

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

***A SAÚDE DO IDOSO SOB A ÓTICA DA EQUIPE DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA***

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública para fins de obtenção de título de mestre, junto ao Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Inserido na Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Simone Teresinha Protti

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Orientador

Ribeirão Preto
2002

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

RESUMEN

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	09
3. REFERENCIAL TEÓRICO	10
4. PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1 Contexto operacional da pesquisa.....	39
4.2 Estratégias de investigação.....	41
4.3 Local de estudo.....	44
4.4 Sujeitos da pesquisa.....	46
4.5 Procedimento metodológico.....	46
5. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS	54
O idoso é prioridade por conta da demanda.....	55
Equipamentos sociais na atenção a saúde do idoso.....	59
O idoso é percebido no seu aspecto bio-psico-social.....	61
Idoso é um grupo vulnerável.....	67
O idoso necessita de socialização.....	69
As dificuldades também estão na família.....	76
O idoso quer alguém que o escute.....	80
É difícil entender o envelhecimento.....	83
Há várias atividades voltadas para o idoso.....	85
Grupos comunitários e idosos.....	88
Idoso requer solidariedade.....	90
Prioridade são os idosos acamados.....	94
Atenção à saúde do idoso é um processo em construção.....	96
Os idosos têm baixa escolaridade.....	100
Quando o idoso é saudável é mais tranquilo.....	102
Equipe trabalha com outras prioridades.....	106
Baixas condições sócio-econômicas.....	108
Sempre tem alguma coisa voltada para o idoso.....	111
Idoso requer mais atenção.....	113
Há sempre um olhar voltado para o idoso.....	115
Grupo de convivência é um recurso.....	119
Idoso é sinônimo de experiência e sabedoria.....	121
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
8. ANEXOS	138

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

***A SAÚDE DO IDOSO SOB A ÓTICA DA EQUIPE DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA***

Simone Teresinha Protti

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Orientador

Ribeirão Preto

2002

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

***A SAÚDE DO IDOSO SOB A ÓTICA DA EQUIPE DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA***

Simone Teresinha Protti

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Orientador

Ribeirão Preto
2002

RESUMO

A saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa de Saúde da Família

A saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa de Saúde da Família é um estudo realizado nos quatro Núcleos de Saúde da Família, do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Neste trabalho procuramos compreender como os trabalhadores das equipes de saúde estão percebendo a temática do idoso no Programa de Saúde da Família, as dificuldades enfrentadas, e quais os recursos utilizados para atender a essa população. Utilizamos como referencial teórico a Transição Demográfica e Epidemiológica, as diretrizes do Ministério da Saúde para o Programa de Saúde da Família e a Política Nacional do Idoso (PNI). Na construção deste trabalho contamos com a participação de 22 (vinte e dois) profissionais de saúde, dentre eles, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No percurso metodológico, utilizamos a entrevista semi-estruturada, sendo a ordenação dos dados realizada através do Discurso do Sujeito Coletivo a partir da identificação das Idéias Centrais e Expressões Chave presentes nos discursos individuais. Os resultados evidenciaram que nos núcleos com maior demanda de idosos é prioridade a sua assistência, as equipes buscam alternativas para melhor atender a essa população, ou seja, na formação de grupos, visitas domiciliares ou em parcerias com outras instituições. Já os núcleos que possuem um número menor de idosos em suas áreas de abrangência, não têm o idoso como foco principal de sua atenção, pois há o predomínio da população adulto-jovem. Contudo, priorizam os idosos acamados e integram os demais nas atividades realizadas pelos núcleos. Percebemos que existe em todos os núcleos, independentemente do número de idosos presentes, uma sensibilização geral que expressa potencialidades no trabalho e na atenção à população idosa.

Palavras-chave: Idoso; Promoção da Saúde; Família; Política de Saúde

SUMMARY

The elderly's health under the Family Health Program Team.

The elderly's health under the view of the Family Health Program Team is a study that was conducted in the four Family Health Nuclei of the University Health Center of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Faculty of Medicine and the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. In this study, an attempt was made at understanding how the workers on the health teams perceive the elderly-related topics in the Family Health Program, the difficulties faced and what resources they search for in order to assist this population. The Demographic and Epidemiological Transition, the Guidelines from the Health Ministry for the Family Health Program and the National Policies for the Elderly (PNI) were used as theoretical frameworks. Twenty-two (22) health professionals participated in this study among whom were physicians, nurses, nursing auxiliaries and community health agents. Data were collected by means of semi-structured interviews and organized through the Collective Subject's Discourse based on the identification of the Main Ideas and Key Expressions present in individual discourses. The results showed that there was a care priority in the nuclei with a larger number of elderly participants, the teams searched for alternatives in order to better assist this population, that is, through the formation of groups, home visits or partnerships with other institutions. However, the nuclei with a smaller number of elderly participants in their coverage areas did not have the elderly person as their main focus of attention, since there was the predominance of a young adult population. Nevertheless, they prioritized the elderly who were in bed and integrated the others in all the activities carried out by the nucleus. It was noticed that there was a general sensitization in all the nuclei, regardless of the number of elderly people present, which demonstrates the potentialities in the work and care to individuals at this age range.

Key words: Elderly's Health, Health Promotion, Family Health, Health Policies.

RESUMÉN

La salud del anciano sob la óptica del equipo del Programa de Salud de la Familia.

La salud del anciano sob la óptica del equipo del Programa de Salud de la Familia es un estudio realizado en los cuatro Núcleos de Salud de la Familia del Centro de Salud Escuela de la Facultad de Medicina y Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. En este trabajo procuramos comprender como los trabajadores de los equipos de salud están percibiendo la temática del anciano en el Programa de Salud de la Familia, las dificultades enfrentadas, y cuales los recursos que buscan para atender esa población. Utilizamos como referencial teórico la Transición Demográfica y Epidemiológica, las directrices del Ministério de la Salud para el Programa de Salud de la Familia y la Política Nacional del Anciano (PNI). En la construcción de este trabajo contamos con la participación de 22 (veintidos) profesionales de salud, dentre ellos, médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y agentes comunitários de salud. En el percurso metodológico utilizamos la entrevista semi-estructurada, siendo la ordenación de los datos realizada a través del Discurso del Sujeto Colectivo a partir de la identificación de las Ideas Centrales y Expresiones Llave presentes en los discursos individuales. Los resultados evidenciaron que en los núcleos con mayor demanda de ancianos hay una prioridad en la asistencia, los equipos buscan alternativas para mejor atender esta población, o sea, con la formación de grupos, visitas domiciliarias o en parceria con otras instituciones. Los núcleos con un número menor de ancianos en sus áreas de acción, no tienen el anciano como foco principal de su atención, pues hay el predomínio de la población adulto-joven. Sin embargo, priorizan los ancianos acamados e integran los demas en todas las actividades realizadas por los núcleos. Percibimos que hay en todos los núcleos, independentemente del

número de ancianos presentes, una sensibilización general que demuestra potencialidades en el trabajo y en la atención a la población anciana.

Términos-clave: Salud del anciano, Promoción de la Salud, Salud de la Familia, Política de la Salud.

1. INTRODUÇÃO

O interesse pela área de gerontologia começou a fazer parte de meu cotidiano há vários anos, inicialmente como uma experiência pessoal de cuidar de meus avós que necessitavam de auxílio na realização das atividades da vida diária, diante de suas limitações físicas, fatos bastante comuns em idosos, fazendo-o com vontade e dedicação.

Após ingressar na universidade, no curso de enfermagem, procurava executar com responsabilidade as atividades que a mim eram designadas e contribuíram para a minha formação de enfermeira, mas tinha uma tendência a ter maior zelo na realização das atividades práticas das quais os idosos faziam parte, por entender que essa população necessitava de maior atenção em razão de suas carências, tanto emocionais como físicas. E dessa forma, dedicava mais tempo conversando com os mesmos, ouvindo-os contar experiências acumuladas em suas vidas, suas alegrias, tristezas e buscava nelas a valorização e a sabedoria de quem ao longo de anos construiu história.

Por ocasião do Estágio Curricular Supervisionado II (ECSII), 200 horas/aula, exigência curricular do curso de graduação de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), busquei algumas alternativas que pudessem acrescer em mim a compreensão e o conhecimento na área da gerontologia. Assim, após alguns contatos com uma docente egressa da Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, minha professora orientadora do estágio na UNIJUÍ, tive a oportunidade de realizá-lo junto a grupos comunitários e institucionais que prestavam algum tipo de atenção ao idoso em Ribeirão Preto-SP, sendo eles o Programa de Integração Comunitária (PIC) da Secretaria Municipal de Saúde, a instituição residencial filantrópica Lar

Padre Euclides e o Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA), mantido pelo Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Para a avaliação do ECSII havia necessidade de realizar uma monografia, para a qual trouxe experiências enumeradas pelos sujeitos dos grupos do PIC e residentes do Lar Padre Euclides. O REMA não fez parte deste trabalho devido à exigüidade do tempo junto aos seus membros.

A pesquisa contou com três atores idosos participantes do PIC e três moradores do Lar Padre Euclides e objetivou conhecer a composição dos diferentes grupos de idosos do PIC e da Instituição de Idosos, bem como conhecer as alterações mais significativas na sua vida a partir de sua inserção no grupo e instituição.

Os resultados revelaram que mesmo sendo grupos distintos, há mudanças semelhantes na vida dos idosos, ou seja, conviver em grupos possibilita criar amizades, respeitar o espaço do outro, compartilhar experiências, ouvir o outro, dividir tarefas, além de participar de atividades de lazer tais como passeios, jogos, bailes, comemorações diversas, entre outros.

No entanto, havia diferenças marcantes entre eles, enquanto no PIC havia a possibilidade de resgatar os valores e potenciais adormecidos com o tempo, preservando o movimento e sintonia com a vida, em contrapartida, os residentes do Lar Padre Euclides expressavam limitações nas atividades, ocorrendo morosidade e repetição no curso da vida diária e, algumas vezes,

parte delas eram relegadas, pois o cumprimento de regras e horários mais rígidos fazia parte do cotidiano.

A necessidade de aprofundar estudos nessa temática instigou-me a participar do processo seletivo no Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública - DEMISP, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O cumprimento dos créditos junto às disciplinas do programa oportunizaram realizar reflexões importantes sobre a atenção à saúde do idoso, culminando com a formalização da proposta, desenvolvimento e concretização deste estudo.

A definição do campo de pesquisa empírica nos Núcleos de Saúde da Família, vinculados ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, decorre, principalmente, da aproximação que o DEMISP tem junto aos núcleos de Saúde da Família, como campo de estágio para alunos de graduação, especialização e pós-graduação, e parceria da coordenação destes com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

A inquietação para estudar o idoso decorre justamente da tendência pessoal e aproximação com essa temática, mas também circunstanciada pela busca da compreensão e conhecimentos para a atenção à saúde dessa parcela populacional, principalmente pelo fato do ritmo acelerado do seu crescimento demográfico, com conseqüências importantes na mudança dos padrões de morbi-mortalidade, a médio e longo prazos na sociedade brasileira.

É importante, portanto, que as políticas públicas voltem suas atenções para o mesmo, pois existem estudos que revelaram uma tendência significativa de elevação dos gastos públicos na atenção à saúde com essa população. Sendo, portanto, importante a elaboração de estratégias e ações de saúde, que visem a uma assistência mais adequada às necessidades próprias dessa faixa etária, e que possam impactar resultados efetivos e concretos em termos de produção de saúde a esse grupo.

A escolha pelo Programa de Saúde da Família em relação a essa temática decorre do fato de que, este programa ou estratégia, denominação mais comumente usada, tem como proposta a mudança do modelo assistencial, tendo o indivíduo, a família e a comunidade como eixo de atenção, possibilitando, dessa forma, olhar para um grupo específico que necessita, mais comumente, de estratégias que envolvam ações intersetoriais para conformar uma atenção de melhor qualidade e resolubilidade. Coadunando, portanto, com a Política Nacional do Idoso - PNI que prevê uma política pautada por propostas que assegurem melhores condições de saúde e vida à população id

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

- Descrever a atenção à saúde do idoso na percepção da equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde;
- Caracterizar os recursos disponíveis na comunidade voltados à atenção aos idosos;
- Descrever os problemas que a equipe de saúde da família tem para prestar a atenção à saúde dos idosos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento populacional remete a importantes discussões nos campos social e econômico em especial nos países em desenvolvimento (Veras & Júnior, 1995). Para tanto, Wong & Moreira (2000) nos esclarecem que o processo de envelhecimento é a mudança na estrutura etária da população, sendo a taxa de fecundidade o primeiro fator determinante da transição demográfica seguida pela taxa de mortalidade, sendo assim, devemos buscar recursos para melhor atender a esta população em constante avanço.

É com o declínio nas taxas de fecundidade que se inicia o processo de envelhecimento populacional pela base da pirâmide, comum em países com baixos níveis de fecundidade. Esse processo de envelhecimento é vivenciado pela maioria dos países desenvolvidos e vem ocorrendo nos países subdesenvolvidos que se encontram em processo de desenvolvimento. O envelhecimento pelo topo da pirâmide é um processo experimentado nos países desenvolvidos em constante envelhecimento, próprio das populações que já atingiram níveis reduzidos de fecundidade e taxas de mortalidade em permanente declínio (Moreira, 2001).

Um fator importante comentado pelo autor é que o aumento da população idosa não ocorre somente com a redução da mortalidade, mas sim, associado com o decréscimo dos níveis de fecundidade. A queda da mortalidade causa um pequeno impacto nos padrões de envelhecimento populacional, porque historicamente o declínio da mortalidade, que aumenta as probabilidades de sobrevivência por idades, beneficia mais a população jovem do que a idosa. Assim, o crescimento da população jovem será maior do que o da população idosa, conseqüentemente teríamos um rejuvenescimento e não envelhecimento da população.

Moreira (2001) argüi que seria possível um envelhecimento da população em consequência da queda da mortalidade, se os níveis de fecundidade se mantivessem estáveis e baixos. Como exemplos desse processo podemos citar países como o Japão, a Itália e a França.

Em termos mundiais, Wong & Moreira (2000) nos esclarecem que, no aumento do envelhecimento, deve-se levar em consideração: o nível de pobreza da região, pois este é variável; o grau de urbanização, em consequência haverá um acentuado número de idosos urbanizados, em 1970 o índice era de 62,2% e as projeções para 2050 são de 82,2%; e a "feminização", ou seja, as mulheres idosas que em 1970 eram 3,5% em 2050 passarão a ser 19,5%.

As discussões a respeito do envelhecimento populacional têm tomado altas dimensões devido ao amplo crescimento do número de idosos num contexto mundial. Wong & Moreira (2000) nos fazem perceber este crescimento populacional em dois segmentos: países pobres os quais o número de idosos é elevado; e países ricos onde a população idosa é moderada. Assim,

*"... no conjunto de países subdesenvolvidos, os maiores de 65 anos que, em 2000, representavam 5,1% da população total. Nos países desenvolvidos este contingente representava 14,4% da população total."
(Wong & Moreira, 2000, p.15)*

É importante discutir que o processo de envelhecimento ocorre de forma diferenciada em todo o mundo. Sendo assim, buscamos alguns dados relevantes para o estudo no que concerne ao contexto mundial. Wong &

Moreira (2000) nos mostram em estudo recente que Espanha e Itália apresentam o maior Índice de Idosos¹ juntamente com a França que no período de 1950 liderava as estatísticas de envelhecimento. Nos países desenvolvidos temos Canadá e Estados Unidos, esclarecendo que as diferentes evoluções históricas não se relacionam com evoluções nos Índices de Idosos. Tailândia, China e Japão apresentarão um dos mais rápidos processos de envelhecimento populacional. Nos países africanos, mesmo em 2050, o Índice de Idosos ainda será menor do que o registrado no século XX pelos europeus.

A América Latina e Caribe chamam a atenção pela rapidez com que envelhecem, se compararmos com a América do Norte sua população é menos da metade e ainda menor do que a da Europa e África. Em 2050, a população da América Latina e Caribe se aproximará da população da Europa e África e irá superar a da América do Norte, ou seja, terá o mais veloz processo de envelhecimento mundial. *"O índice de idosos, que em 1950 apresentava valores da ordem de 9,2%, atingirá 83,7%, em 2050."* (Wong & Moreira, 2000:18)

Segundo Duchiate (1995) o declínio do crescimento da população brasileira se explica através das modificações do comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras, onde num período de aproximadamente 30 anos elas modificaram sua fecundidade. A taxa de fecundidade total, que é o número médio de filhos por mulher, vem apresentando uma considerável redução nas regiões do país. Dessa forma, a taxa de fecundidade total

¹ Índice de Idosos: este indicador é definido, convencionalmente, como a razão entre as participações relativas dos grupos etários idosos e jovens. (Wong & Moreira 2000, p.05)

chegou a 3,3 filhos por mulher no Brasil como um todo. Na região Sul e Sudeste chegou a 2,4 filhos por mulher.

Moreira (2001) argumenta que a mais relevante consequência da redução do nível de fecundidade é a mudança da distribuição etária da população brasileira. Assim, a participação do grupo etário jovem reduziu de 41,8% em 1950 para 28,6% em 2000, a população adulta que era de 55,7% aumentou para 66,0% e a população idosa passou de 2,4% em 1950 para 5,4% em 2000. Portanto, é a partir dos anos 80 e início de 90 que começam a ocorrer mudanças na pirâmide etária da população.

No Brasil, foi nos anos 60 que se deu o processo de queda dos níveis de fecundidade, ocasionando dessa forma a mudança da estrutura etária da população brasileira. Essa queda nas taxas de fecundidade da população não ocorreu uniformemente entre as regiões do Brasil, pois se observam disparidades entre os índices de idosos nas regiões (Moreira, 2001).

Com o declínio nos níveis de fecundidade, esclarece Moreira (2001), o que se espera é a homogeneização nos índices de idosos a longo prazo. As regiões Norte, Nordeste e Sudeste possuem o mais lento processo de envelhecimento populacional tomando-se o período de 1950-2050. Pode-se dizer que essa morosidade no envelhecimento populacional se deve aos altos níveis de fecundidade dessas regiões, enquanto no Sudeste existe um constante rejuvenescimento da população devido ao fluxo migratório para essa região.

Contudo, o autor afirma que a queda nos níveis de fecundidade determina o envelhecimento da população brasileira. Nas regiões Norte e

Nordeste esse processo ocorrerá de forma mais acentuada e nas regiões Sul e Sudeste terá menor impacto. Já o impacto da mortalidade é sutil em todas as regiões e de menor expressão do que o efeito das migrações.

Segundo Wong & Moreira (2000), é somente depois de 1970 que se identifica a transição da fecundidade, e o processo de envelhecimento tem seu crescimento após 2000.

Diante disso, Veras (1994) comenta que o processo de envelhecimento é encarado com maior expressão nos países desenvolvidos onde o crescimento demográfico ocorreu significativamente no transcorrer do século passado e atrai a atenção pública durante os últimos vinte anos .

Wong & Moreira (2000) mencionam que, dentre os países em questão, Cuba obteve relevantes mudanças no aspecto demográfico, e isso se deve às transformações sociopolíticas que ocorreram nesse país. Seu índice de idosos é elevado, se comparado ao resto da região e dessa forma também terá um dos processos de envelhecimento mais velozes até meados de 2050.

Os mesmos autores citam o Haiti como um país que não evoluiu quanto ao seu processo de envelhecimento, pois dados nos apontam que até 2000 a relação entre o número de crianças e idosos continuava diminuindo. Mesmo tendo em vista a queda na fecundidade, o país ainda estará defasado, em 2050 terá sua relação criança/idoso similar à que países europeus tinham em 1950.

O México é o país que melhor representa o processo de envelhecimento, ou seja, a velocidade com que a população envelhecerá. Pois,

nesse país a mortalidade na terceira idade é menor, 54% dos que atingirem a aposentadoria chegarão até os 80 anos. Os indicadores de mortalidade desse país são melhores que os países de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)² alto.

Um dado importante apresentado por Wong & Moreira (2000) é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), pois através do mesmo busca-se identificar a diversidade da dinâmica demográfica regional com as diferenças sociais existentes no interior do país. A partir do IDH pode-se dizer que o Haiti se encontra distante de outros países da região; Cuba como foi comentado se apresenta num estágio de transição demográfica destacado sobre os demais; e o Brasil e o México pela velocidade com que ocorreu a queda da fecundidade, ou seja, em quase 50% nos últimos 20 anos.

Wong & Moreira (2000) nos mostram que a classificação que se obtém através do IDH é semelhante às classificações elaboradas segundo critérios demográficos relacionados com a transição de fecundidade. Geralmente países com menor IDH possuíam, entre 1985-1990, níveis elevados de fecundidade.

Segundo os autores, os países com IDH alto são países localizados na parte superior do continente que possuíam taxa de fecundidade média-baixa, e países do cone sul que possuem baixas taxas de fecundidade desde os anos 60.

² O IDH é uma medida relativa de comparação internacional. Está composto de indicadores sociais (educação), econômicos (PIB *per capita*) e demográficos (níveis de mortalidade). (Wong & Moreira 2000, p.07)

Um fator importante que os autores nos apresentam é o de que os valores do IDH na América Latina não registram diferenças marcantes. No final dos anos 90, esse índice oscilou entre 0,84 para o Chile e 0,62 na Guatemala o que não tira os países latino-americanos do terço mais pobre do mundo.

Wong & Moreira (2000) apontam que uma análise do desenvolvimento dos componentes do IDH mostra que a melhora dos níveis de mortalidade de um determinado país é um fator de extrema relevância para aumentar o IDH. Dentre esses países destacam-se a Argentina, o Brasil, a Colômbia, o México e o Peru.

Duchiade (1995) argumenta que o IDH acompanha a regionalização do país. Sendo assim, as regiões Nordeste e Norte apresentaram os índices mais baixos. Em contrapartida, há uma desigualdade nas regiões com relação ao desenvolvimento humano, ou seja, a média do IDH para as regiões Sul e Sudeste é superior à da região Nordeste.

No Brasil, Veras (1995) expõe que diante desse incontável crescimento da população idosa, há a estimativa de que para 2025 o número de idosos será de 31,8 milhões de pessoas, este fator colocará o Brasil na sexta posição em número de idosos no mundo.

Diante disso, Chaimowicz (1997) prevê para 2020 que a expectativa de vida ao nascimento se aproximará de 75,5 anos. E ainda nos mostra que a previsão para 2025 é de que haverá cerca de 34 milhões de cidadãos com 60 anos ou mais. É pertinente ressaltar aqui o fato de que esse perfil da população faz com que aumente a prevalência das doenças crônico-

degenerativas, principais geradoras de incapacidades e dependência, levando assim a um aumento na demanda recursos de saúde.

Para Veras (1994), a palavra crônica descreve uma doença de longa duração que envolve mudanças lentas. E o intervalo de tempo que define a cronicidade não é estabelecido.

Dados expostos por Moreira (2001) mostram que em 2000 a proporção de idosos ainda é modesta (19ª posição) e o número de idosos é alto (11ª posição); e para 2050 a população idosa se manterá na 20ª posição, enquanto o volume de idoso se amplia e passa para a 5ª posição.

Veras (1995) elucida que a partir de 1930 a maioria dos óbitos aconteciam em decorrência das doenças infecciosas e parasitárias, tempo depois, com a descoberta dos antibióticos essas mortes tiveram uma diminuição, um fator que contribuiu para isso foi a melhoria nas condições de saneamento básico da população, provocando um aumento na sobrevivência das idades mais jovens e uma diminuição da mortalidade infantil.

Os autores nos relatam que essa diminuição da mortalidade infantil contribuiu para aumentar a mortalidade proporcional do número de idosos, e nesse sentido, a mortalidade proporcional por doenças crônico-degenerativas, que são as prevalentes entre a população mais velha, aumentou. Esses fatores contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população, que na Inglaterra em 1870 era de 26 anos. Nos Estados Unidos até 1980 era de 73,6 anos. O Brasil dobrou sua expectativa de vida ao longo do século (transição do século XIX para o XX). É importante destacar que à

alteração nos padrões de doenças de uma população chamamos transição epidemiológica.

*"... à medida em que as nações se modernizam, tendem a aprimorar suas condições sociais, econômicas e de saúde. As condições de vida anteriormente favoráveis à disseminação de doenças infecciosas e parasitárias foram rapidamente substituídas por condições de vida mais salubres e tecnologia médica aperfeiçoada (...) a teoria da transição epidemiológica se concentra nas complexas mudanças nos padrões de saúde e doença."
(Veras, 1994, p.28)*

Diante disso, é importante destacar que a melhoria nas condições de vida de uma população juntamente com mudanças no processo de saúde e doença são fatores que contribuem para aumentar a expectativa de vida. Através da visualização da tabela abaixo é possível perceber evolução no aumento da expectativa de vida da população brasileira desde o início do século passado, com projeções para 2025.

Tabela. Expectativa de vida ao nascer para ambos os sexos no Brasil.

Anos	Expectativa de vida ao nascer
1900	33,7
1910	34,0
1920	34,5
1930	36,5
1940	38,5
1950	43,2

1960	55,9
1970	57,1
1980	63,5
2000	68,6
2020	72,1
2025	75,3

Fonte. Veras, R.P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1994. p.224

Veras (1994) demonstra que a transição epidemiológica aponta três fases que mostram a mudança de uma mortalidade e fecundidade altas até chegar a uma mortalidade e natalidade baixas. As três fases são:

- *Idade da pestilência ou da fome*: apresenta uma mortalidade alta, impedindo o crescimento populacional. Assim, há uma baixa e variável expectativa de vida.
- *Idade da pandemia retrocedente*: quando a mortalidade começa a decrescer. Isso ocorre quando diminuem ou desaparecem as incidências de picos epidêmicos. Nessa fase há um aumento da expectativa de vida ao nascer.
- *Idade da doença degenerativa e de doenças criadas pelo homem*: há um constante decréscimo na mortalidade populacional chegando a atingir níveis baixos. A expectativa de vida aumenta e chega aos 70 anos.

Mais tarde foi descrita uma nova fase que chama a atenção pelo rápido declínio nas taxas de mortalidade para as doenças degenerativas. Esta nova fase foi denominada:

• *Idade da doença degenerativa adiada*: quando a maioria das mortes ocorre em idade avançada e na mesma proporção entre homens e mulheres. Os óbitos por doenças degenerativas ocorrem com mais frequência nas pessoas com idades mais avançadas. Há um aumento na sobrevivência de pessoas com idade mais avançada.

De acordo com Veras (1994), o Brasil como muitos países subdesenvolvidos se diferencia dos países desenvolvidos devido ao fato de que a grande maioria dos óbitos não ocorre por doenças degenerativas e não na mesma incidência entre homens e mulheres. Esse fato não é esperado por muitas décadas, pois o Brasil terá uma grande população jovem e também grande número de idosos.

É pertinente neste momento trazer alguns apontamentos realizados pelo mesmo autor, a respeito da distribuição dos idosos nas regiões brasileiras. Segundo o censo demográfico de 1991, o Rio de Janeiro e Paraíba são os Estados que possuem maior população idosa do país, resguardando as diferenças regionais de cada um e também o IDH é bastante diferenciado, sendo que o da Paraíba é o mais baixo entre todos os Estados. Nesse, o crescimento do número de pessoas idosas ocorreu devido às baixas condições de vida da população que em busca de melhores condições de vida muda para outros Estados. Juntamente a esse fator pode-se associar o aumento da taxa de mortalidade jovem e o decréscimo da fertilidade. Já na população do Rio de Janeiro a redução da fertilidade e das taxas de mortalidade vem ocorrendo há vários anos. São Estados com realidades diferentes num mesmo país e essas devem ser levadas em consideração.

É válido ressaltar que, segundo Veras (1995), a taxa de fecundidade teve seu declínio aproximadamente em 1960, e regrediu de 6,28 para 2,9 filhos por mulher. E o crescimento populacional foi decorrente principalmente da diferença das taxas de natalidade e mortalidade - crescimento vegetativo.

Outro fato que nos chama a atenção, evidenciado por Veras (1995), é o de que a longevidade da população idosa cresceu na década de 80, os homens ganharam 1,2 anos de vida e as mulheres mais 1,5.

A "feminização" da população idosa se explica pelo fato das causas violentas de óbito que atingem com maior freqüência os homens e também o aumento da tecnologia permitiu a redução das complicações da gravidez, do parto e puerpério, contribuindo assim para a diminuição das mortes entre as mulheres (Veras, 1995).

Duchiade (1995) complementa que a diminuição do número de filhos das mulheres brasileiras ocorreu ainda pela disseminação dos métodos anticoncepcionais modernos e seguros, em primeiro lugar estavam as pílulas e as laqueaduras tubárias. Embora na prática a laqueadura não seja considerada um método anticoncepcional, cada vez mais cresce o número de mulheres adaptadas a esse procedimento.

No país o número de mulheres esterilizadas supera o número das mulheres que usam pílulas. Um exemplo é a região Centro-Oeste com 63,7% de esterilizações e 27,6% que usam método hormonal. Em alguns estados como o Maranhão, mulheres submetidas à esterilização chegam a quatro

vezes mais do que as mulheres que tomam pílulas. Na região Sudeste e Sul o índice não ultrapassa os 30%.

Numa perspectiva mundial, Moreira (2001) nos mostra que o processo de envelhecimento brasileiro chama a atenção pelo volume de sua população idosa e a intensidade com que esse processo ocorre, considerando os altos índices de pobreza.

É importante ressaltar que está ocorrendo mundialmente um processo de envelhecimento da população. No Brasil, como já foi comentado anteriormente devemos nos atentar, segundo Wong & Moreira (2000), às diferenças regionais do envelhecimento, ou seja, a "feminização" do envelhecimento, o envelhecimento do grupo etário idoso, a urbanização e também as condições socioeconômicas. É por essas condições do processo de envelhecimento da população brasileira que se fazem necessárias políticas públicas e sociais destinadas a garantir uma melhor qualidade de vida ao idoso brasileiro.

Acreditamos que devido à grande demanda de idosos que vem crescendo a cada dia e visando ao bem-estar dos mesmos, a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos implantou para nós a Política Nacional do Idoso (PNI) no ano de 1998.

De acordo com a PNI, disponível através da Lei número 8.842 de 4 de janeiro de 1994, o idoso é considerado a pessoa com sessenta anos ou mais de idade. A PNI é um instrumento que o setor saúde dispõe para pensar a política de atenção à saúde dessa parcela populacional. Dessa forma, busca assegurar os direitos sociais do idoso e criar condições para promover sua

autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998).

Essa Secretaria Nacional adota os seguintes princípios:

- *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;*
- *o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;*
- *idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;*
- *idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;*
- *as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei.*

A PNI possui nove diretrizes que a regem, assim expressas:

- *viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;*
- *participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;*

- *priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;*
- *descentralização político-administrativa;*
- *capacitação e reciclagem dos recursos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;*
- *implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;*
- *estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;*
- *priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;*
- *apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento; (Secretaria Nacional dos Direitos Humanos,1998, p.12,13)*

A preocupação na atenção a essa faixa etária circunscreve-se ao fato de que em nosso país existe um crescimento exponencial da população idosa. De acordo com a Secretaria de Saúde (1998), existem poucos estudos demográficos e epidemiológicos a respeito do processo de envelhecimento no Brasil.

Isso nos leva a supor que o impacto dos gastos públicos com essa parcela populacional terá dimensão importante. Esse pressuposto é baseado nos estudos feito por Kalache et al. (1987), mostrando que na Inglaterra, os idosos (acima de 65 anos) utilizam 60% do orçamento do Departamento Nacional de Saúde e Cuidados Sociais, isso considerando o fato de que a maioria dessa população vive na comunidade e apenas 5% é institucionalizada.

Segundo dados da UnATI (2000), até meados dos anos 60 os grupos etários mantinham um crescimento semelhante, sendo a partir desse momento que a população idosa despontou. Diante disso, cabe esclarecer que o aumento da qualidade de vida das populações urbanas e rurais, ou seja, a melhoria de suas condições socioeconômicas: acesso à educação, trabalho, condições sanitárias, alimentares e ambientais são alguns dos fatores determinantes para a mudança da pirâmide etária.

Ainda, segundo estudos da UnATI (2000), no Brasil o envelhecimento é predominantemente urbano e foi este processo de urbanização, juntamente com o acesso da população aos serviços de saúde e saneamento, que contribuíram para o decréscimo da mortalidade. A propósito, as perspectivas para o século XXI são de que 82% dos idosos brasileiros pertençam à população urbana.

No Brasil, os anos 90 passam a experimentar um processo de reformulação do setor saúde, como a revalorização do tema família, propiciando a reorganização das políticas e ações de saúde.

Em 1993, o Ministério da Saúde reúne coordenadores com experiências em Atenção Primária à Saúde, voltada à comunidade e família, para discutir a

reorganização dos serviços básicos de saúde, ocasião em que a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) é apresentada, centrando sua responsabilidade na equipe de saúde articulada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando à promoção da saúde.

O PSF em suas diretrizes centrais busca a integralidade da assistência através do envolvimento responsável de todos os agentes de saúde, tendo por base o conhecimento da clientela na adstrição territorial, como meio de pensar a atenção aos usuários nos aspectos promocionais, preventivos e de recuperação da saúde. Tem como objetivo, uma resolubilidade maior das demandas que chegam até a equipe de saúde, visando à integração dos serviços de saúde e equipamentos sociais presentes na área de abrangência (Cordeiro, 2000). Sua equipe é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Uma das responsabilidades do PSF é a atenção à saúde do idoso, para tanto, cabe a esses profissionais da rede básica voltarem suas atenções a essa população, a fim de promover a saúde e prevenir agravos.

Uma série documental lançada pelo Ministério da Saúde sobre a atenção à saúde do idoso mostra que a equipe de saúde deve estar apta para identificar fatores de risco junto à população idosa, estimulando a família na responsabilização para com a atenção à saúde do idoso, inserindo-o no ambiente familiar e social, buscando melhor qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2000).

O Programa de Saúde da Família, no que concerne aos aspectos do envelhecimento, busca oferecer suporte a profissionais da rede básica

desenvolvendo uma abordagem integral e contextualizada da atenção à Saúde do Idoso.

Estudos realizados por Gordilho et al. (2000) comentam que estamos numa era em que as internações institucionais, as casas de repouso e similares estão sendo questionadas até mesmo em países desenvolvidos. Os custos com esses modelos e as dificuldades em sua manutenção exigem maior resolubilidade e disciplinamento de forma a diminuir o ônus. Assim, há a retomada ao cuidado domiciliar, não vista somente para diminuir custos ou delegar responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos com capacidade funcional comprometida necessita de orientação e informação conjunta com especialistas.

É dessa forma que o PSF aproxima-se do idoso almejando promover uma assistência de qualidade para os mesmos dentro do âmbito familiar. Pois, ser portador de uma doença crônica não significa que o idoso não possa viver seu cotidiano independentemente.

Neste momento, é importante salientar o conceito de capacidade funcional que nos traz Gordilho et al. (2000, p.20,21), "capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma". Segundo o autor, na saúde pública a capacidade funcional nasce como um novo conceito em saúde, instrumentalizando e operacionalizando a atenção à saúde do idoso. Ainda propõe que as ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devam melhorar a capacidade funcional prejudicada pelo idoso ou mantê-la, e sempre que possível, tentar recuperá-la.

Ao trazer esse enfoque de capacidade funcional, observamos que o mesmo transcende o simples diagnóstico, vê o idoso em seu contexto socio-econômico e cultural, interagindo na sociedade. À medida que buscamos alternativas para um envelhecer mais saudável visando à manutenção da capacidade funcional deste idoso estamos favorecendo sua autonomia e promovendo sua independência física e mental.

O processo de envelhecimento deve ser objeto de conhecimento e informação para todos, o idoso não deve sofrer discriminação, assim como deve ser o alvo das transformações a serem efetivadas através de políticas de saúde, atentando para as disparidades regionais e locais, em especial as contradições entre o meio rural e urbano do Brasil. Assim, este trabalho tem como preocupação entender como a equipe do PSF está direcionando suas ações voltadas à saúde do idoso.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Contexto operacional da pesquisa

O Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - CSE/FMRP foi criado pelo convênio firmado entre a Universidade de São Paulo, por meio do Departamento de Medicina Social da FMRP/USP e a Secretaria Estadual de Saúde, em 1979. Tem como propósito desempenhar as atividades acadêmicas e de formação profissional, mediante a prestação de assistência à saúde da população.

A partir de 1983, com as políticas voltadas às Ações Integradas de Saúde (1987), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e na década de 90 a consolidação do Sistema Único de Saúde, o CSE passa a incorporar, com maior veemência, o processo de formação profissional, com alunos de graduação e pós-graduação das Faculdades de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia e da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras do *Campus* da USP. E ainda, alunos dos cursos de auxiliar e técnico de enfermagem do Centro Interescolar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

No que tange à participação social, foi instituída a partir do ano de 1987, a primeira Comissão Local de Saúde - CLS do município de Ribeirão Preto, fato que, posteriormente, desencadeou a formação de outras no município.

Nos anos 90, o CSE/ FMRP/USP passou a ser prestador de serviços no SUS, realizando atividades faturáveis e não faturáveis nas seguintes áreas de conhecimento: pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, dermatologia, moléstia infecto-contagiosa, saúde do trabalhador, psiquiatria,

psicologia, oftalmologia, endocrinologia, fonoaudiologia, radiologia, serviço social, odontologia, assim como mantém um trabalho de infra-estrutura nas áreas de imunização, curativos, esterilização, pronto atendimento, medicação, recepção, almoxarifado e arquivo médico.

O CSE destaca-se também por possuir um serviço de vigilância à saúde nas nove Unidades Básicas de Saúde do Distrito Oeste, atendendo a uma população estimada em 126.552 habitantes. Os atendimentos às pessoas com diagnósticos sugestivos de doenças de notificação compulsória são diariamente investigados e o fluxo de informações representa as providências tomadas, a exemplo a quimioprofilaxia nas famílias, envolvendo ações articuladas junto às escolas, creches e outros equipamentos sociais.

Em 1993, houve um processo de descentralização das ações de Pronto Atendimento para as demais unidades distritais de saúde. Coube ao CSE adequar-se a esta demanda constituindo-se como tal.

Em meados da década de 90, a FMRP/USP ampliou sua participação no CSE e reafirmou sua parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da constituição de um Conselho Diretor composto por departamentos da FMRP, da EERP/USP e da Secretaria Municipal de Saúde.

É no final dessa década que as ações de saúde do CSE direcionam-se para a Atenção Primária através da criação de uma Unidade de Saúde da Família. Essa experiência levou à criação, em 2001, de mais quatro Núcleos de Saúde da Família, com a contratação de equipes preconizadas pelo Ministério da Saúde: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

4.2 Estratégias de investigação

Este trabalho é de natureza qualitativa e buscou compreender, no discurso da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), de que forma é realizado o atendimento, quais os recursos que a comunidade oferece para o idoso, se estão sendo utilizados pela equipe e quais os problemas detectados pela equipe em relação ao idoso. O presente estudo desenvolveu-se junto as quatro equipes do PSF do Distrito Oeste de Ribeirão Preto, região de abrangência do Centro de Saúde Escola (CSE).

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1996), não se preocupa em quantificar, mas sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de ações, crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalha com a vivência, a experiência, a cotidianidade e a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada.

Triviños (1992, p.131) comenta que na investigação qualitativa "*existe a escolha de um assunto ou problema, uma coleta e análise das informações*".

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada. Para Minayo (1996, p.57), a entrevista semi-estruturada na pesquisa qualitativa "*é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais*".

Para Triviños (1992), a entrevista semi-estruturada é uma das melhores formas de coleta de dados, pois,

"... parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa." (Triviños, 1992 p.146)

Ainda, segundo o mesmo autor, as perguntas que constituem a entrevista semi-estruturada resultam não somente da teoria, mas também das informações recolhidas a respeito do fenômeno social que interessa, não sendo menos importante seu contato, incluindo os entrevistados.

4.3 Questões norteadoras

Assim, as questões que nortearam nossas entrevistas foram: a) Nas atividades que você desenvolve aqui no núcleo, o idoso faz parte do seu cotidiano de trabalho? b) Com que recursos você conta para atender ao idoso, além das atividades do seu dia-a-dia? c) Quais as principais dificuldades que você encontra para prestar a sua assistência aos idosos, aqui no núcleo?

4.4 Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido nos quatro Núcleos de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Os núcleos trabalham com a definição de território de abrangência e há um número de habitantes e famílias sob sua responsabilidade. O cadastramento das famílias é realizado, na sua grande maioria, pelos agentes comunitários de saúde através de visitas domiciliares.

A caracterização da comunidade assistida pelos núcleos ocorreu através de dados secundários do relatório mensal do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) obtidos junto aos núcleos.

Para obter maior sigilo sobre os sujeitos e locais de pesquisa, denominamos os núcleos pelas letras "A", "B", "C" e "D".

A equipe do núcleo "A" era composta por sete trabalhadores, sendo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

O núcleo "B" era composto por oito trabalhadores, sendo um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

O núcleo "C" possuía a mesma distribuição de trabalhadores do núcleo "B". E o núcleo "D" possuía a mesma distribuição do núcleo "A".

Os núcleos de Saúde da Família são monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou por outro instrumento

de monitoramento implantado pelo município, desde que seja alimentado através de dados do sistema preconizado no Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde.

4.5 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram os trabalhadores das quatro equipes da Saúde da Família, sendo estes: quatro médicos, quatro enfermeiros, seis auxiliares de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde, sendo que foram sorteados dois agentes por núcleo.

Este projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, no dia 19 de fevereiro de 2002. Todos os sujeitos da pesquisa foram orientados previamente antes da entrevista e expressaram sua aprovação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, de acordo com a resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde de 1996.

4.6 Procedimento metodológico

A ordenação dos dados foi realizada através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefèvre & Lefèvre (2000), que busca resgatar o discurso coletivo a partir dos discursos individuais.

Segundo os autores a proposta do DSC tem como finalidade fazer as devidas correlações que um coletivo traz em suas falas, carregadas de valores intrínsecos que são próprios da cultura. Tais valores se apresentam no cotidiano desses sujeitos sociais.

Baseados em Lefèvre & Lefèvre (2000), realizamos os apontamentos que seguem: o DSC possui depoimentos sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, visando a expressar o pensamento de uma coletividade. Sendo assim, um determinado pensamento expresso por um determinado indivíduo pode não espelhar suficientemente o pensamento dele mesmo, pois, sua resposta não atualizou as possibilidades presentes em sua cultura; dessa forma, a resposta de um ajuda a entender, ou complementar ou esclarecer o pensamento de outro.

O DSC, de acordo com os mesmos autores, é um discurso abstrato realizado a partir de discursos particulares concretos "desparticularizados", finalizando um ou vários discursos comuns. No processo de "desparticularização" retiram-se dos discursos individuais marcas que identifiquem situações particulares que dizem respeito à história do indivíduo como doenças, nomes, datas, histórias individuais, entre outras.

Na composição dos discursos coletivos o pesquisador pode construir um discurso coletivo usando somente parte do material de um dado depoimento, e com a outra parte do mesmo compor outro discurso. O DSC é uma descrição ou representação discursiva do imaginário social, possuindo como objetivo/compromisso sua própria clareza, coerência semântica e didatismo.

O imaginário social, na percepção dos autores, é uma representação social na forma de matéria-prima discursiva e esta permite que os indivíduos produzam pensamentos, crenças, sentimentos, entre outros, para serem inter-relacionados na sociedade em que vivem e nos grupos a que pertencem.

Para a construção do DSC, os autores criaram algumas figuras metodológicas que são: Temas; Idéias Centrais (IC) e Expressões Chave (ECH).

Para Lefèvre & Lefèvre (2000, p.18) a Idéia Central *"poderia ser entendida como a(s) afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos"*. Assim, ela se constitui na veracidade das Expressões Chave de cada entrevista.

As Expressões Chave são *"transcrições literais de parte dos depoimentos, que resgatam o essencial do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento"* (Lefèvre & Lefèvre 2000, p.18). Segundo o autor, as ECHs são uma prova das idéias centrais e vice-versa. É, na maioria das vezes, através das ECHs e ICs que se constrói o Discurso do Sujeito Coletivo. As ICs são o que o entrevistado quis dizer e as ECHs como isso foi dito.

Os autores descrevem que as ECHs são basicamente concretas, expressivas, descritivas, abundantes, afetivas, literárias; o contrário das IC que são abstratas, conceituais, sintéticas, frias e poucas.

Nessa construção metodológica, segundo os autores, não é fácil muitas vezes extrair de um discurso a IC. Dessa forma, em algumas ocasiões se faz

necessário fazer o texto passar por uma operação de tematização. Assim, a IC é a expressão do que se quis dizer, enquanto o Tema diz respeito ao assunto em pauta, ou seja, sobre o que o texto trata. Não é sempre possível estabelecer uma distinção clara entre IC e Tema, pois na análise empírica, muitas vezes, essas figuras se confundem. Às vezes, o tema revela o posicionamento do depoente.

O Discurso do Sujeito Coletivo é a principal das figuras metodológicas, pois, é um rompimento com a lógica quantitativo-classificatória, que busca "*resgatar o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos*". Deve ficar claro que, com o DSC, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria unificadora, busca-se fazer o inverso,

"... reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeças, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada "figura", ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno." (Lefèvre & Lefèvre 2000, p.19)

O autor comenta que o DSC é uma estratégia metodológica que torna possível a recuperação da fala do social, possibilitando uma melhor compreensão do modo como os indivíduos pensam.

Para a elaboração do DSC, faz-se a seleção das principais Idéias Centrais e Expressões Chave presentes nos discursos e termina sob forma sintética, onde se busca a reconstituição discursiva da representação dada pelos sujeitos sobre determinado tema. Sabe-se que a identificação das ICs ocorre a partir das ECHs. Em resumo, a proposta do DSC é traduzir em um único discurso a síntese dos vários depoimentos orais dos sujeitos entrevistados.

O conteúdo do DSC se compõe através da fala individual expressa pelo sujeito e também por aquilo que poderia ter falado e que seu companheiro de coletividade atualizou por ele, já que o pressuposto sociológico é que o DSC seja a expressão simbólica do campo a que ambos pertencem e da posição que ocupam dentro deste ou de uma cultura organizacional.

Essa fase pré-analítica é uma etapa importante para o processo de ordenação e análise dos dados, pois permitirá a emergência dos temas incursos nos depoimentos orais, permitindo abstrair as suas ECHs e ICs.

Para a análise dos temas emergidos dos depoimentos orais, seguiremos a orientação metodológica de Minayo (1993), a qual propõe que seja realizada inicialmente uma leitura flutuante e posteriormente a constituição de um *corpus*.

Segundo Minayo (1993), na *leitura flutuante*, tomamos contato com o material das entrevistas nos inserindo em seu conteúdo através de vários olhares sobre o mesmo. Para a mesma autora, a *constituição de um corpus* é a organização do material de acordo com algumas normas: exaustividade, a qual abrange aspectos levantados no roteiro; representatividade, que contemple o universo pretendido; homogeneidade, que obedeça a critérios precisos de escolha no que tange aos temas, técnicas e interlocutores; e pertinência, ou seja, as entrevistas analisadas devem corresponder aos objetivos do trabalho.

Para a análise dos dados buscamos outros autores que desenvolveram reflexões teóricas sobre os temas emergidos dos dados empíricos.

Considerando os discursos individuais e pela aproximação das falas, tendo em vista as características dos núcleos no que concerne à população idosa adscrita, realizamos o agrupamento dos núcleos de Saúde da Família da seguinte forma: núcleos "A" e "B" que possuíam um considerável número de idosos em seu território e os núcleos "C" e "D" caracterizados por um menor número de idosos em suas áreas de abrangência.

Também agrupamos as falas por categoria profissional, enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A partir das três questões geradoras, construímos, com os trabalhadores de saúde das equipes do Programa de Saúde da Família, Temas, Discursos do Sujeito Coletivo e Idéias Centrais.

DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO I

5. A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO EM CONSOLIDAÇÃO

A seguir realizaremos a discussão e análise dos Temas que emergiram dos discursos dos profissionais de saúde dos Núcleos "A" e "B". **Enfermeiros:** O idoso é prioridade por conta da demanda; Equipamentos sociais na atenção à saúde do idoso; Idoso é percebido no seu aspecto biopsicosocial. **Médicos:** Idoso compõe um grupo vulnerável; O idoso necessita de socialização; As dificuldades da família com o idoso. **Auxiliares de Enfermagem:** O idoso quer atenção; É difícil entender o envelhecimento humano. **Agentes Comunitários:** Atividades voltadas para o idoso; Grupos comunitários e idoso; Idoso requer solidariedade.

ENFERMEIROS

5. 1. O idoso é prioridade por conta da demanda.

DSC 1. *A maior população de usuários do núcleo é idosa, posso dizer que é 60% a 70% da demanda. Na recepção você dificilmente vê uma criança, só população idosa mesmo. Nesse sentido o serviço tem que se adequar e se preparar para isso. Acho que na equipe, de um modo geral, a gente tenta passar essa nova visão do idoso (da demanda do serviço) nas discussões de caso; precisamos ter a maleabilidade de estudar o que é ser idoso, aprender com eles e com a especialidade, não é dizer que o idoso é um doente, mas é uma etapa do desenvolvimento que a gente tem que se familiarizar. É muito novo o cuidar do idoso para a equipe da saúde e para isso contamos com a supervisão de uma geriatra. É uma população diferenciada e temos feito muitas coisas por conta dessa demanda.*

IC 1. A maior população de usuários é idosa.

IC 2. É muito novo o cuidado do idoso para a equipe da saúde.

IC 3. Tudo o que a gente faz aqui acaba sendo voltado para os idosos.

O presente discurso nos mostra que nesta área de abrangência dos núcleos há uma grande demanda de população idosa. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) dos Núcleos "A" e "B", o percentual de idosos acima de 60 anos é 17,26% e 19,44% respectivamente. Nesse sentido, é que a equipe volta sua atenção à saúde do idoso, ou seja, há

uma articulação interna da equipe visando a responder à específica demanda dessa parcela da população. As enfermeiras percebem que a atenção à saúde do idoso precisa ser melhor compreendida do ponto de vista prático e teórico e para tanto há a supervisão de uma especialista da área. Compreendem que o processo de envelhecimento é uma etapa pouco conhecida pelos profissionais de saúde, além de possuir características próprias do ciclo vital, que necessitam ser melhor articuladas do ponto de vista assistencial, e dessa forma precisam ser entendidas na sua especificidade.

No discurso, as enfermeiras deixam clara sua preocupação em relação à grande demanda de idosos que busca assistência no núcleo. É relevante neste momento trazer para a discussão os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) que nos mostram a proporção de idosos no Brasil em crescimento mais rápido que a proporção de crianças. Em 1980, a relação era de 16 idosos para cada 100 crianças, já no ano de 2000 essa relação era de 30 idosos para cada 100 crianças, atribuindo à longevidade esse aumento da população idosa.

O grande número da população idosa nas áreas de abrangência desses dois núcleos em questão nos remete à discussão das diferenças regionais, pois devemos sempre considerar as especificidades de cada região.

Veras (1995) nos aponta as disparidades das regiões brasileiras em relação à proporção de idosos. Segundo ele, essas proporções se acentuam a partir de 1980. As regiões Norte e Nordeste têm baixas proporções de idosos. Outro grupo formado pelas regiões Nordeste, Sudeste e Sul a percentagem de idosos é de 7% ou mais. As regiões Sudeste e Sul são as que

possuem maior proporção de idosos juntamente com as menores taxas de fecundidade (respectivamente 2,4 e 2,3 filhos por mulher) e as maiores expectativas de vida ao nascer (região Sudeste com 67,5 e a região Sul com 68,7).

Na região Nordeste, o autor esclarece que ocorreu diminuição nas taxas de natalidade, mas em contrapartida apresentou no ano de 1990 maior taxa de fecundidade (quatro filhos por mulher), menor esperança de vida ao nascer (64,2 anos) e maior taxa de mortalidade infantil (88,2 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos).

Assim como a distribuição de idosos ocorre de forma heterogênea, dentro de uma cidade a sua distribuição também ocorre dessa mesma forma. Portanto, alguns bairros acabam concentrando um número maior de idosos, talvez devido à composição familiar, às baixas taxas de fecundidade e à queda da mortalidade da população.

Dados atuais nos mostram que uma em cada dez pessoas tem 60 anos ou mais de idade e, a projeção mundial para 2050 é de uma para cinco em todo o mundo, e uma para três nos países desenvolvidos (IBGE, 2000).

Deve-se considerar que a equipe em função dessa transição demográfica terá dificuldades em cuidar deste contingente de idosos, pois a preocupação para com essa parcela populacional é muito recente, tanto do ponto de vista assistencial, através de políticas públicas e ações de saúde, quanto do ponto de vista da formação e capacitação dos profissionais de saúde.

Veras (1995) comenta que o envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, e, para tanto, é necessário almejar uma adequada qualidade de vida na terceira idade. Para ele o grande desafio diante desse crescimento populacional é assegurar serviços de qualidade para os idosos e desenvolver recursos humanos buscando a excelência e o conhecimento no cuidado a essa população.

Assim, a presença de elevado número de idosos nos dois núcleos em questão induzirá à necessidade de se voltar atenção para essa população. Essa demanda gera inquietações, uma vez que o processo de envelhecimento é uma questão recente no cotidiano desses profissionais, o que pode ser percebido nas falas das enfermeiras. Tal realidade faz com que busquem alternativas nessa população usuária do serviço, em ações de saúde do ponto de vista tanto individual como coletivo.

5. 2. Equipamentos sociais na atenção à saúde do idoso.

DSC 2. A gente faz grupos de orientação, tem grupo de quarteirão; grupo de hipertensão, a gente conversa um pouco e verifica a pressão, é bem interessante porque o idoso vem para conversar e depois fica para ver a pressão, tende a trabalhar mudança de hábitos e assumir o autocuidado. Tem a atividade física três vezes por semana com um monitor e depois palestras e esse grupo gera mais um monte de coisas. Tem café da manhã com eles, tem uma festa comemorativa que eles organizam. Tem também os grupos de atividades manuais: bordado de ponto cruz, bordado com fitas, eles procuram bastante. Trabalhamos com a Secretaria da Saúde, Cidadania, entram no nosso rol as Instituições Espíritas, o Lions, o Rotary.

IC 1. Busca de parcerias com outras instituições.

Este discurso nos mostra que os enfermeiros buscam nos grupos de atividades com os idosos recursos que possam orientar seu trabalho cotidiano com o idoso. Nesses grupos ocorre a troca de experiência a partir do convívio com outras pessoas possibilitando, assim, a integração do idoso ao meio social. A busca dos idosos nos grupos visa atender a uma necessidade de suprir o próprio isolamento social do idoso. Para tanto, os núcleos organizam diferentes formas de integração social, que agregam os idosos a partir de discussões que envolvam aspectos biológicos decorrentes da idade ou discussão e agregação por atividades não diretivas orientadas para a interação social.

Zimerman & Osório (1997) nos esclarecem que o ser humano é gregário por natureza e que existe em função de seus relacionamentos grupais. Desde o seu nascimento, o indivíduo participa de diferentes grupos, em constante troca de experiências entre a busca da sua própria identidade e a necessidade de sua ressocialização com o meio social.

É através de sua inserção em algum grupo que os idosos melhoram sua auto-estima, reintegram-se socialmente e, muitas vezes, melhoram seu estado de saúde e a necessidade de sua ressocialização com o meio social.

Além das várias formas de integração dos idosos aos grupos, a equipe busca parcerias com outras instituições visando a maior suporte para a população idosa da sua área de abrangência.

Em relação a esse discurso trazemos para discussão as idéias centrais da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que se realizou em Ottawa, Canadá no ano de 1986. As discussões centralizaram-se

principalmente nas necessidades de saúde dos países industrializados, mas também levaram em consideração as necessidades de outras regiões do mundo (Ministério da Saúde, 1994).

A Carta de Ottawa referenda que devemos trabalhar para ampliar a saúde de todos e uma das formas para alcançar isso seria reorientando os serviços de saúde e também os recursos disponíveis para a promoção da saúde. Busca a intersetorialidade, ou seja, o incentivo à participação e colaboração de outros setores com outras disciplinas e, mais importante, o envolvimento da própria comunidade (Ministério da Saúde, 1994).

5. 3. O idoso é percebido no seu aspecto biopsicosocial.

DSC 3. *Na questão biológica você encontra as doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, osteoarticulares, diabetes mellitus...) e também aquelas próprias da fisiologia da idade. Um problema é o isolamento do idoso no domicílio sem lazer e sem ter com quem conversar, a gente consegue ver que ele precisa sair para fazer alguma atividade, outro problema é aquela família que esquece de acrescentar o idoso no seu cadastro. Tem idosos com começo de depressão e aí a gente sempre discute a família, às vezes, os filhos moram em outros bairros e temos que chamá-los para assumir a responsabilidade. Muitas vezes, o idoso ocupa um lugar importante na família, e esta até cuida um pouquinho dele para preservá-lo, é uma expressão forte mas é mais ou menos isso!*

IC 1. As doenças crônico-degenerativas são as mais comuns nos idosos.

IC 2. O isolamento social é um problema para os idosos.

IC 3. Muitas vezes o idoso é o provedor da família.

No discurso pode-se perceber que a equipe vê o idoso tanto no aspecto biológico como no aspecto social. No aspecto biológico emerge do mesmo as doenças crônico-degenerativas que acometem os idosos no decorrer dos anos.

Segundo Lessa (1998) o aumento da expectativa de vida implica num aumento da morbidade por doenças crônico não transmissíveis*. Sabe-se que muitas dessas patologias são parciais ou totalmente incapacitantes, dentre outras são representadas por: doenças cardiovasculares, seqüelas de doenças cerebrovasculares, osteoarticulares, diabetes mellitus, conseqüências de osteoporose e as doenças psicoorgânicas, traduzidas pelos diversos quadros de demência. Todas essas patologias de uma forma ou de outra afetam os idosos no transcorrer de sua vida e essas são determinantes para o aumento dos gastos públicos nos países desenvolvidos.

É importante esclarecer que as doenças do aparelho circulatório estão entre a primeira causa de morte nos idosos brasileiros (44,7% em 1980; 40% em 1991; 38,1% em 1996). No segundo grupo de causa de mortes dessa população estão as neoplasias (em 1989 com 11,5%; 1991 com 12,9% e 1996 com 13,3%). Em seguida, aparecem as doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, as doenças do aparelho digestivo, as causas externas, as doenças infecciosas e parasitárias (Informe epidemiológico do SUS, 2000).

Kalache et al. (1987) nos mostra o exemplo da Inglaterra, onde a população acima de 65 anos faz uso de 60% do orçamento do Departamento

* Segundo Lessa (1998) doenças não infecciosas, crônicas não-transmissíveis são terminologias usadas para definir grupos de patologias caracterizados pela ausência de microorganismos no modelo epidemiológico, pela não transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade. (Lessa, 1998, p.29)

Nacional de Saúde e Cuidados Sociais; metade ou mais dos leitos são ocupados pelas pessoas idosas, sendo que o tempo em que essas pessoas permanecem internadas é aproximadamente duas vezes mais do que a população jovem. E os gastos com cuidados na comunidade não diferem ainda que a maioria dos idosos conviva na comunidade, sua manutenção é extremamente onerosa.

Paschoal (1996) afirma que a preocupação do Estado é que a maioria dos atendimentos é feita na rede pública ou na privada vinculada à Previdência Social, e não há um enfoque preventivo, que poderia reduzir a pressão sobre os serviços de saúde.

O autor argumenta, ainda, em favor da necessidade de investimentos na área social, pois pessoas com doenças crônicas demandam estrutura de suporte a longo prazo, necessitando de serviços comunitários e uma rede de apoio que auxilie as famílias na assistência a esses idosos.

Veras et al. (1987) nos mostram que apesar da população idosa dos países desenvolvidos ser considerada saudável, 80% desta possui algum tipo de doença crônico-degenerativa. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde de 1986, os gastos com internações por doenças cardiovasculares ou diabetes chegam a 1/3 dos custos de todas as internações.

O envelhecimento tem sido associado a um aumento da prevalência de doenças crônicas, incapacidades e morte. Pesquisas recentes mostram que as doenças e limitações na população idosa não são inevitáveis, no entanto, com a adoção de métodos preventivos e da promoção da saúde focalizando hábitos

de vida saudáveis, existe a possibilidade de um envelhecimento com maior qualidade de vida (Costa, 2000).

Outro fator percebido no discurso é o isolamento social do idoso que por estar mais velho acaba se restringindo ao seu lar, tendo poucas oportunidades de lazer e de convivência social, aliado ao fato de que os filhos também necessitam desenvolver atividades profissionais ou outras. Algumas dessas situações podem levar os idosos a apresentar depressão, tristeza e angústia. Essas suscitam à equipe buscar alternativas de apoio ao idoso, um dos meios é trazer a família para discutir e encontrar maneiras para melhorar a qualidade de vida do idoso.

Carvalho & Fernandez (1999) apontam que os distúrbios psiquiátricos mais prevalentes nos idosos são as síndromes depressivas e demenciais. Nessa idade há uma maior probabilidade de ser acometido por depressão, pois nessa fase da vida é freqüente apresentarem limitações e perdas e em consequência ocorre prejuízo na auto-estima.

Muitas vezes, o idoso não tem na família o suporte adequado para o seu bem-estar e quando o tem é porque de alguma forma esse idoso torna-se importante para auxiliar na subsistência dessa família, um dos exemplos típicos é em relação à sua participação no orçamento da família através do benefício da aposentadoria. É por todas essas dificuldades que o idoso não pode ser visto somente do ponto de vista biológico, e sim percebido no seu aspecto biopsicosocial, pois muitas doenças que acometem o idoso são decorrentes do meio social em que se encontra.

Menezes (1999) afirma o quanto é difícil sobreviver numa família desestruturada. E esse fator torna-se mais agravante quando se trata de pessoas idosas, pois as mesmas possuem valores que já estão imbuídos em sua maneira de ser e têm que conviver com valores e culturas diferentes.

A autora comenta que esse idoso que um dia teve múltiplos papéis sociais, não teve tempo para preocupar-se consigo mesma e, dessa forma, não percebeu o passar dos anos. E nessa fase da vida que se encontra deveria estar se ocupando com algo que lhe propicie prazer, estabelecendo novas relações sociais, investindo na sua auto-estima, mas não é isso que costuma ocorrer, na maioria das vezes, esse idoso encontra-se numa situação diferente daquela que seria a condição de vida aceitável.

Portanto, a mesma autora sugere a adoção de estratégias de intervenção social, com o objetivo de ajudar os idosos e suas famílias. Não há como negar a velhice, pois ela é um processo biológico natural e irreversível. E, diante disso, devemos adotar medidas preventivas em busca de uma velhice mais saudável para os nossos idosos.

Veras et al. (1987) elucidam que na terceira idade muitas vezes os problemas de saúde causados por diversas patologias são agravados pela solidão e a pobreza. Muitas vezes, a viuvez e a diminuição da família que ocorreu com a transição demográfica, são fatores determinantes que contribuíram para a diminuição do suporte familiar, levando-o ao isolamento e a intercorrências.

MÉDICOS

5. 4. Idosos compõem um grupo vulnerável

DSC 1. *É uma pessoa que precisa ter uma atenção e uma consideração maior. A maioria deles são carentes afetivamente. Chegam aqui sempre muito deprimidos com a auto-estima muito baixa, maioria tem filhos, netos mas não tem uma participação grande ou não são consultados para resolver as coisas da família, tem um pouco de descaso com a maioria dos idosos; Um grande número dos idosos mora sozinho e o risco de acidente dentro de casa é maior. Tem que ter uma prevenção. A gente tem uma atenção em especial para com o idoso.*

IC 1. É um grupo que precisa de maior atenção.

O presente discurso deixa claro que a população idosa ali assistida necessita de uma maior atenção. A família, às vezes, sem perceber acaba menosprezando o idoso no seu meio e assim, ele deixa de participar das decisões familiares o que prédispõe o mesmo ao isolamento e à depressão.

Esse discurso coaduna com a fala das enfermeiras quando referem que a ausência da família predispõe o idoso ao isolamento social. É percebido pelos médicos que existe a necessidade de adequar melhor as ações de saúde para com essa população. Isso é referido a partir da percepção de que os idosos buscam no serviço algo além da consulta médica, que é alguém que lhes dê atenção, acolhimento e ouça suas inquietações.

Para Veras (1987), um dos fatores que contribui para a diminuição do *status* social do velho é a modernização da tecnologia dos anos atuais. Uma das conseqüências é a tomada de habilidades dos idosos tornando irrelevantes suas contribuições para a sociedade em que vive. Então, essas transformações sociais, culturais e econômicas do mundo atual contribuem

para que o idoso se sinta mais solitário, rejeitado e indesejado, inclusive dentro da sua própria família.

Muitas vezes, os idosos buscam o serviço de saúde apenas para ter alguém para conversar, se sentir menos sozinho. Conversar com um profissional da equipe é a forma dele buscar apoio e suprir suas carências. Nesse sentido a equipe de saúde é o ponto de referência para esse idoso, pois é nela que ele busca amparo.

Para Ferrari (1996), o que contribui para que os idosos se sintam deprimidos e solitários nesta fase da vida, muitas vezes, é a falta de preparo para a velhice juntamente com a perda de *status* e a conseqüente desvalorização social que fazem com que a aposentadoria e o seu tempo livre não se tornem algo prazeroso, mas sim, algo indesejável, monótono, marginalizado e para alguns com preocupação econômica também.

É relevante o número de idosos da área de abrangência destes núcleos que moram sozinhos, dessa forma a equipe trabalha com a prevenção de acidentes domésticos visando a maior segurança a essas pessoas.

5. 5. O idoso necessita de socialização.

DSC 2. O grupo é um espaço que possibilita a troca, nós temos os grupos de hipertensos, atividade física, diabetes onde os idosos que tem, dão uma aula para aqueles que estão começando agora; O grupo de quarteirão onde a maioria que participa são de uma certa idade. Esses grupos tem ajudado muito a gente, pois é um espaço de troca de experiências, de convivência, e também de socialização, pois tem idosos que moram sozinhos e que melhoraram bastante a partir do momento que começaram a vir para grupos.

Nós também tivemos o carnaval da terceira idade aqui no núcleo, são momentos que você perde a distância entre o profissional de saúde, dono do saber, com o idoso. Outra coisa que vem para ajudar é o apoio de uma geriatra, de um psiquiatra e do pessoal da farmácia, que nos dão uma outra visão na assistência e no manejo do idoso. Estamos fazendo uma articulação para montar um grupo de terceira idade dos dois núcleos, porque temos as mesmas características, e que terá a finalidade de agregar idosos para discutirem o seu dia-a-dia. O idoso já tem toda uma experiência formada e, às vezes, a gente é ensinada por eles.

IC 1. Idosos são mais disponíveis para participar de grupos sociais.

IC 2. Outros saberes ajudam na compreensão e assistência ao idoso.

No discurso dos médicos, existe a percepção de que o núcleo tem um espaço que possibilita a inserção dos idosos em grupos. Esses grupos são constituídos a partir da necessidade prévia de abordar algumas patologias associadas a terceira idade, como grupo de hipertensão e diabetes, que além de possibilitar a troca de informações acerca da doença, também visa à socialização desse grupo. Outras experiências na abordagem e formação de grupos referem-se aos espaços extramuros do núcleo, onde percebemos a importância de criar espaços de interação social fora do serviço de saúde, com o intuito de conformar-se em grupos de apoio àqueles idosos que residem sozinhos ou que de alguma forma mantêm certo isolamento social da família.

Na percepção desses profissionais existe uma importância ímpar na formação desses grupos, na medida em que se tem percebido significativa melhora no padrão de vida desse grupo. São citados como exemplo, os grupos de atividades físicas, de quarteirão e as atividades de lazer e também alguns festejos específicos como o carnaval.

Um estudo realizado por Palha (2001) relata que o sentimento de ajuda e auto-ajuda tem uma estreita relação com a vida dividida num determinado espaço social. Podendo este local ser a praça, a sede, os bailes etc., mas este espaço permite a possibilidade dessas pessoas dispenderem seu tempo. Esse estudo mostra que o casamento dos filhos, a viuvez, a separação conjugal, o abandono pela família os levaram à solidão. A possibilidade de dividir o espaço com outras pessoas é uma forma de não ficar só, pois muitos idosos vêem a solidão como algo difícil de superar.

Novamente fazemos uso das palavras de Zimerman (2000), em que a mesma coloca que, num grupo através das relações que ocorrem entre seus componentes, busca-se a socialização do indivíduo no grupo, possibilitando seu crescimento individual como membro do mesmo, de sua família e da comunidade. Através do vínculo formado com os demais integrantes do grupo que lhes proporcione segurança, apoio, compreensão e liberdade é que conseqüentemente dão-se condições aos membros do grupo para que se desenvolvam sadiamente.

A equipe busca a socialização do idoso e dessa forma agregá-lo aos diversos grupos que o núcleo possui visando à melhoria da qualidade de vida do mesmo. Para a equipe, o grupo é um espaço de troca de experiência onde o idoso tem a possibilidade de conviver com outras pessoas, ou seja, se integrar e também aprender sobre a sua doença.

É também possível perceber nas falas que existe a necessidade de capacitação profissional nessa área. Os profissionais deixam entender que a temática do idoso é complexa, e assim há a prevalência de atualização

constante. Para isso esses profissionais têm tido a oportunidade de discutir as demais situações que envolvem o idoso com outras áreas do saber. Aparece no discurso a supervisão de uma geriatra, vinculada ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que tem realizado grupos de discussões com os médicos.

Fazemos uso das palavras de Filho (1996), em que o mesmo nos reforça que os avanços da assistência médica e da medicina preventiva, juntamente com os avanços tecnológicos nos levam ao envelhecimento populacional. Dessa forma, os idosos necessitam de cuidados que não estejam somente vinculados à assistência médica, mas também medidas de amparo social e econômico. O atendimento a essa faixa etária pode ser definido como um processo interdisciplinar projetado para atendê-lo do ponto de vista multidisciplinar, procurando mantê-lo em sua plena capacidade e autonomia pelo maior espaço de tempo.

Outros profissionais também são citados, no discurso, como importantes no direcionamento para a compreensão da problemática de atenção e manejo para com os idosos. A psiquiatria parece-nos ter um papel importante para ajudar no entendimento das questões emocionais e psíquicas que circundam essa faixa etária e que nem sempre é bem clara aos que prestam assistência.

No que se refere às questões psíquicas que permeiam a vida do idoso, Gatto (1996) analisa que, no decorrer do envelhecimento, o idoso passa por várias situações de perdas significativas e o isolamento social que passa a ser

cada vez mais freqüente, isso o acaba levando a uma crise e afetando sua auto-estima.

A autora elucida que muitos idosos enfrentam essas crises com coragem e as superam, preservando dessa forma sua saúde mental. Mas, há situações em que o idoso pode sentir-se frágil e, assim, entrando em crise. É nesse momento que os profissionais da saúde mental contribuem para auxiliá-los na compreensão dessa situação, resgatando seu potencial de adaptação, estabelecendo assim um equilíbrio emocional.

Com relação a uma área bastante específica, que é a farmacêutica, essa é citada também como de fundamental importância, já que o processo de envelhecimento acarreta mudanças no estado de saúde tanto físico como emocional do idoso, levando-os ao consumo significativo de medicamentos. Para o idoso, muitas vezes, a terapêutica medicamentosa é considerada fundamental. Alguns estudos revelam que o consumo de medicamentos é uma prática dessa faixa etária, estando associada ou não à patologia.

Teixeira (1998), em seu estudo, reforça a afirmação acima quando nos mostra que o idoso acredita que mesmo não sentindo mais nenhum sintoma da doença, ele continua o tratamento, porque ainda não usou todo o medicamento prescrito. Para o idoso, não sentir mais sintomas não significa que a sua saúde estará segura.

Contudo é também percebido, no discurso dos médicos, que existe a necessidade de voltar-se atenção para a população idosa a partir de outra perspectiva. Fica claro que além dos profissionais estarem capacitados cientificamente sobre o processo de envelhecimento, também os idosos

necessitam de espaços para discutirem questões específicas do seu cotidiano. Parece forte a indicação da formação de grupos de auto-ajuda naquele espaço territorial, e que ao mesmo tempo se constituem em experiências profissionais de educação em saúde, tanto da parte dos idosos que, de alguma forma internalizam algum conhecimento, quanto da parte dos profissionais que juntos têm a possibilidade de ampliar a compreensão sobre a velhice, a partir da troca de experiências nesses grupos.

É importante resgatar que em uma de suas diretrizes o PSF traz a abordagem multiprofissional como fator importante no trabalho em equipe. Dessa forma, o programa provoca uma reestruturação das ações e serviços de saúde. Essa mudança interfere na colaboração entre as áreas de promoção e assistência à saúde. A atuação do PSF junto à comunidade, no desenvolvimento de atividades extramuros, não desmerece o papel da unidade, mas dá a ela um novo papel. Este corresponde às demandas colocadas pela realidade sanitária e incorpora novas atribuições aos profissionais do PSF (Ministério da Saúde, 1996).

Assim, a equipe busca o apoio em outras áreas do saber para a melhor compreensão na assistência ao idoso. Portanto, formam uma equipe multiprofissional empenhada na melhoria da qualidade de vida do idoso.

5. 6. As dificuldades da família com o idoso.

DSC 3. Uma das coisas que a gente tem dificuldade é a própria família, o idoso que mora sozinho, a família não vê isso como um problema, , a gente tenta trazer a família; O que o idoso quer é alguém que o escute, que dê uma atenção e converse; As patologias clínicas são muito comuns aqui, em geral as

doenças degenerativas; mas isso você consegue; Agora mudar hábito e trabalhar com a família, muitas vezes, é um problema cultural.

IC 1. . A família tem dificuldade na compreensão do envelhecimento.

O discurso expõe a dificuldade que a equipe possui em trabalhar com a família, pois é nela que o idoso está inserido e é da mesma que deveria haver um maior comprometimento e responsabilização, o que geralmente não costuma ocorrer. A fala no discurso remete ao fato de que, muitas vezes, a família tem dificuldade para a responsabilização com o idoso, tanto para aquele que mora sozinho, quanto aos idosos que ainda residem com a família. Parece que o grau de responsabilização independe desse fato. Nesse sentido, o Núcleo tem sido responsabilizado em grande parte no que concerne ao cuidado com o idoso.

Autores com Leme & Silva (1996) nos mostram que o idoso possui uma dependência familiar que o torna suscetível às mudanças e alterações em seu *habitat*. E dessa forma, se o idoso não possui um apoio adequado da sua própria família, não é percebido como um ser que necessita ser melhor assistido nessa fase de sua vida, conseqüentemente terá dificuldades de inserção social acarretando problemas de ordem biológica.

A família deve ser um elo entre a equipe de saúde e o idoso, pois esta possui como papel primordial de auxiliá-lo a viver mais e melhor, para não se tornar um "peso" para si e para os que os cercam, e sim uma pessoa integrada no sistema familiar. É explícito, no discurso, o fato de que há várias dificuldades no relacionamento entre a família e o idoso.

Algumas dificuldades para a compreensão do processo de envelhecimento são discutidas por Zimerman (2000), em que a autora nos coloca que há dificuldades das pessoas se colocarem no lugar dos mais velhos. Discute que é necessário senti-lo e compreender a maneira como ele sente e pensa.

Para ela a falta de comunicação é um fator importante, ocasionada pela falta de audição, assim como a não-comunicação, que é um mal que atinge qualquer idade, mas que tende a se acentuar na terceira idade. No âmbito familiar existe uma tendência dos filhos ou netos a dirimir a autonomia do próprio idoso em virtude dessas situações, gerando conflitos e inquietações nas relações com o mesmo.

Outra situação decorrente do processo de envelhecimento, discutido pela autora, refere-se ao sofrimento psíquico causado pela depressão que afeta a maioria da população idosa afastando-a do convívio familiar.

Esse isolamento não é, na maioria das vezes, percebido pela família como um problema que necessita ser tratado adequadamente, e que em contrapartida é relegado na sua problemática.

Os distúrbios do sono também são apontados pela autora como um fator que interfere no convívio do idoso com a família. Pois, nessa fase, as horas de sono diminuem e o idoso costuma alternar períodos de sono com o despertar. É comum o mesmo queixar-se de não dormir à noite. É importante que as pessoas que vivem com o idoso tenham esse conhecimento de que com a passar dos anos o sono e a maneira de dormir se modificam e, dessa forma, façam um balanceamento das horas de sono desse idoso.

Outro fator que deve ser salientado é a respeito da medicação/hipocondria. Na maioria das vezes o idoso necessita de medicações e assim acaba ficando dependente das mesmas. Dessa forma, pode tornar-se poliqueixoso, exigindo cuidados médicos continuamente o que certamente interfere na sua relação com familiares, demonstrando necessidade de chamar atenção. É importante a família perceber que alguns sintomas que aparecem no idoso são próprios da idade.

O estabelecimento de limites é outro fato importante para uma melhor relação idoso/família. Pois, para uma convivência harmoniosa onde haja respeito mútuo, é importante que se estabeleçam alguns limites. O que ocorre na maioria das vezes é que a família acaba cedendo para ficar com a consciência tranqüila de que está fazendo tudo para o bem-estar daquele idoso, isso é um equívoco. O estabelecimento de limites propicia uma rotina tranqüila e estável.

Enfim, todos esses fatores interferem no relacionamento da família com o idoso, pois são mudanças orgânicas devidas às fases da vida em que o mesmo se encontra e a família não tem um suporte adequado para lidar com essa situação. Em consequência disso, a equipe de saúde busca alternativas para trazer a família para assistir melhor o seu idoso e participar das condutas terapêuticas.

AUXILIARES DE ENFERMAGEM

5. 7. O idoso quer atenção.

DSC 1. *Temos uma grande concentração de idosos, mas a maioria vem ao núcleo para conversar, tem uns que vêm aqui para verificar pressão mas na verdade eles querem é conversar porque moram e sentem-se sozinhos, é aflição mesmo. As orientações que damos é em relação a alimentação e medicação. As visitas domiciliares que fazemos é uma forma que a gente encontra para eles não se afastarem daqui. A gente tem que saber conviver, lidar e valorizá-los, mas é necessário sentar, conversar e explicar bem, pois tem uns que entendem com facilidade e outros não.*

IC 1. Os idosos procuram o núcleo para receber atenção.

Diante desse discurso pode-se perceber a necessidade que o idoso possui em interagir com outras pessoas, pois como podemos observar, na maioria das vezes, o mesmo busca na equipe um suporte onde possa trocar idéias, dialogar, enfim despende o seu tempo. É nessas conversas que a equipe tenta orientá-los para um melhor estilo de vida e, em consequência disso, cria um vínculo com esse usuário. As visitas domiciliares também contribuem para o estreitamento desse vínculo e favorecem para que o idoso não se distancie do próprio serviço de saúde. Elas também possibilitam um maior controle sobre os agravos da saúde dessa população.

Mazza (1994) afirma que a visita domiciliar foi preconizada por profissionais da área de enfermagem que a reconhecem como sendo uma estratégia para o trabalho na comunidade, sendo uma maneira eficaz de despertar na população preocupações para as questões de saúde, orientá-la na articulação com outros serviços de saúde para solucionar seus problemas, oferecendo-lhes subsídios educativos para torná-la independente.

Para Veras (1994), o grande desafio para a sociedade e os profissionais de saúde é proporcionar tanto para o idoso como para sua família um atendimento que seja ao mesmo adequado e eficiente.

Wong & Moreira (2000) trazem a discussão de que está se fazendo necessária a criação de sistemas alternativos e arranjos familiares tradicionais para oferecer aos idosos uma cobertura social e principalmente afetiva. Isso se faz necessário devido ao fato dos casais estarem reduzindo o número de filhos e os futuros idosos terão cada vez um número mais reduzido de filhos para se preocupar com eles.

A educação de adultos e a organização de programas de lazer talvez fossem uma alternativa para reduzir os problemas de solidão dos idosos e melhorar sua inserção social, assim como desenvolver novas capacidades em idade mais avançada. Incluir o idoso em programas dentro das Universidades, utilizando-se de habilidades práticas juntamente com atividades de lazer e projetos acadêmicos de pesquisa, seria uma alternativa viável. A princípio uma alternativa importante de reduzir as diferenças entre as gerações. Haja vista, que nem todos os idosos iriam aderir ao programa, mas mesmo nos setores desfavorecidos economicamente teria demanda para a realização desse trabalho (Veras, 1994).

5. 8. É difícil entender o envelhecimento humano.

DSC 2. *Tem idosos que é mais difícil de você entender o seu dia-a-dia. Também tem a dificuldade do espaço físico, porque às vezes a gente acaba fazendo orientação lá na frente, e não é viável; porque devido ao*

entendimento, ouvir aquilo que você passa e que nem sempre chega até ele, tem que ter paciência. Eles não aceitam o envelhecimento, é uma reclamação geral. Mas quando você pára para refletir, vê que a vida é isso mesmo, então fica difícil até para quem está trabalhando. Tenho dificuldades em mostrar para eles não encarar com tanta dureza a velhice, tento valorizá-los um pouquinho. Mas, quem trabalha com idoso diretamente precisa de um apoio para poder saber como dominar determinadas situações, me preocupa o fato de não ter esta capacitação e daqui a 2, 3 anos teremos mais idosos e como vamos estar trabalhando? Qual o preparo que tivemos? O do dia-a-dia será que é o suficiente?

IC 1. A velhice requer privacidade.

IC 2. Envelhecer pode ser sinônimo de sofrimento.

IC 3. A equipe precisa se capacitar para trabalhar com idosos.

O presente discurso nos mostra o quanto é importante ter um espaço físico adequado para proporcionar um melhor atendimento ao idoso. A equipe aponta esse fator como sendo importante para um melhor trabalho com o idoso, pois o mesmo necessita ser ouvido e na fase da vida em que se encontra apresenta dificuldades no entendimento.

É relevante comentar que os núcleos são moradias que foram adaptadas para o serviço de saúde e que há algumas dificuldades em relação ao seu espaço físico. Assim, muitas vezes, há a falta de um espaço privado para dialogar com o idoso que procura o núcleo.

O envelhecimento para muitos pode ser sinônimo de sofrimento, Gatto (1996) esclarece que com a chegada da velhice o idoso se depara com uma série de perdas significativas, surgem às doenças crônicas que afetam seu bem-estar, a viuvez, a perda de amigos e parentes próximos, a ausência de

papéis sociais valorizados, o isolamento, tudo isso são fatores que contribuem para que o idoso tenha dificuldade em aceitar o envelhecimento.

A equipe expõe sua dificuldade em lidar com as questões do envelhecimento, deixando clara a necessidade de uma capacitação para melhor trabalhar com essa população. Há uma visão de que a população idosa está em constante crescimento, isso é percebido nas áreas de abrangência dos núcleos e, diante disso, os auxiliares sentem-se despreparados para atender essa demanda.

Os auxiliares têm a percepção da valorização da bagagem de conhecimento e experiência que o idoso traz. Entendem que o processo de envelhecimento é complexo, pois o idoso apresenta dificuldade de audição, é necessário reforçar várias vezes informações sobre sua saúde, cuidados com a medicação e também esses profissionais têm a sensibilidade de perceber que o processo de envelhecimento é ímpar para cada idoso.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

5. 9. Atividades voltadas para o idoso.

DSC 1. O idoso faz parte direta e indiretamente. Nós formamos grupos: de hipertensão onde a faixa etária é de 45, 50 para cima; tem a atividade física,

o grupo de quarteirão e também estamos desenvolvendo um grupo de idosos, mas ainda estamos estudando; tem grupo de educação alimentar que eles estão inseridos; a alimentação é um hábito muito difícil de ser modificado. Também tem as medicações que são importantes pela idade, eles confundem muito, então a gente tenta ajudar nesse sentido; Nas visitas domiciliares; Faço convite para a atividade física, cursos de reeducação alimentar, hipertensão, dança do ventre, e passo alguns recados em relação a proteção pessoal, porque o idoso já não é mais uma criança, pode escorregar em tapetes, evitar o piso úmido que possa escorregar, usar calçados que tenham borracha por baixo; E assim, você vai estreitando os vínculos com a própria família, com o próprio idoso e eles vêm procurar o núcleo, você trabalha como uma base, vai incentivando e é muito gratificante, porque você vê que é fruto do trabalho que você vem desenvolvendo lá fora, na rua. Nós estamos com a vara ensinando a pescar e junto a gente vai procurando crescer, aprimorar mais, adquirir habilidade, sensibilidade para tratar com o idoso, eles têm sabedoria na terceira idade.

IC 1. O idoso é motivado às atividades do núcleo.

IC 2. Junto, a gente vai procurando crescer.

No discurso dos agentes comunitários de saúde novamente vem à tona a realização de grupos, o que reforça a importância desses como forma de integração e promoção da saúde dos idosos. Percebemos que no discurso dos Agentes Comunitários de Saúde existe uma aproximação com uma das diretrizes do PSF que é a formação de grupos.

Consta em um dos itens nas diretrizes do PSF a participação em grupos comunitários, em que a equipe deve estimular e participar de reuniões de grupos, abordando assuntos relativos ao controle social, diagnóstico e alternativas para solucionar problemas provenientes da comunidade (Ministério da Saúde, 1996).

A estratégia de saúde da família, implantada pelo Ministério da Saúde tem dentre os vários princípios centrais "*desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados*" (Cordeiro, 2000, p.39).

É válido neste momento frizar a relevância do papel do agente comunitário de saúde como sendo um elo entre o serviço de saúde e os idosos, pois na realização das visitas domiciliares este o faz visando à melhoria e o bem-estar do idoso. O agente vai ao domicílio e divulga as atividades que são realizadas no núcleo onde o idoso pode estar se inserindo.

A fala de Mazza (1994) vem para reforçar o que afirmamos acima, que a visita domiciliar constitui uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Essas visitas têm como objetivos contribuir para a promoção de saúde, diretriz preconizada pela Organização Mundial de Saúde, e adotadas também pelo Sistema Único de Saúde no Brasil.

É importante ressaltar que a visita domiciliar faz parte das diretrizes do PSF e uma de suas finalidades é monitorar a situação de saúde das famílias. Os núcleos devem se adequar às solicitações de demandas espontâneas ou provocadas pela convivência com as equipes (Ministério da Saúde, 1996).

Através desse trabalho o agente traz o idoso para o núcleo, inserindo-o nas atividades desenvolvidas dentro do mesmo, contribuindo para a melhoria de sua auto-estima. O agente possui um trabalho importante dentro da equipe, pois o mesmo dá sustentação a mesma e também a grande adesão

dos idosos aos grupos desenvolvidos pelos núcleos ocorre em função do empenho desses profissionais nas relações extramuros.

Podemos perceber que no momento em que o agente passa informações para os idosos, ele também é um agente que entra nesse processo de aprendizado e educação, na medida em que a valorização do saber do idoso é objeto de reflexão e internalização desse conhecimento.

5. 10. Grupos comunitários e idosos.

DSC 2. Além das minhas atividades do dia-a-dia tem os grupos de hipertensão, diabetes e o grupo de atividade física; Há um grupo de senhoras que são legionárias, mas a gente ainda não conseguiu porque você não sabe até que ponto pode estar envolvendo, há algumas pessoas aqui do núcleo que nós já amadurecemos a idéia de formar parcerias com essas senhoras que são idosas levando esse consolo, formando um grupo na própria comunidade para estar prestando serviço para a comunidade ; E também uma vez por semana é passado tipo uma palestra para nós, e a gente aprende nas reuniões em contato com os médicos, os enfermeiros, os profissionais da área, a gente aprende um monte de coisa sobre o idoso.

IC 1. Buscam-se parcerias comunitárias.

IC 2. A equipe é um recurso que ajuda na compreensão do idoso.

Os grupos estão explícitos na maioria dos discursos, e neste em particular, percebe-se a tentativa de aproximação de um grupo formado na comunidade que busca maneiras para auxiliar a equipe de saúde. Os agentes percebem que há grupos comunitários que podem auxiliar na atenção à saúde do idoso, especificamente na questão social.

Palha (2001), em seu estudo, ressalta que a solidariedade é vista com grande valor, mas não é lembrada somente em situações de sofrimento ou

morte, mas sim, é recordada também no dia-a-dia, nas conversas, no contato, no ouvir o outro. Enfim, a solidariedade tem uma representação muito forte no grupo, e se apresenta nas mais diversas situações.

Um fato interessante percebido no discurso dos agentes comunitários é o de que a equipe se preocupa com a sua capacitação, busca preparar o agente cada vez mais para atender à demanda de idosos que abrangem os núcleos com maior qualificação e segurança.

Veras (1994) nos remete à discussão de que a promoção da saúde e o atendimento primário têm um importante papel a desempenhar com relação aos idosos, tanto na área preventiva vislumbrando a melhoria da qualidade de vida desse idoso quanto na recuperação de sua autonomia. O autor comenta que medidas preventivas deveriam começar na infância e continuar na vida adulta. Mas, nem sempre se consegue, e algumas medidas são tomadas somente na velhice.

O autor elucida que a maioria dos idosos quer saber a respeito de sua saúde, mas isso não quer dizer que o mesmo deseja receber apenas informações sobre doenças. Dessa forma, qualquer grupo realizado com idosos deve se basear nas crenças dos mesmos e levar em consideração os fatores sociais, econômicos e políticos que interferem no seu dia-a-dia.

5. 11. Idoso requer solidariedade.

DSC 3. *Existem pessoas idosas que não saem de dentro de casa. Há pessoas idosas que eu posso fazer algo, eu vejo isso, esse programa além de tudo é solidariedade. Você bate de frente com uma série de outras idéias que são contrárias; Temos pouco conhecimento sobre medicações para poder orientar*

melhor; Luto muito, me sensibiliza, vou atrás de alguém porque é de um carinho que eles precisam, na frente deles você procura passar tranquilidade, calma, segurança, porque, às vezes, não encontram junto da família. O trabalho que a gente faz é na forma de trazê-los à vida, trazer para o mundo aqui fora; Nas visitas sou muito bem recebida pelos idosos, eles querem conversar muito, querem falar do passado, da vida profissional, do casamento. Estou percebendo que existe muita depressão entre os idosos, os filhos não dão tanta atenção porque têm que trabalhar. Tem os seus filhos também para manter financeiramente não podem deixar... E acaba em depressão.

IC 1. Esse programa além de tudo é solidariedade.

IC 2. Nosso trabalho é trazê-los para a vida.

Nesse discurso nos deparamos novamente com a necessidade que o idoso possui de socializar-se, de conviver com outras pessoas. E o trabalho dos agentes vem ao encontro dessas carências que essa população possui, esses profissionais tentam trazê-los ao convívio social.

Palha (2001) aponta que a melhora da qualidade de vida alia-se à convivência social. Essa afirmação possui como pressuposto de que a socialização configura uma rede de relações e esse fator contribui para a melhoria da auto-estima dos usuários. O estudo mostra que nas trocas de saberes ocorridas no dia-a-dia há a possibilidade de um maior aprendizado e um aumento do círculo de amigos.

Zimerman & Osório (1997, p.27) nos mostra a necessidade que o ser humano possui de conviver em grupos, esclarecendo que,

"... a essência de todo e qualquer indivíduo consiste no fato dele ser portador de um conjunto de sistemas:

desejos, identificações, valores, capacidades, mecanismos defensivos e, sobretudo, necessidades básicas, como a da dependência e a de ser reconhecido pelos outros, com os quais é compelido a viver. Assim, como o mundo interior e o exterior são a continuidade um do outro, da mesma forma o individual e o social não existem separadamente, pelo contrário, eles se diluem, interpenetram, complementam e confundem entre si."

O discurso nos faz perceber a preocupação dos agentes em "trazer os idosos para a vida". Este é um papel importante desenvolvido por esses profissionais no seu dia-a-dia, que ouvindo o idoso, conhecendo um pouco mais da sua história de vida, fazem com que este se sinta estimulado e incentivado para a vida e também para o convívio com outras pessoas.

Palha (2001) reforça que fazer novas amizades é algo extremamente positivo, pois favorece o bem-estar físico e também possibilita o relacionamento com diferentes pessoas, criando novas alternativas de convivência e participação social com grupos e pessoas distintas.

Mais uma vez, a depressão entre os idosos é um evento que preocupa os trabalhadores da saúde, fazendo com que os mesmos busquem alternativas para que possam melhorar o dia-a-dia desses idosos.

É relevante o fato de que os fatores psicossociais têm influência na depressão e são mais expressivos na população idosa do que nos mais jovens. Entre os eventos que concorrem estão: perda do suporte social, ocorrência de doenças físicas do cônjuge ou viuvez recente. Além disso, o fato de ser portador de uma doença crônica contribui para submetê-lo à depressão (Carvalho & Fernandez, 1999).

Em seu estudo, Palha (2001) mostra que vários entrevistados afirmam que a partir de sua inserção em grupos diminuíram o consumo de antidepressivos. As pessoas apontam uma estreita relação entre a realização de atividade física e a melhora de sua saúde, ou seja, há uma melhora da qualidade de vida.

Os autores afirmam que segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde 30% a 35% da população idosa nos países industrializados apresentam algum tipo de distúrbio mental e um idoso em cada 10 possui depressão. Tais distúrbios na maioria dos casos são de ordem psicossocial.

Novamente a visita domiciliária vem como uma importante estratégia, como se observa no discurso, ela oferece à equipe um parâmetro da situação do idoso na família e o agente cria um vínculo com o idoso.

“A visita domiciliária é um instrumento de assistência à saúde com o objetivo de prestar atendimento no domicílio, orientar, educar, levantar possíveis soluções de saúde, fornecer subsídios educativos para que os indivíduos, a família e a comunidade tenham condições de se tornar independentes.” (Mazza, 1994, p.66)

6. CAPÍTULO II

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

Passamos agora à discussão e análise dos Temas que emergiram dos discursos dos profissionais de saúde dos Núcleos "C" e "D". **Enfermeiros:** A atenção à saúde do idoso é um processo em construção; Prioridade aos idosos acamados; Os idosos têm pouco acesso à escola. **Médicos:** O idoso saudável é mais tranquilo; Equipe trabalha com prioridades; Precárias condições

socioeconômicas. **Auxiliares de Enfermagem:** Presença de ações voltadas para o idoso; Idoso requer mais cuidados. **Agentes Comunitários de Saúde:** Há sempre um olhar voltado para o idoso; Grupo de convivência é um recurso; Idoso é depositário de experiência e sabedoria.

ENFERMEIROS

6. 1. Atenção à saúde do idoso é um processo em construção.

DSC 2. A gente inclui o idoso em todas as outras atividades; No ano passado nós fizemos um dia de promoção da saúde com exposição dos trabalhos troca de idéias e a gente aproveitou para medir glicemia, e fazer um trabalho com a hipertensão, prevenção de agravo, conversar um pouco com eles; Tem uma atividade que a gente chama de reunião de quarteirão e as pessoas mais idosas são as que vão nessas reuniões, é uma organização delas também. A gente quis se aproximar do PIC que já existia no bairro e que não realizam somente atividade física, mas promovem bazar, comemorações de aniversários em suas casas e agora estão ocupando o núcleo para essas atividades. A gente tem realizado grupos de educação em saúde com eles a partir das doenças que têm e as formas de lidar com ela. É um pouco de promoção, mas a gente trata muito do aspecto curativo. Com a campanha de vacinação a gente teve que fazer um levantamento de quem são? Onde moram? Com quem moram e se precisavam receber a vacina em casa. Essa campanha serviu para a gente olhar um pouquinho para eles, e acredito que deixamos de ser meros observadores para sermos mais ativos, estamos num processo de aprendizado, a equipe está mais centrada e capacitada, enxergando as coisas e almejando trabalhar com os cuidadores e as famílias, queremos identificar se há violência e compreender a organização das famílias para cuidar esses idosos.

IC 1. O idoso é incluído nas atividades.

IC 2. Existe uma organização própria dos idosos.

IC 3. O núcleo é utilizado como espaço para a organização das atividades dos idosos.

IC 4. Estamos num processo de aprendizado.

No discurso fica explícita a forma como os enfermeiros tentam integrar o idoso às suas atividades e trazê-lo para dentro do núcleo, mesmo considerando o baixo número de idosos da área de abrangência desses núcleos. Segundo dados SIAB dos Núcleos "C" e "D", o percentual de idosos acima de 60 anos é de 5,94% e 8,31% respectivamente, assim, os profissionais tentam inseri-los em atividades promovidas pelo serviço de saúde como um todo.

Os próprios núcleos possibilitam que os idosos usufruam o espaço físico do mesmo para a realização de atividades como comemorações, bazar, entre outros. Essa forma de trabalho possibilita uma aproximação do profissional com esse usuário. Essa prática vivenciada nos núcleos vem ao encontro do que é preconizado nas diretrizes do PSF, que visa à integração da equipe de saúde com o usuário, objetivando uma práxis voltada não somente à doença, mas sim, à promoção da saúde e ao bem-estar dessa população.

As diretrizes do PSF deixam explícito que o processo saúde e doença não se fecham sobre si mesmo, ao contrário, esse espaço amplia-se em novos cenários. Esse fator possibilita novos caminhos para o processo saúde e doença, trazendo com o mesmo novos fatores determinantes, tais como acessibilidade aos serviços de saúde, integralidade da assistência e intersetorialidade (Ministério da Saúde, 1996) no desenvolvimento de produção social da saúde.

Em seu estudo, Palha (2001) discute que a prática dentro do modelo tradicional de assistência não previa a integração entre usuários e serviços/profissionais de saúde, assim como não era vista como uma atividade que buscava a integração das práticas de atenção à saúde em relação aos aspectos promocionais, preventivos e curativos. Deixa claro que os problemas com o serviço de saúde emergem no momento em que a Unidade Básica de Saúde realizava um trabalho voltado às intervenções curativas desvinculadas de um conceito mais amplo de saúde.

O autor nos mostra também que os próprios usuários entendiam que a obtenção da saúde não estava somente restrita à UBS e aos profissionais, mas num trabalho mais ampliado que poderia contribuir na representação da doença.

Percebe-se, no discurso dos enfermeiros, que a organização das atividades para com essa população idosa ocorreu a partir da necessidade de realizar a imunização dos acamados. Nesse sentido, a campanha foi um agente disparador para voltar-se o olhar a esse grupo populacional e, dessa forma, sensibilizar os profissionais para a assistência a eles. É possível também perceber, no discurso que se vislumbra, potencialidades para o trabalho com os idosos, na medida em que são citadas algumas necessidades demandadas por essa população, como trabalhar com os cuidadores e famílias, violência e compreender o processo de organização familiar na atenção ao idoso.

Nesse sentido, percebemos que são muitas as violências as quais, os idosos são submetidos.

"(...) a violência não verbal, verbal, psicológica, moral, física, material e financeira. Estes têm sua auto-estima e auto-conceito prejudicados. Há também a privação do afeto, da comida, do sossego e da privacidade. O sacrifício, a restrição da liberdade e do direito de ir e vir. O castigo, o isolamento, a exploração, a apropriação indevida. A violência explícita, deixando marcas indeléveis na alma e no corpo, levando às raias do desespero." (Menezes 1999, p.125)

6. 2. Prioridade aos idosos acamados.

DSC 1. *Na minha área geográfica não tem uma população muito grande de idosos; não temos nada específico; é visto como outro qualquer ser na sua complexidade; e são tratados da mesma maneira que as outras pessoas. A prioridade desse serviço são os idosos acamados; As visitas são realizadas pelo menos uma vez ao mês, ou quando a família liga dizendo que tem alguma coisa, e também para aqueles que têm dificuldades de locomoção e que precisam realizar o controle de pressão arterial ou para consulta médica. A enfermagem faz avaliação do idoso, controla os retornos da consulta domiciliar e acompanha a visita mensal do médico.*

IC 1. A população idosa é pequena.

IC 2. O idoso é percebido como qualquer outro ser na sua complexidade.

IC 3. A assistência no domicílio é realizada aos idosos que apresentam dificuldades ou por solicitação da família.

No presente discurso pode-se observar que não existe uma prioridade na atenção á saúde do idoso, pelo fato de que a população idosa nesta área é bastante restrita, e nesse sentido, não existem ações que olhem esses usuários que necessitam de uma assistência diferenciada. No entanto, o discurso deixa explícita a prioridade na atenção àquela população idosa que

está imobilizada (acamada) ou que apresenta determinadas dificuldades para ter acesso ao serviço. Para essa população existe um acompanhamento da enfermagem junto ao domicílio, com a finalidade de realizar a avaliação desses idosos e o controle no seguimento com outros profissionais do núcleo.

Oliveira & Berger (1996) nos lembram que há diversas modalidades de visitas domiciliares, a primeira que os autores apontam diz respeito ao atendimento em casa a usuários que, por doença aguda, agudização de um problema crônico ou outro tipo de limitação, dificuldade de locomoção ou não se sentem em condições de se locomover até o serviço de saúde.

Como podemos perceber no discurso, as visitas são realizadas sob o controle da equipe de enfermagem e, nesse sentido, os autores nos mostram que no serviço de saúde toda a equipe deve estar capacitada para a realização dessas visitas. Cada categoria profissional possui saberes específicos da sua área, o que acaba sendo um trabalho interdisciplinar. Assim, quem presta a visita domiciliar não é um profissional isolado, mas sim a equipe como um todo.

É possível perceber nesse discurso que mesmo o idoso não sendo uma prioridade devido ao fato de não ser uma população muito grande, o núcleo possui ações organizadas para a assistência àqueles idosos que oferecem algum tipo de limitação. Assim sendo, percebe-se que mesmo não sendo vista como prioritária a terceira idade, o serviço se organiza para atender àquilo que considera como necessidade imediata.

6. 3. Os idosos têm pouco acesso à escola.

***DSC 3.** Tem muita gente aqui que não sabe ler ou que lê muito pouco; o nível intelectual é muito baixo; e como eles têm muita medicação acabam se confundindo. A família e eles não valorizam a experiência ou a bagagem de vida, mas a gente também esquece disso. Põem um valor muito grande nessas simpatias e chás e a medicação não é valorizada porque o nível intelectual é baixo, acho que essa é a maior dificuldade.*

IC 1. Os idosos tomam muita medicação.

IC 2. A baixa escolaridade interfere no processo de educação.

No discurso dos enfermeiros pode-se perceber a dificuldade que a equipe tem em lidar com as questões da medicação que são atribuídas à baixa escolaridade da população idosa adscrita ao núcleo, configurando-se como um elemento limitador do idoso na compreensão das orientações que são realizadas sobre o uso da terapêutica.

Sobre isso Teixeira (1998) nos coloca que para o idoso o medicamento é um instrumento que faz parte de seu dia-a-dia e que, muitas vezes, por mais que se esforce sua memória pode falhar e então toma o remédio somente quando lembrar. Já para aquele idoso que possui um cuidador, essa tarefa se torna mais fácil.

Para o autor, há a necessidade de se buscarem programas efetivos e urgentes quanto à educação pública sobre a utilização de medicamentos.

Segundo Lessa (1998), na região metropolitana de São Paulo, 60% dos idosos são mulheres e 40% homens, estes possuem um grau de analfabetismo de 35% e curso pós-elementar de 16%. Devemos levar em consideração que

dados com o perfil do idoso no Brasil estão documentados somente para áreas de São Paulo. Considerando que a região Sudeste é uma das mais evoluídas do país, estima-se que para as demais regiões a baixa escolaridade entre os idosos é maior, levando-se em conta que o Brasil apresenta disparidades regionais importantes em vários aspectos.

O presente discurso nos remete novamente a discussões acerca da não-valorização do idoso. Isso é um tom que permeia a fala dos profissionais da saúde, pois os mesmos tentam resgatar as experiências vivenciadas pelos idosos, mas ao mesmo tempo têm receio ou não sabem como agir diante disso.

Menezes (1999) nos aponta que os idosos são *velhos* porque já viveram muito, mas não o suficiente. Para eles o tempo é apenas uma questão cronológica. E é exatamente porque viveram muito é que são experientes. Se vivendo sob restrições e contenções, os mesmos desempenham muitos papéis, suponhamos se não fossem vencidos pelas doenças, se não fossem discriminados pela sociedade e se lhes dessem todos os direitos que são concedidos a outras faixas etárias, provavelmente a sociedade se surpreenderia com seu potencial.

MÉDICOS

6. 4. O idoso saudável é mais tranquilo.

DSC 1. A gente por enquanto não tem nenhum programa direcionado especificamente para saúde do idoso, porque a população idosa é pequena. Quando o idoso é saudável é mais tranquilo, mas temos alguns casos de idosos

acamados, e dentro do PSF temos conseguido fazer alguns cuidados. O pessoal daqui é muito carente.

IC 1. A população idosa é pequena.

IC 2. Quando o idoso é saudável é mais tranquilo.

IC 3. O pessoal daqui é muito carente.

Nesse discurso fica explícito que esses núcleos não possuem programas direcionados ao idoso porque o número deles nesta área é baixo. Os médicos também fazem referência à atenção que o serviço presta aos idosos acamados e como o PSF direciona a atenção para esses. Como já foi citado, no discurso das enfermeiras há uma organização interna do núcleo para a realização de visitas domiciliares aos idosos acamados.

Mazza (1994) afirma que a visita domiciliar é direcionada para a educação e para a conscientização dos indivíduos em relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto e o resultado almejado é a mudança de comportamentos a partir de convicções adquiridas pelos educandos, ou seja, indivíduos, famílias e comunidade.

No discurso, os médicos afirmam que existe mais tranquilidade para prestar assistência aos idosos que supostamente são saudáveis. Para essa população, teoricamente, não existem grandes dificuldades em desenvolver uma atenção adequada.

Paschoal (1996) traz algumas considerações acerca da complexidade do processo de envelhecimento, pois com a chegada da velhice há a dependência e a perda do controle sobre a sua vida. Dessa forma, o

envelhecimento tem sido visto como um processo degenerativo, oposto a qualquer progresso ou desenvolvimento. Como já discutimos anteriormente as doenças crônico-degenerativas prevalecem nessa idade, e nesse sentido a prática clínica possui como objetivos a manutenção da qualidade de vida para esse indivíduo.

O autor nos remete para os distúrbios psíquicos que acometem os idosos, sendo os de maior prevalência a demência e a depressão. O mesmo afirma que os estados depressivos são freqüentes nos idosos e possuem um pior prognóstico. No entanto, mudanças devem ser promovidas possibilitando a autonomia e independência desses idosos. *"A saúde do idoso é melhor avaliada em termos de função, levando-se em conta, sempre, as dimensões física, psíquica e social"* (Paschoal 1996, p. 323).

Para Veras (2000), há idosos que são saudáveis, independentes e capazes de gerir a sua vida. Contudo, esses têm uma maior suscetibilidade para adoecer do que os adultos jovens. Por isso, a importância da realização de atividades que promovam o envelhecimento saudável como preconizado pela Organização Mundial da Saúde e reafirmado na PNI.

Outro fator que emerge do discurso é o fato de que os idosos daquela região são carentes, isso nos faz perceber que há a sensibilidade desses profissionais em dar atenção a essa população.

Com relação a esse fato, Veras (1994) nos faz perceber que a pobreza é uma triste característica na velhice. E esse fato se deve às mudanças sociais, pois a proporção das pessoas idosas economicamente inativas está crescendo. No Brasil, em 1950, 83% dos homens com idade entre 60 e 69

anos e 57% dos de 70 anos ou mais trabalhavam ativamente. Já em 1980, essa taxa diminuiu para 57% e 22%, respectivamente. Para as mulheres também ocorreu uma queda na proporção das que trabalham, em 1980 havia apenas 10% e 2% de mulheres trabalhando nas mesmas faixas etárias.

O autor atribui três possíveis motivos para essa redução. Primeiro, é que hoje há melhores fundos de seguridade social para os idosos; segundo, a atividade agrícola vem diminuindo devido ao êxodo rural e há o crescimento da industrialização; e terceiro, as pessoas idosas possuem menos qualificação educacional se comparadas às jovens, o que conseqüentemente as exclui dos trabalhos mais bem pagos. Há a discriminação contra as pessoas idosas, e em relação a isso a sabedoria e o conhecimento por eles acumulados no decorrer dos anos são subestimados e subutilizados.

6. 5. Equipe trabalha com prioridades.

DSC 2. A gente tem pensado pouco no idoso, se puxar no SIAB a estatística da população idosa não é tão pequena. A gente tentou fazer grupo específico para a doença: hipertensão diabetes; mas não foi para a frente porque a população não é indicada para saber que é importante conhecer sua doença. Nós temos também tentado trazer pessoas para dentro do PIC; Mas os que aderem são mulheres. Também estamos tentando fazer a tal da "promoção da saúde" e umas festinhas da terceira idade que aconteceu uma só, o ano passado teve a Feira da Saúde e atualmente é a própria comunidade que está organizando a segunda. De quinze em quinze dias temos a orientação de uma geriatra para discutir algum caso com a gente. Também organizamos visitas de rotina para as pessoas que estão acamadas ou que não conseguem sair. A gente tem trabalhado com prioridades e por enquanto a saúde do idoso precisa melhorar um pouco.

IC 1. A gente tem pensado pouco no idoso.

IC 2. Atividades com idosos são pontuais.

Novamente nesse discurso, assim como no discurso dos enfermeiros, percebe-se que a saúde do idoso não é prioridade. A equipe compreende que essa população não é tão reduzida na sua área de abrangência, mas trabalha com outras demandas. Observa-se que esses profissionais tentaram a formação de alguns grupos, mas que tiveram pouca adesão por parte dos idosos.

Percebe-se a partir da fala desses profissionais a motivação inicial para trabalhar com grupos, no entanto, mostra a dificuldade de adesão da população quando se trabalha apenas com o eixo da doença, não reconhecendo que as dificuldades da não-adesão não são somente da população.

Para Veras (1994), embora os problemas dos idosos nem sempre sejam decorrentes do processo de envelhecimento, os mesmos têm o direito de recusar medidas preventivas ou terapêuticas, mas somente exercerão esse direito no momento em que tomarem consciência dos objetivos da prevenção na terceira idade, e para que isso ocorra o pessoal da saúde deve estar devidamente treinado, beneficiando e melhorando a saúde desse idoso.

É também possível perceber nesse discurso que existem algumas dificuldades na compreensão da promoção da saúde. É citado como algo fora do contexto assistencial e muito relacionado a atividades recreacionais, artesanato e uma Feira de Saúde.

Lefèvre (2001, p.03) nos esclarece que a promoção da saúde não é sinônimo de prevenção de doenças,

"... o termo prevenção deve ser reservado para toda medida tomada antes do surgimento de uma dada ou conjunto de condições mórbidas com vistas a que tal condição não ocorra ou que ocorra de forma menos grave (...); a promoção da saúde visa à eliminação permanente ou pelo menos duradoura da doença porque busca atingir as causas e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos."

É relevante destacar que esse discurso coaduna com o discurso dos médicos dos núcleos "A" e "B" no que diz respeito à supervisão de uma geriatra, que auxilia na discussão dos casos. Esses núcleos também se voltam à realização das visitas domiciliares para os idosos acamados e para aqueles que têm dificuldade em se locomover até o serviço de saúde, conforme já discutido pelos enfermeiros.

6. 6. Precárias condições socioeconômicas

DSC 3. Do ponto de vista médico as doenças crônico-degenerativas e o problema social também, pois muitos não têm condições para comprar medicação ou pagar transporte quando precisam internar ou consultar com especialista, são um problema socioeconômico. Também é a falta de adesão e resistência às orientações que damos.

IC 1. O idoso sofre pelas doenças crônico-degenerativas e por problemas sociais.

Novamente, esse discurso nos remete às dificuldades socioeconômicas experimentadas pelos idosos que são assistidos na área de abrangência desses núcleos. Os médicos apontam que estão presentes as doenças crônico-degenerativas, e há a prevalência de problemas sociais nessa população

resultando em dificuldades como, por exemplo, na compra dos medicamentos e locomoção para uma consulta médica.

Em seu estudo, Teixeira (1998) nos aponta a questão financeira como sendo um empecilho para a continuidade do tratamento. A idéia que o mesmo nos traz é a busca por um medicamento similar ou genérico, porém, de menor custo. Quando não se tem condição financeira para adquirir o medicamento o que se faz é esperar, até conseguir, pois enquanto o problema não se agrava, pode-se esperar.

Nesse sentido também a PNI considera a vulnerabilidade à perda de capacidade que se vincula a aspectos socioeconômicos, preconiza que se deve voltar atenção especial aos grupos de idosos que estão envelhecendo em baixas condições financeiras, e são exemplos aqueles que residem nas periferias dos grandes centros urbanos e os moradores da zona rural privados de assistência de saúde e assistência social. (UnATI, 2000)

Outro fato explicitado no discurso é a dificuldade à adesão ao tratamento e às orientações prestadas por esses profissionais. Com relação a isso percebemos que o idoso possui um jeito próprio para decidir sobre sua vida, resistindo muitas vezes a ordens, principalmente se o profissional não possui um vínculo com esse usuário.

Teixeira (1998, p.76), nos coloca que,

"O idoso é alguém acostumado a decidir. Tomou decisões sobre sua vida e a de seus familiares. Ele quer decidir sobre sua saúde. A sensibilidade dos profissionais de saúde para essa questão é importante e

pode contribuir para que ocorram menos danos à saúde desse idoso”.

Assim sendo, existe a necessidade de se trabalhar com essa população tendo como perspectiva o auto-cuidado, valorizando aspectos culturais, referentes a essa população.

Nesse sentido, Zimerman (2000) nos coloca que o idoso deve procurar se envolver com atividades prazerosas, deixando de lado a idéia de que é alguém inútil. Ele deve olhar para trás e ver o caminho percorrido. Não viver do passado, mas perceber quão rica é a sua existência, preocupar-se também com o caminho que ainda tem para percorrer. Viver é ter projetos e desejar algo, estar sempre em busca de realizações. Se qualquer ser humano abrir mão disso e, em especial o idoso, estará fazendo uma opção autodestrutiva.

AUXILIARES de ENFERMAGEM

6. 7. Presença de ações voltadas para o idoso.

DSC 1. Tem vários procedimentos que a gente faz em casa: coleta de sangue, curva pressórica, vacina do idoso e também orientamos na alimentação, medicação e verificamos quem está cuidando e como estão sendo cuidado os idosos. Aproveitamos para conversar porque eles são muito carentes. Tem o PIC, elas vêm aqui uma vez por mês dão uma festinha para comemorar os aniversariantes do mês, é um grupo animado. Os profissionais dão palestras, vêm o que elas querem saber, fala de um assunto que elas querem de saber, sempre tem alguma coisa voltada para o idoso.

IC 1. Sempre tem alguma coisa voltada para o idoso.

No discurso dos auxiliares de enfermagem, mais uma vez, fica explícita a realização das visitas domiciliares as atividades para com os idosos.

São citados vários procedimentos técnicos que fazem parte da função do auxiliar de enfermagem. Percebe-se no discurso que as ações para com o idoso não se restringem somente à realização de procedimentos, existe uma preocupação em relação a uma assistência mais integral para com essa população. O discurso revela que além do desenvolvimento da habilidade técnica, os auxiliares buscam outras informações que são importantes para o cuidado com o idoso como a alimentação, cuidador e a atenção no sentido de ouvir e suprir a carência dos mesmos.

Oliveira & Berger (1996) nos trazem que as visitas domiciliares auxiliam e propiciam um vínculo de valor terapêutico. De certa forma, reforça um novo modelo assistencial que vê a saúde do indivíduo na sociedade como centro de sua atenção. Em contrapartida, mostra que o comprometimento da equipe com a saúde da comunidade que está sob sua responsabilidade não se reduz somente ao consultório médico.

Esses profissionais identificam algumas atividades em que o núcleo tem se aproximado dos idosos, à semelhança do discurso das enfermeiras, e que tem possibilitado maior acessibilidade nas dependências físicas da unidade de saúde. Da mesma forma, referenciam existir alguns momentos que são realizados para a população discutir assuntos ligados à saúde e ou à doença.

6. 8. Idoso requer mais cuidados.

DSC 2. Uma das principais dificuldades é que a gente não tem tanto tempo para as visitas e nem para conversar, ficamos muito presas nas atividades daqui e o núcleo cresce a cada dia que passa. Tem idosos que ficam sozinhos e que não têm o que fazer, sem ninguém para ajudar, para ver os remédios ou no caso de passar mal e, às vezes, a família não está nem aí.

IC 1. Necessitamos despende mais tempo com o idoso.

IC 2. Idosos permanecem sozinhos em casa a maior parte do tempo.

No discurso podemos perceber que os auxiliares colocam como uma das dificuldades a questão do tempo, pois os mesmos têm pouco tempo para despende com as visitas aos idosos, referindo que as atividades internas no núcleo tomam muito do seu tempo, especialmente aquelas vinculadas às atividades burocráticas.

Nesse sentido, Oliveira & Berger (1996) nos sugerem que há possibilidade de se trabalhar junto com recursos da própria comunidade, como o uso de voluntários para visitar idosos ou pessoas que passam por vários tipos de dificuldades. Com o apoio dos serviços de saúde, pode-se criar uma rede informal de solidariedade entre os moradores de uma mesma comunidade, outros países têm experimentado esse tipo de serviço e têm obtido bons resultados.

Palha (2001) evidenciou em seu trabalho essa mobilização dos grupos na própria comunidade voltados a auxiliar o próximo, tecendo uma rede de suporte social entre seus integrantes. O autor comenta que existiam no grupo equipes de trabalho e uma delas era a equipe que realizava visita aos

doentes. E que o motivo que as levou à organização dessas equipes foi o processo de sensibilização para a realização do trabalho comunitário.

Outro fator importante, já mencionado em outros discursos, e que emerge novamente, é a questão da solidão na terceira idade unida a não-participação da família nesse processo. Situação essa vivenciada pelos auxiliares no seu dia-a-dia de trabalho.

Ferrari (1996) comenta que, na velhice, os suportes sociais já estão reduzidos em número e também há poucos amigos e familiares; na maioria das vezes o relacionamento familiar tem uma posição delicada de suporte interpessoal para esse idoso. A questão da aposentadoria coaduna com a ausência de papéis sociais a serem desempenhados, o idoso não vê objetivos para a sua vida nessa fase e também permanece a visão negativa da velhice, tudo isso desencadeia o isolamento social do idoso.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

6. 9. Há sempre um olhar voltado para o idoso.

DSC 1. Faz parte porque o idoso faz parte da família; É um pessoal mais carente, que mais necessita, o idoso sofreu bastante com esse problema de não ter médico para atender, o pessoal não dá valor; Nós procuramos olhar as doenças crônicas, olhar as vacinas, a gente procura estar sempre olhando, tentamos passar uma orientação sobre prevenção porque esse é o nosso trabalho junto às pessoas e ao próprio idoso; Precisamos colocar o idoso em pauta, na sociedade; A gente faz bailinho de 15 em 15 dias visando mais à presença do idoso e estamos tentando ver se a gente faz uma caminhada na praça, mas ainda não está definido.

IC 1. Prevenir é o nosso trabalho.

IC 2. Precisamos colocar o idoso em pauta na sociedade.

Nesse discurso podemos observar que os agentes comunitários de saúde voltam o olhar para o idoso pelo fato de que o mesmo pertence a uma família. Dessa forma, os agentes realizam o seu trabalho olhando para o biológico, mas não esquecendo do social. Relacionam o seu trabalho como uma atividade centrada na prevenção de agravos, nos aspectos biopsicosociais.

Nesse sentido, trazemos novamente as diretrizes que regem o PSF, e dentre elas, a família, que é o objeto de atenção e entendida a partir do espaço em que vive. Assim sendo, a família traz a dimensão do contexto social e histórico do indivíduo (Ministério da Saúde, 1996).

Para Veras et al. (2000), o PSF representa uma mudança no paradigma de atenção à saúde da população como um todo e, em especial, exerce um papel fundamental na atenção à saúde do idoso, deslocando o *locus* do cuidado à saúde para mais próximo do indivíduo, da sua família, da comunidade a que pertence e do seu domicílio.

Os profissionais percebem que o idoso é carente, precisa de atenção e nesse sentido procuram realizar visitas com maior frequência, e envolvê-los em atividades tentando reintegrá-los ao meio social.

Nesse sentido, Zimmerman (2000) nos mostra que o envelhecimento social da população modifica o *status* do idoso e conseqüentemente o relacionamento dele com os outros. Há a crise de identidade, ocasionada pela falta de papel social, o que desencadeará a perda da sua auto-estima; mudanças de papéis, o mesmo deverá se adequar a novos papéis;

aposentadoria, muitos ao se aposentarem acabam deprimidos e isolados; várias perdas, como já falamos anteriormente a perda de parentes, amigos, da independência e da autonomia; diminuição dos contatos sociais, acabam se reduzindo em função de suas possibilidades, distâncias, entre outras.

Existe a percepção junto aos agentes de que há necessidade de explicitar a problemática do idoso na sociedade. Essa idéia, parece ser uma tentativa de trazer à discussão os aspectos relacionados à demografia e à epidemiologia dessa faixa etária. Também suscita a percepção da necessidade de compreensão do processo de envelhecimento.

Netto & Ponte (1996) afirmam que o envelhecimento teve seu estudo negligenciado durante muito tempo e os mecanismos que envolvem esse processo ainda permanecem pouco conhecidos, há um longo caminho a ser percorrido até que novos estudos sejam mais esclarecidos.

Os autores nos esclarecem ainda que os idosos, por serem de uma faixa etária politicamente frágil, não possuem vez nem voz no atendimento a suas reivindicações mais simples. A própria sociedade os exclui do contexto social, e, dessa forma, provará num futuro próximo uma situação ainda pior.

Nesse sentido, Veras (1994) demonstra algumas preocupações acerca do idoso no Brasil, pois os mesmos encontram-se,

"... potencialmente em risco não apenas porque são velhos, mas porque são vulneráveis à incapacidade a partir de suas próprias mentes, seus corpos e seu meio físico e social." (Veras 1994, p. 207)

O autor comenta que diante desse fato, surge a necessidade imediata de maiores informações fidedignas sobre a população idosa brasileira. A associação entre as instituições pode estimular estudos sobre essa faixa etária, como também a colaboração entre países diferentes que promova soluções inovadoras.

Existe uma sensibilização desses profissionais para a formação de um grupo de idosos que possibilite a socialização dos mesmos.

6. 10. Grupo de convivência é um recurso.

DSC 2. Os recursos que a gente conta são os nossos, nossas visitas, sempre dou carinho porque a gente sabe que eles são carentes, estar sempre presente, sempre do lado deles, só de você estar ali, fazer uma visita, eles já se sentem bem; Temos também aqui na comunidade o PIC, um dos recursos é esse e nós procuramos abranger, não deixar o idoso de fora, temos um grupo de bordado, o grupo de reeducação alimentar, o grupo da saúde e tem o grupo de mulheres e ainda há um projeto é uma idéia de montar um grupo de idosos porque nós valorizamos muito esse grupo na comunidade.

IC 1. Os grupos são formas de se aproximar dos idosos.

Como recurso na assistência ao idoso, esses profissionais fazem uso dos equipamentos oferecidos pelo próprio núcleo, um exemplo, são as visitas domiciliares. Como foi comentado no discurso dos agentes nos núcleos "A" e "B", através das mesmas os agentes constroem um vínculo com a população idosa, possibilitando uma aproximação dessa com o serviço de saúde.

Celia (1997) nos coloca que as sociedades sofrem de um fenômeno chamado "Violência Social" que, nos dias atuais, compromete as pessoas que vivem nas áreas menos desenvolvidas de algumas cidades. Essa "Violência Social" é decorrente da escassez de vínculos que se iniciam dentro do próprio núcleo familiar.

Para o autor, a participação comunitária envolve as pessoas que visam a algo em comum, tem a ver com seus desejos, suas necessidades, para exercerem e viverem melhor sua cidadania, sua qualidade de vida. Dessa socialização há a emergência dos potenciais desses indivíduos.

Percebe-se que há a indicação de um programa presente na comunidade que é o Programa de Integração Comunitária (PIC). Esses profissionais incentivam e indicam os idosos a participar desse como também de outros grupos oferecidos pelo próprio núcleo e que buscam aproximar o idoso desse serviço.

Palha (2001) nos expõe que a participação junto ao PIC e as atividades em outros espaços parecem ser um caminho que as pessoas buscam para estimular o convívio social e é algo importante para prevenir alguns problemas de saúde, mas principalmente é um estímulo para adquirir maior qualidade de vida. O autor comenta que,

"... a participação no programa (...) tem desenvolvido nos usuários um sentimento importante para eles, que é estar integrado, poderíamos dizer em outras palavras, o sentimento de pertencer a um determinado grupo."
(Palha 2001, p. 153)

6.11. Idoso é depositário de experiência e sabedoria.

DSC 3. Acho que a dificuldade está no sistema, não olha o idoso como devia olhar. A partir do momento que você criou o vínculo com esses idosos, você tem que continuar fazendo as visitas porque eles sentem a nossa falta. Tem idoso que você encontra revoltado, com problemas, você vai conversando, criando um vínculo. Você encontra muito idoso depressivo, falta de grana. Às vezes o idoso nem precisa do remédio, ele precisa da atenção. Tem dias que você precisaria ficar mais 20 minutos conversando com o idoso, meia hora, mas você tem uma meta, se estivesse mais tempo seria melhor; Eles são muito receptivos, bons ouvintes são muito carentes e também muito experientes. Acredito que não existe muita dificuldade para o agente, que é uma ligação, a gente tem um vínculo com a família. Quando ele tem dificuldade de tratamento nós passamos para a equipe, o enfermeiro ou o médico vai visitar e se precisar de curativo a equipe vai fazer. Quando ele não pode vir a gente vai até ele, às vezes, é a teimosia, mas a gente faz visita domiciliar todo o mês e eles vão aprendendo com a gente, a gente aprende com eles, faz uma troca.

IC 1. Idoso tem o jeito dele, é teimoso, mas é também muito carente.

IC 2. Eles são experientes e a gente faz uma troca.

O presente discurso novamente nos remete às discussões das falas dos agentes dos núcleos "A" e "B", onde emerge a questão do elo que se forma entre o profissional e o idoso. Isso nos faz reafirmar quão importante é o seu papel na equipe, pois é a partir do mesmo que se constroem laços para a relação entre usuário e serviço de saúde. Os agentes percebem que a sua relação com o idoso é boa, talvez justamente por essa proximidade que eles desenvolvem com essa população.

Mais uma vez emerge a discussão sobre a necessidade de colocar os idosos como elementos importantes no processo de organização das ações de saúde.

O idoso é visto como teimoso e ao mesmo tempo carente pelos agentes. Pode-se dizer que talvez essa teimosia seja em decorrência de todas as mudanças que esse indivíduo passou, ou seja, numa fase da vida o mesmo possuía autonomia para decidir sobre sua vida e nesta fase há algumas atividades em que já não consegue realizá-las e, muitas vezes, precisa de auxílio.

Palha (2001), em seu estudo, nos mostra que antes dos idosos participarem do PIC suas vidas se limitavam à dedicação à família e a casa, porém a partir do momento em que se inseriram em atividades que lhes possibilitaram a socialização tiveram outras percepções de suas vidas.

"O processo de socialização tem um papel decisivo na vida dos sujeitos, uma vez que, a partir dele, a vida rotineira do usuário do PIC começa a tomar outras características, com maior diversidade em termos de opção. A vida circunscrita apenas ao trabalho rotineiro, com ameaça pela presença da doença, é tida como algo muito ruim para os entrevistados." (Palha 2001, p. 185)

Outro fator emergido do discurso é o trabalho multiprofissional que ocorre nos núcleos, pois o discurso nos deixa claro que os agentes cumprem o seu papel e no momento em que têm dúvidas recorrem aos demais profissionais do serviço de saúde. Nesse sentido, o PSF traz a abordagem multiprofissional como uma de suas diretrizes, esclarecendo que o atendimento no programa deve sempre ser realizado por essa equipe.

A constituição dessa equipe deve levar em consideração o enfrentamento dos determinantes do processo saúde doença; a integralidade na atenção; dar ênfase à prevenção sem descuidar do aspecto curativo; prestar atendimento nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia, obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica; criar parcerias com a comunidade e as possibilidades locais (Ministério da Saúde, 1996).

Para Gatto (1996), se os profissionais souberem trocar seus saberes, a atenção ao idoso se dará de uma melhor forma, ou seja, com maior resolubilidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de agora passamos a fazer algumas considerações acerca dos resultados obtidos neste estudo junto aos Núcleos de Saúde da Família vinculados ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Um fato importante, que devemos inicialmente levar em consideração, diz respeito a ser pequeno o tempo de existência dos núcleos, pois são bastante recentes as atividades com o PSF e estão caminhando em busca de promover assistência integral à população.

Os núcleos "A" e "B" possuem na sua área de abrangência um número considerável de idosos (17,26% e 19,44% respectivamente), permitindo dessa forma que os profissionais voltem seus olhares para a busca de uma assistência visando à promoção da saúde dessa população.

No discurso das enfermeiras dos núcleos "A" e "B" fica explícita a preocupação com o crescimento do número de idosos nessas áreas de abrangência. Há uma percepção de que o crescimento da população de idosos brasileiros está passando por profundas transformações e, nesse sentido, eles estão se mobilizando para proporcionar assistência digna a essa população.

Esses profissionais de saúde têm buscado alternativas para integrar melhor os idosos entre si e nos serviços de saúde. Uma das perspectivas é a formação de grupos voltados para problemas de saúde, como por exemplo: grupos de diabéticos, de hipertensão, grupo de ocupação com bordado, grupo de lazer com dança do ventre, entre outros. Todos esses grupos possibilitam promover a saúde do idoso, integrando-o na sociedade e estimulando a convivência, interação social, fazer novas amizades, discutir sobre sua doença, melhorar a auto-estima e, assim, construir uma melhor qualidade de vida.

No discurso dos médicos, percebemos que esses profissionais identificam a necessidade dos idosos em receber maior atenção da equipe de saúde da família. Dessa forma, sua proposta vai ao encontro do discurso das enfermeiras com relação à formação de grupos, visando a sua socialização e ao bem-estar.

Diante da complexidade do processo de envelhecimento e das dificuldades em entendê-lo, os profissionais buscam parcerias com outras áreas do saber, especialmente a geriatria, psiquiatria e a área farmacêutica. Assim, buscam na articulação desses saberes, aspectos e tecnologias (grupos, comunicação, escuta) que possam contribuir em benefício da população idosa.

No discurso dos auxiliares de enfermagem, é expressa a importância da atenção ao idoso. Assim, na realização de seu trabalho diário e visitas domiciliares, prestam assistência às necessidades específicas demandadas (coleta de sangue, curva pressórica, vacina do idoso, orientação alimentar e sobre medicações), assim como procuram criar vínculos e confortar os idosos que são mais solitários, procurando prestar cuidados domiciliares.

Os agentes comunitários de saúde fazem elo muito forte entre a equipe e o idoso. Nas visitas domiciliares, eles fortalecem vínculos com esse usuário e, assim, o auxiliam nas suas questões do dia-a-dia. Os agentes, na maioria das vezes, são responsáveis pela grande demanda de idosos que frequenta as atividades promovidas pelos núcleos.

Em contrapartida é possível perceber que os núcleos "C" e "D" apresentam diferenças em suas prioridades por não ter, em sua área adscrita, grande número de idosos (5,94% e 8,31% respectivamente). Em

conseqüência disso, os profissionais desse serviço não têm como prioridade os idosos, voltando-se mais para a assistência da população adulto-jovem. Mas, ao mesmo tempo, apareceram nos discursos as preocupações com essa parcela da população, demonstrando o acolhimento do idoso, de maneira a se integrarem às atividades dos serviços que são programadas para a comunidade como um todo.

No discurso dos enfermeiros, percebe-se que, mesmo sendo serviços de saúde com baixa demanda de idosos, há mobilização desses profissionais com relação a essa população. Buscam integrar o idoso em todas as atividades promovidas nos serviços, assim como há uma organização interna do núcleo para a realização de visitas domiciliares aos acamados.

O discurso dos médicos nos mostra que os núcleos possuem outras prioridades por conta da demanda que busca assistência nesse serviço. Tentam inserir o idoso em atividades que envolvem a participação em grupos, voltados aos problemas de morbidade que acometem os idosos, no entanto, referem que não têm obtido muito sucesso com essas atividades grupais devido ao fato de que não existe uma preocupação por parte dessa população para as questões da educação em saúde. Percebem que os núcleos têm sido um espaço utilizado pelos usuários para as atividades comemorativas de cunho social e que, dessa forma, podem estreitar o vínculo com eles.

Os auxiliares de enfermagem expressam a preocupação de que há alguns idosos que permanecem sozinhos em seus domicílios, alertando sobre possíveis intercorrências que podem surgir tanto do lado físico quanto emocional, consideradas condição de risco.

Os discursos dos agentes comunitários de saúde se coadunam no que se refere ao seu papel profissional, ser elo entre o idoso e a equipe. Eles possuem uma relação muito estreita com a população idosa e trabalham visando à prevenção de doenças. Há grande valorização da sabedoria e experiência dos idosos por parte desses profissionais.

Assim, ao mesmo tempo em que o trabalho com os idosos não tem sido uma prioridade, vislumbram-se potencialidades através da realização de atividades integrativas, a convivência social, as reuniões de quarteirão, a atenção aos acamados e o alerta à assistência propiciada pelos cuidadores.

Se considerarmos as diretrizes que regem o PSF com relação à saúde do idoso, podemos perceber através deste estudo que existem potencialidades, e que as atividades comentadas e realizadas pelos profissionais são embasadas pelas orientações gerais do Ministério da Saúde.

As visitas domiciliares são citadas na maioria dos discursos e aparecem como uma ferramenta importante de trabalho, principalmente para os agentes comunitários de saúde. Pode-se perceber que, através delas, eles formam o elo importante entre os idosos e o serviço de saúde, contribuindo para a melhoria da saúde dessa população.

Os discursos expressam o olhar da equipe de saúde da família voltado para os seus idosos, exemplificados pelas atividades mencionadas. E ainda emerge a preocupação da equipe em compreender o processo de envelhecimento, manifestando que essa dificuldade também é da família. É possível perceber pelos discursos que há uma sensibilidade para a compreensão no entendimento desse processo.

Sabe-se que o PSF tem como foco de sua assistência o indivíduo, família e comunidade, ou seja, é através de medidas que promovam a saúde, previnam doenças articuladas à assistência curativa e reabilitadora, quando possível, que os profissionais almejam construir condições para a melhoria da saúde e qualidade de vida. O idoso, portanto, faz parte desse espaço de trabalho e sendo assim, existe também a necessidade da articulação com a família para que eles possam receber cuidados.

Contudo, se a equipe trabalhar na busca de um melhor entendimento do processo de envelhecimento juntamente com a família e tentar compreender como o idoso é percebido no seu *locus* familiar, conseqüentemente ele terá uma velhice com melhor qualidade de vida.

Assim, vislumbramos como aspectos importantes para serem destacados neste trabalho de investigação, a sensibilização da Equipe de Saúde da Família para com a temática do idoso, em suas áreas de abrangência, bem como o reconhecimento das dificuldades em relação à compreensão no que diz respeito ao processo de envelhecimento. Também entendem que essa dificuldade se estende às famílias e suas carências quanto à falta de recursos de várias ordens, limitações físicas e socioeconômicas, bem como falta de apoio logístico do ponto de vista da estrutura social.

Dessa forma, pensando na colaboração para a melhoria da atenção à saúde do idoso, podemos comentar que há necessidade de continuar formando trabalhadores de saúde na perspectiva da compreensão do fenômeno do envelhecimento, face às projeções para 2025 em relação ao envelhecimento

humano no Brasil. Ainda do ponto de vista dos recursos humanos, entendemos que há espaços importantes para a capacitação dos trabalhadores através de cursos de Especialização em Saúde da Família e cursos seqüenciais. Os profissionais na medida em que são treinados, podem dar o suporte necessário na capacitação dos trabalhadores de nível técnico, médio e elementar que atuam nas equipes de saúde da família. Do ponto de vista da organização dos serviços, embora não tenha sido objeto de análise desta investigação, percebemos que a articulação entre os níveis de atenção primário com o nível secundário especializado geriátrico é outra ferramenta importante para instrumentalizar os trabalhadores na atenção à essa população idosa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **Secretaria Nacional dos Direitos Humanos.** Política Nacional do Idoso. **Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998. 81 p.**

CARVALHO, V. F. C. FERNANDEZ, M. E. D. Depressão no idoso. In. NETTO, M. P. **Gerontologia.** A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. cap.16, p.160-173.

CELIA, S. Grupos comunitários. In. Zimerman, D.E. OSÓRIO, L.C. & cols. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1997. cap. 10, p.101-103.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas.** Revista Saúde Pública, v.31. n.2. São Paulo, p. 16-20. Abr.1997.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. In. **Divulgação em saúde para debate.** Rio de Janeiro: Fiocruz. Cebes. 2000. p.36-43.

COSTA, M. F. F. et al. Informe epidemiológico do SUS. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de saúde. Centro Nacional de epidemiologia. Brasil, v.9, n.1, jan/mar2000. 38 p.

DUCHIADE, M. P. População brasileira: um retrato em movimento. In. MINAYO, M. C. S. **Os muitos Brasis- saúde e população na década de 80.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p. 14-96.

FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In. NETTO, M. P. **Gerontologia.** A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu. 1996. cap.10. p.98-105.

FILHO, T. C. Prefácio. In. NETTO, M. P. **Gerontologia.** A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. Prefácio. p.XI.

GATTO, I. B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In. NETTO, M. P. **Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu, 1996. cap.3. p.26-43.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: UnATI. 2000. 89p.

KALACHE, A. VERAS, R. P. RAMOS, L. R. **O envelhecimento da população mundial.** Um desafio novo. Revista Saúde Pública, v.21, n.3, p.200-10, 1987.

LEFÉVRE, F. LEFÉVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J. J.V. **O Discurso do Sujeito Coletivo.** Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS. 2000. 138p.

LEFÉVRE, F. **Promoção da saúde:** um novo modo de entender e praticar saúde. FSP. Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/~lefevre/promocaoumnovomodo.html>. Acesso em: 20 dez.2001.

LEME, L. E. G. SILVA, P. S. C. P. O idoso e a família. In. NETTO, M. P. **Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu. 1996. cap.9, p.92-105.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis versus terceira idade. In. _____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade.** Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 1998. cap. 12, p.203-222.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis. In. _____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade.** Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 1998. cap. 2, p.29-42.

MAZZA, M. M. P. P. **A visita domiciliar como instrumento de assistência de saúde.** Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano. São Paulo, v.IV, n.2, Jul/dez. p.61-66, 1994.

MENEZES, M. R. **Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso.** 2001. 385p. Tese (doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MINAYO, S. C. S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: 2ª ed. Hucitec-Abrasco. 1993. 269 p.

MINAYO, S. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1996. 269p.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais.** Porto Alegre: CRE-Sesc 2000. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/docs/txt/pop2001-5.doc.links:Envelhecimento>
Acesso em: 25 ago. 2002.

NETTO, M. P. PONTE, J. R. **Envelhecimento: Desafio na transição do século.** In. NETTO, M. P. **Gerontologia.** A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu. 1996. cap.1. p.3-12.

OLIVEIRA, F. J. A. BERGER, C. B. **Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualificação dos serviços.** Revista técnico-científica do grupo hospitalar conceição. Porto Alegre, v.9 n.2, jul/dez, p.69-74, 1996.

PALHA, P. F. **Vivências do cotidiano.** A promoção da saúde como um exercício de cidadania no Programa de Integração Comunitária da Vila Tibério. 2001. 264p. Tese (doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PASCHOAL, S. M. P. **Epidemiologia do envelhecimento.** In. NETTO, M. P. **Gerontologia.** A velhice em visão globalizada. São Paulo: Atheneu. 1996. cap.3. p.26-43.

SECRETARIA DA JUSTIÇA. **Política Nacional do Idoso.** número 19. TEMA-Fiocruz, Brasília, 1998.

TEIXEIRA, J. J. V. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso: relação com os profissionais de saúde.** 1998. 172p. Dissertação

(mestrado), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1992. 175p.

VASCONCELOS, E. M. **A priorização da família na política de saúde.** Rev. Saúde em debate. Rio de Janeiro, v. 23. n.53, 1999.

VERAS, R. P. et al. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: conseqüências da explosão populacional dos idosos no Brasil.** Rio de Janeiro: UnATI. 2000. 90p.

VERAS, R. P. orgs. **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro.** Rio de Janeiro: UnATI. Relume Dumará. 1995. 95p.

VERAS, R. P. **País Jovem de cabelos Brancos - A saúde do Idoso no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume Dumará. UERJ. 1994. 224p.

VERAS, R. P. RAMOS, L. R. KALACHE, A. **Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade.** Revista Saúde Pública. São Paulo, v.21, n.3, p.225-33, 1987.

WONG, L. R. MOREIRA, M. M. **Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050).** Porto Alegre: CRE-Sesc. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/docs/text/pop2001-4.doc.links:Envelhecimento>
Acesso em: 25 ago. 2002.

ZIMERMAN, D. E. OSÓRIO, L. (colbs). **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1997. 424p.

ZIMERMAN, G. **Velhice.** Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed. 2000. 229p.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

***A SAÚDE DO IDOSO SOB A ÓTICA DA EQUIPE DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA***

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública para fins de obtenção de título de mestre, junto ao Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da

*Universidade de São Paulo. Inserido na Linha de
Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.*

Simone Teresinha Protti

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Orientador

Ribeirão Preto
2002

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

RESUMEN

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	09
3. REFERENCIAL TEÓRICO	10
4. PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1 Contexto operacional da pesquisa.....	39
4.2 Estratégias de investigação.....	41
4.3 Local de estudo.....	44
4.4 Sujeitos da pesquisa.....	46
4.5 Procedimento metodológico.....	46
5. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS	54
O idoso é prioridade por conta da demanda.....	55
Equipamentos sociais na atenção a saúde do idoso.....	59
O idoso é percebido no seu aspecto bio-psico-social.....	61
Idoso é um grupo vulnerável.....	67
O idoso necessita de socialização.....	69
As dificuldades também estão na família.....	76
O idoso quer alguém que o escute.....	80
É difícil entender o envelhecimento.....	83
Há várias atividades voltadas para o idoso.....	85
Grupos comunitários e idosos.....	88
Idoso requer solidariedade.....	90
Prioridade são os idosos acamados.....	94
Atenção à saúde do idoso é um processo em construção.....	96

Os idosos têm baixa escolaridade.....	100
Quando o idoso é saudável é mais tranquilo.....	102
Equipe trabalha com outras prioridades.....	106
Baixas condições sócio-econômicas.....	108
Sempre tem alguma coisa voltada para o idoso.....	111
Idoso requer mais atenção.....	113
Há sempre um olhar voltado para o idoso.....	115
Grupo de convivência é um recurso.....	119
Idoso é sinônimo de experiência e sabedoria.....	121
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
8. ANEXOS.....	138