional de saúde e a comunidade nos diferentes contextos.

Os profissionais de saúde acreditam que grande parte dos problemas que os idosos enfrentam de relacionamentos não é somente com os profissionais de saúde, e sim com a família, além de dificuldade em infraestrutura, organizacional e grande demanda nas unidades de saúde.

Nem sempre tudo sai da forma como queremos. Não adianta se tivermos um bom relacionamento com o idoso se ele vai mal na família. É preciso ser perseverante, mesmo atendendo a grande demanda que é por aqui. Se desistirmos, como ficará a assistência dessa população? (S14)

Muitos idosos têm dificuldades de se relacionarem com próprios parentes. Temos dificuldades também com infraestrutura, e não temos ainda planejamentos só para idoso. O SUS precisa melhorar a assistência ao idoso. Falta capacitação profissional e mesmo assim sou comprometido com o que

faço e procuro ter um bom relacionamento com eles mesmo diante desses problemas. (S7)

As falas demonstram uma relação de compromisso e perseverança profissional, embora algumas vezes é prejudicada por limitações no conhecimento profissional. É necessário apoio dos gestores para a formação específica e de qualidade na área de geriatria e gerontologia.

O trabalho aqui não é fácil, temos dificuldades que muitas vezes deixa a relação com eles estremecida. Aqui tem problemas sociais, culturais. Sou otimista na relação. Não posso fazer muito, mas incentivo para lutar pelos seus direitos. (S24)

O discurso mostra uma relação ética, social e política com envolvimento do idoso como partícipe de seu bem-estar, ampliando a sua participação social no SUS. A responsabilização e vínculos profissionais são considerados potentes dispositivos para mudar a prática cotidiana.¹⁵

Tais desafios são difíceis de criar estratégias, tanto na relação com o usuário como nas práticas de saúde na busca de interferência no estilo de vida no contexto das condições econômicas, sociais e ambientais que determinam a saúde e que se somam à precariedade de investimentos públicos e recursos humanos, tanto na quantidade como na qualidade para atendimento as necessidades específicas da população idosa.¹⁶⁻¹

Para promover a saúde é necessário mais do que o acesso a serviços médicos-assistenciais, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, que requer políticas públicas saudáveis, articulação intersetorial e a mobilização da população, ou seja, é necessário trabalhar com a ideia de que promover a saúde é um dever de todos.¹⁷

Portanto, no contexto da atenção básica ao idoso há um crescente empenho e responsabilidade ética dos profissionais de saúde da família em aperfeiçoar a qualidade nas relações interpessoais com o usuário por meio de transmissão de confiança, a troca constante de emoções, positivas e negativas e o compromisso da busca da cidadania e direitos dos idosos.

A comunicação como instrumento de assistência ao idoso

A comunicação é um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações. A Política Nacional de Humanização preconiza que o acolhimento por meio da comunicação esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e que atinja a todos que participam na produção da saúde.¹⁸

Verifica-se, neste sentido, que a comunicação de forma alegre e descontraída é uma estratégia que traz proximidades entre profissional e idoso, sendo, pois, uma habilidade de receber e transmitir mensagens, a qual contribui na assistência.

Sou comunicativo, converso muito, brinco, e isso ajuda muito na assistência e mudança de comportamento deles. Todos os pacientes gostam de conversar comigo, recebo eles com sorriso, assim ele fica mais confiante. (S1)

Se você fecha a cara, acaba-se o diálogo. Você pode estar chorando por dentro, mas o sorriso é um passo, um início. Todo profissional de saúde é técnico e sempre estamos recepcionando. É necessário estar sempre alegre. (S18)

Sou comunicativo. Através do diálogo é que sabemos o que ele tem e o que está sentindo. Muitas vezes o encontramos triste com a vida, nervoso, aí eu falo: se abre comigo. Aos poucos ele se torna mais seguro para resolver seus problemas. (S20)

Percebe-se que o envolvimento dos profissionais com o idoso influencia para mudanças de comportamento possibilitando ao idoso sentir-se como um ser humano digno e com autonomia na solução de seus problemas.

É nessa perspectiva que a atenção básica direciona os profissionais para o desenvolvimento de práticas democráticas e participativas resolvendo os problemas de saúde mais frequentes e de relevância em sua área de abrangência.⁴

No entanto, verifica-se que a barreira de comunicação entre idoso e profissional da saúde ainda se faz presente, que poderá impedir o acesso deste paciente ao sistema de saúde conforme relato.

Sou resolutiva. Chego a casa deles e vejo que tem coisas para serem feitas, e o idoso e a família muitas vezes não se importam. Aí, eu não peço, eu mando, e falo ainda da responsabilidade da família com o idoso. Este é o meu trabalho. Se não fizer assim, a família não se preocupa. Muitos ficam bravos, implicam, mas tem que ser assim. (S3)

A comunicação é transferida e imposta pelo profissional ao idoso e família de forma não negociada, e sim autoritária, que se fundamenta na perspectiva de responsabilizar o idoso e família pelos seus problemas de saúde com atenção voltada para a transmissão do conhecimento, de modo a seguir as regras impostas.

Portanto, a educação é considerada como bancária, com métodos tradicionais de ensino, centrados na transmissão de informações sem uma relação dialógica entre educador e educando, nem entre conteúdo e realidade.¹⁹

A comunicação na atenção básica é uma chave dentro do processo educativo. Reconhece-se que a informação difundida no momento oportuno, com utilização de uma linguagem clara e objetiva, é um poderoso instrumento de promoção da saúde do idoso, conforme preconiza a ESF.

Espera-se oferecer à pessoa idosa, e também a familiares e cuidadores, uma atenção humanizada por meio de orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais e a adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo.⁶

CONCLUSÃO

As ações da equipe de saúde da família por meio da atenção básica possuem características diferentes do que se vê na atenção hospitalar.

Portanto, os resultados deste estudo apontam que os profissionais de saúde da família no geral buscam a transformação social, o compromisso com a humanização da assistência, o que se diferencia do modelo biomédico.

O estudo reforçou que, no decorrer da assistência ao idoso, ocorre uma relação de otimismo, de amizade e atenção, proporcionando vínculos com os idosos e família, de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde na Atenção Básica. As equipes de saúde da família não podem perder de vista que a relação profissional e usuário vão além do atendimento, que envolve também os problemas e as necessidades da comunidade.

Na comunicação entre o profissional e idoso, revelou-se fatores importantes para a atenção básica, sendo essencial para a melhoria do acolhimento. Foi verificado que a comunicação é de forma alegre, descontraída e interativa, a qual traz proximidades entre profissional e usuário e contribui para a autonomia do idoso, possibilitando mudanças de comportamento.

Entretanto, foram identificadas algumas limitações e dificuldades no relacionamento com o idoso, como a impaciência profissional, educação em saúde de forma não negociada, e sim autoritária, sendo um fator negativo na relação que poderá impedir o acesso deste paciente ao sistema de saúde. É reconhecido que a educação em saúde é um poderoso instrumento de promoção da saúde do idoso, assim como a ESF é a porta de entrada do usuário no SUS.

Encontrou-se nesta pesquisa algumas limitações na coleta de dados durante o desenvolvimento do grupo focal, por meio de falas interrompidas de alguns profissionais do nível médio. Percebe-se uma relação de poder entre alguns profissionais de nível superior com os demais do nível médio, prejudicando a relação entre equipe. Essa "falha" faz ver a necessidade de rever o processo de trabalho em equipe multidisciplinar dentro da atenção básica ao idoso.

Desenvolver este estudo e participar dos grupos focais com uma equipe multidisciplinar de saúde da família foi, sem dúvida, uma experiência gratificante. Conhecer diferentes experiências das equipes na atenção básica ao idoso trouxe reflexão e contribuiu para o crescimento dos participantes e das pesquisadoras. Deste modo, um sistema de saúde com profissionais envolvidos com a comunidade contribui com resolutividade da atenção básica.

REFERÊNCIAS

- 1- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saude Publica [periódico on-line] 2009 maio/jun; 43(3): [aprox. 8 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br>
- 2- Nasri FO. Envelhecimento populacional no Brasil. Einstein [Periódico na internet]. 2008 junho; [citado 2009 jan]; 1(2):[aprox.3 telas]. Disponível em <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>
- 3- Figueiredo MLF, Monteiro CFS, Nunes BMVT, Luz MHBA. Educação em saúde e mulheres idosas: promoção de conquistas políticas, sociais e em saúde. Esc Anna Nery 2006 dez; 10 (3): 456 - 61.
- 4- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006.
- 5- Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Manual Pacto pela Saúde 2006: consolidação do SUS. Brasília (DF); 2006.
- 6- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Caderno de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006.

- 7- Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília (DF): Líber; 2005.
- 8- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 2008.
- 9- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. . Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:<http://www.prppg.ufg.br/comite/res196.php>.
- 10- Cunha TG. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo (SP): Hucitec; 2005.
- 11- Marques GQ, Lima MADS. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. Rev Gaucha Enferm 2004 abr; 25(1): 14-25.
- 12- Oliveira RG, Marcon SS. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. Rev Latino-am Enfermagem. [online]. 2007 jan; [citado 2009 fev]; 431-38 [aprox. 8 telas] Disponível em<http://www.scielo.br>
- 13- Silvestre JA, Costa NMM. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. Cad Saude Publica. 2003; 19(3): 839-47
- 14- Zoboli E, Fracolle L. A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. O mundo da saúde. [periódico online]. Disponível em: <http://www.scamilo.edu.br>.
- 15- Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface, Botucatu. 2005; 1.9(17): 287-301.
- 16- Freire Junior RC, Tavares MFL. A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2006; 9 (1).

17- Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: grupo de trabalho de humanização: Brasília (DF); 2004.

18- Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2003.

4.4 ARTIGO 4 - ATENÇÃO BÁSICA AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autores:

Maria Aparecida da Silva Araújo¹

Maria Alves Barbosa²

O Artigo será submetido à Revista de Ciência & Saúde Coletiva - ISSN 14138123

Titulação:

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG. Enfermeira professora na Universidade Salgado de Oliveira – Goiânia. Educadora Popular.

²Professora Adjunta III, Doutora docente da Faculdade de Enfermagem – UFG – Universidade Federal de Goiás.

Nome para correspondência:

Maria Aparecida da Silva Araújo

Rua 118 nº. 60 Setor Sul, Goiânia - Goiás. Telefones: (62)3242.1191/8111.3634.

E-mail: cida-moura@hotmail.com

Maria Alves Barbosa

E-mail: malves@ih.com.br

ATENÇÃO BÁSICA AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

¹Maria Aparecida da Silva Araújo

²Maria Alves Barbosa

Resumo O objetivo desse estudo foi de analisar a atenção básica ao idoso desenvolvida por profissionais que integram Equipes de Saúde da Família no Município de Aparecida de Goiânia. Estudo qualitativo de natureza descritivo-exploratória. Os dados foram coletados utilizando-se a técnica de grupo focal e analisados conforme proposta de Bardin. A pesquisa permitiu identificar as ações das equipes de saúde da família dentro da atenção básica ao idoso, assim como a inserção do idoso nas atividades propostas pela equipe. As equipes no geral têm respeito aos direitos do idoso e dão prioridade a eles na atenção básica. Boa parte das ações em saúde são realizadas em equipe multiprofissional que, para algumas equipes a assistência ao idoso estão presentes nos planejamentos estratégicos, no entanto, fica claro que para outras a assistência prevalece ainda centrada no modelo biomédico. Alguns profissionais referem limitações na atenção básica como falta de conhecimento ao lidar com o idoso, a qual pode minimizar a resolutividade da atenção básica. Dessa forma, não basta os profissionais terem apenas competência técnica, mas acima de tudo devem ter um embasamento relativo aos problemas da população idosa e ainda, a compreensão de que a atenção básica é muito mais que assistência à doença.

Palavras-chave: Atenção Básica; Idoso; Saúde da Família.

Abstract: The goal of this the study was to examine the elderly care developed by professionals incorporating family health teams in the municipality of Aparecida de Goiania. Study qualitative descriptive-exploraty in nature. The data were collected using the focal group technique and analyzed as Bardin proposal. The search identified the action of famly health teams within basic care to the elderly, as well as the inclusion of the elderly im proposed activities team. In general have teams about elder rigts and priority to them in basic attention. Good health, part of the actions are performed team

multiprofissional that, for some elderly assistance teams are present in the strategic plans, it is clear that for other assistance still prevails in the biomedical model-centric. Some professionals refer limitations in basic attention as lack of knowledge when dealing with the elderly, which can minimize the basic resolutividade of the attention. This way, not just the technical competence only professionals, but above all, must have a relation on population issues elderly and understanding that care is much more than disease care.

Descriptors: Basic attention; Elderly; family health.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um novo paradigma de atenção à saúde no Brasil e uma forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde no país a partir de 1988, sendo a Atenção Básica a Saúde (ABS) a porta de entrada e principal estratégia para alcançar metas de assistência (BRASIL, 1990).

Os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão do SUS orientam a ABS para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2004).

Para reorientar o modelo de assistência e fortalecer a atenção básica, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que em 1998 passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2001).

A ESF prioriza a assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Privilegia a integralidade e a humanização da atenção trabalhando de forma interdisciplinar e multiprofissional estabelecendo vínculos de responsabilização com a população (BRASIL, 2001). Está presente em 5.106 municípios brasileiros, com cobertura populacional de 46,2% que corresponde a 74,9 milhões de pessoas sob responsabilidades de 26.729 equipes de saúde da família (BRASIL, 2006).

Paralelo a estas mudanças, no contexto social ocorre o envelhecimento populacional, que exige adequações no sistema de saúde. Segundo Veras, (2007),

anualmente, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. O número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 17 milhões em 2006 – um aumento de 600% em menos de cinquenta anos.

Dessa forma, Parahyba; Wallace (2003) consideram o envelhecimento como um desafio do mundo atual, que afeta os países ricos e em desenvolvimento. O Brasil tem experimentado alterações relevantes no seu quadro de morbimortalidade, fazendo com que as doenças crônico-degenerativas ocupem hoje as principais posições de ocorrência de doenças e causas de mortalidade.

A realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a inovação nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa e reclama estruturas criativas, com propostas de ações diferenciadas afim de que o sistema ganhe efetividade e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência (VERAS, 2007).

Em 2006 o Ministério da Saúde (MS) criou o Pacto pela Vida, que firma o compromisso dos gestores do SUS e determina as prioridades na atenção à saúde da população. Um dos itens preconizados pelo Pacto refere-se à atenção ao idoso, assim como a formação e educação contínua dos profissionais da saúde que atuam no sistema de saúde brasileiro para atenção de forma adequada a esse segmento populacional. (BRASIL, 2006). No entanto, seu efeito prático não foi sentido ainda.

Autonomia, participação, cuidado, auto-satisfação, possibilidade de atuar em variados contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são, hoje, conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos (VERAS 2007). Neste sentido, pode-se questionar, por exemplo, como está se processando a atenção básica ao idoso na Estratégia Saúde da Família? Em nosso contexto, não foram encontrados estudos sobre a assistência ao idoso oferecida por equipes de Saúde da Família.

Objetivo geral:

- Analisar a atenção básica ao idoso desenvolvida por profissionais que integram Equipes de Saúde da Família no Município de Aparecida de Goiânia.

Objetivos específicos:

- Identificar as ações e percepções de profissionais que atuam na saúde da Família sobre a atenção básica oferecida ao idoso.
- Verificar como ocorre a inserção do idoso nas ações das equipes de saúde da família.

Metodologia

Estudo de natureza descritiva exploratória com abordagem qualitativa, realizado em Unidades Básicas de Saúde da Família, situadas na região do Jardim Tiradentes que inclui Unidades do Jardim Florença, Independência Mansões e Nova Cidade no Município de Aparecida de Goiânia, estado de Goiás, Brasil.

Ficou estabelecido no projeto de pesquisa que as ESF escolhidas fossem as primeiras implantadas no município por estarem mais tempo na região, (aproximadamente 15 anos) e possuírem mais experiência na atenção básica.

Para a escolha dos participantes deste estudo inicialmente foram sorteadas pela coordenação da ESF na Secretaria Municipal de Saúde e pesquisadora, de forma aleatória, 4 Equipes de Saúde da Família, entre as dez existentes na região. A seguir as equipes foram contactadas. Participaram do estudo 32 profissionais de saúde sendo 4 médicos, 4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 20 agentes comunitários de saúde. Vale ressaltar que no período de coleta de dados não havia ainda odontólogo na equipe da Estratégia Saúde da Família.

Segundo Minayo (2006), a amostragem em uma pesquisa qualitativa tem ligação com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma instituição, ou de uma representação, do que com a generalização. A referida autora acrescenta ainda que uma amostra ideal seja aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e dois auxiliares de pesquisa previamente treinados. Os profissionais participantes do estudo foram inseridos em Grupos Focais que constituíram o instrumento de coleta. A quantidade de grupos focais não foi pré-determinado. Foram realizados três grupos focais, observando a ocorrência de repetição dos conteúdos, evidenciando assim, sua saturação e dados suficientes para a compreensão dos aspectos do fenômeno estudado (GATTI, 2005).

O primeiro grupo contou com doze componentes, o segundo com nove e o último com onze. Como técnica de pesquisa qualitativa, o grupo focal obtém dados a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o objeto de estudo (GATTI, 2005).

Foi elaborado um instrumento com as seguintes questões norteadoras dirigidas aos participantes: Falem sobre a assistência que vocês prestam ao idoso na ESF; Quais são as ações desenvolvidas pela equipe na atenção básica a saúde do idoso? Existem facilidades e dificuldades no desenvolvimento das ações referentes à saúde do idoso em sua área?

A coleta envolveu três pesquisadores: um exercendo a função de mediador; um relator, um observador e foi realizada no período de maio a junho de 2008. Os grupos tiveram duração entre uma e duas horas de entrevista. Os dados foram registrados por meio de anotações das falas dos sujeitos e linguagem não verbal (posturas, expressão) e também com gravador digital após permissão dos participantes.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Goiânia de Goiânia Drº Alberto Rassi (HGG), protocolo nº 311/07. Também foi solicitada aos participantes do estudo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme o que determina a Resolução 196/96 do CONEP para pesquisa com seres humanos. (BRASIL, 1996).

Organização e análise dos dados

A análise dos dados foi fundamentada na abordagem qualitativa e sistematizada conforme a técnica de Análise de Conteúdo tipo Temática, proposta por Bardin, (2008), que “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Pela análise categorial, realizou-se na pré-análise, uma leitura flutuante do texto que permitiu fazer a seleção do *corpus*. Após esta etapa, iniciou-se o processo de exploração do material, onde os dados foram organizados e reunidos em unidades que permitiram a visualização do conteúdo explorado. Foram desenvolvidas três ações neste momento: 1. Escolha das unidades de registros, que demonstram o conteúdo explorado; 2. Seleção das regras de contagem obedecendo a presença, intensidade, ausência, frequência, direção, ordem de aparição e co-ocorrência para se estabelecer relações; 3. Categorização temática que incluiu a seleção das unidades de registro pelo recorte e pela codificação do *corpus*. Por meio desta divisão tais unidades foram agrupadas semanticamente, estabelecendo, quando necessário, a formação de subcategorias e a partir de inferências os núcleos de sentido foram apontados. Neste trabalho utilizamos principalmente a escolha das unidades de registro e a categorização.

O tema, enquanto unidade de registro corresponde a uma regra de recorte semântica que não é fornecida, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. Geralmente é utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. (BARDIN, 2008).

Apresentação dos resultados e discussão

A Atenção Básica ao idoso representa um desafio a ESF, mas por meio dela o profissional poderá proporcionar a qualidade da assistência desejada. Para Egry e Fonseca, (2000), é papel dos profissionais e instituições de saúde, buscar a equidade ou a diminuição de desigualdades. Para tanto deve privilegiar a população com maiores riscos sociais de adoecer e morrer e com menores potencialidades para o enfrentamento de riscos. Essas características são percebidas na população idosa devido às fragilidades consequentes ao envelhecimento

Os dados originaram duas categorias temáticas. A primeira, “percepção da equipe sobre a assistência que presta ao idoso”, discutiu prioridades na atenção básica ao idoso, o trabalho em equipe multidisciplinar suas limitações, dilemas e desafios. A

segunda categoria, “a inserção do idoso nas atividades da Estratégia Saúde da Família”, aborda a promoção da saúde e dificuldades sociais encontradas.

Características dos sujeitos da pesquisa

No momento da entrevista, coletamos os dados de identificação de trinta e dois profissionais de saúde da família, sendo trinta do sexo feminino e dois do sexo masculino com idades entre 22 e 58 anos. A experiência profissional varia de dois meses a treze anos de serviço na ESF.

Dentre os 32 profissionais que compõem a equipe de saúde da família, 8 realizam plantões noturnos em outras instituições de saúde, excedendo às 40 horas semanais na ESF. Observa-se que todos profissionais possuem competências técnicas, para o exercício na ESF por meio da qualificação oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde conforme preconiza o MS, entretanto não foi referido a realização de cursos de capacitação para atenção básica ao idoso.

Este contexto mostra a carência de profissionais qualificados para a assistência ao idoso e isso acontece em todos os níveis de atenção. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa mostra a necessidade de readequar os programas de ensino da educação superior e a criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia integrados ao SUS, com serviços de capacitação de profissionais em todos os níveis de atenção, com o objetivo de qualificação contínua nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa (MARZIALE, 2003).

1- Percepção da equipe sobre a assistência que presta ao idoso

A crescente necessidade de assistência a população que envelhece exige conscientização dos profissionais de saúde e também políticas adequadas. Atenção básica a saúde do idoso vai além de cuidados referentes às patologias, sendo necessárias reflexões e discussões que possibilitem na práxis. Isto requer intervenções no planejamento de atividades para inclusão da assistência ao idoso.

A análise dos discursos dos profissionais entrevistados evidencia prioridades e limitações na assistência que oferecem aos idosos.

Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer (BRASIL, 2006).

Os profissionais de saúde da família relataram pontos positivos em relação ao fácil acesso do idoso às Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), assim como priorizam o seu atendimento respeitando os seus direitos, o qual favorece uma atenção básica de qualidade.

Fazemos além de nossos limites. O idoso aqui não tem dificuldades pra ser atendido, tanto no domicílio como na unidade. Ele tem a prioridade na consulta. Tem hora que fazemos o papel do assistente social, do psicólogo e da própria família e isso cria um vínculo forte. Atualmente tornei amiga deles. (S8)

Solicito exames quando necessário. Eles têm facilidade ao acesso na unidade, assim como a medicação. (S6)
Avançamos muito aqui com nossa assistência no controle da hipertensão, diabetes, grupo de caminhadas, passeios, liberdade pra vir aqui na unidade quando quiserem. (S13)

A atenção básica no modelo da ESF é um conjunto de ações seguindo os pressupostos de garantia do acesso e acolhimento aos usuários e famílias, vínculo, adequação a realidade local, assumindo assim a responsabilização na assistência integral e humanizada ao idoso.

Humanização diz respeito a uma proposta ética, estética e política que pressupõe mudança de atitude dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde, para que assim haja um comprometimento dos mesmos como co-responsáveis pela qualificação das ações e serviços gerados. É garantido aos usuários o acesso a informações gerais sobre saúde, entre elas os direitos do código dos usuários do SUS e, ainda, o acompanhamento, durante seus tratamentos, por pessoas de suas redes sociais, de livre escolha, fato essencial ao atendimento de idosos em domicílio (BRASIL, 2004).

Quando o idoso necessita ou deseja informações sobre saúde, busca a UBSF e encontra apoio em alguns profissionais conforme relato abaixo.

Tem ocasião que não faço nada, a não ser sorrir e escutar. Eles falam e falam e quando vão embora se mostram satisfeitos com a assistência. Ainda agradecem do nada que não fiz. Muitas vezes não sabemos o que fazer, mas a atenção, o sorriso é um passo, um início para uma assistência de qualidade. Se chegar alguém chorando, triste é só acolher com um sorriso. Isso resolve grande parte dos problemas e criamos vínculos com eles. (S22)

A comunicação na atenção básica é uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições biopsicossociais. É mais do que uma troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações (BRASIL, 2006).

Muitas vezes o diálogo aberto e franco é fundamental para consolidar a interação entre o profissional de saúde e idoso, uma vez que busca diminuir a distância existente entre os mesmos (LYRA, et al. 2008). A escuta quase sempre implica em mudança de comportamento profissional, às vezes é necessário se despir da armadura do conhecimento técnico científico, e se dispor a ouvir o outro (FELDMAN, 2006).

Dentro da atenção básica ao idoso, o profissional deve estar preparado e preocupar-se não apenas com os aspectos do processo saúde-doença que o mesmo enfrenta no momento. É necessário atendê-lo em suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais, integrando-os com outras pessoas, em especial outros indivíduos da mesma faixa etária que a sua, proporcionando-lhes atividades e ocupação.

O trabalho em equipe multiprofissional

A Atenção Básica na Estratégia Saúde da Família tem como pressuposto o trabalho em equipe multiprofissional, composta de vários profissionais de nível superior e médio, com o objetivo de realizar intervenção através da atenção básica.

Para Staudt, (2008) a atuação multiprofissional acontece no diálogo entre diferentes campos do conhecimento, pois aí é que se encontram as ferramentas para a

abordagem da complexidade dos problemas atuais, buscando-se, assim, a complementaridade e a diversidade entre campos para que sinergias potencializem respostas eficazes.

Várias são as funções da equipe multidisciplinar na atenção básica ao idoso, dentre eles, os serviços realizados no domicílio que vão desde orientações gerais, cuidados pessoais de suas atividades de vida diária como o suporte terapêutico conforme falas abaixo.

O idoso vê o Agente Comunitário de Saúde como a solução de seus problemas. Observamos, orientamos, e quando não conseguimos resolver levamos o problema para a equipe. Quase sempre, o médico e o enfermeiro realizam a visita no domicílio para avaliação do idoso. (S16)

O trabalho em equipe ajuda muito. Sempre nos reunimos para discutirmos problemas. Tem idoso que precisa ser atendido em casa. Quando um não resolve, o outro dá força e isso é bom. (S20)

As Agentes Comunitárias de Saúde ajudam muito com a visita domiciliar. Encontram os problemas e nos comunicam. A qualidade de vida do idoso melhorou com profissionais de saúde perto deles. (S01)

Verifica-se que a equipe demonstra preocupação com o idoso, pois ele deve receber atenção, tanto na unidade de saúde como no domicílio, porque a maioria dos idosos são portadores de múltiplos problemas que podem dificultar a ida a unidade.

Para Mendes, Oliveira (2008) as visitas domiciliares são estratégias importantes na atenção básica seja pela possibilidade de se entrar no ambiente familiar e conhecer melhor esta realidade ou para o estabelecimento de planos de ações.

No entanto, um dos aspectos enfatizados pelas equipes na atenção ao idoso no domicílio são as dificuldades que enfrentam em realizá-las pela falta de tempo devido à grande demanda nas unidades de saúde, longa distância da unidade e domicílios e falta de carro para executar as mesmas. Dessa forma, os idosos que necessitam de assistência no domicílio acabam sendo assistidos com maior frequência pelo agente comunitário de saúde.

A secretaria não vê o que passamos aqui. Faltam recursos humanos e exige da equipe atendimento a toda demanda na unidade de saúde e domicílio quando necessita. No entanto, não oferece apoio como carro para visitas domiciliares, pois temos muitos idosos acamados. (S17)

Nós agentes somos cobrados pelas famílias do idoso a visita de outros profissionais. Mas fazer o que? Muitos não têm tempo e não tem como ir até eles. (S25)

Temos muito trabalho aqui na unidade, muitas consultas, burocracia no preenchimento de fichas que muitas vezes o trabalho em equipe fica furado, onde cada um fica na sua assistência, isolado tentando cumprir com o seu dever. (S13)

O trabalho em equipe muitas vezes não ocorre, onde alguns profissionais se isolam cada um em suas atividades.

As atividades na atenção básica fazem com que a equipe possa se interagir, unir saberes e experiências, para solução dos problemas de saúde dos usuários (BRASIL, 2006). Entretanto, existe relação de poder, a hierarquia existente entre os profissionais de nível superior, conformam sua autoridade no que se refere às condutas assistenciais, conforme relato.

Nossa área tem apoio de igrejas, ONG, universidades, projetos de apoio aos idosos. Gostaria de participar, mas infelizmente não podemos, pois os supervisores não permitem. Segundo eles, existem prioridades em outras áreas. Silêncio... Risos... (S2)

Percebe-se que a realização de práticas intersetoriais é ainda um desafio a ser conquistado por algumas equipes, pois é uma prática possível, principalmente quando amparada e estimulada pelos gestores.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007) na ESF tem como princípios gerais, a busca da integração com instituições e organizações sociais em suas áreas de abrangência para o desenvolvimento de parcerias.

A intersetorialidade mostra uma nova maneira de planejar, executar as ações da equipe na atenção ao idoso. Isso significa alterar a forma de articulação da unidade junto

com os instrumentos sociais ali existentes. Dessa forma, algumas equipes se sobressaem através de ações intersetoriais conforme relato abaixo.

A saúde precisa da educação e a educação precisa da saúde. Gosto de realizar ações em equipe junto a educação. Precisamos fazer com mais frequência essas atividades. Envolver todos. Idoso com as crianças. Equipe de saúde junto com a equipe de educação. Essa experiência trás satisfação a população. (S13)

Almeida, et al. (2001), considera que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe com foco central de atenção na família e seu entorno; que a assistência à saúde e intervenções passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias.

A equipe multiprofissional forma etapas para a interação e para a interdisciplinaridade. Nelas ocorrem à justaposição e a integração de métodos, teorias e conhecimentos (SAINTRAIN, VIEIRA, 2008).

A Política Nacional Idoso esclarece sobre os deveres das instituições, do governo, da sociedade e da família em relação ao cuidado do idoso que envolve direitos, prioridades, proteção e políticas de atendimento aos idosos. É importante ainda destacar que todo o trabalho em equipe na atenção básica ao idoso deve buscar a autonomia dos usuários frente as suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Limitações: Dilemas e desafios

Com quinze anos de sua implantação, trabalhar na ESF ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde, pois o papel do profissional na atenção básica ao idoso é proativo, além de trabalho técnico, atua na prevenção de doenças, na promoção da saúde mediante atividades comunicativas e de ações integrativas.

Vejo a necessidade de profissionais especializados para compor a equipe e melhorar os serviços, pois tenho dificuldades em lidar com algumas patologias em geriatria (S22).

Tem hora que temos que ser assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, falar sobre a saúde bucal, um pouco de cada coisa. (S8)

Estas falas retratam que, os profissionais de saúde, embora sendo generalistas, passam por algumas limitações e desafios na atenção básica ao idoso. A falta de preparo gera insegurança ao lidar com a população idosa e pode prejudicar as relações que deveriam se estabelecer entre o trabalhador e o usuário.

Tenho dificuldades, na parte clínica, quando o idoso tem uma somatória de doenças crônicas degenerativas, as quais, pode ser complicado pra gente. Muitas vezes telefono para amigos da área em busca de ajuda. (S1)

Os idosos possuem vários problemas ao mesmo tempo. Às vezes tenho dificuldades de resolver o problema que está passando. Considero isso um risco na assistência. A falta de preparo atrapalha na resolução das tarefas, dos problemas que torna a tarefa desgastante. Eu acho que deveria ter capacitação frequentemente. (S6)

De acordo com os entrevistados, alguns colocam questões referentes à falta de conhecimento para atenção ao idoso. Frente a isso, é necessário um processo contínuo e eficaz de qualificação constante das equipes, de modo que estes possam atender as necessidades dos idosos.

A educação permanente é apresentada como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano para uma construção social de saberes e práticas. Uma política de educação permanente enfrenta, em sua concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em um eixo transformador, em uma estratégia mobilizadora de recursos e poderes e em recurso estruturante do fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005).

O Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, com a referência do Pacto pela Vida 2006, oferecem subsídios às equipes de saúde da família e dar resolutividade às necessidades da população idosa na Atenção Básica (BRASIL, 2006).

A partir da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em 2006, foram deliberadas reivindicações que se refere à capacitação, tendo como

diretrizes parcerias com instituições de ensino superior, capacitação de trabalhadores da saúde na área do envelhecimento nos diversos níveis de atuação (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de resolver os problemas de atenção básica do idoso, alguns profissionais percebem a necessidade de superar limites. Vê-se, muitas vezes, a busca pelo próprio profissional por aprimoramento de forma espontânea e isolada.

Muitas vezes a assistência se resume na consulta médica, os outros problemas não dá pra resolver. Fazemos além de nossos limites. O que fazemos aqui ele não encontra alguém da família para fazer e até mesmo no Cais. (S25)

Tem momentos que eu preciso de ajuda. Recorro a amigos que entende melhor sobre tratamento de idoso e livros de geriatria. (S1)

Não temos um planejamento só para atendimento aos idosos. Aproveitamos o momento de reuniões de hipertensos e diabéticos, pois a maioria são idosos. (S25)

As ações dirigidas ao idoso na Estratégia Saúde ainda não se adéqua as necessidades dessa população. Os problemas de saúde do idoso além de serem de longa duração, requerem equipe multiprofissional qualificada. Qualificar profissionais de saúde para assistência aos idosos é essencial e nenhum gestor pode se furtar a essa necessidade. Portanto quantificar também é essencial, uma vez que há falta de profissionais nos serviços para esta atenção (ARAÚJO, 2009).

Em relação à resolutividade dos serviços, as equipes enfrentam sérios problemas no sistema de referência contra-referência, falta de recursos humanos e grande demanda nas unidades básicas de saúde conforme relatos abaixo.

Estar próximo a população idosa ajuda muito, mas quando precisa encaminhar a outra unidade, fica difícil. Elas nos aliviam muito pouco. É preciso melhorar o sistema de referência e contra referência para a ESF caminhar e melhorar na atenção básica. (S2)

Falta apoio aqui na ESF de outras unidades de saúde e da secretaria municipal. A exigência é grande. Ficamos sem saber o que fazer. (S18)

As falas apontam para o fato de a coordenação, eventualmente, não apoiar adequadamente e, além disso, à existência de cobranças. Para coordenar equipes, é importante que haja uma liderança com habilidades para observação, escuta, sensibilidade e apoio, sendo fundamental treinar as pessoas para novas formas de trabalho, e auxiliá-las nos momentos difíceis, existindo o retorno de uns para os outros (SILVA & TRAD, 2005).

Ocorrem ainda junto aos serviços de atenção básica dificuldades das equipes na referência e contra-referência. Estudo realizado no mesmo local em estudo mostra que o sistema de referência e contra referência neste município necessita ser reformulado, assim como a necessidade de os profissionais médicos reverem suas práticas em relação ao sistema de referência e contra referência (CANUTO, ET AL, 2006).

Para Fratini, et al, (2008) referência e contra-referência em saúde, apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que refere.

Encaminhar para outras unidades muitas vezes não resolverá os problemas deles. Por isso que eles vêm muito aqui na unidade, em busca de solução. (S5)

Existe falta interação de outras unidades de saúde com a ESF como os Cais, laboratórios. Um joga os problemas para os outros e ninguém sabe exatamente o que fazer. (S14)

Dentro da atenção básica encontra-se a integralidade da assistência, que significa proporcionar ao usuário idoso o acesso aos níveis diferenciados de complexidade, com o mérito de garantir a eficácia na utilização dos recursos, o que não ocorre conforme o discurso dos profissionais.

Embora as equipes passem por algumas limitações na atenção básica, a motivação dos profissionais está relacionada a possibilidade de conhecer a realidade dos idosos junto às famílias e comunidade. Assim, os profissionais sentem-se recompensados e, sem dúvida, contribuem para a melhoria dos serviços.

Os idosos acreditam muito na gente. E isso pesa muito, então é muita responsabilidade da equipe frente a tantos problemas. Faço o que posso. (S18)

Sou comprometida com o que faço e procuro facilitar a vida deles mesmo com tantos problemas que temos. Eles têm dificuldades, porque os parentes os ignoram e estamos aqui para isso. (S3)

Atualmente os idosos e o SUS passam por dificuldades. Mesmo assim, a equipe tem compromisso com eles, pois eles precisam de atenção diferenciada. (S7)

Realizar intervenções possibilita aos profissionais de saúde estabelecer relações com seu trabalho da forma mais saudável possível, proporcionando a qualidade da atenção básica. Contudo, é preciso que haja comprometimento por parte da gestão local e que esta funcione como elemento articulador da atenção básica e dos demais níveis de atenção, a fim de consolidação do SUS.

Raupp, (2008) mostra a necessidade de incorporar dimensões comunicativas em metodologias gerenciais e de planejamento com enfoque estratégico-situacional. Mudar situações contraditórias exige ação de lideranças comunicativas capazes de conduzir as equipes em processos de planejamento a partir de problemas, mas que saibam trabalhar com a renovação cultural e organizacional.

Seria muito bom se conseguíssemos seguir os princípios do SUS conforme está no papel, integralidade, intersetorialidade. A prática é totalmente diferente do que está no papel. (S26)

Com o objetivo de apoiar a ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência das ações da Atenção Primária bem como sua resolubilidade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008 (BRASIL, 2009).

O Ministério, para a publicação desta política, considerou diversos aspectos, dentre eles a Política Nacional da Pessoa Idosa. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as

práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado.

2- A inserção do idoso nas atividades da ESF

Dentro de uma nova ótica de atenção básica a saúde do idoso, a ESF representa, no campo da política pública de saúde, um importante avanço para desenvolver intervenções que buscam maiores e melhores resultados, de forma que incorpore atividades coletivas, com perspectivas de, juntamente com outros setores, gerar um impacto significativo na qualidade de saúde e de vida da população idosa.

Promoção da Saúde

“A promoção da saúde é um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando a produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde –, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo.”
Campos (2007, p.742).

A Política de Promoção de Saúde, após longo período de construção, foi aprovada pela Portaria GM/MS nº 687, de 30/03/2006, sendo incluída no mesmo ano, dentro das diretrizes e prioridades do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão,

visando à amplificação da efetividade, eficiência e qualidade das respostas do SUS às necessidades de saúde da população (CASTRO; MALO, 2006).

Os idosos possuem características heterogêneas no modo de viver e adoecer. Partindo dessa visão consideram-se necessários investimentos no sistema de saúde em equipes multiprofissionais, integradas pelo modo de pensar, sentir e agir interdisciplinarmente, com enfoque gerontológico e geriátrico, para as intervenções no processo saúde doença (SYEG & MESQUITA, 2002).

A atenção básica na ESF proporciona espaços para que os profissionais possam elaborar estratégias de promoção da saúde com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida, em especial da população idosa.

A promoção da saúde contribui para a ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde, fornece elementos para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários. Dessa forma, a promoção da saúde no idoso é presente nas ações de muitos profissionais, conforme o discurso.

O grupo de idosos é o melhor que temos para se trabalhar. Eles aprendem muito e vemos mudanças no seu comportamento e sentem-se gratos por essa ação. (S13)

Antes de realizar essas reuniões de educação, tinha idosos depressivos, isolados. Hoje ele mudou, participa, tem amigos e dá sugestão. (S28)

Há palestras nos dias preconizados pela equipe, atividades desenvolvidas na comunidade em datas comemorativas de saúde que programamos junto à educação. Os idosos são gratos, pontuais, perseverantes. Fazemos caminhadas, temos capoterapia (grupo de capoeira) 2x na semana com a participação da equipe. Quando possível, proporcionamos atividades fora do local como show e passeios (S13).

A inserção do idoso nas equipes de saúde da família ocorre por meio de atividades atrativas que facilitam retirá-los da solidão e ociosidade. Os idosos formam sua rede social, participam de atividades fora da unidade de saúde, tais como shows e passeios e

oferecem sugestões para as atividades. Os dados demonstram que por meio da promoção da saúde ocorre vínculo entre o profissional e idoso, assim como a socialização do idoso através de ações participativas. No entanto, para outros profissionais, o modo de produzir serviços e práticas de saúde junto aos idosos ainda permanece centrado na doença, nos procedimentos médicos, pois seguem um modelo tradicional de imposição de conhecimentos ao usuário.

Foi criado o dia do hipertenso e diabetes para atender o idoso, pois a maioria encontra-se neste grupo. Neste dia fazemos palestras e entrega de medicamentos. O idoso precisa de medicamentos perto deles (S1).

Temos um dia para atendimento ao idoso. Faz-se a consulta individual, após, a reunião. Nas reuniões, aproveitamos para entregar medicamentos. É uma forma de fazer com que eles participem. (S13)

Muitos idosos não entendem o benefício da promoção e prevenção, só querem a consulta e pronto, gostam é de médico, de remédio, são imediatistas. (S14)

Verifica-se que muitas ações são desenvolvidas, tais como consultas, reuniões, entrega de medicamentos, embora encontrem dificuldades para operacionalizar a promoção da saúde na atenção básica. As ações educativas são alternativas importantes para assegurar a autonomia do idoso e o envelhecer saudável. No modelo vigente ainda predomina, ações curativas centrado no modelo biomédico. Ao contrário das práticas participativas o profissional de saúde constrói os seus “saberes” como uma receita pronta inexistindo espaço para manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais (CALDAS, 2003).

É necessária uma redefinição da postura dos profissionais de saúde na relação com a população usuária, seja na rotina de atendimentos individual ou coletivo. Esse sentido educativo sugere na promoção da saúde e nas práticas, a lidar de forma problematizadora, que busca a participação do usuário para o autocuidado (ASSIS, 2002).

Contudo, a realidade de alguns profissionais de saúde que se integram à filosofia da ESF, requer mudança de comportamento, comprometimento, poder de resolutividade, satisfação.

É um grande desafio trabalhar aqui em cima da realidade dos idosos. A condição financeira de muitos é precária. Temos que lutar para melhorar a saúde deles com nossas ações. Gosto da assistência primária, porém falta muito ainda para uma saúde pública ideal. (S13).

Temos realizado aqui bons trabalhos de promoção, que trouxe mudanças à saúde deles como grupo de caminhadas e palestras. Houve diferenças nos níveis pressóricos deles, assim como na glicemia. (S18)

A caminhada que eles fazem foi um avanço. Não existia essa atividade aqui. Tinha uns que não dava conta de andar direito e hoje é outra pessoa, caminha normal. Sinto-me como colaborador para a melhoria da saúde deles. (S26)

Entre as ações desenvolvidas na atenção básica é identificada a promoção da saúde por meio de palestras, caminhadas, intervenções, atividades de prevenção e controles de doenças. Observa-se ainda, profissionais envolvidos e compromissados nas ações promocionais apesar das dificuldades enfrentadas tornando-se evidente a mudança no quadro de saúde de alguns idosos.

Realizar promoção da saúde é conhecer, buscar, ensinar e conseguir mudança de comportamento com o envolvimento dos profissionais de saúde e comunidade. Não é a mera transferência de conhecimentos, mas sim conscientização, pois a autonomia, a dignidade e a identidade do educando, no caso, a comunidade, têm de ser respeitada, caso contrário, o ensino se tornará vazio e inoperante (FREIRE, 2003).

No mundo do trabalho não é difícil perceber a insatisfação de muitos trabalhadores da saúde, em especial na atenção básica. Entre as várias causas, podem ser destacadas as causas salariais, infra-estrutura das unidades básicas, falta de medicamentos e sobrecarga de trabalho, permitindo observar que a prestação de serviço prejudica uma atenção básica de qualidade.

Cada um joga o problema para o outro, ninguém sabe exatamente muito bem o que fazer. Falta de estruturas das unidades, de medicamentos. Antes eu era mais motivado, quando cheguei aqui me empolguei, fazia tudo e vendo a realidade fiquei desmotivado em

trabalhar aqui, pelo salário baixo, muitas cobranças e desorganização. (S22).

Eu já fui muito mais engajado aqui, participava mais. Não somos valorizados pela secretaria. Aqui encontramos dificuldades em muitas coisas, salário, muitas cobranças, excesso de trabalho, falta de capacitação. Isso desanima. (S1).

Quando os profissionais não são adequadamente preparados e motivados para atuar na ESF, o trabalho torna-se desgastante e o trabalhador fica insatisfeito. O profissional é o elemento-chave para que a atenção básica se concretize no contexto da ESF, e desta forma, é imprescindível tornar este profissional satisfeito, motivado e capacitado, com a finalidade de melhorar o seu desenvolvimento profissional.

Dificuldades sociais enfrentadas

O crescente processo de urbanização nas cidades trouxe uma série de problemas de ordem social, deixando setores da população nelas residentes relegados à pobreza e exclusão.

Trabalhamos aqui com muitos problemas sociais, além de doenças. Tem muita pobreza aqui, tristeza e até violência. Enquanto profissional de saúde, é necessário ter estrutura e apoio psicológico para esse enfrentamento. Na assistência que ofereço procuro ser sempre alegre e eles gostam disso e me recebe bem na casa deles. (S6)

Muitas vezes a família abandona o idoso e ai sobra pra gente correr atrás de problemas tentando resolvê-los. Estamos muito próximo a eles e acabamos nos envolvendo. (S25)

O idoso tem muitos problemas na família, e ele sente feliz em vir aqui na unidade e passar os problemas pra gente. É um desabafo que o deixa aliviado (S4)

Nesta perspectiva, os discursos evidenciam desafios para o fortalecimento e expansão da atenção básica na ESF, principalmente nos grandes centros urbanos. Os problemas sociais urbanos que se multiplicam demandam soluções integradas e não setorializadas. Com a descentralização e a intersetorialidade como estratégia de gestão

da cidade permite-se que os diversos segmentos sociais passem a ser sujeitos das soluções dos problemas que afetam a cidade (JUNQUEIRA, 2005).

Uchoa (2003) considera que, para desenvolver intervenções adequadas às características sociais e culturais da população idosa, é preciso conhecer um pouco mais sobre a maneira como os idosos brasileiros integram a sua experiência e também sobre a forma como o idoso percebe seus problemas de saúde, como procura resolvê-los e quais são as dificuldades que encontra nesse percurso.

A ESF veio para facilitar muita coisa aqui, estamos próximos aos idosos, que a maioria é pobre. Enfrentamos problemas aqui como no Cais, no Hospital das Clínicas, no HGG... Antigamente não tinha ESF e o que eles faziam? Saíam de madrugada em busca de consultas e muitas vezes não conseguiam. Era bem mais difícil. Hoje existe a ESF perto das casas deles e resolvemos muita coisa aqui. (S26)

Este relato mostra um cenário de famílias e idosos com desigualdades sociais, conflitos no sistema de saúde brasileiro e diante do surgimento da atenção básica na ESF, embora com dificuldades na resolutividade, desenvolve ações significativas junto aos idosos e comunidade.

Pode-se considerar que a atenção básica na ESF do município vem se estruturando a passos lentos e passa por grandes desafios para viabilizar-se como estratégia estruturante da atenção básica a saúde do idoso. Desvenda fragilidades no que se refere à gestão, as práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as necessidades da população idosa dentro da integralidade, intersetorialidade.

Nesta perspectiva, é importante analisar a forma como a equipe de saúde da família trabalha a atenção básica a saúde do idoso e como se compreende as limitações destas ações. Alcançar qualidade na atenção básica ao idoso implica na necessidade de ampliação de apoio dos gestores na qualificação profissional da equipe.

Conclusão

A atenção básica oferecida pelos profissionais nas equipes de Saúde da Família tem pontos positivos, tais como, fácil acesso as unidades de saúde e prioridades na assistência de forma humanizada, tanto na unidade de saúde como nos domicílios.

As ações em equipe multidisciplinar encontram-se presentes, tanto na unidade básica como no domicílio, embora, muitas vezes o trabalho profissional é realizado de forma isolada e em condições de poder de alguns profissionais sobre os outros.

Entre as ações desenvolvidas na atenção básica podem ser identificadas promoção da saúde por meio de palestras, caminhadas, intervenções, atividades de prevenção e controles de doenças. Muitas ações são desenvolvidas, tais como consultas, reuniões, entrega de medicamentos, embora percebam dificuldades para operacionalizar a promoção da saúde na atenção básica. Entretanto, buscam a superação de limites, por meio de aprimoramento.

A inserção do idoso nas equipes de saúde da família ocorre por meio de atividades atrativas. Os idosos formam sua rede social, participam de atividades fora da unidade de saúde, tais como shows e passeios e oferecem sugestões para as atividades.

Existem dificuldades tanto pessoais como insegurança e muitas vezes falta de preparo para atenção básica ao idoso, mas também aquelas relacionadas ao desenvolvimento de práticas intersetoriais, no sistema de referência e contra-referência, insuficiência de recursos humanos e aquelas decorrentes da grande demanda nas unidades.

A participação efetiva da equipe de saúde da família na atenção básica a saúde idoso é uma questão que exige atenção por parte dos gestores estaduais e municipais. Este estudo pode oferecer subsídios para a implantação de programas, para o planejamento de estratégias de atendimento e intervenções adequados a realidade local, contribuindo assim para um propósito muito maior, que é a adequação da atenção básica a saúde a um envelhecimento ativo e bem sucedido.

Referências

BRASIL. Lei n.8.80, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre às condições para promoção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 19 de set 1990. Seção 1, p.18055. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/lei_8.080.pdf. Acesso 12 de abril de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. 2004 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: 2001. p.75 - 80.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União 2006.

VERAS, Renato. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.10, pp. 2463-2466.

PARAYBA, MI; Wallace A. Síntese de indicadores sociais - 2002. In: Fundação IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. Idosos. Rio de Janeiro: 2003.

MINAYO, MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

GATTI, BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Resolução CNS nº 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://www.prppg.ufg.br/comite/res196.php>. Acesso em 25 abril de 2009.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

EGRY, EY; FONSECA, RMG. A família, a Visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem saúde coletiva. Revista da escola de enfermagem, São Paulo, n.3, v.21, p.233-239, 2000.

MARZIALE MHP. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem [editorial]. Rev Lat Am Enferm. 2003; 11(6): 701-2.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: grupo de trabalho de humanização:GTH/Ministério da Saúde. Brasília; 2004.

LYRA JUNIOR,DP; MARQUES,TC;MIASSO,AI; CASSIANI, SHDB. Compreendendo o significado das interações entre profissionais de saúde e idosos usuários de medicamentos. Rv. Eletr. enf. 2008; 10(3): 591-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/>

FELDMAN, C. Encontro: Uma abordagem humanística. 3ª edição-Belo Horizonte: Crescer, 2006.

STAUDH, SD. A interdisciplinaridade em Atenção Básica a Saúde. Boletim da Saúde | Porto Alegre | Volume 22 | Número 1 | Jan./Jun. 2008.<http://www.esp.rs.gov.br/img2/A%20INTERDISCIPLINARIDADE.pdf>. Acesso em 13 de janeiro de 2009.

MENDES, AO; OLIVEIRA, FA. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. Ver Brasileira Medica Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v.2, n.8. Janeiro/março de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

SAINTRAIN, MVL; VIEIRA, LJES. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. 2008, vol.13, n.4, pp. 1127-1132.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528/GM. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente - conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, 2005.35p.

ARAÚJO, MAS; BRITO C; BARBOSA, MA. Atenção Básica à Saúde do Idoso no Brasil: Limitações e Desafios. Revista de Geriatria e Gerontologia. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Edição vol 2(3), 2009.

SILVA, IZQJ; TRAD, LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface (Botucatu) [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 25-38.

CANUTO, MG; BORGES, CJ; PASTRANA, RMS. Sistema de referência e contra referência no Município de Aparecida de Goiânia. In: 1ª EXPOGEST. Mostra Nacional de Vivências inovadoras de Gestão no SUS, Brasília/DF,2006. Anais. Brasília, 2006.

FRATINI, JRG; SAUPE, R; MASSAROLI, L. Referência e contra referência: contribuição para integralidade em saúde. Cienc. Cuid. Saúde Vol. 7, No 1 (2008). Jan/Mar; 7(1): 065-072

RAUPP, B. Planejamento e gerência de unidades de atenção primária/básica do SUS: referências conceituais, metodológicas e operacionais. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. 2008. Disponível em : <<http://www.ghc.com.br/GEP/RIS/materiaisdidaticos.>>. Acesso em: 10 jul 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica-Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php> Acesso em 20 de janeiro de 2009.

CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; JUNIOR, MD; CARVALHO, YM (Orgs). Tratado de Saude Coletiva, 2ª reimpressão. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, 871p.

CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC: OPAS, 2006.

SAYEG, MA; MESQUITA, RAV. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: FREITAS, EV. De Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002 cap.133, p.1083-1089.

CALDAS, CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública, vol.19, nº 3, 2003.

ASSIS, M. (Org.) Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de saúde com idosos. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2002. (Série Livros Eletrônicos). Disponível em: <<http://unati.uerj.br>>. Acesso em: 20 set 2008.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 36 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

JUNGUEIRA, LAP. Articulações entre o serviço público e o cidadão. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005

UCHOA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. Cad. Saúde Pública 2003; 19:849-53.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a revisão sistemática da literatura foi possível constatar que as equipes de saúde da família possuem algum tipo de vínculos com os idosos e famílias, no entanto enfrentam algumas limitações tanto na comunicação como na assistência que prestam aos idosos, podendo comprometer a qualidade de vida dos idosos.

Foram encontradas poucas pesquisas qualitativas na literatura nacional abordando atenção básica oferecida pela equipe de saúde da família ao idoso e a relação paciente idoso e profissional de saúde da família. O trabalho de revisão sistemática da literatura resultou em quatro artigos, dentre os quais o primeiro foi publicado na revista de Geriatria e Gerontologia, o segundo foi aceito para publicação pela revista Fragmentos da PUC- Goiás e os demais serão submetidos a revista de Ciências e Saúde Coletiva, os quais se apresentam em fase de preparo para envio.

O atendimento do idoso é um desafio para a equipe de saúde da família e para o próprio idoso, pois o conhecimento em geriatria seria um recurso que facilitaria a assistência prestada pelos profissionais de saúde que é uma das limitações que precisa ser resolvida. Portanto, é fundamental que a equipe de saúde tenha conhecimento em geriatria, de modo a propiciar o desenvolvimento de habilidades na atenção básica e favorecer as relações interpessoais com esse grupo.

A parte experimental da dissertação, descrita no terceiro artigo e quarto artigo foi desenvolvida numa abordagem qualitativa realizada com trinta e dois profissionais de saúde da família, dentre eles, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, onde a coleta de dados foi desenvolvida por três grupos focais. Os resultados indicaram que alguns profissionais encontram dificuldades em cuidar dessa população, devido à alta demanda populacional nas Unidades Básicas de Saúde, assim como a falta de qualificação.

O relacionamento profissional e idoso mostra prioridades na assistência, valorização e o respeito ao idoso, mas com ressalvas, pois alguns profissionais demonstram ainda autoritarismo na assistência, centrado no modelo biomédico.

Sabe-se que a comunicação tradicional não tem sido suficiente para estabelecer os vínculos necessários, não responde às questões dos idosos, sendo, portanto ineficaz e podendo levar a erros no diagnóstico das doenças e no tratamento. Todas as equipes em estudo não foram qualificadas para a saúde do idoso conforme preconiza o Ministério da Saúde. Esperamos que os cursos que estão sendo oferecidos nos níveis de graduação e pós-graduação, em todo Brasil, possam reverter este quadro, capacitando-os para uma atuação mais profissional; assim os usuários idosos poderão usufruir de seus direitos.

Acatamos também, a sugestão de que o Governo, seja na esfera Municipal, Estadual ou Federal, disponibilize o trabalho de qualificação as equipes de saúde da família para atenção básica ao idoso. Enfim, a assistência ao idoso na ESF é uma questão que exige atenção por parte dos gestores e profissionais da saúde. Os dados obtidos no presente estudo podem contribuir para reflexão dos profissionais de saúde e gestores e apontar meios para uma assistência de qualidade ao idoso.

6 - REFERÊNCIAS

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.3, pp. 548-554.

MOTTA, Luciana Branco da and AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 363-372.

COSTA, EFA. PORTO, CC; SOARES, AT. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. *Revista da UFG*, v.5, n.2, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Contagem da população 2007. Rio de Janeiro, IBGE: 2007. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 30 jan. 2009.

ALENCAR, M.S.S.; CARVALHO, C.M.R.G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sóciodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. *Interface – Comunic., Saúde, Educação*. Botucatu. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo89pdf>>. Acesso em: 2 fev.2009.

MOREIRA, MM. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. Porto Alegre: CRA-sesc 2001. Disponível em: <HTTP://www.fundaj.gov.br/docs/txt/pop2001-5.doc.links:envelhecimento>. Acesso em 25 de setembro de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

WENDHAUSER, A. O duplo sentido do controle social: descaminhos da participação em saúde. Itajaí: UNIVALI, 2002

AROUCA, S. reforma Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz, 1988. Disponível em: <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em 25 de setembro de 2009

CUTULO, LRA. Manual de Terapêutica: assistência a família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, Departamento Científico, 2006.

RONCALLI, AG. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, AC. (org.). Odontologia em Saúde Coletiva planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. p.28-49.

CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em <http://www.bvsmms.saude.gov.br> acesso em: agosto 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988, Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. Saúde e Cidadania: A implantação do Sistema Único de Saúde. Net. s.d. Disponível em: <http://www.daab.org.br/texto.asp?registro=105> Acesso em: 10 set. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: 2001. p.75 - 80.

MENDES, E.V. A atenção primária a saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

COORDEIRO, HO. Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma Sanitária: contribuição a historia do SUS. Fhysis, (periódico on-line), n.14, v.2, 2004. Disponível em: <http://www.observatorio.nescufrn.br> acesso em: 17 março 2008.

EGRY, EY; FONSECA, RMG. A família, a Visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem saúde coletiva. Revista da escola de enfermagem, São Paulo, n.3, v.21, p.233-239, 2000.

VILELA, WV; ARAUJO, EC; RIBEIRO, CA; CUGINOTTI, AP; HOAYANA, ET; BRITO FC; RAMOS, LR. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6): 1316-1324, jun, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Plano de ação internacional. Viena: ONU, 1982

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BORGES, MCM. O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. In: SIMSON, ORM; NERI, AL; CACHIONE, M. as múltiplas faces da velhice no Brasil. 2ed. Campinas: Alínea, 2006. p.79-104

SAYEG, MA; MESQUITA, RAV. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In Freitas, EV de. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap.133p.1083-1089.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: centro gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde. 76 p. (Série A.). Normas e Manuais (Técnicos). 2006.

VERAS, RP; CALDAS, CP. Promovendo a saúde e cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.423-432, 2004. Disponível em: <http://www.uerg.unati.br> acesso em: 7 abril 2009.

RODRIGUES, NC; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In Freitas, EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap.12 p.106-110.

CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; JUNIOR, MD; CARVALHO, YM (Orgs). Tratado de Saude Coletiva, 2ª reimpressão. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, 871p.

RIBEIRO, J. M. Atenção básica em saúde e a busca por uma conceituação. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 413-429, 2002.

GIL, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6): 1171-1181, jun, 2006.

MINAYO, MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

GATTI, BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Resolução CNS nº 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://www.prppg.ufg.br/comite/.res196.php>. Acesso em: 25 abril 2009.

ANEXOS

- Anexo - 1** Parecer do Comitê de Ética
- Anexo - 2** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Artigo 3 e 4
- Anexo - 3** Questões Norteadoras
- Anexo - 4** Normas de publicação dos respectivos periódicos-Revista de Geriatria e Gerontologia e Fragmentos de Cultura-UCG
- Anexo - 5** Artigo publicado na revista de Geriatria e Gerontologia

Anexo – 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA
CEPHA
Comitê de Ética em Pesquisa
Humana e Animal

Goiânia, 05 de dezembro de 2007.

PROTOCOLO CEPHA-HGG: Nº 311/07

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL: **Maria Aparecida da Silva Araújo**

TÍTULO: "Análise do enfoque da atenção básica oferecida à saúde dos idosos na estratégia saúde da família".

CARTA DE APROVAÇÃO

Prezada Sra. Maria Aparecida,

Informamos que no dia 05 de dezembro de 2007, na reunião ordinária mensal do **Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal – CEPHA-HGG**, foram analisados e aprovados o Projeto de Pesquisa acima referido, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e estes foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

Lembramos ao Pesquisador responsável a necessidade de encaminhar ao CEPHA-HGG relatórios trimestrais do andamento, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões) da pesquisa.

Atenciosamente,

Adryanna Leonor de Oliveira Caiado
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal CEPHA-HGG
Adryanna Leonor de Oliveira Caiado
Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal
Hospital Geral de Goiânia - Dr. Alberto Rassi

Hospital Geral de Goiânia – Dr. Alberto Rassi
Avenida Anhangüera nº6479 – St. Oeste Goiânia – GO - CEP: 74.110-010
Fone/FAX: (62) 3221-6116

Anexo – 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Goiânia de Goiânia Drº Alberto Rassi (HGG).

Título do Projeto: **Análise da Atenção Básica a Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família.**

Pesquisadora Responsável: Maria Aparecida da Silva Araújo Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (062) 3242.1191/8111.3634. Rua 118 nº 60 Setor Sul, Goiânia-Goiás.

Orientadora da pesquisa: Maria Alves Barbosa. Telefones para contato: (062) 3242.2497

Esta pesquisa consta de um estudo exploratório-descritivo que têm como **objetivos:**

Geral: Analisar as ações de atenção básica ao idoso desenvolvida pela Equipe de Saúde da Família no Município de Aparecida de Goiânia.

Específicos

- Identificar e analisar a produção científica sobre a atenção básica a saúde do idoso oferecida pelas equipes de saúde da família.
- Identificar e analisar a produção científica sobre a relação entre idoso e profissional da saúde e o atendimento prestado à população idosa.
- Identificar e analisar a produção científica que aborda as políticas públicas e os aspectos legais e socioculturais do idoso;
- Identificar e analisar as ações da equipe de saúde da família oferecida aos idosos;

O instrumento que será utilizado na coleta de dados foi elaborado levando-se em consideração os objetivos propostos do trabalho. A técnica de coleta de dados será grupo

focal, que poderá ser gravada conforme o consentimento do sujeito, com questões fechadas e abertas.

Os riscos restringem-se ao desconforto em ter que disponibilizar parte do seu tempo (cerca de 2 horas) em participar da pesquisa. Os benefícios podem envolver você direta ou indiretamente, visto que os resultados poderão sensibilizar a ESF motivando-os para uma assistência aos idosos dentro da integralidade.

A data da entrevista será agendada conforme a sua disponibilidade de horários, podendo ser necessário um segundo encontro caso a pesquisadora encontre algum ponto a esclarecer e validar os dados. Sua identidade será mantida em sigilo. Você tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo para a pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão publicados na forma de uma dissertação de mestrado e de trabalhos científicos que serão divulgados em eventos, além de artigos publicados em revistas da área.

Nome e Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG, _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito

Anexo – 3

QUESTOES NORTEADORAS

GRUPO FOCAL:

QUESTÕES NORTEADORAS À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1-“Motivação-quebra-gelo”: **QUAL A SUA RELAÇÃO COM O IDOSO?** (O que essa relação contribui para a assistência ao idoso?).

2-Falem sobre a assistência que vocês prestam ao idoso na ESF:

3-Quais são as ações desenvolvidas pela equipe na atenção básica a saúde do idoso?

4-Falem sobre as facilidades e dificuldades existentes no desenvolvimento das ações visando à saúde do idoso em sua área.

Anexo – 4

INSTRUÇÕES AOS AUTORES Geriatria & Gerontologia

INFORMAÇÕES GERAIS: A revista Geriatria & Gerontologia é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, a qual veicula artigos que contribuam para a promoção do conhecimento na área de Geriatria e Gerontologia, em suas diversas subáreas e interfaces. A revista tem periodicidade trimestral, aceitando a submissão de artigos em Português e Inglês. Seu conteúdo encontra-se disponível em uma versão impressa, distribuída a todos os associados da SBGG, e uma versão eletrônica acessada por meio do *site*: www.sbgg.org.br

AValiação DOS MANUSCRITOS: Os manuscritos submetidos à revista que atenderem à política editorial e às Instruções aos Autores serão encaminhados aos editores, que considerarão o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados para pelo menos dois revisores de reconhecida competência na temática abordada. A revista adota o procedimento de avaliação por pares (*peer review*), realizado de forma sigilosa quanto à identidade tanto dos autores, quanto dos revisores. Para assegurar os princípios deste procedimento, é importante que os autores procurem empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito. No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o editor encaminhará o manuscrito a outro revisor. Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades: a) aceitação integral; b) aceitação com reformulações; c) recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores, aos quais é reservado o direito de proceder ajustes de gramática necessários. Na detecção de problemas de redação, o manuscrito será devolvido aos autores para as alterações devidas; o trabalho reformulado deve retornar no prazo máximo determinado. Após aprovação final, os autores devem encaminhar o manuscrito em disquete 3,5' ou CD, empregando editor de texto MS Word versão 6.0 ou superior. Os manuscritos aceitos

poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da revista. Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até três meses. Os manuscritos publicados são de propriedade da revista, sendo proibida tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como a tradução para outro idioma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, cujo modelo encontra-se adiante.

TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

A revista *Geriatrics & Gerontology* aceita a submissão de artigos originais, artigos de revisão, comunicações breves, artigos especiais, bem como cartas ao editor. Editoriais e Comentários. Esta seção destina-se à publicação de artigos subscritos pelos editores ou aqueles encomendados a autoridades em áreas específicas, devendo ser prioritariamente relacionados a conteúdos dos artigos publicados na revista. Artigos Originais. Contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa. Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências. O número total de tabelas e figuras devem ser de no máximo cinco, recomendando-se incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Quanto às figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas. As referências bibliográficas estão limitadas a um número máximo de 30, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional, incluindo Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Artigos de Revisão. Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, de modo a conter uma análise comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa e devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados para a revisão, como as estratégias de busca, seleção e avaliação dos artigos, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de 5.000 palavras e o número máximo de referências bibliográficas é de 50. Comunicações Breves. São artigos resumidos destinados à

divulgação de resultados preliminares de pesquisa; de resultados de estudos que envolvem metodologia de pequena complexidade; hipóteses inéditas de relevância na área de Geriatria e Gerontologia. Devem ter de 800 a 1.600 palavras (excluindo tabelas, figuras e referências), uma tabela ou figura e no máximo dez referências bibliográficas. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, fazendo-se exceção aos resumos, que não são estruturados e devem ter até 150 palavras. Artigos Especiais. São manuscritos entendidos pelos editores como de especial relevância e que não se enquadram em nenhuma das categorias acima. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto às referências bibliográficas. Cartas ao Editor. Seção destinada a publicação de comentários, discussão ou críticas de artigos da revista. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, podendo incluir até cinco referências bibliográficas.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser digitados em Word for Windows (inclusive tabelas e, se possível, também as figuras); páginas numeradas com algarismos arábicos; letras do tipo Arial, cor preta, corpo 12, espaço duplo, com bordas de 3 cm acima, abaixo e em ambos os lados. Os limites dos trabalhos são de 2.000 a 4.000 palavras para Artigos Originais; 5.000 palavras para Artigos de Revisão; 800-1600 palavras para Comunicações Breves; e máximo de 1000 palavras para Cartas ao Editor. Devem ser apresentados com as seguintes partes e sequência: Folha de rosto. Deve incluir: a) título completo do trabalho, em português e inglês, com até 90 caracteres; b) título abreviado do trabalho com até 40 caracteres (incluindo espaços), em português e inglês; c) nome de todos os autores por extenso, indicando a filiação institucional de cada um; d) descrição da contribuição para o trabalho de cada um dos autores; e) dados do autor para correspondência, incluindo o nome, endereço, telefone(s), fax e e-mail. Resumo: todos os artigos submetidos deverão ter resumo em português e em inglês (*abstract*), com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Para os artigos originais e comunicações breves, os resumos devem ser estruturados incluindo objetivos, métodos, resultados e conclusões. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas preferencialmente com as mesmas informações. Não devem conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, extraídos do vocabulário (DeCS –),

quando acompanharem os resumos em português, e do – MeSH (), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido. Texto: com exceção dos manuscritos apresentados como Artigos de Revisão ou, eventualmente, Artigos Especiais, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos, incluindo as seguintes seções: *Introdução*. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento (estado da arte) que serão abordadas no artigo. *Métodos*. Deve conter descrição clara e sucinta dos procedimentos adotados; universo e amostra; fonte de dados e critérios de seleção; instrumentos de medida, tratamento estatístico, dentre outros. *Resultados*. Deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações e comparações. Sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. *Discussão*. Deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura. É importante assinalar limitações do estudo. Deve culminar com as conclusões, indicando caminhos para novas pesquisas ou implicações para a prática profissional. Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, "Descritores em Ciências da Saúde" www.bireme.br *Medical Subject Headings* <http://www.nlm.nih.gov/mesh/> dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho. Conflito de interesse. A declaração de conflito de interesse é um elemento importante para a integridade da pesquisa e das publicações científicas. Aplica-se a todos os autores do manuscrito. O termo *Conflito de interesse* abrange: a) *conflitos financeiros*: referem-se a empregos, vínculos profissionais, financiamentos, consultoria, propriedade, participação em lucros ou patentes relacionados a empresas, produtos comerciais ou tecnologias envolvidas no manuscrito; b) *conflitos pessoais*: relação de parentesco próximo com proprietários e empregadores de empresas relacionadas a produtos comerciais ou tecnologias envolvidas no

manuscrito; c) *potenciais conflitos*: situações ou circunstâncias que poderiam ser consideradas como capazes de influenciar a interpretação dos resultados.

Referências bibliográficas As referências devem ser listadas ao final do artigo, numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, citam-se todos os autores; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros autores, seguido de *et al.* As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o *Medline*. A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita em ordem numérica, com algarismos arábicos, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação, conforme exemplificado abaixo. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "&"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão *et al.* Exemplo: Segadas *et al* 8 (1961) chamou a atenção para a necessidade de estudos clínicos envolvendo idosos no Brasil. Um fator que contribuiu para esta preocupação foi a publicação de investigações em outros países sobre iatrogenia na idade avançada 9,12,15. A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor.

Exemplos:

Livros

Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Essentials of clinical geriatrics. 5th. ed. New York: McGraw Hill; 2004.

Capítulos de livros

Sayeg MA. Breves considerações sobre planejamento em saúde do idoso. In: Menezes AK, editor. Caminhos do envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter/SBGG; 1994. p. 25-28.

Artigos de periódicos

Ouslander JG. Urinary incontinence in the elderly. West J Med. 1981; 135 (2): 482-491.

Dissertações e teses

Marutinho AF. Alterações clínicas e eletrocardiográficas em pacientes idosos portadores de Doença de

Chagas [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal da SBGG; 2003.

Trabalhos apresentados em congressos, simpósios, encontros, seminários e outros

Petersen R, Grundman M, Thomas R, Thal L. Donepezil and vitamin E as treatments for mild cognitive impairment. In: Annals of the 9th International Conference on Alzheimer's Disease and Related Disorders; 2004 July; United States, Philadelphia; 2004. Abstract O1-05-05.

Artigos em periódicos eletrônicos

Boog MCF. Construção de uma proposta de ensino de nutrição para curso de enfermagem. Rev Nutr [periódico eletrônico] 2002 [citado em 2002 Jun 10];15(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/rn>

Textos em formato eletrônico

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Fev/2004).

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Available from URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>. Accessed in 1996 (Jun 5).

Programa de computador

Dean AG, *et al.* *Epi Info* [computer program]. Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers. Atlanta, Georgia: Centers of Disease Control and Prevention; 1994.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" ().

Tabelas e Gráficos

Tabelas e figuras devem ser limitados a cinco no conjunto e numerados segundo a ordem de citação no texto e com algarismos arábicos. Devem estar em folhas individuais, separadas do texto, e a cada um atribuir um título breve. Não utilizar traços internos, horizontais ou verticais, nas tabelas; as bordas laterais devem estar abertas. O autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente). Em caso de tabelas, figuras ou quadros extraídos de outras publicações, deve ser enviada, juntamente com o manuscrito, a permissão para

reprodução. As notas explicativas, quando necessárias, devem ser colocadas no rodapé das tabelas.

Anexos <http://www.icmje.org> Deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas Deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Autoria O número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto; o crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Deve-se incluir uma descrição da contribuição de cada um dos autores.

PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição de origem a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Métodos, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2000), além do atendimento a legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada.

INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DOS MANUSCRITOS Os trabalhos devem ser enviados por via eletrônica para os endereços: e . O autor para correspondência receberá mensagem acusando recebimento do trabalho; caso isto não aconteça até sete dias úteis do envio, deve-se entrar novamente em contato. A declaração de que o manuscrito está sendo submetido apenas à revista Geriatria & Gerontologia e a concordância com a cessão de direitos autorais (conforme modelos adiante) devem ser enviadas por via postal para o endereço: Segmento Farma / Geriatria & Gerontologia, Av. Vereador José Diniz, 3.300 - 15o. Andar - Campo Belo São Paulo-SP - CEP 04604-007 Caso haja

utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso. RESUMO DE DOCUMENTOS E PROCEDIMENTOS revistasbgg@terra.com.br alexandre@segmentofarma.com.br

Itens de Verificação para Submissão para revista de fragmentos e cultura

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

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB). O texto está em espaço duplo; usa fonte arial de 12-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar; com figuras e tabelas inseridas no corpo do texto, e não em seu final.
3. O resumo tem, no máximo, sessenta palavras e está acompanhado de 3 a 5 palavras-chave.
4. Os materiais iconográficos (ilustrações, tabelas, gráficos, fotos) estão acompanhados da especificação de sua fonte e permissão de reprodução por parte do autor, quando aplicável.
5. As notas bibliográficas foram feitas seguindo o formato ‚autor, data’ para citações indiretas e ‚autor, data, página’ para citações diretas; e as explicativas no fim do texto. As referências bibliográficas e/ou eletrônicas estão indicadas no fim do texto, cuja exatidão é de minha inteira responsabilidade.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.