

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

**O CUIDADO À PESSOA IDOSA NA ÓTICA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Camila Amthauer

Orientador: Prof. Dr. João Werner Falk

Pesquisa, cuja produção resultará no Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, apresentado ao Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialização em Saúde Pública.

Porto Alegre/RS

2012

Trabalho de Conclusão de Curso
Curso de Especialização em Saúde Pública
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

O CUIDADO À PESSOA IDOSA NA ÓTICA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: CAMILA AMTHAUER
ORIENTADOR: JOÃO WERNER FALK

RESUMO

O envelhecimento vem ocorrendo de forma bastante acelerada, fazendo com que se torne uma temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, mobilizando pesquisadores e promotores de políticas sociais, na discussão do desafio que a longevidade humana está colocando para as sociedades. Neste sentido, no contexto da Atenção Básica, espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso. Sabendo da importância do cuidado à saúde da pessoa idosa, esta pesquisa busca conhecer a concepção de cuidado e as práticas desenvolvidas junto aos idosos que procuram os serviços de saúde, na ótica de profissionais de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Os sujeitos são profissionais de Saúde da Família atuantes na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, do município de Porto Alegre/RS. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e analisados por meio de análise temática, proposta por Minayo. Dessa análise emergiram três categorias: concepções dos profissionais de Saúde da Família sobre o processo de envelhecer; dificuldades enfrentadas pelos idosos na visão dos profissionais; e, por fim, cuidados realizados junto aos idosos pelos profissionais de Saúde da Família. Da pesquisa conclui-se que os profissionais devem estar auxiliando os idosos que buscam ajuda nos serviços de saúde, levando em conta as especificidades do processo de envelhecimento e tudo que ele acarreta na vida do idoso. Assim, cabe aos profissionais estar elaborando propostas que desenvolvam a autonomia e independência do idoso, de maneira a melhorar sua qualidade de vida, e realizar atividades que visem a promoção e prevenção da saúde do idoso, com foco em uma assistência qualificada e humanizada.

Palavras-chave: Envelhecimento, Saúde do Idoso, Estratégia de Saúde da Família, Profissionais de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
1.1 Justificativa	08
1.2 Objetivos	09
1.2.1 Objetivo geral.....	09
1.2.2 Objetivos específicos.....	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 Um breve apanhado sobre Estratégia de Saúde da Família	10
2.2 Sobre envelhecimento: notas da literatura	12
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	15
3.1 Design do estudo	15
3.2 Local do estudo	16
3.3 Sujeitos do estudo e aspectos éticos	16
3.4 Coleta de dados	17
3.5 Análise de dados	18
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4.1 CATEGORIA 1: Concepções dos profissionais de Saúde da Família sobre o processo de envelhecer	21
4.1.1 Processo natural do ser humano.....	21
4.1.2 Autonomia e a qualidade de vida.....	23
4.1.3 O jeito antigo e o novo.....	26
4.1.4 As perdas.....	28
4.2 CATEGORIA 2: Dificuldades enfrentadas pelos idosos na visão dos Profissionais	31
4.2.1 A solidão.....	31
4.2.2 Dificuldades socioeconômicas.....	35
4.2.3 Perda da autonomia.....	38
4.2.4 Limitações físicas.....	41
4.2.5 Desvalorização e desrespeito.....	43
4.2.6 Falta de profissionais qualificados.....	44
4.2.7 Dificuldade de acesso.....	45
4.2.8 Barreiras arquitetônicas.....	46

4.3 CATEGORIA 3: Cuidados realizados junto aos idosos pelos profissionais de Saúde da Família.....	49
4.3.1 Visita domiciliar.....	49
4.3.2 Grupos de convivência.....	52
4.3.3 Atividade física.....	58
4.3.4 A escuta.....	60
4.3.5 Vínculo.....	62
4.3.6 Prevenção de agravos.....	64
4.3.7 Autorresponsabilização do idoso.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES.....	85
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	86
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada.....	88

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é, atualmente, uma realidade na maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, fazendo com que se torne uma temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, mobilizando pesquisadores e promotores de políticas sociais, na discussão do desafio que a longevidade humana está colocando para as sociedades (MORAES; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como

“um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (BRASIL, 2006).

Deste modo, segundo a Organização Mundial da Saúde (2005), o envelhecimento humano é resultado de diversos fatores, que, conjuntamente, contribuem para que as pessoas tenham uma vida longa. Os determinantes sociais, econômicos, pessoais, comportamentais, ambientais e culturais, incluindo gênero, que envolvam indivíduos, famílias, comunidades e sociedades, contribuem para o envelhecimento populacional, que se pressupõe mais saudável que em outros tempos.

Moraes, Rodrigues e Gerhardt (2008), ao citarem Chackiel (2000), referem que o envelhecimento populacional chama atenção para os conceitos de idoso, velhice e envelhecimento como sendo uma construção social que varia segundo as culturas, países ou classes sociais, e que tem importantes implicações para a análise de uma região tão heterogênea como a América Latina, cujos países apresentam grandes desigualdades sociais.

O crescimento da população idosa no Brasil vem ocorrendo de forma acelerada. De acordo com pesquisas realizadas para se conhecer a projeção da expectativa de vida para 2050, feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2000, as estatísticas mostraram que a faixa etária com maior crescimento na maioria dos países em desenvolvimento é a acima de 60 anos.

No Brasil, as projeções indicam que a proporção de idosos passará de 8,6% em 2000 para quase 15% em 2020. Em termos absolutos seremos, em 2025, a sexta população de idosos no mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas acima de 60 anos (IBGE, 2000).

Além disso, dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou superior a 80 anos), também apresentam um aumento significativo, têm aumentado proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos: 12,8% da população idosa e 1,1% da população total (BRASIL, 2006).

Esse crescimento populacional se deve em grande parte ao aumento considerável na expectativa de vida dos brasileiros e que, associado à queda da taxa de natalidade, amplia a proporção relativa de idosos na população (IBGE, 2000). A expectativa de vida ao nascer que era de 33,7 anos na década de 40, alcançou em 2000 o patamar de 68 anos para homens e 72 anos para mulheres (CARVALHO, 2010).

No contexto da transição epidemiológica, o perfil de saúde em nosso país também sofre mudanças. No lugar das doenças infectocontagiosas, estamos nos deparando com as doenças crônico-degenerativas. Dentre elas, as mais frequentes geralmente são a hipertensão, o diabetes, as doenças reumatológicas, a insuficiência renal crônica, a osteoporose e as demências. Ainda, é importante ressaltar que embora a maioria dos idosos apresente pelo menos uma doença crônica, é possível continuar vivendo com qualidade, desde que estas doenças sejam controladas (PAVARINI et al., 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, esse processo de envelhecimento pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2006).

No final da década de 90, a OMS passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo”, buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso à alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas

contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Veras (2009), o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de autossatisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde.

Recentemente, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do País, tendo elaborado a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Esta política tem por objetivo, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, assumindo como propósito a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida. Ainda, tem a finalidade de garantir-lhes a permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999; VERAS, 2009).

Do mesmo modo, o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 01/10/2003, no seu Capítulo IV, artigo 15, assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2006).

Ainda conforme salienta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho

conjunto entre equipe de saúde, idoso e família. A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (BRASIL, 2006).

Neste sentido, Motta, Aguiar e Caldas (2011) mencionam que a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Assim, o cuidado adequado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações das demais.

Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada, com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo (BRASIL, 2006).

Cabe ainda ressaltar que o cuidado dirigido à pessoa idosa constitui-se de uma prática na qual exige qualidades como: capacidade para estabelecer relação terapêutica, habilidades para reconhecer os atributos e características pessoais do idoso, conhecimento das alterações físicas e psicossociais decorrentes do envelhecimento, competência clínica e técnica para o cuidado do idoso doente, capacidade de comunicação e disposição para trabalhar com pessoas idosas, entre outras (ELIOPOULOS, 2005).

Deste modo, pode-se dizer que o cuidar da pessoa idosa constitui-se em um processo dinâmico que depende da interação e de ações delineadas a partir do conhecimento da realidade do idoso e sua família (DUARTE, 1996).

Levando-se em conta a importância de uma rede de cuidado à saúde da pessoa idosa, com base nas questões relacionadas ao envelhecimento, pretende-se que o estudo, a ser realizado por ocasião do Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós-Graduação “lato sensu” em Saúde Pública, busque responder a seguinte pergunta de pesquisa: “Qual a concepção de cuidado e práticas a serem desenvolvidas junto aos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, na ótica de profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Porto Alegre/RS?”.

Com base nas respostas que o estudo trará, acredita-se que este poderá auxiliar as equipes da Saúde da Família a legitimar ou revisar suas práticas de cuidado relativas ao envelhecimento e o que este representa para a pessoa idosa.

1.1 Justificativa

A população idosa, hoje, vem crescendo de forma acelerada no mundo todo. Em estudos realizados sobre o tema, já apontam o Brasil como um dos países com maior população de idosos para os próximos anos.

Diante disso, destaca-se a importância de profissionais de Saúde da Família estar revendo e adequando suas práticas de cuidado relativas ao idoso.

Considera-se que a identificação de práticas de cuidado à saúde do idoso poderá ser profícua para o planejamento de futuras ações por parte da equipe de saúde, juntamente com a população, visando uma assistência qualificada e humanizada.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Conhecer as concepções e práticas desenvolvidas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família relativas aos idosos que procuram os serviços de saúde, no que se refere ao processo de envelhecimento.

1.2.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos, delineiam-se:

- Descrever as concepções de profissionais integrantes de equipe da Estratégia de Saúde da Família sobre o cuidado a ser desenvolvido junto à pessoa idosa acerca do significado de envelhecer;
- Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos idosos, conforme relatos dos profissionais;
- Identificar as práticas de cuidados que são desenvolvidas junto ao idoso que vivencia esse processo no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Um breve apanhado sobre Estratégia de Saúde da Família

A Constituição Federal, aprovada em 1988, resgatou as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que ampliou a concepção de saúde, entendida como resultante das condições de vida das pessoas, possuindo, dessa forma, alguns fatores determinantes como alimentação, moradia, meio ambiente, ocupação, renda e oportunidade de acesso a serviços de saúde, dentre outros, e criou o SUS, definindo em seu Artigo 196 um conceito de saúde que considerou a saúde como direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1988). Em 1990, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90, nas quais se estabelecem seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2009).

Destaca-se no âmbito do SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada em 1994, a qual traz o princípio da integralidade como um de seus principais eixos estruturantes. Esta estratégia desponta no contexto da saúde brasileira como uma forma de reorganizar a Atenção Básica, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua (BRASIL, 2007).

Na perspectiva de reorientação do atual modelo assistencial, preconiza-se que a ESF, por meio dos pressupostos da Atenção Básica, seja a “porta de entrada”, ou seja, o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde, além de organizar a referência e contrarreferência. Neste contexto, as ações vão além dos cuidados primários, orientando o fluxo dos usuários pelos diferentes níveis de atenção à saúde (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), refere que a ESF é, hoje, norteadora da política de saúde para a atenção primária em todo o Brasil e tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de ações que vão além da prática curativa.

Deste modo, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2010a).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996a), a ESF foi desenvolvida com o objetivo de estreitar laços de compromisso entre profissionais da saúde, educação, gestores e população usuária dos serviços de saúde. Essa iniciativa apresentou avanços importantes na prestação de serviços, uma vez que vem contribuindo significativamente para a efetivação de mudança no modelo assistencial, com ênfase na promoção de saúde da família.

Conforme Machado, Colomé e Beck (2011), o trabalho em saúde se organiza a partir de encontros entre trabalhadores, e desses, com os usuários. São fluxos políticos, comunicacionais, subjetivos que estão permanentemente entre os sujeitos, formando uma intrincada rede de relações que dá condições para desenvolver o cuidado.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) também ressalta que a formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, habilidades e expectativas diferentes, pois um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade.

A Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde, tem como uma de suas diretrizes o acolhimento, que tem se tornado sua face mais visível, especialmente na Atenção Primária, pelas consequências que podem determinar no acesso dos usuários como uma mudança no processo de trabalho, a fim de atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde. Esses profissionais devem criar espaços no serviço de saúde que permitam uma escuta qualificada, conduzindo à responsabilização pelo problema do usuário e dando-lhe uma resposta adequada (BRASIL, 2004a).

Deste modo, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004b).

2.2 Sobre envelhecimento: notas da literatura

O envelhecimento é um processo adaptativo que depende da interação de fatores genéticos, biológicos e socioculturais. As atitudes em relação à velhice refletem os conhecimentos do senso comum e os conhecimentos científicos disponíveis sobre essa fase da vida humana.

Até a década de 60, entre leigos e profissionais, predominava um ponto de vista essencialmente negativo sobre a velhice. Porém, sempre existiram expectativas de controlar os efeitos deletérios do envelhecimento, de estender a vida e prolongar a juventude. Tais expectativas ganharam destaque na ciência e nas sociedades quando o envelhecimento populacional e a possibilidade de envelhecer bem se tornaram nítidas realidades em muitos países. Desde então, vem crescendo o número de indivíduos e sociedades que investem numa velhice saudável ou que, pelo menos, reconhecem a necessidade de fazê-lo (Resende, 2001).

Conforme ressalta Teixeira (2002), o envelhecimento é um fato que não pode mais ser contestado. As pessoas estão vivendo cada vez mais tempo, resultando em um aumento da população acima dos sessenta anos. O fato de se estar envelhecendo, de modo tão acelerado, traz transformações nos valores éticos e no modo como se percebe o processo de envelhecer.

Lima (2006) ressalta que o envelhecimento é a última etapa do ciclo de vida. Nem todas as pessoas envelhecem da mesma maneira. As diferenças pessoais, o nível cultural, o ambiente familiar, o próprio conceito de si mesmo, são fatores determinantes para a chegada da velhice. Cabe destacar que o envelhecimento humano é fruto da história de cada pessoa e a maneira como ela percorreu o longo caminho da vida.

O processo de envelhecimento humano é um fenômeno que apresenta características diferentes de acordo com a cultura, com o tempo e com o espaço e perpassa trajetórias da vida individual, social e cultural. Nesse sentido, o processo de envelhecimento vai além das mudanças biopsicossociais, tendo suas especificidades marcadas pela posição de classe social, pela cultura, pelas condições socioeconômicas e sanitárias do indivíduo ou da comunidade (MOREIRA; NOGUEIRA, 2008).

Neste sentido, a velhice deve ser compreendida em sua totalidade porque é, simultaneamente, um fenômeno biológico com consequências psicológicas, considerando que certos comportamentos são apontados como características da velhice. Como todas as situações humanas, a velhice tem uma dimensão existencial, que modifica a relação da pessoa

com o tempo, gerando mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

As perdas relacionadas à velhice, como a perda do vigor físico, de pessoas queridas, da dependência dos filhos e outras exigem adaptação, o que certamente não é fácil. Atitudes otimistas e ocupar-se de algo que faça o idoso se sentir ainda útil, inserido socialmente e que não exija tanto esforço físico podem ajudar a fazer com que a passagem pela linha entre ser adulto e ser idoso nem seja percebida de forma tão abrupta quanto é ao ser excluído do mercado de trabalho porque está velho (SIKOTA; BRÊTAS, 2012).

Segundo Lima (2006), há distintas formas de envelhecer, as quais dependem de fatores como a adaptação, os relacionamentos familiares e sociais, a posição econômica, o curso de vida e a opinião que se tem de si próprio. Entre os preceitos destinados a retardar a velhice, destacam-se: viver criativamente, adquirindo novos conhecimentos, criando novos hábitos adaptados ao momento presente; aceitar a senectude como uma fase natural da vida; não se deixar dominar pelo medo, pelo impulso à inatividade, à autopiedade, à ausência de afetividade, à falta de interesse e coragem; reconhecer que a saúde física e psíquica é consequência da capacidade de agir de acordo com seu verdadeiro interesse.

Refletir acerca do significado do envelhecimento e velhice, provavelmente, seja um caminho para entender o significado real de envelhecer, permitindo aos profissionais de saúde o planejamento de estratégias fundamentadas na realidade, que permitam proporcionar a manutenção da autonomia e independência do idoso, tendo como parâmetro a compreensão das alterações decorrentes do envelhecimento, refletidas na velhice, possibilitando a melhoria da qualidade de vida, consoante às condições de saúde em que o idoso se encontra (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Desta forma, para a implementação de medidas de promoção da saúde do idoso, deve-se conhecer o processo de envelhecimento e ter consciência de suas implicações para a vida do indivíduo e para a sociedade. Devem-se avaliar os aspectos pertinentes à qualidade de vida dos idosos, discernindo as possibilidades e limitações em seus planos individuais e sociais (FERREIRA et al., 2009).

Tais ações e planejamentos serão possíveis pela compreensão que a velhice não é uma concepção absoluta, na medida em que o significado real das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento é singular, como o modo de pensar, de agir e de questionar, passando pela interpretação de cada pessoa e como isto afeta a sua vida (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

É necessário ampliar estas visões para que o profissional de saúde que atende esse idoso perceba a amplitude do universo dos indivíduos idosos com os quais muito se tem a aprender. Em retribuição, oferecer-lhes um cuidado de saúde cuja perspectiva é o sujeito em sua singularidade, pois eles são únicos, capazes de se adaptar, de crescer e de aprender. São adultos maduros em contínua mudança, marcados por muitos preconceitos em uma sociedade ainda despreparada para encarar os desafios dessa nova realidade (SANTOS et al., 2011).

Nesta perspectiva, no campo da Saúde Pública, faz-se necessário que um novo olhar esteja voltado para esta temática, visto que existe a urgência de ações, não apenas curativas, mas principalmente preventivas, a fim de que o envelhecimento possa ser encarado de forma positiva, atrelando-o a uma boa qualidade de vida (MOREIRA, 2000).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com Minayo (2007), a pesquisa se estrutura por meio de uma linguagem embasada em conceitos, proposições, métodos e técnicas construídas de maneira singular pelo pesquisador. Gil (2008) acrescenta que a pesquisa compreende um processo direcionador, que envolve etapas que resultarão na compreensão do dado questionado. Desse modo, descreve a pesquisa como um "procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos" (p. 17).

De posse dessas concepções, descrevemos a seguir a proposta da trajetória metodológica implementada por ocasião do processo de investigação.

3.1 *Design* do estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Mediante a técnica de entrevista semiestruturada, obtiveram-se dados qualitativos, com vista à busca de compreensão dos mesmos sobre a questão da pesquisa. As entrevistas ocorreram em uma sala de aula da própria Unidade Básica de Saúde durante o turno de trabalho, conforme agendamento prévio com os participantes. As mesmas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas.

Em virtude do objeto de pesquisa que busca dar resposta à questão “qual a concepção de cuidado e práticas a serem desenvolvidas junto aos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, na ótica de profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Porto Alegre/RS?”, o estudo, ora apresentado, tem abordagem qualitativa e, pelos seus objetivos, pode ser classificado, de acordo com Gil (2008), como descritivo.

Os estudos do tipo descritivo, para Gil (2007), são aqueles que têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno e busca levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população, o que, mais uma vez, nos parece dar sustentação ao que se pretende nesta pesquisa.

A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2007), é a que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos

e a si mesmos, sentem e pensam. Tal método permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. De posse desse conceito, consideramos que essa é a abordagem mais adequada para as intenções da presente pesquisa, que pretende descrever as concepções dos profissionais de Saúde da Família sobre o cuidado e identificar as práticas desenvolvidas junto aos idosos que procuram os serviços de saúde, na qual estejam vivenciando o processo de envelhecimento.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, localizada próxima e pertencente ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um hospital universitário público, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

3.3 Sujeitos do estudo e aspectos éticos

Fizeram parte da pesquisa dezesseis profissionais de Saúde da Família atuantes na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília. Os profissionais que se encontravam em afastamento temporário em virtude de gozo de férias, licença especial, tratamento de saúde ou maternidade foram excluídos da pesquisa, assim como aqueles que não concordaram em participar da pesquisa.

Foi fornecido a cada entrevistado da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), no qual, trata-se de uma decisão voluntária, realizada por pessoa autônoma e capaz, após um processo informativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação, sabendo da natureza do mesmo, das suas consequências e dos seus riscos, em obediência à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que rege pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996b – Resolução 196/96). Este terá duas cópias, sendo que uma ficará sob a guarda do sujeito do estudo e a outra será guardada pelo pesquisador por um período de cinco anos. Da mesma forma, as informações

contidas na gravação digital serão armazenadas em CD e serão armazenadas na sala 404 do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul por cinco (05) anos, sob a responsabilidade do professor orientador da pesquisa. Os sujeitos participaram de livre e espontânea vontade, não sofreram qualquer tipo de prejuízo ou dano, nem ganhos ou benefícios diretos, tendo sido informados de que poderiam desistir do processo a qualquer momento. Embora tenham recebido essa informação, não houve qualquer desistência.

Além disso, ficaram cientes de que as informações obtidas por meio da coleta dos dados seriam mantidas em sigilo e de que a identidade do sujeito não seria revelada em nenhuma circunstância. No caso de o sujeito desejar maiores informações acerca da pesquisa, foi garantido que poderia manter contato com os pesquisadores, por meio do endereço contido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cuja cópia ficou em posse da pesquisadora e dos entrevistados.

Para preservar o anonimato dos sujeitos do estudo, optamos por substituir seus nomes pela abreviatura *E.* (entrevistado), seguida de um número ordinal. Assim, ao final de cada unidade de registro, na análise, o leitor encontrará *E. 1, E. 2, E. 3...*, até se completar o número total dos sujeitos do estudo.

3.4 Coleta dos dados

Num primeiro momento, entrou-se em contato com a Coordenação da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, solicitando permissão para o desenvolvimento da pesquisa e contato com os possíveis colaboradores nas equipes deste serviço de saúde. Obtida a permissão, a pesquisadora, autora do Trabalho de Conclusão de Curso, foi pessoalmente explicar, à Coordenação da Unidade Básica de Saúde, os objetivos do estudo e a metodologia a ser empregada.

Após o aval do coordenador, foi marcada uma data em que a pesquisadora foi até a unidade onde atuam os profissionais de Saúde da Família, para contatar com os possíveis colaboradores.

Com aqueles que aceitaram fazer parte da pesquisa, foram agendados data e horário, de acordo com a disposição de cada profissional, a fim de coletarem-se as informações para a

pesquisa. Todas as entrevistas realizadas para esta pesquisa aconteceram na própria Unidade Básica de Saúde, conforme solicitação dos sujeitos.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada (Apêndice B). Para a gravação das entrevistas, a pesquisadora utilizou um gravador para que, posteriormente, as entrevistas fossem transcritas. As entrevistas tiveram duração de, aproximadamente, quinze minutos.

Minayo (2007) menciona que as entrevistas semiestruturadas têm apoio claro na sequência de questões, facilitam a abordagem e asseguram aos investigadores menos experientes que suas hipóteses ou seus pressupostos sejam abordados na conversa. Além disso, possibilita a apreensão da dimensão subjetiva da realidade, pois visa compreender o ponto de vista dos autores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, utilizando roteiros com poucas questões que têm a finalidade de orientar, de facilitar abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação.

3.5 Análise de dados

Os dados foram analisados conforme a proposta de Minayo (2007), ou seja, por meio da análise de conteúdo, mais especificamente a análise temática.

A análise de conteúdo, segundo Minayo (2007), parte de uma leitura de primeiro plano dos documentos para atingir um nível mais profundo ultrapassando os sentidos manifestos do material. Relacionam-se as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significado) dos enunciados e articula-se a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

A análise temática é uma das modalidades de análise de conteúdo, sendo que a noção de tema está ligada a uma afirmação sobre determinado assunto. O tema pode ser representado por meio de uma palavra, de uma frase, de um resumo (MINAYO, 2007). De acordo com Bardin (1977), o tema é a unidade de significação que emerge naturalmente de um texto analisado segundo critérios relacionados à teoria que serve de orientação à leitura do pesquisador.

Uma análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2007, p.316).

Operacionalmente, a análise temática é realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A primeira etapa, ou seja, a pré-análise, segundo Minayo (2007), consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. A pré-análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas: a) leitura flutuante: consiste em tomar contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. b) constituição do corpus: diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, devendo responder a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade – que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro; representatividade – que contenha as características essenciais do universo pretendido; homogeneidade – que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores; pertinência – que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos do estudo. c) formulação e reformulação de hipóteses e objetivos: consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material as indagações iniciais. Pode ocorrer também, a reformulação de hipóteses, o que significa a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou abertura para novas indagações.

A segunda etapa desse processo é a exploração do material, que consiste numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Por fim, a terceira etapa, que consta o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, acontece quando os resultados brutos são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas simples (porcentagens) que colocam em relevância as informações obtidas (MINAYO, 2007).

Os dados qualitativos foram analisados por meio de análise categorial do tipo temática, a qual consiste em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e a presença de temas que denotam valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos. Seguiram-se as fases de pré-análise, com organização dos dados, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados obtidos (MINAYO, 2007).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte da pesquisa dezesseis profissionais, sendo cinco médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. Com relação ao gênero, os profissionais se dividem em três homens e treze mulheres, com média de idade entre, aproximadamente, 41 anos.

Neste capítulo, por meio da análise de conteúdo e considerando-se o objeto de estudo, que se sintetiza na indagação: “qual a concepção de cuidado e práticas a serem desenvolvidas junto aos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, na ótica de profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família no município de Porto Alegre/RS?”, emergiram três categorias.

Na primeira categoria traz os relatos dos profissionais acerca de suas concepções sobre o processo de envelhecer. Nas respostas fornecidas a este questionamento foram agrupadas as seguintes subcategorias: Processo natural do ser humano, Autonomia e qualidade de vida, O jeito antigo e o novo, As perdas.

A segunda categoria identifica as dificuldades enfrentadas pelos idosos na visão dos profissionais de Saúde da Família. Para esta pergunta foram agrupadas oito subcategorias, são elas: A solidão, Dificuldades socioeconômicas, Perda da autonomia, Limitações físicas, Desvalorização e desrespeito, Falta de profissionais qualificados, Dificuldade de acesso e Barreiras arquitetônicas.

Por fim, na terceira categoria os profissionais atuantes na ESF descrevem os cuidados realizados junto aos idosos na Unidade Básica de Saúde. Nesta última, foram agrupadas sete subcategorias: Visita domiciliar, Grupos de convivência, Atividades físicas, A escuta, Vínculo, Prevenção de agravos e Autorresponsabilização do idoso.

4. 1 CATEGORIA 1: CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECER

4. 1. 1 Processo natural do ser humano

Ao serem questionados sobre sua concepção acerca do processo de envelhecimento, os profissionais de saúde descreveram esse processo como sendo natural na vida do ser humano, englobando mudanças fisiológicas, emocionais e sociais, vivenciadas de formas distintas por cada pessoa, conforme a individualidade e as particularidades da vida de cada um.

“Envelhecer pra mim é uma fase, é fisiológico. É uma fase da vida que todo mundo vai passar [...] são as mudanças, as transformações que a gente vai tendo em decorrer da fase da vida” (E. 4).

“Pra mim, que já trabalho com idosos e gosto muito dessa área, eu acho que é um processo natural. Um processo do teu desenvolvimento. Faz parte da tua vida, o envelhecimento. Eu sempre brinco que quem não envelhece, morre antes. Eu acho que é uma fase que a gente tem alguns ganhos e algumas perdas, como em tudo na vida. Eu consigo encarar bem o envelhecimento. Claro que as condições oferecidas hoje para o cuidado ao idoso, a gente trabalha na área, a gente percebe que ainda, apesar do Estatuto do Idoso, as coisas caminham muito devagar. Mas o envelhecimento é isso, faz parte. Tem um decréscimo físico, tem perdas. E isso tu tem que resolver ao longo da tua vida também, tem que saber envelhecer [...] Mas pra mim é isso, é uma fase da vida” (E. 11).

“É um processo natural, que, à princípio, desde que a gente nasce tá passando [...] De forma geral, a gente está a envelhecer. Faz parte da vida. Isso é natural. Envelhecer é bom, é sinal de que tu não morreu” (E. 13).

“[...] a gente tem várias formas pelas quais a gente pode envelhecer. É uma fase da vida que a maior parte das pessoas, voluntária ou involuntariamente, almeja chegar, porque a gente sempre tem a esperança de que vá viver muito. Então, pra viver muito, obviamente, a gente vai ter que envelhecer. Mas que poucas pessoas sabem encarar de uma forma positiva, de uma forma que seja uma fase em que a pessoa tire proveito [...] eu imagino, pra mim, é que o envelhecimento seja uma fase como eu vou passar por todas. Assim como eu passei por todas as outras, adolescência, infância, vida adulta, em que, apesar de estar mais velho e com as limitações inerentes a idade, eu possa, de alguma maneira, me manter ativo, fazendo coisas que me deem algum prazer, o trabalho, até onde eu puder fazer. É uma fase que deveria ser encarada como fisiológica, encarada como qualquer outra. Sem a gente se apegar tanto aos aspectos negativos. Porque eu acho que coisas negativas nós temos em todas as fases da vida, não só no envelhecimento. Mas parece que quando a gente ouve falar da palavra envelhecimento, a gente logo se apega a limitações físicas, emocionais, e aposentadoria e não sei o que, quando, na verdade, ela não precisa só estar carregada dessas coisas. Há países onde as pessoas vivem muito mais que no nosso e as pessoas vivem bem, tem os seus afazeres, seus hobbies. Sabem, inclusive, desfrutar melhor do período de aposentadoria” (E. 15).

A ação de envelhecer é considerada um processo universal, dinâmico e irreversível. Para Joia, Ruiz, Donalisio (2007), o envelhecimento é um fenômeno que varia de acordo com a história de vida de cada pessoa, de acordo com as experiências e condições de vida que cada uma teve durante sua trajetória. A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos, como: saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia, entre outros, ou seja, reflete o bem-estar individual.

O envelhecimento não começa subitamente aos sessenta anos, mas consiste no acúmulo e interação de processos biopsicossociais durante toda a vida que podem constituir fatores de adoecimento ou promotores de saúde e de bem estar (GARCIA et al., 2005). Dessa forma, o processo de envelhecimento deve ser compreendido como um processo da vida, ou seja, envelhecemos porque vivemos e, muitas vezes, sem nos darmos conta disso (SOUZA; MATIAS; BRÊTAS, 2010).

Carvalho, Rocha, Leite (2006), referem que a velhice é difícil de ser definida, principalmente quando se almeja uma velhice saudável, desejada para todos e por todos. Portanto, deve ser compreendida em sua totalidade, e em suas múltiplas dimensões, visto que se constitui em um momento do processo biológico, mas não deixa de ser um fato social e cultural. Deve, ainda, ser entendida como uma etapa do curso da vida, na qual, em

decorrência da avançada idade cronológica, ocorre modificações de ordem biopsicossocial que afetam as relações do indivíduo com o seu contexto social.

Neste sentido, Freitas, Queiroz, Sousa (2010), salientam que a velhice é um processo complexo de alterações na trajetória de vida das pessoas. Cada contexto tem suas particularidades que vão alterar o estilo de vidas de cada um com isso, os modos de revelar o significado da velhice e processo de envelhecer para os idosos dependerão de como viveu essa pessoa e como fazem as adaptações e enfrentamentos cotidianos. A repercussão do envelhecer vai depender da história de vida pessoal, da disponibilidade de suporte afetivo, das redes sociais, do sistema de valores pessoais e do estilo de vida adotado por cada um.

Segundo Gonçalves, Groenwald (2005), o processo de envelhecimento é diferente, de acordo com o estilo de vida adotado, sendo que o crescente aumento da expectativa de vida da população demanda a necessidade de medidas efetivas, para garantir qualidade aos anos obtidos, com melhores condições de vida.

4. 1. 2 Autonomia e a qualidade de vida

Na medida em que relatavam suas ideias, os profissionais apontaram, em seus depoimentos, a relação entre a autonomia e a qualidade de vida no processo de envelhecer, sendo esses, aspectos fundamentais para se obter um envelhecimento saudável.

“Eu acho que depende da cabeça de cada pessoa. Dependendo da idade, o que ela considera envelhecer. Tem pessoas que a partir de 40 anos, já se acha uma pessoa de 60, 70 [...] eu penso assim, envelhecer estando com a cabeça legal, um envelhecimento saudável. Envelhecer entre aspas [...] o envelhecimento tá na mente de cada um. Tu pode ter 50, 60, 70 e dali adiante e ter uma cabeça bem jovial. No momento que tu tiver um pensamento bom, uma cabeça jovial, vai te ajudar, principalmente, quando começa a aparecer certas dificuldades. Porque a gente querendo ou não, mesmo tu tendo uma cabeça legal, vai aparecer os problemas do envelhecimento. Se você levar uma vida ativa, vai te ajudar muito [...] Eu, 5.4 como eu digo, mas a cabeça depende. Então, sou uma pessoa que levo uma vida não sedentária, bem ativa, bem em todos os sentidos” (E. 1).

“Eu acho que se tu envelhecer com uma saúde [...] pelo menos, que possa ter uma vida, fazer o básico [...] eu acho que é a lei da vida. Tem que acontecer. Se essa pessoa tem essa qualidade, eu acho que é válido. Não em cima de uma cama, dependendo de tudo, aí é difícil. [...] a pessoa idosa sofre muito. Aí, até ela fica pedindo pra morrer, entra em depressão, todos esse problemas que vem junto. Eu acho que é tu ter uma qualidade, pelo menos, digna, principalmente de saúde e que possa viver, ter a sua casa” (E. 2).

“Pra mim, envelhecer é ficar bem consigo mesmo, dependente da situação em relação à saúde, porque depende de cada pessoa a qualidade de vida. Acho que envelhecer é um fato da vida” (E. 3).

“Envelhecer é uma etapa. É mais uma etapa no processo da vida que deve ocorrer normalmente, mas com qualidade de vida, com autonomia, condições” (E. 8).

Conforme ressaltam Ferreti, Nierotka, Silva (2011), os conceitos saúde e satisfação na velhice têm sido associados a questões de dependência e autonomia, mas deve-se destacar que cada idoso sofre os "efeitos da idade" de diferentes maneiras.

Lima (2006) refere que não se pode determinar quando é que as pessoas se tornam velhas. As opiniões acerca desse ponto divergem principalmente à medida que os anos avançam. A idade cronológica não significa que nos tornamos velhos, afinal os ritmos são diferentes e o envelhecimento psicológico depende também da idade que a pessoa “sente” ter, de sua atuação, de suas capacidades, de se adaptar ao novo ritmo de vida e à nova posição que ocupa no meio em que vive.

Neste enfoque, entende-se que a qualidade do envelhecimento está diretamente relacionada com a qualidade de saúde que o indivíduo tem no seu percurso existencial e o estilo de vida que ele assume nessa trajetória (CELICH; SPADARI, 2008).

Vilarta, Gonçalves (2004) destacam que, para os idosos, a determinação de qualidade de vida tem influência da percepção de saúde que consiste em sentir-se bem na ausência de agravos e doenças significativas que possam tornar-se impedimento para realização de habilidades e capacidades. Esses achados, vão de encontro aos estudos de Chachamovich, Trentini, Fleck (2007) que, durante suas pesquisas, observaram que os grupos com mais de 60 anos associavam a qualidade de vida ao bem-estar, à saúde e à independência.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1995), o conceito de qualidade de vida é definido como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Neste sentido, adota-se aqui o conceito de qualidade de vida como expressão da melhor satisfação subjetiva de uma pessoa em dada circunstância, conforme a rede de atenção de que dispõe e a capacidade de autodeterminar vontades, desejos, necessidades e a condução da própria vida. Privilegia-se, dessa forma, uma gama de construtos que, reunidos, edificam o viver bem, a satisfação e, essencialmente, a garantia das necessidades individuais para uma vida digna, de acordo, inclusive, com os preceitos do exercício da cidadania (OLIVEIRA, 2006).

Para Lima (2006), a realização humana depende de uma postura diante da vida e, quando isto não acontece, perde-se a esperança, decepciona-se, cai-se no vazio. Isso não quer dizer que muita gente ignora o que quer, mas também não tem ideia do que sente. Sua falta de autonomia e incapacidade de tomar decisão torna evidente seu verdadeiro problema: não saber definir seus desejos e suas necessidades. Oscilam, para lá e para cá, sentindo-se impotentes, vazias, com a convicção pessoal de ser incapaz de dirigir a própria vida.

À medida que a pessoa envelhece, sua qualidade de vida se vê determinada por sua capacidade para manter a autonomia e a independência. A maioria dos idosos teme a velhice pela possibilidade de tornarem-se dependentes pela doença ou por não poderem exercer suas atividades cotidianas. Tal evento fortalece a abordagem de manutenção de vida saudável, que significa comprimir morbidade, prevenindo-se as incapacidades (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Segundo Ramos (2003, p.794):

“Na verdade, o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável. Pouco importa saber que essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e que toma remédio para depressão – infelizmente uma combinação bastante frequente nessa idade. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável.”

4. 1. 3 O jeito antigo e o novo

Nos depoimentos que seguem, as profissionais de saúde falam da mudança no pensamento de alguns anos atrás para os dias de hoje, em relação às questões ligadas ao envelhecimento. Antigamente, as pessoas idosas eram vistas como improdutivas e dependentes, sem autonomia para realizar seu autocuidado e suas atividades de vida do cotidiano. Hoje, os idosos continuam ativos em meio à sociedade. A idade deixou de ser um parâmetro que determina o que o idoso pode ou não fazer.

Ainda, é mencionada a questão de que, nos dias atuais, as pessoas não dispõem de tempo para realizar determinadas atividades, como viajar, dançar, sair e conversar com amigos, em razão do trabalho e dos compromissos que assumem ao longo da vida, adiando tais atividades para quando se aposentam e já tenham cumprido seu papel no trabalho e na criação dos filhos.

“Hoje em dia, essa questão de envelhecer, pra mim, tá bem diferente do que era antigamente. Antigamente, as pessoas envelheciam, deixavam de fazer várias coisas, ficava ali, esperando a morte chegar. E agora não. A concepção que eu tenho de envelhecer agora, é que as pessoas são bem ativas. Hoje em dia a gente vê idosas de 80 anos, caminhando, fazendo exercício [...] Mas é bem diferente do que se via antigamente. Eu pretendo envelhecer assim também, bem ativa, poder viajar bastante, aproveitar. Porque, na verdade, mudou bastante o modo de tu viver na velhice. Tu acaba deixando para aproveitar mais quando tu te aposenta, todo mundo é assim [...] Mas acho que muita coisa que tu não fez durante a tua juventude, tu deixa pra fazer depois, na velhice, para aproveitar, tem mais tempo” (E. 6).

“Eu pretendo envelhecer muito bem. Eu pretendo fazer muitas coisas que eu tenho vontade de fazer hoje e não faço por não ter tempo. Que nem tem algumas pessoas “ah, o serviço é minha vida”, não. O serviço não é minha vida. O serviço é o meu meio de sobrevivência, adoro o que eu faço, amo o que eu faço. Mas eu pretendo me integrar a grupos, viajar, passear, conhecer gente nova, dançar, cantar, fazer ginástica [...] Eu pretendo fazer bastante coisa que eu não faço agora, por ser eu e os filhos, e eu sou a dona da casa, eu sou o pai e a mãe, tudo. Pretendo fazer coisas pra mim, pra mim me alegrar, pra mim viver bem, envelhecer bem, com alegria e na companhia de amigos, conhecidos e familiares. Com mais tempo” (E. 7).

“[...] eu acho que o processo de envelhecimento é uma experiência de aprendizado, de lidar com limitações, de aprender a ter outras formas de lazer, de se sentir bem consigo mesma com outras atividades, muitas vezes em função de limitações físicas [...] eu vejo assim, como um aprendizado, cada um com seu processo [...] uma situação saudável como um todo” (E. 14).

O perfil do idoso hoje vem se diferenciando do idoso de alguns anos atrás. É uma geração que se caracteriza por indivíduos mais ativos que buscam um estilo de vida sadio indo do convívio social à manutenção de boas condições físicas (MIRANDA; GUIMARÃES; SIMAS, 2007).

De acordo com Ferreira et al. (2009) a velhice é uma época em que as tarefas básicas em relação ao desempenho profissional e à família, de certo modo, foram cumpridas e o indivíduo pode se sentir livre para realizar seus desejos e sonhos.

O envelhecimento constitui um período em que muitos papéis e compromissos desaparecem da vida do idoso. Os que permanecem possuem menos conteúdo e deveres. Alguns pesquisadores do assunto encaram tal perda como um risco de isolamento ou alienação, outros acreditam que isso pode proporcionar maior licença para a individualidade e a escolha (BEE, 1997). Dessa forma, percebe-se que está sendo abandonada a conotação negativa do conceito de velhice e passa-se a conceber essa fase da vida como possibilidade de realização pessoal, maturidade e sabedoria (ARGIMON; STEIN, 2005).

Conforme refere Ferrari (2002), na terceira idade o indivíduo deixa seu trabalho remunerado, mas não deixa de realizar determinadas atividades. Essa necessidade continua, pois é constante, dinâmica e evolutiva. Para alguns, o envelhecimento pode ser um período vazio, sem valor, inútil; para outros, pode ser um tempo de liberdade, de desligamento de compromissos profissionais, de fazer aquilo que não se teve tempo de fazer e aproveitar a vida. A aposentadoria está deixando de ser um momento de descanso e recolhimento para tornar-se um período de satisfação pessoal e de realização de atividades de lazer.

Segundo D’Orsi, Xavier, Ramos (2011), a interação social protege o indivíduo idoso da perda funcional. As atividades de trabalho e lazer devem ser valorizadas ao longo da vida, especialmente nas idades mais avançadas, assim como relacionamento com amigos, com atenção especial aos fatores sociais, culturais, biológicos e medicamentosos que prejudicam ou dificultam a manutenção dessas atividades pelos idosos.

Ainda, Teixeira, Néri (2006), enfatizam que as pessoas idosas precisam acreditar em si próprias, e assumirem as alterações inerentes ao processo de envelhecimento, aceitando as perdas, mas percebendo-se com possibilidades de desenvolver novos interesses e

oportunidades de continuar aprendendo e experimentando situações novas. Daí a importância dos profissionais planejarem atividades educativas, laborais e lazer para os idosos das comunidades onde exercem as práticas, despertando o interesse dos participantes para a importância de uma velhice saudável.

Cabe destacar que incentivar e proporcionar atividades de recreação e lazer constitui-se em estratégia efetiva para a redução do isolamento, da melhoria da inserção do idoso no meio social e do desenvolvimento de novas habilidades, o que pode refletir diretamente na melhoria da autoestima e da condição de saúde desse idoso (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Assis (2005), nesse sentido, destaca que no planejamento de ações de educação em saúde com pessoas idosas deve-se favorecer a reflexão sobre os determinantes do envelhecimento e estimular a participação na vida, por meio da construção de espaços em que pessoas sejam vinculadas afetivamente e valorizem a história de vida e seus saberes.

4. 1. 4 As perdas

Muitos profissionais descreveram o processo de envelhecimento como uma fase natural da vida, permeado por mudanças fisiológicas que podem dificultar a vida do idoso, mas que não o impedem de desfrutar de um envelhecimento saudável. Porém, outros profissionais entrevistados, mencionam o envelhecimento como uma fase carregada de perdas, tanto físicas quanto emocionais, sendo essa um processo difícil na vida das pessoas, em detrimento de todas as incapacidades e limitações que muitos apresentam com o avançar da idade. Outra questão pontuada pelos profissionais é a ideia de que o envelhecer em si, já traz consigo o pensamento de morte na vida dos idosos, conforme se observa nos depoimentos a seguir.

“Eu acho que o envelhecer é um repensar de toda tua vida. É um momento que a gente começa a pensar na morte, também. O envelhecer traz esse pensamento. E, às vezes, o envelhecer tá ligado a alguma doença, uma coisa que tu desenvolve ao longo do envelhecer, como diabetes, uma pressão alta, há outras doenças. Então, o envelhecer traz esse pensamento, esse pensamento da morte” (E. 5).

“Envelhecer pra mim é uma série de modificações que ocorrem, não só fisiológicas e biológicas, mas principalmente, no aspecto emocional, que vai se modificando na vida das pessoas. Esse processo, às vezes, é bastante doloroso. A gente tem na Unidade bastante pessoas nessa faixa etária, acima de 65 anos, e a gente vê que muitas pessoas considera esse processo um processo difícil. Eu acho que é um momento de bastante maturidade das pessoas. Deveria ser um momento que, emocionalmente, as pessoas deveriam sentir-se mais estáveis, mas não, não é o que a gente vê na prática. A gente vê as pessoas bastante afetadas, pelo aspecto econômico, dificuldade econômica, aspecto familiar, abandono. Então, pra mim, envelhecer deveria ser esse momento de maturidade em todos os aspectos, físico, mental, social, emocional. Porém não é o que a gente vê na prática” (E. 9).

“Envelhecer, além do avanço da idade, significa perda de funções, diminuição de capacidades, maior propensão a doenças, maior vulnerabilidade” (E. 10).

“Eu acho que, na verdade, o processo de envelhecimento causa toda uma modificação nas funções orgânicas, uma diminuição na questão da mobilidade, e um pouco da cognição também, mas tudo de uma forma que não chega a afetar a saúde da pessoa idosa. Então, eu acho que o processo de envelhecimento ele traz um pouco isso, uma diminuição do funcionamento em cada área, como parte também do envelhecimento orgânico mesmo. Mas, o que tiver incomodando ou o que tiver causando prejuízo não é o normal” (E. 12).

“Um processo difícil para muitos pacientes, para muitas pessoas. Eu me preocupo muito. Acho que o processo de envelhecimento está sendo muito medicalizado, as pessoas transformam os sintomas naturais em doenças e motivos de tomar medicações” (E. 14).

“Pra mim, envelhecer, dentro do ciclo vital, é mais uma etapa do processo fisiológico e que hoje, na nossa sociedade acaba tendo várias demandas para o serviço de saúde, relacionada ao envelhecimento. Acho que é fisiológico, porém, acompanhado de vários adereços que predispõe a doenças crônicas e dentro do contexto social que é o perfil dos pacientes que a gente acaba atendendo, tem vários problemas. Então, esse envelhecimento vem com uma carga de problemas que batem na porta dos serviços de saúde e que a gente tem de dar respostas e, muitas das vezes, a gente é um tanto impotente pra resolver muitas das demandas. Também questões de família” (E. 16).

O envelhecimento é um processo natural que acomete os indivíduos no decorrer de suas vidas e que provoca uma série de alterações em seu organismo. Pode-se dizer que o envelhecer faz parte do processo de crescimento e desenvolvimento do ser humano e, ao

contrário do que muitos pensam, ele está associado não somente a fatores negativos, mas também a uma série de aspectos positivos que enriquecem a vida do indivíduo em diversas áreas. Sendo assim, o idoso não pode mais ser visto como um ser que não tem mais nada a oferecer ou ser associado à imagem de doença, incapacidade e dependência (MATSUDO, 2001).

Ao se referirem às vivências frente ao processo de envelhecimento, as pessoas frequentemente fazem associações de natureza predominantemente negativas. Destacam-se insuficiência, incapacidade, limite, perda, vulnerabilidade, dependência, solidão, medo de abandono e subordinação (LIMA, 2006). Ainda, muitos consideram a velhice como um período de estagnação e finalização, de declínio e de perdas, de desespero e temor da morte, sem possibilidades de crescimento, participação e envolvimento nos mais variados contextos (STUARTHAMILTON, 2002).

De acordo com Lima (2006), as imagens negativas associadas à velhice e que reconhecem exclusivamente as perdas físicas e o declínio das habilidades esquecem que o desenvolvimento humano é um processo compensatório entre perdas e ganhos. Os idosos precisam superar as suas transformações, os preconceitos impostos pela sociedade, se adaptar às constantes mudanças, procurar ter certas condições econômicas e dinamizar seus aspectos positivos.

Ramos (2003) enfatiza que a perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, são eventos cotidianos que podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo. O bem-estar na velhice seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.

Ainda segundo o autor, embora a grande maioria dos idosos sejam portadores de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam a vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressa satisfação.

Dessa forma, verifica-se que na velhice o ser humano fica mais sujeito às perdas evolutivas em vários domínios, em virtude de eventos biológicos, psicológicos e sociais característicos de sua história individual, e acontecimentos que ocorrem ao longo do curso da história de cada sociedade. No entanto, dizer que na velhice acontecem mais perdas do que ganhos, não significa dizer que a velhice é sinônimo de doença, tão pouco que as pessoas ficam impedidas de se envolverem com outras atividades. Viver significa adaptação ou possibilidade de constante autorregulação, tanto em termos biológicos quanto em termos psicológicos e sociais (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Paschoal, Franco, Salles (2007) enfatizam que é necessário rever a ideia de velhice, eliminando posturas preconceituosas de que o velho não pode fazer nada e é improdutivo. É preciso criar oportunidades para que os idosos continuem ativos e participantes, de acordo com suas condições físicas e psíquicas e seus desejos e expectativas.

O envelhecimento, enquanto constituinte do processo de desenvolvimento humano, caracteriza-se como um tempo de exposição a acontecimentos da vida e a transições, e também como um período de implementação de estratégias de confrontação e de resolução de desafios, a partir das oportunidades e do potencial adaptativo que cada idoso possui. É importante conceber os idosos não como condenados a sofrer passivamente os impactos negativos desses acontecimentos e mudanças pelas quais passam em suas vidas (FONSECA, 2005), mas sim como agentes ativos e capazes de propiciar ganhos e influências da subjetividade na vivência desta fase do desenvolvimento, bem como nas suas expectativas e em seus projetos de vida (ALMEIDA, 2005).

4. 2 CATEGORIA 2: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS IDOSOS NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS

Agrupam-se, nesta categoria, as falas dos profissionais sobre o que eles pensam ser as principais dificuldades encaradas no dia-a-dia pelos idosos.

4. 2. 1 A solidão

Na medida em que os profissionais relatavam suas concepções sobre o processo de envelhecer, emergiram, em suas narrativas, algumas dificuldades enfrentadas pelos idosos durante o processo de envelhecer.

Dentre essas dificuldades, uma fala bastante presente nos depoimentos dos profissionais é a questão da solidão da pessoa idosa, do abandono pela família e da dificuldade de um cuidador que olhe por esse idoso e o apoie em suas dificuldades decorrentes do envelhecimento.

“Vínculos familiares. Onde tem o idoso e não tem um certo cuidado, não tem uma participação da família, aí ele fica meio deprimido. A gente vê dificuldade nesse sentido, em questões familiares” (E. 1).

“A dificuldade que eu mais vejo é a de estarem mais sozinhos. Muitos, dessa nossa área, já têm uma situação financeira relativamente boa, filhos criados. Então, os filhos estão longe pela situação de estar viajando, morando em um lugar melhor. E eles se sentem sozinhos, a maioria deles. Então, essa dificuldade de ter alguém que dê um auxílio para esses idosos que estão com alguma dificuldade em relação à saúde” (E. 2).

“Eu acho que a solidão. Eu percebo que eles sofrem bastante com a solidão. E, alguns, por não ter uma saúde tão boa. Mas tem uns que dão a volta, que se sentem só, mas procuram grupos. Que nem a gente tem o grupo da terceira idade, que é maravilhoso, quase trinta idosos. Então, a gente percebe isso. Têm idosos que moram sozinhos, mas que procuram grupos, amigos, estar viajando, passeando, convivendo com outros e tem uma velhice boa, tranquila” (E. 7)

“Principalmente essa dificuldade emocional, de sensação de abandono e de estar sozinho [...] E o aspecto emocional, da solidão, de ver que muitos familiares não dão o devido valor. E um certo abandono até do idoso, achando que o idoso não tem sentimento, não tem desejos, não tem vontade própria. Então, eu vejo muito a família, ou alguns abandonam, ou os que não abandonam tomam uma situação extremamente autoritária, achando que o idoso não tem a sua vontade própria quando, na realidade, ele tem. Ele é um ser como qualquer outro” (E. 9).

“Dificuldade de um cuidador. Acho que é difícil. É difícil para o cuidador e é difícil para a pessoa ter. A incapacitação, a pessoa se torna mais incapaz de fazer as coisas, mais dependente. Então, eu acho que isso é a pior situação para o idoso” (E. 10).

“Muitas vezes eles precisam de cuidados, de cuidador. A família, hoje, não tá conseguindo dá essa assistência e a gente não têm pra onde recorrer” (E. 11).

“[...] eu vejo que a dificuldade me parece ser mais de estarem sozinhos. Porque, geralmente, a família, os filhos já saíram de casa, cada um vive a sua vida e o idoso fica meio abandonado. O idoso de classe média alta me parece que fica mais abandonado, apesar de ter um pouco mais de condição de cognição até e de conviver em grupos, de ser um pouco mais ativo. A questão da solidão pra essas pessoas eu acho que são um pouco mais nítidas. Nas classes mais baixas a gente vê que, geralmente, eles moram em lugares onde tem várias pessoas circulando, mas nem sempre a atenção é aquela que poderia ser [...] a questão da família, de ser pouco participativa. Acho que isso é uma coisa que traz um pouco de sofrimento” (E. 12).

“Com os problemas associados à idade, que eu acho que começa a vir os problemas, limitações físicas, o abandono emocional, que eu acho que é a parte pior. E quanto mais limitado tu é fisicamente e com problema de família, esse abandono emocional, esse abandono de cuidado, de cuidador, se torna mais evidente e deixa isso pior. Eu acho que a falta de apoio dos idosos é o que é mais complicado. Inclusive para fazer o manejo das doenças clínicas, dificulta mais” (E. 13).

“Muitas vezes, abandono por parte dos próprios familiares. Não vou nem dizer amigos e outros entes de relação, mas até as próprias famílias. Não é um costume, mas é uma coisa quase que involuntária, automática, uma certa forma abandonar as pessoas mais velhas” (E. 15).

“São várias dificuldades na verdade [...] Muitos são solitários, vivem só, muitos tem problemas financeiros, problemas familiares, não tem a rede de apoio familiar, isso é bem precário” [...] (E. 16).

O abandono na velhice é um sentimento de tristeza e de solidão, provocado por circunstâncias relativas a perdas, as quais se refletem basicamente em deficiências funcionais do organismo e na fragilidade das relações afetivas e sociais que, por sua vez, conduzem a um distanciamento, podendo levar ao isolamento social da pessoa idosa (HERÉDIA; CORTELLETTI; CASARA, 2005).

Complementando essa ideia, as autoras salientam que as situações que levam ao abandono são provocadas pela condição de fragilidade do idoso, que pode passar a depender de outras pessoas, pela perda da autonomia e da independência, pelo esfriamento dos vínculos afetivos e pela conduta do grupo de relações ou ausência dele.

De acordo com Herédia (2010), o abandono do idoso está relacionado com sua história de vida e com características individuais de cada ser humano. Essas questões dizem respeito às relações humanas, principalmente as relações interpessoais que foram construídas ao longo da vida, e que, na velhice, se desdobram com mais clareza quando há necessidade de maior atenção, cuidados diante das fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento. Muitas das situações de sentimentos de abandono são reflexos da perda de afetos, representada pela perda do companheiro, de filhos, familiares e amigos.

O ser humano teme as perdas, uma vez que as mesmas habitualmente trazem sofrimento. A experiência de perdas pode levar a esclarecer uma situação de abandono. Abandono é um sentimento de sofrimento trazido por essas circunstâncias, o que impede o indivíduo de viver e conviver plenamente e de permanecer inserido na família, no grupo e na cultura (HERÉDIA; CORTELLETTI; CASARA, 2005).

Para Herédia, Cortelletti, Casara (2005), a família é o meio natural de inserção do ser humano. Quando há ausência ou rompimento dessa inserção, o idoso vive uma situação de não pertencimento, sente-se ignorado, desvalorizado, excluído. A família é a esperança do idoso como forma de manutenção das relações familiares e das possibilidades de evitar o isolamento. Como a família é o grupo através do qual o ser humano é gradativamente inserido no mundo, ela representa o vínculo do indivíduo com a sociedade. A família pode ser uma solução para evitar o sentimento de abandono, mas não garante necessariamente que esse sentimento não exista. Pelo contrário, depende dos vínculos estabelecidos ao longo da vida e da força dessas relações.

O sentimento de solidão pode ser suavizado com o apoio da família, sendo importante não apenas para o idoso, mas para todos os seres humanos. As pessoas precisam do convívio em sociedade, de ouvir e de serem ouvidas (CUNHA; PONCE DE LEON; FUNGHETTO, 2008).

Rodrigues, Watanabi, Derntl (2006), referem que a principal fonte de suporte para essa população de idosos ainda é a família. Elas oferecem apoio social, funcional, econômico e afetivo. Dentre as várias assistências que a família presta aos idosos, podem-se destacar: o apoio às tarefas domésticas, passeios e outras atividades da vida diária, companhia, apoio afetivo, transporte e acompanhamento a diversos lugares, cuidados com a medicação e auxílio no caso de doença, enfim, é ela que apoia o idoso na maior parte do tempo.

Porém, enquanto os indivíduos envelhecem, vão ocorrendo mudanças na organização familiar em termos de papéis dos membros e de suas regras. Esta fase de realinhamento dos papéis familiares pode ser acompanhada de certa dificuldade de adaptação não só por parte do idoso, mas também pelos demais familiares que passam a cuidar dele (ANGELO, 2000).

É difícil cuidar de um idoso com incapacidades funcionais (físicas e cognitivas), principalmente quando esse é membro da família. Portanto, está envolto pelas relações afetivas pautadas nas histórias individuais e coletivas construídas ao longo das vidas daquele arranjo familiar. Tanto os familiares quanto os idosos mostram que as dificuldades nas suas relações estão mais ligadas ao lidar com as doenças e limitações físicas do que com o processo de envelhecimento em si, o que mostra que tais problemas realmente causam uma grande sobrecarga física e/ou emocional aos mesmos (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

Horta, Ferreira, Zhao (2010), destacam que as famílias dos idosos necessitam de atenção e não apenas ser colocadas como cuidadoras, já que esta fase pressupõe um evento não somente para o idoso, mas para todos que participam desse processo, independente da aproximação, vínculo ou atividade desenvolvida. É uma etapa que resulta numa inversão dos

papéis de cuidado, além de lembrar que todos nós envelhecemos e a finitude é um fato real da vida.

Desta forma, a família do idoso deve ser assistida e amparada para que tenha condições de atender de modo mais eficaz este seu membro vulnerável. Sem este amparo, a família e o cuidador ficam impossibilitados de prestar-lhe o devido cuidado. A construção conjunta de um sistema de apoio e de uma rede de suporte, tanto de saúde como social, auxiliará esta família, diminuindo com isto os seus custos emocionais e também financeiros. Sem o devido respaldo, esses familiares, por incapacidade de prestar assistência, deixam de assistir os idosos de uma forma digna e humanizada (ROSSETTO MAZZA, 2008).

É importante que os serviços de saúde busquem estratégias para incluir as famílias no processo de ciclo vital envolvendo o envelhecimento, não apenas com foco no idoso, mas ampliando a visão para as demandas dos familiares, considerando sua estrutura, dinâmica, expectativas e necessidades (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010).

Por fim, quando a pessoa está inserida na família, as relações e as trocas que ocorrem nesse ambiente e em ações na comunidade são enriquecedoras, principalmente para os idosos. Apesar das transformações pelas quais passam a família, a casa ainda é um local que oferece o calor necessário para o desenvolvimento da vida (RIBEIRO; SCHUTZ, 2007).

4. 2. 2 Dificuldades socioeconômicas

Além das questões emocionais, outro aspecto apontado pelos profissionais, está relacionado às dificuldades econômicas que o idoso enfrenta, devido seu distanciamento do mercado de trabalho, em razão de sua aposentadoria, e acaba tendo que se habituar com um valor reduzido, referente ao salário que recebia, se adaptando a um padrão de vida diferente ao que estava acostumado. Essa adaptação implica no cuidado à saúde do idoso, pois, muitas vezes, esse deixa de comprar os medicamentos de que precisa pelo fato do dinheiro não ser suficiente para cobrir todas suas necessidades.

Dentro das dificuldades socioeconômicas, pode-se incluir, ainda, a questão da baixa escolaridade de alguns idosos, o que afeta, diretamente, tanto a qualidade de vida quanto a percepção da sua condição de saúde, relacionados a adoção de hábitos inadequados adquiridos ao longo da vida, muitas vezes, pela falta, ou o não entendimento, de informações relativas à sua saúde.

“[...] eu vejo mais dificuldade na questão de situações familiares financeiras. Então, aonde tem problemas financeiros há mais dificuldade” (E. 1).

“Uma dificuldade muito, muito grande é o aspecto econômico. Muitos deles ganham salário extremamente reduzido de aposentadoria que, às vezes, eles se encontram em uma situação de tá diminuindo o tratamento medicamentoso, a quantidade de medicamentos que eles usam, para poder economizar, para poder dar conta do tratamento e da medicação [...] Então, eu vejo esse aspecto econômico, um aspecto muito forte e importante na vida do idoso. Que é a fase que ele poderia viver estável, que ele poderia sentir-se ‘já to com minha missão cumprida e agora vou descansar a minha velhice’, é o momento de maior dificuldade que eles têm, econômica” (E. 9).

“Eu vejo que dependendo da classe socioeconômica varia bastante. Alguns idosos de uma classe socioeconômica um pouco mais baixa, a gente vê que ele tem dificuldade de ler, de compreender, muitos deles usam muitas medicações e tem dificuldade de entender como tomar esse medicamento, a família nem sempre tá presente, então isso é uma coisa que é complicada. São pessoas que, em função de terem um grau de instrução um pouco mais baixo, tiveram também acesso a empregos que exigiram um pouco mais de força e de esforço. Então, são pessoas que, geralmente, sofrem de dores crônicas, que tem problemas de artrose, enfim. Me parece que os problemas maiores são esses. A questão da família, a questão de doenças crônicas, muitas vezes relacionadas ao trabalho e não só a idade, e a questão de entendimento, de leitura [...] Dificuldade de adesão, polifarmácia, o próprio problema de dores crônicas também” (E. 12).

“[...] dificuldades financeiras em função de muitos idosos que a gente atende virem de um contexto onde eles tinham Plano de Saúde, se aposentam, ficam impossibilitados de pagar e tem que se adaptar a outra forma de atendimento, de serviços públicos. Eu acho que são as limitações financeiras” (E. 14).

“[...] muitos idosos que eram da classe média, mas que empobreceram, que se aposentaram e hoje tem dificuldade de manter seu lar como era antes. Então, acaba abrindo mão de algumas coisas. Alguns abriram mão de planos de saúde, os que tinham, conseguem fazer um bom acompanhamento conosco aqui” (E. 16).

O nível socioeconômico parece interferir na saúde do idoso, determinando assim uma adaptação brusca ao seu estilo de vida, na qual, muitas vezes, não estava habituado. Além disso, os aspectos emocionais destes aparecem fortemente alterados nessa situação, devido à construção de sua vida sob essa nova condição (YAZAKI, 1991).

Veras, Ramos, Kalache (1987), contribuem com o estudo referindo que como consequência da vida atual mais solitária, o idoso, na maioria das vezes, tem que arcar com os custos de manutenção de sua casa. Aquele que não consegue acumular uma poupança durante a vida produtiva, em geral, tem um final de vida em difícil situação financeira, pelo fato de o valor de sua aposentadoria ser inferior aos dos vencimentos do período produtivo. Ainda, a possibilidade de gerar novos recursos a fim de complementar a renda com outro trabalho remunerado é quase nenhuma. Mesmo não existindo proibições legais quanto ao trabalho do idoso, o fato é que praticamente inexistem oportunidades de trabalho para essa faixa etária.

Souza, Matias, Brêtas (2010, p. 2842), salientam que:

“A ausência do trabalho em decorrência de políticas econômicas que levam ao desemprego estrutural pode ser substancialmente responsável pela minimização da qualidade de vida dos trabalhadores que, ao envelhecer, têm o agravante de encontrar chances reduzidas ao concorrer no mercado de trabalho com pessoas mais jovens. Quando se aposentam, sua situação tende a piorar, pois os valores pagos aos aposentados não são suficientes para cobrir suas despesas; a isso se acresce a precariedade dos serviços públicos.”

Em estudos realizados por Yazaki (1991), os resultados mostraram que o valor das aposentadorias, ou das pensões, é frequentemente baixo, por volta de um a dois salários mínimos, sendo insuficiente para cobrir as necessidades mínimas de manutenção de qualquer cidadão, especialmente se não contam com plena autonomia física. Para muitos desses idosos com problemas crônicos de saúde que necessitam de acompanhamento médico constante, os medicamentos acabam custando-lhes relativamente caro ou praticamente inacessíveis.

Ainda, conforme a autora, o idoso com limitações físicas é o que mais sofre, tendo que depender de ajuda física e financeira de outras pessoas – em geral os filhos ou os cônjuges destes – para consulta e tratamentos, geralmente prolongados. Desta forma, pensa-se na sobreposição constante de dois estados: o das pessoas idosas com o das pessoas doentes.

Em estudos sobre desigualdades sociais em saúde na utilização de serviços de saúde entre os idosos na América Latina, Noronha, Andrade (2005), encontraram que idosos com pior escolaridade apresentam pior estado de saúde em função de piores hábitos, maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente.

Segundo pesquisas realizadas, a autoavaliação do estado de saúde melhora à medida que aumenta o nível de informação das pessoas. É a educação que determina diversas

vantagens para a saúde. Um melhor nível educacional poderia favorecer o acesso às informações, a modificação do estilo de vida, a adoção de hábitos saudáveis, a procura pelos serviços de saúde, o ingresso em atividades que priorizam a promoção da saúde e o seguimento correto das orientações relacionadas à obtenção de melhor qualidade de vida (SOUZA et al., 2008).

Nesta perspectiva, a questão financeira está intrinsecamente ligada à questão da procura por serviços, remetendo à possibilidade ou impossibilidade de acesso, como condicionante para o próprio reconhecimento da sua gravidade (ALCÂNTARA; LOPES, 2012). As desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer, como também diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar os serviços de saúde (LOUVISON et al., 2008).

4. 2. 3 Perda da autonomia

A perda da autonomia da pessoa idosa foi outro aspecto citado pelos profissionais entrevistados como sendo uma das principais dificuldades a qual o idoso tem de enfrentar durante o seu envelhecimento.

Durante o processo de envelhecer, o termo qualidade de vida está diretamente ligado a manter a autonomia e a independência ao longo dos anos obtidos. Portanto, dispor de uma vida saudável tem estreita relação à capacidade que o idoso tem em desempenhar suas atividades do dia-a-dia, sem depender da ajuda de outras pessoas para realizá-las.

“As dificuldades que eles têm é mais dificuldade de andar sozinhos, autonomia deles. Eu acho que a autonomia deles é onde mais complica a vida. Porque muitos se sentem inseguros de andar sozinhos, o medo de sair de casa, o medo de ser assaltado, o medo de sofrer um acidente na rua” (E. 4).

“Eu acho que o idoso tem a dificuldade de aceitar as limitações que começa a ter. A dificuldade daquela autonomia que ele perde. Autonomia de andar sozinho, de ir numa loja, no seu autocuidado, físico e mental. Às vezes, ele tem dificuldade até pra calçar um sapato, dificuldade de se vestir. Não são todos, mas alguns têm, a gente vê, isso é bem presente. Até quando a gente vai verificar a pressão deles, eles têm dificuldade até pra tirar o casaco. Então, principalmente essa parte que é a autonomia, que eles vão perdendo a

autonomia. E em casa eles eram independentes, moravam sozinhos e, às vezes, eles têm que se mudar da casa deles e morar com filho, com neto, ir para uma Clínica Geriátrica, saem do lar deles, tem que deixar, por essa falta de autonomia. E a gente tem isso bem presente aqui na UBS, de pessoas que foram morar em outros locais, que não estão mais morando nas suas residências, que foram morar em clínicas, ou foram morar com familiares e eles reclamam, eles falam “-Bah, agora eu não tenho mais a minha casa... Na minha casa era assim...”. Então, eu acho que tem isso também” (E. 5).

“[...] a questão da autonomia. Muitos querem continuar sozinhos. E como vai se decidir, quem vai decidir essa questão da autonomia, até quando ele tem condições de ficar sozinho ou quando precisa de alguém. Se ele precisa, se ele necessita de um cuidador. Qual o nível que ele se encontra, condições de se alimentar, se vestir, condições financeiras, ter acesso, acessibilidade aos serviços e produtos, não só de saúde, a tudo” (E. 8).

A saúde da população idosa está diretamente relacionada à sua capacidade de realizar de forma autônoma suas atividades de vida diárias (AVD's). O conceito de saúde para os idosos vem sendo cada vez mais direcionado ao quanto ele é capaz de realizar suas atividades de maneira independente, não se limitando apenas a presença ou não de enfermidades (RAMOS, 2003).

A autonomia e a independência trazem vantagens ao indivíduo por sua capacidade de fazer escolhas e de tomar decisões baseadas em seu próprio ponto de vista (BATTINI; MACIEL; FINATO, 2006). Dessa forma, estimular a autonomia e independência das pessoas idosas, segundo Sikota, Brêtas (2012), ajuda a preservar sua capacidade de autocuidado, importante para a manutenção de sua identidade e vida social, evitando assim problemas de saúde físicos, psicológicos e sociais.

Fonseca et al. (2010, p. 163), refere que:

“As ideias reunidas em torno deste tema relacionam-se à capacidade do idoso de realizar atividades funcionais instrumentais avançadas, ser dono da própria vida, ser capaz de resolver problemas e ter um sentimento de poder agir como desejar. Essas lógicas assemelham-se à definição de autonomia utilizada pela literatura gerontológica, que consiste na habilidade de fazer julgamentos e de agir.”

Para Guilhardi (2002), a autonomia está relacionada à autoconfiança, ao passo que uma pessoa autoconfiante sabe quais comportamentos deve emitir para obter consequências positivas. Nesse sentido, ser autônomo significa ter habilidades para pensar e agir, fazendo

escolhas, tomando suas próprias decisões, o que faz com que essas pessoas sintam que possuem controle sobre suas vidas.

A autonomia sugere tomada de decisão, preservação da integridade e individualidade, baseada em aspirações, valores, crenças e objetivos particulares de cada ser. A oportunidade da manifestação da vontade e necessidade individual determina uma clara dissociação entre rotinas preestabelecidas e inflexíveis e a autonomia do paciente idoso (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

Conforme estudos realizados por Flores et al. (2010), aqueles idosos que se identificam como sendo autônomos, sentem-se mais valorizados por outras gerações. Para eles, não ter autonomia reflete na qualidade de vida, significando não serem reconhecidos na família como pessoas capacitadas para fazer escolhas, não se sentindo tratados com afeto e incluídos socialmente. Ainda, os idosos que preservam sua autonomia, demonstram que ser autônomo os faz sentirem-se com a dignidade preservada.

Na ação dos profissionais de saúde, respeitar a autonomia da pessoa é reconhecer que cabe a ela possuir pontos de vista, valores e objetivos de vida que podem divergir dos dominantes na sociedade ou daqueles aceitos pelos profissionais (OLIVEIRA; FORTES, 1999).

Sabe-se que o respeito à preservação da autonomia do idoso é incipiente na prática, na implementação e na execução das políticas públicas brasileiras nos serviços de saúde, visto que os mesmos recebem o atendimento fragmentado, no qual se estabelece uma dependência deles com os profissionais de saúde, pois a tomada de decisão em relação a cuidados, tratamento e adesão às condutas, em geral, é realizada pelos profissionais (FLORES et al., 2010).

Na prática profissional, a escuta e o saber popular, não raras vezes, são desconsiderados no que se refere ao planejamento de ações de cuidado que norteiem a qualidade de vida dos idosos. Pensar e vivenciar o envelhecimento com qualidade de vida pressupõe pensar, planejar e executar ações que objetivem a preservação da autonomia das pessoas idosas (FLORES et al., 2010).

4. 2. 4 Limitações físicas

O envelhecimento humano é marcado pela transformação de diversos fatores, sejam eles biológicos, sociais e/ou psicológicos que, somando-se aos anos vividos, muitas vezes, trazem limitações na vida das pessoas idosas, dificultando sua passagem por esse processo. Segundo os depoimentos dos profissionais, as maiores dificuldades estão nas limitações de ordem física, em que tornam o idoso dependente de cuidados, prejudicando, assim, sua autonomia e independência, limitando sua qualidade de vida.

“Justamente essa parte, debilitado da saúde. Não sei se pelo tipo de vida que a pessoa tem, as dificuldades que passa, termina adoecendo, entrando em uma depressão profunda e aquilo leva a cada vez adoecer mais” (E. 2).

“[...] a idade não vem sozinha. Daí começam a aparecer as doenças, tem idosos que a gente vê, bem debilitados (E. 6).

“Os idosos tem dificuldade justamente na questão física mesmo” (E. 11).

“[...] Hoje a gente tem falado nos idosos, idosos, aqueles já com mais de 80 anos, ou idosos vulneráveis. Hoje eu vejo uma população dos 60 ou 70 anos ainda muito bem, funcionalmente, com dificuldades menores. E aqueles idosos, realmente, com mais limitações, com dificuldades de acesso, dificuldades em relação a entender a sua saúde” (E. 14).

“As dificuldades que a gente mais observa são dificuldades impostas pelas limitações de saúde” (E. 15).

“[...] dificuldades de locomoção mesmo, devido ao estado de saúde. Idosos que vivem em apartamentos que tem escadas, que não conseguem mais sair de casa com tanta facilidade [...]” (E. 16).

Com o avançar da idade, as funções orgânicas decorrentes do processo de envelhecimento em consequência dos agravos ao longo da vida passam a ser mais vulneráveis ao declínio funcional. Dessa forma, a capacidade funcional passa a ser um determinante da condição de saúde e bem-estar das pessoas (JÚNIOR; GUERRA, 2011).

Nesta perspectiva, a velhice é encarada como um processo progressivo de modificações fisiológicas e funcionais, além de ser representada e vivenciada de formas diversas nos diferentes contextos culturais. Nesse período do curso de vida, ocorrem várias

transformações importantes, como risco aumentado de doenças, perdas sensoriais e cognitivas, alterações na aparência física e mudanças de papéis e *status* sociais (GONZALEZ; SEIDL, 2011).

Ainda segundo as autoras, as limitações do envelhecimento são referentes a mudanças no organismo caracterizadas por declínios no funcionamento fisiológico, com conseqüente redução de capacidades e atividades, incluindo dois tipos de desvantagens: perdas físicas – relacionadas à diminuição do vigor, da agilidade, da resistência, da força muscular e/ou da atividade sexual se comparadas a outras etapas da vida, como dificuldades para caminhar rápido e para realizar serviços que requerem grande dispêndio físico – e perda de saúde – definida como maior ocorrência de problemas de saúde com suas implicações e maior dificuldade de recuperação.

Neste sentido, a velhice nunca deve ser confundida com uma doença. A saúde e o bem-estar do idoso estão relacionados intimamente à autonomia e independência que ele possui. Deve-se ressaltar que essas transformações necessitam de um cuidado que envolva os aspectos biopsicossociais, e não apenas o físico do idoso, para se evitar que as doenças se instalem (MOURA; CAMARGOS, 2005).

Júnior, Guerra (2011), ressaltam que a identificação dos fatores que aceleram o processo natural de perda da capacidade funcional com a idade cronológica é fundamental na adoção de estratégias de saúde mais efetivas, bem como na implementação de políticas públicas, favorecendo a preservação da capacidade funcional das pessoas idosas.

Do ponto de vista da saúde pública, Ferretti, Nierotka, Silva (2011) acrescentam que a capacidade funcional surge como um conceito mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Nesse sentido, ações preventivas, assistenciais e de reabilitação, para melhoria e/ou conservação da capacidade funcional, são essenciais para que se promova o bem viver da população idosa.

Com base nestes pressupostos, medidas de intervenção visando identificar causas tratáveis de déficit cognitivo e de perda de independência no dia-a-dia deveriam tornar-se prioridade do sistema de saúde, dentro de uma perspectiva de reestruturação programática realmente sintonizada com a saúde e o bem-estar da crescente população de idosos. O objetivo principal do sistema deve ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, mantendo-o na comunidade, pelo maior tempo possível, gozando ao máximo sua independência (RAMOS, 2003).

Cabe destacar ainda que, segundo Duca, Silva, Hallal (2009), a capacidade funcional do idoso consiste em importante indicador do grau de independência, bem como da

necessidade de medidas preventivas ou mesmo de intervenções terapêuticas que reduzam os mecanismos que afetam o declínio da habilidade de o indivíduo exercer diversas funções físicas e mentais cotidianas.

Enquanto determinantes do envelhecimento ativo, os serviços sociais e de saúde podem ser verificados através de promoção da saúde e prevenção de doenças, serviços curativos, assistência em longo prazo e serviços de saúde mental. Os serviços sociais e de saúde podem contribuir, através de ações programadas, para o envelhecimento ativo da população, pois, associadas à redução das reservas biológicas, as chances de aparecimento de comorbidades são ampliadas entre os idosos (FARIAS; SANTOS, 2012).

4. 2. 5 Desvalorização e desrespeito

Quando questionada acerca das dificuldades enfrentadas pelos idosos, profissionais mencionaram a questão do preconceito que os idosos sofrem, onde muitos não valorizam e não respeitam essas pessoas devido suas limitações e outras questões relacionadas à idade, conforme ilustra a fala seguinte:

“Ainda falta muito, as pessoas não tem muito respeito pelos idosos. Todo mundo vai envelhecer um dia. E tem muita coisa que ‘Ah, é velho, não tem direito...’, ‘Porque não tá em casa...’. Eu acho que eles têm direitos igual a gente. Pode ter uma vida ativa e aí a gente vê que tem bastante preconceito contra isso” (E. 6).

As atitudes sociais em relação aos idosos são predominantemente negativas, resultando na formação de preconceitos e estereótipos que tendem a relegar os idosos a condições de incapacidade, improdutividade, dependência e senilidade (FILHO et al., 2010), além de limitar o acesso dos idosos aos recursos sociais, acarreta o senso de inferioridade e de incompetência, levando ao isolamento (FILHO et al., 2010; NÉRI, 2007).

Conforme Filho et al. (2010), o preconceito para com os idosos é uma forma de intolerância que restringe oportunidades e favorece o tratamento desigual. Assim, o envelhecimento pode encontrar uma série de problemas sociais, geralmente expresso em comportamentos e atitudes presentes nas interações cotidianas com indivíduos idosos, os

quais são constantemente desafiados pelos padrões sociais vigentes que tendem a valorizar os símbolos da juventude.

4. 2. 6 Falta de profissionais qualificados

Dentre as dificuldades levantadas pelos profissionais, o depoimento a seguir faz menção à falta de profissional qualificado para atender aos idosos que buscam ajuda nos serviços de saúde.

“[...] E lá no Hospital das Clínicas a gente sabe que não tem Gerontologia, uma especialidade que não tá lá dentro, a gente acaba atendendo idoso como todo mundo. Quem já tem um pouco mais de habilidade, eu acho que já aborda melhor, quem tem interesse pela área, mas eu acho que isso falta bastante [...]” (E. 11).

De acordo com Motta, Aguiar, Caldas (2011) a Estratégia Saúde da Família foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Assim, o adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações das demais.

A partir de seus estudos, as autoras evidenciaram que a capacitação de profissionais de saúde na ESF é insuficiente para a atenção à saúde do idoso, sendo necessário investir no desenvolvimento de competências para lidar com o desafio do envelhecimento, abrangendo a prevenção, a reabilitação e a melhor compreensão dos determinantes socioambientais do processo saúde/doença.

Silvestre e Costa Neto (2003) referem que as competências, as habilidades e as atribuições das equipes da ESF devem estar voltadas para a assistência integral, contínua e humanizada. Isso requer medidas especiais com o intuito de melhoria na qualidade de vida e da promoção de saúde: identificação dos agravos mais frequentes e sua intervenção, além de estratégias de ações de reabilitação voltadas à recuperação do paciente, respondendo às suas

reais necessidades e mantendo o idoso o mais independente possível no desempenho de suas atividades diárias.

Rocha et al. (2011) ressaltam que resgatar o cuidado humano torna-se essencial para os profissionais de saúde da ESF, principalmente quando se trata de cuidado à pessoa idosa que precisa de atenção, carinho, respeito a seus valores culturais, por se encontrar em situação de fragilidade ocasionada pela própria idade.

A atenção ao idoso deve ser de forma integral e integrada, baseada em seus direitos, necessidades, preferências e habilidades desde acesso, estrutura física e equipe qualificada para que ocorra uma assistência de qualidade (ROCHA et al., 2011).

Com base nestes pressupostos, Motta, Aguiar, Caldas (2011) destacam que o desenvolvimento de competências para os profissionais de saúde atuarem na atenção básica se faz necessário para o enfrentamento do envelhecimento populacional. Ainda, referem que a educação permanente pode fortalecer as ações dos profissionais já inseridos no processo de trabalho, iluminando especificidades da atenção ao idoso e facilitando a integração entre os componentes da equipe de saúde da família.

4. 2. 7 Dificuldade de acesso

A dificuldade de acesso do idoso ao serviço de saúde é outra questão apontada pelo profissional entrevistado, conforme observa-se em seu depoimento.

“[...] A gente tem uma população idosa muito grande. Apesar das políticas como a marcação de consultas por telefone e os grupos, acho que a gente ainda tem problema com o acesso [...]” (E. 14).

Ao relacionar a representação dos usuários que são atendidos na rede básica de saúde, é preciso considerar a dimensão política que orienta o acesso, como responsabilidade do Estado, que deve ser garantido pela distribuição planejada de recursos da rede de serviços, levando em conta a localização geográfica da unidade, a disponibilidade dos serviços e a articulação entre os serviços que compõem a rede, de acordo com as demandas e necessidades da população (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Travassos, Martins (2004) referem que o conceito de acesso vai além da entrada nos serviços de saúde, pois acessibilidade indica também o grau de (des)ajuste entre as

necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Neste contexto, acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde devem ser pensados enquanto características e possibilidades dos usuários. A utilização do serviço de saúde é o resultado da interação do indivíduo e do profissional que o conduz para dentro do sistema. A articulação ou não desses fatores resulta na possibilidade de acesso ao serviço de saúde. Entretanto, é importante ressaltar que as necessidades modificam-se nos diferentes usuários, o que gera a necessidade de uma organização do acesso que contemple e garanta o respeito a essas diferenças (FORTES, 2009).

A fim de garantir essa equidade no acesso, Fortes (2009) identifica que o programa de saúde da família representou uma mudança importante no modelo de atenção, aumentando o vínculo e repensando o acesso aos serviços. Contudo, para os profissionais atuantes nas unidades de saúde da família, faz-se necessária a busca e utilização de diferentes estratégias para a organização do acesso.

4. 2. 8 Barreiras arquitetônicas

Os profissionais de saúde atentam para a necessidade de o município disponibilizar casas e instituições onde o idoso, sem condições financeiras e sem o apoio da família, possa morar e desfrutar de uma vivência digna que ele merece depois de tudo que já viveu ao longo dos anos. A falta desses recursos, por vezes, acaba por limitar o profissional de saúde que cuida desse idoso e tenta ajudá-lo nessas questões.

Em razão dos muitos obstáculos impostos pelo próprio município, a acessibilidade do idoso se mostra prejudicada ao que se refere à estrutura arquitetônica, principalmente nas grandes cidades, dificultando o acesso e a realização das atividades diárias dos idosos que, muitas vezes, ficam restritos ao seu domicílio pela dificuldade de enfrentar essas barreiras.

O cuidado à pessoa idosa implica na prestação de serviços que atendam as necessidades dessa demanda, cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso de maneira adequada, respeitando as limitações que muitos idosos apresentam.

“Eu tive alguns casos, aqui na UBS, de idosos que a gente não tinha pra onde mandar, idosos sem família, que tinha problema social bem grande. O município não tinha uma casa de idosos para que eles fossem pra lá. Questão da companhia, questão das doenças crônicas, que não são bem acompanhadas no idoso. Que não tem um centro de atendimento ao idoso, que eu acho que isso já cabe. As clínicas são particulares, os idosos não tem poder aquisitivo, porque os que têm a gente consegue resolver, de alguma maneira. Mas principalmente os idosos que tem uma baixa renda, que não tem acesso ao serviço privado. Eu acho que isso é bem complicado pra ele, nessas questões bem sociais mesmo. E questão das pessoas estarem preparadas para trabalhar com idoso. Eu acho que, ainda, isso é pouco pelo que a gente precisa (E. 11).

[...] E nas cidades grandes, como a nossa, muitas vezes, não estão preparados até para o aumento da expectativa de vida da população. A vida na cidade como Porto Alegre, pra alguém que é idoso, ela é ainda mais difícil do que em outros locais. Muitos já tem dificuldade de locomoção, são pessoas que tem toda uma dinâmica de vida mais lenta, então é mais difícil de subir no ônibus, é difícil de caminhar na calçada, porque a calçada é esburacada, tem o problema da segurança, tem pessoas que se aproveitam dos idosos justamente para cometer pequenos tipos de crimes e tudo. Então, eu vejo muito a pessoa mais velha sofrendo muito com essas coisas, limitações de toda ordem (E. 15).

O aumento do número de idosos, bem como a maior longevidade do ser humano não deve ser considerado um problema, pois são conquistas decorrentes do processo de envelhecimento social. Cabe à sociedade criar condições para que o idoso possa usufruir de melhores condições de vida, considerando as alterações normais do processo de envelhecimento. No entanto, muitas são as dificuldades enfrentadas pelos idosos no durante a velhice, sendo que varias delas são decorrentes da fragilidade e vulnerabilidade próprias do estado fisiológico (Gaioli, 2004).

Neste contexto, segundo Pestana, Espírito Santo (2008), o cuidado com a saúde é importante em qualquer etapa da vida e mais ainda em idade avançada, pois é nesta fase que as pessoas têm maior predisposição para desenvolver certos agravos. Diante deste fator biológico, espera-se que grande parte dos idosos apresente alguma doença, principalmente as chamadas doenças crônicas, o que demanda cuidados específicos, às vezes permanentes, de uma equipe multiprofissional e especializada para lidar com esta clientela, e isso inclui as instituições asilares.

Para Pestana, Espírito Santo (2008, p. 274),

“A sociedade deve pensar alternativas para superar as opções existentes e investir em iniciativas mais complexas de suporte social. Se tivéssemos disponíveis centros-dia, casas-lar, serviços domiciliares, oficinas abrigadas, entre outros, muito idosos residentes em asilos poderiam ser mantidos em seu ambiente sociofamiliar. Para isso, há de se capacitar profissionais e voluntários, desenvolvendo atividades interdisciplinares e multidisciplinares, bem como estabelecer estratégias voltadas para a família do idoso, como preconizado nos programas e políticas públicas voltados para a terceira idade.”

Nunes, Menezes, Alchieri (2010) salientam que, com o aumento da população que envelhece, surge um modelo de atenção já existente, mas, incorporado a um novo cenário de assistência para essa população. Assim, diante da demanda cada vez maior por modalidades de atendimento por moradias, como as instituições asilares, observa-se ser cada vez mais evidente o aumento desse tipo de instituição no Brasil, sendo reconhecidas e estabelecidas políticas públicas de proteção ao idoso que regulamentam o seu funcionamento.

No que diz respeito à dificuldade de acesso da população idosa, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004), refere que a acessibilidade é um direito de todas as pessoas nos lugares de uso comum, seguindo o direito universal de ir e vir pertencente a todo cidadão. Ela tem sido definida como a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaços, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos.

As barreiras arquitetônicas impostas às pessoas com limitações temporárias, aos idosos são formadas por todas e qualquer barreira relacionada às construções urbanas ou às edificações. As barreiras impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. A presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público inadequado, buracos nas vias públicas constitui parte dos inúmeros exemplos que podemos citar como barreiras arquitetônicas. Esta mesma dificuldade é experimentada nos espaços destinados aos cuidados à saúde, com prédios adaptados e inadequados às necessidades dos usuários (SIQUEIRA et al., 2009).

De acordo com os autores supracitados, à semelhança das demais pessoas, os idosos, devem poder movimentar-se livremente, participar das atividades sociais, políticas, culturais, esportivas, entre outras, e ter garantido o acesso aos serviços de saúde.

4. 3 CATEGORIA 3: CUIDADOS REALIZADOS JUNTO AOS IDOSOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta categoria, as subcategorias encontradas durante as entrevistas, foram: Visita domiciliar, Grupos de convivência, Atividade física, A escuta, Vínculo, Prevenção de agravos e Autorresponsabilização do idoso.

4. 3. 1 Visita domiciliar

No que se refere à identificação das práticas de cuidados a serem desenvolvidas e as práticas que já são realizadas na ESF, os profissionais de saúde expuseram suas concepções acerca desses cuidados junto aos idosos que procuram atendimento na Unidade Básica de Saúde estudada.

Conforme é citado pelos profissionais, uma das principais atividades desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família é a visita domiciliar. Em seus depoimentos, os profissionais delegam fundamental importância a essas visitas, pelo fato de se ter um acompanhamento mais direcionado com o idoso, baseado nas suas reais necessidades e, conseqüentemente, um resultado de maior qualidade e efetividade.

“A minha equipe, principalmente o E. 14, que é o médico da equipe, ele tá procurando dá uma atenção bem boa para as pessoas. Faz as visitas dele, faz com que a equipe vá atrás, faça alguma coisa. A equipe tá bem unida, tá fazendo um bom trabalho [...] as visitas que a gente faz, que a gente tenta ir, principalmente na casa de um idoso, é uma visita que tu pretende fazer em um determinado tempo, tu faz em muito mais, porque a pessoa tá sozinha, ela quer conversar, ela quer te agradar, então tu fica bem envolvido, ele quer atenção” (E. 2).

“[...] Tem as visitas domiciliares também. É bem interessante” (E. 6).

“[...] tem as visitas domiciliares, que a gente também faz” (E. 8).

“Tem todas as visitas domiciliares que a gente realiza, que elas são programadas a partir de cada equipe para os pacientes do Programa de Acamados, que são sistemáticas, são planejadas juntamente com a equipe de acordo com cada caso, com cada usuário. Esta é um tipo de visita domiciliar que se realiza. Tem a visita domiciliar por solicitação, dos próprios familiares, ou por impossibilidade momentânea da pessoa se deslocar até o posto, ou por alguma necessidade de consulta mais rápida em função de alguma intercorrência [...] Nós temos desde o início da abertura do posto, a formulação do projeto PAD, que é um programa de acamados [...] Então, conseguimos ver que havia necessidade de implantar esse programa, até em função das pessoas que a gente tem, de idosos e idosos acamados, que a gente tem bastante [...] A gente tem um carinho, uma atenção bem grande. Que eu vejo por parte de toda equipe, tanto da equipe médica, da equipe de enfermagem, da nutrição” (E. 9).

“A gente faz o cuidado domiciliar para aquelas pessoas que estão impossibilitadas de vir à consulta. É para aquelas pessoas que tem alguma dificuldade maior, em termos de saúde, em termos de situação social, a nossa equipe procura fazer esse atendimento” (E. 10).

“Acho que agora as gurias pegaram melhor essa parte de visita domiciliar, que é onde eu sentia falta, eu acho que tá bem melhor [...] Eu acho que a Enfermagem ficou mais ativa em relação aos idosos. A Enfermagem antes, eu sentia que VD (Visita Domiciliar) é coisa de médico. E tem um monte de coisa em VD que a gente que é médico foca numa parte. Inclusive, a parte que eu considero mais legal, que é a parte da Enfermagem, ficava de lado, que é a parte de orientação, de cuidado de queda, e faz muita diferença sabe. Ir na casa, mesmo nos velhinhos que não precisam de visita domiciliar, no sentido de necessidade, por dificuldade de deslocamento. Eu acho que alguns idosos eles merecem no sentido de orientar como tirar tapete, tirar móvel do meio da casa, enquanto eles ainda estão lúcidos, ainda não tem delírios, enquanto isso não vai causar nenhum prejuízo nele [...] Agora a E. 4 começou a ver isso das VD's, começou a cuidar. E a gente conseguiu a visita domiciliar de Enfermagem, eu acho que isso faz diferença [...]” (E. 13).

“[...] Se é um idoso que tá muito limitado, com deslocamento difícil, a gente faz consultas em casa, visitas domiciliares” (E. 14).

“As atividades que a gente costuma fazer são as visitas de acompanhamento domiciliar, cuja a periodicidade varia de caso para caso. Tem pessoas que são visitadas mensalmente, algumas até semanalmente [...] as pessoas recebem visitas das enfermeiras, dos acadêmicos, eventualmente, do nutricionista, do fisioterapeuta [...]” (E. 15).

“[...] A gente também tem o Programa de Atenção Domiciliar, que é onde vários se beneficiam do nosso atendimento, tanto médico e de enfermagem, com as visitas domiciliares, de acompanhamento [...] quando tem o pedido de visita domiciliar, ou por nós ou por demanda espontânea, é feita primeiro a visita, geralmente a gente tem dificuldade também de fazer todo mundo junto. As pessoas ficam com as atribuições aqui, tem escalas da enfermagem, mas sempre que possível a gente tenta fazer junto as VD's e definir o plano de cuidados, o plano terapêutico e ver as necessidades deles, médicas, de enfermagem, de fisioterapia e nutrição também. Envolve muitos acadêmicos aqui também da nutrição, da enfermagem e da medicina. Aí eles passam a ser acompanhados [...]” (E. 16).

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, a visita domiciliar é uma das atividades intrínsecas à Estratégia de Saúde da Família, que proporciona ao profissional adentrar o espaço da família, identificando suas demandas e potencialidades (BRASIL, 2005).

Para Sakata et al. (2007), a visita domiciliar é considerada essencial para a ESF, sendo uma atividade desenvolvida para além das estruturas físicas das unidades de saúde, porém composta pela mesma equipe multiprofissional e pelos agentes comunitários da saúde. Um dos aspectos relevantes desta ação é o seu potencial de promover maior interação entre equipe de saúde e população.

Cruz; Bourget (2010) destacam que a visita domiciliar, quando realizada de maneira adequada, é uma das ações que facilita a compreensão e o cuidado às famílias atendidas, ao propiciar o conhecimento de seus modos de vida, crenças, cultura e padrões de comportamento, permitindo incorporar tecnologias leves no cuidado, como a humanização.

Além de serem entendidas como uma oportunidade de conhecer o usuário no seu ambiente e na sua família, essas atividades proporcionam o acompanhamento das famílias e dos usuários e o controle positivo das situações de saúde. Ainda, podem ser consideradas atividades potenciais para se utilizar tecnologias leves e proporcionar novos modos de se cuidar na saúde: mais humanos e acolhedores, envolvendo afetividade e laços de confiança entre os profissionais, os usuários, a família e a comunidade (SAKATA et al., 2007).

Em um estudo realizado por Drulla et al. (2009), acerca da visita domiciliar como ferramenta do cuidado familiar, constatou-se que os profissionais de saúde atribuem um valor positivo a esta prática, considerando a visita domiciliar como meio de se conhecer as condições de vida, trabalho, habitação das famílias e também suas relações, a disposição dos agravos presentes na comunidade, o que permite expressar o perfil epidemiológico existente. Conseqüentemente, pode facilitar o planejamento e o direcionamento das ações no intuito da promoção da saúde e o fortalecimento familiar.

Enquanto ferramenta de assistência à saúde, a visita domiciliar objetiva orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que essas famílias atendidas tenham condições de se tornarem autônomas no cuidado à sua saúde. Para que isso ocorra, de acordo com as autoras,

[...] é relevante que exista um processo de interação e comunicação horizontal entre os profissionais de saúde e as famílias, em que os sujeitos interajam da mesma maneira e intensidade, e que as representações das mesmas acerca do processo saúde-doença sejam consideradas no planejamento, organização, execução e avaliação das ações promotoras de saúde (CRUZ; BOURGET, 2010, p. 612).

As visitas domiciliares destacam-se, ainda, como uma intervenção capaz de promover ações de prevenção, promoção e reabilitação dos indivíduos em seu contexto familiar, por permitir uma maior aproximação dos profissionais com a realidade de vida dos idosos atendidos (CRUZ; BOURGET, 2010).

Giacomozzi; Lacerda (2006) enfatizam essa ideia, ao descreverem a visita domiciliar como um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares.

Albuquerque; Bosi (2009, p.1110) também ressaltam que “o cuidado domiciliário engloba e perpassa modalidades de atenção que visualizam características fundamentais para a garantia da integralidade, da intersubjetividade inerente à humanização e ao cuidado centrado no usuário e sua família”.

4. 3. 2 Grupos de convivência

Além das visitas domiciliares, outro cuidado desenvolvido pelos profissionais da saúde entrevistados foi o grupo de convivência com os idosos. Por meio desses grupos, onde os encontros são semanais, os idosos passam a conviver e se integrar com outros idosos a fim de realizar diversas atividades, como conversas, passeios, caminhadas, festas, além de compartilhar suas experiências de vida.

O intuito do grupo de convivência é a promoção da qualidade de vida das pessoas na terceira idade, principalmente diante do contexto social em que vivemos, onde muitos idosos são isolados socialmente, por vezes, até pelas próprias famílias.

“[...] a gente trabalha aqui na UBS, tanto a parte física do paciente quanto a parte mental, com esse grupo dos idosos que a gente tem aqui. Então, isso ajuda bastante a eles não se sentirem sozinhos, a viverem mais em grupo, porque eles tem festas, a parte social deles é bem legal, ele não fica isolado, ele não se sente no meio de muita gente na própria casa deles, vivem com uma família e ao mesmo tempo eles estão sozinhos, porque muitas pessoas, muitas famílias, isolam o idoso. Então, acho que isso é uma parte bem importante, fazer com que o idoso se sinta sociável, na sociedade, de tá convivendo no meio das pessoas como qualquer outro” (E. 4).

“Nessa unidade, eu vejo que o idoso ele é bem amparado. Ele tem um amparo muito grande, tanto da equipe médica como da equipe da enfermagem. Tanto que aqui a gente tem um grupo de idosos [...] eles comemoram, tem festividades, fazem passeios. Também é colocado pra eles outros grupos, grupo da coluna, tem um grupo que fala dos transtornos da ansiedade, grupo da nutrição e, alguns, vão encaminhados para esses grupos [...] Todo mundo tenta ajudá-los de alguma forma pra que eles se sintam melhores. Acho que todo mundo consegue fazer uma boa abordagem com eles, vendo as suas dificuldades” (E. 5).

“Aqui tem um grupo de idosos [...] Porque eles fazem várias atividades, eles são muito ativos, eles dançam, eles têm muita mais energia do que a gente. E eu acho que aqui é feito um trabalho bem legal [...]” (E. 6).

“Temos o grupo que é “Renascer é Viver”, que é um grupo frequentado por idosos, onde tem palestras, tem festas, tem ginástica, massagem, falamos de temas que interessam a eles, a gente faz passeios, verifica a pressão, glicemia uma vez por mês. Eu acho o grupo bem interessante, eles gostam muito. É um lazer [...] a gente faz brechó também com a ajuda deles” (E. 7).

“Tem o grupo de idosos, que são todas às quartas-feiras, e não são só idosos, não é uma referência a idade [...] Eu tenho duas áreas de maior vulnerabilidade, que a gente procura fazer algumas atividades no ano. A minha área fez a saúde da mulher e que incluía todas as faixas etárias, inclusive climatério, sobre violência contra a mulher, que acho que independe da idade” (E. 8).

“[...] Existem grupos que acontecem dentro da unidade. A gente tem vários grupos. Tem um grupo que acontece às quartas-feiras, semanal, que é um grupo de melhor idade que, inicialmente, era chamado grupo de idosos, mas foi modificada a nomenclatura [...] é um grupo que tem bastante atividades, cujo o objetivo, o foco, são atividades lúdicas, porque a gente vê que muitos idosos vem para o posto porque, às vezes, não tem o que fazer, que eles querem preencher o tempo deles, atenção. E daí, eles procuram o posto porque aqui a gente conversa, a gente tem o acolhimento, acolhe esse idoso, tenta ajudá-lo, a equipe toda se movimenta para esse aspecto. Então, esse grupo acolhe muito esses idosos, que são aqueles que estão sempre aqui dentro do posto. Então, eles gostam bastante. Eles fazem dança, fazem caminhada, é bem interessante. Então, esse é um dos grupos, que é um grupo forte de idosos [...] chegamos a ter dias de ter 30 pessoas no grupo, nesse grupo de melhor idade. A gente tem grupo de obesidade, que é realizado por uma professora [...] Tem grupo de tabagismo. A gente tem grupo de diabéticos [...] Nós temos o grupo de caminhada. Então, tem grupo aqui que não acaba mais. E todos os profissionais se inserem, a equipe se insere de uma maneira multiprofissional. Então, é bastante interessante [...]” (E. 9).

“Além do atendimento e consulta, tem um grupo, que eles vêm, trocam ideias, são feitas palestras, de acordo com o interesse deles, são feitos passeios. É um grupo de convivência, que eu acho bem importante [...]” (E. 10).

“Tem o grupo de idosos que eu coordeno [...]” (E. 11).

“Os grupos educativos e os grupos de convivência são todos feitos aqui e algumas atividades que tem dentro do grupo são feitas fora, alguns passeios, algumas coisas assim [...]” (E. 12).

“Tem o grupo de idosos, que é bem específico. Tem o grupo da coluna, que não é o foco, mas acaba pegando alguns idosos [...]” (E. 13).

“Se é um idoso que tá precisando mais de um convívio social, a gente oferece o grupo de convivência [...]” (E. 14).

“Grande parte da nossa demanda aqui são idosos [...] A gente tem coisas bem pontuais aqui, que não é pra idosos, programa do grupo da coluna, o grupo da obesidade, as enfermeiras também tem algumas atividades com o grupo de idosos [...]” (E. 16).

As atividades de lazer e a convivência em grupo, segundo Pena, Santo (2006) contribuem tanto para manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso, quanto para amenizar possíveis conflitos ambientais e pessoais. O bem-estar proporcionado pela

participação do idoso em atividades grupais contribui para que ele vivencie trocas de experiências e propicia a conscientização para a importância do autocuidado.

A convivência social é importante para que o idoso não se isole. Além da importância de uma boa convivência familiar, ter uma atividade de lazer, participar de algum grupo como igreja, associação de bairro, esporte, e até mesmo ter um trabalho sadio, seja ele remunerado ou voluntário, são alternativas que podem ajudar o idoso a se sentir útil e ativo, afastando possíveis problemas de saúde (SIKOTA; BRÊTAS, 2012).

Neste sentido, Lima (2006) ressalta que os grupos de convivência são importantes nessa fase, pois possibilitam a convivência com outras pessoas da mesma faixa etária, a constatação de que todos temos os nossos problemas e sugerem novas maneiras de encarar a vida e de aceitar suas preocupações. Nesses grupos as pessoas encontram novos lazeres e afazeres, e quando estão reunidos deixam suas queixas em casa.

Conforme a autora, o idoso, devidamente integrado em seu contexto, cria condições de desenvolver outras atitudes, tornando-se criativo e apto para novas aprendizagens, para viver com otimismo e encarar os problemas com bom humor.

Tahan, Carvalho (2010), referem que esses grupos surgem como um espaço de acolhimento, escuta e atenção. Além de distração e lazer, trocas de experiências e interações, que transformam de modo significativo as relações sociais do idoso, os encontros grupais possibilitam aos participantes novos relacionamentos e a ampliação da rede social de apoio, além de uma percepção de melhora na saúde e na qualidade de vida (TAHAN; CARVALHO, 2010).

Desta forma, fica evidente a extrema importância da rede de suporte social para esses idosos terem uma melhor qualidade de vida. Em estudos realizados por Tahan, Carvalho (2010), foi possível evidenciar que o trabalho, a participação em grupos, os passeios, ir pescar, sair para dançar são atividades importantes na manutenção de sua qualidade de vida, pois os mantêm em contato com outras pessoas e lugares, fazendo com que se percebam como parte integrante da sociedade.

Os idosos que frequentam os grupos passam a conhecer mais pessoas, a sair mais de casa, ter maior independência e autonomia e preocupação com seu bem-estar físico, mental e social, formando vínculos de amizade, vínculos com a equipe e os serviços de saúde e com os próprios sentimentos, que passaram a ser manifestados e levados em consideração na busca de uma melhor qualidade de vida (TAHAN; CARVALHO, 2010).

Tanto os grupos de convivência como os de lazer ajudam e promovem a valorização do idoso. Eles se sentirão mais importantes até diante da família e, conseqüentemente, mais renovados e felizes consigo mesmo (LIMA, 2006).

Neste contexto, nota-se a importância dos grupos de terceira idade, na qual predomina o envelhecimento saudável, ou seja, o ser humano em plena maturidade, estabelecendo relações, interagindo com os demais participantes do grupo e da comunidade, articulando-se com as escolas, com os centros comunitários, com as universidades, com o poder público, tecendo uma rede com parceiros de uma mesma proposta (PORTELLA, 2004).

Para Tahan, Carvalho (2010), a satisfação com a vida ocorre pelo fato de a maioria dos idosos terem uma relação social estável e bons relacionamentos com os amigos, o que pode ser constatado pelas suas participações em diversos meios de promoção de saúde oferecidos dentro de uma rede de suporte social que vem sendo constituída pela interligação dos setores saúde, educação, política, religião, dentre outros, demonstrando a importância da intersetorialidade na assistência integral à comunidade (TAHAN; CARVALHO, 2010).

Por fim, Tahan, Carvalho (2010), destacam que os grupos de idosos são considerados fortes auxiliares na formação de uma rede de apoio social, na melhora de qualidade de vida e na integração da comunidade com os serviços de saúde, principalmente aqueles orientados pela ESF, cuja atuação visa à promoção da saúde e da qualidade de vida, através da atenção integral, equitativa e resolutiva de acordo com os princípios do SUS.

No depoimento seguinte, o profissional de saúde refere fundamental importância aos grupos de convivência como recurso para manter o idoso socialmente ativo. Ainda, menciona que devem ser elaboradas mais atividades para que outros idosos possam estar participando dos grupos.

A participação dos idosos nos grupos de convivência contribui para conhecer outras pessoas da mesma faixa etária, trocar experiências, compartilhar vivências e desenvolver laços de amizade com idosos que também vivem sozinhos e tem a necessidade atenção, de conversar e serem ouvidos.

“Eu acho que ter um espaço de convivência. Que eles tivessem alguma atividade, que eles pudessem ter alguma coisa a mais. O grupo é uma vez por semana, preenche pouco, apesar de já ajudar, mas eu acho que pode preencher pouco. Então, eu acho que a gente poderia ter alguma coisa assim, até porque nossa área é uma área com predominância de idosos, ter um espaço maior, que eles pudessem ter uma atividade até filantrópica, que eles pudessem ter uma atividade de ajuda, pra outras pessoas, que eles pudessem se sentir úteis. Além dos cuidados de saúde, ter alguma atividade mais prática, que eles pudessem até desenvolver as habilidades, ou aplicar as habilidades, fazer roupinha pra criança, alguma coisa assim. E que eles pudessem se sentir úteis e participantes” (E. 10).

Atualmente, as questões associadas à velhice estão demandando esforços no sentido de manter o idoso inserido socialmente. Uma das formas de inserção do idoso na sociedade é através da formação de grupos de convivência, nos quais a pessoa idosa encontra espaço para colocar-se e/ou desenvolver atividades (LEITE; CAPPELLARI; SONEGO, 2002).

Para Francioni, Silva (2007), o grupo de convivência tem como finalidade compartilhar saberes e experiências na construção de um viver mais saudável, buscando formar uma rede de suporte social, promover a autonomia de seus integrantes, ampliar a criatividade, melhorar a autoimagem do grupo, oportunizar a livre expressão dos participantes sobre suas emoções e seus conhecimentos e estabelecer articulações com outros grupos e instituições.

Segundo Leite, Cappellari, Sonego (2002), a inserção dos idosos nos grupos proporciona um ambiente de convivência social e integração. Nesses grupos são desenvolvidas atividades, tais como: dança, teatro, viagens, trabalhos manuais, exercícios físicos, troca de receitas alimentares e fitoterápicas, entre outras.

Outro dado constatado é a valorização da pessoa idosa, que participa dos grupos de convivência, como cidadão, com direito, deveres e capazes de realizar múltiplas atividades, inclusive de coordenação do grupo, tornando-os responsáveis por diversas tarefas. Essa situação eleva a autoestima destes indivíduos, melhorando sua qualidade de vida e deixando-os inseridos no espaço social onde vivem (LEITE; CAPPELLARI; SONEGO, 2002).

Neste sentido, os grupos de convivência foram idealizados com objetivos, atividades e propostas diferenciadas, com espaços para o lazer, a sociabilidade, a cultura e a construção de uma consciência de cidadania (Costa & Campos, 2003).

Araújo, Coutinho, Carvalho delegam importância constitucional que os grupos de convivência têm para essa parcela da população, caracterizando-se como espaços por excelência, onde as práticas sociais desenvolvidas contribuem para que os idosos exerçam seu

papel de cidadãos, sendo um local onde eles utilizam suas potencialidades, onde há sempre alguém que os escute, propiciando a efetivação de laços de amizade e momentos de lazer, contribuindo, também, para o restabelecimento da autoimagem positiva, uma vez que, em geral, o contexto familiar não favorece a utilização das potencialidades dos idosos.

4. 3. 3 Atividade física

Com o objetivo de se trabalhar a autonomia e qualidade de vida do idoso, tendo em vista um envelhecimento saudável, o grupo de idosos, dentre outras atividades, desenvolvem trabalhos voluntários, como brechós e artesanatos com os idosos participantes do grupo. Sabendo a importância da atividade física para a saúde do idoso, além do voluntariado, são mencionadas atividades físicas como um modo de manter o idoso fisicamente ativo, por meio de passeios e caminhadas, a fim de qualificar a atenção prestada ao idoso.

“Eu acho assim, até tem o grupo das gurias do idoso, elas tem o grupo delas ali e eu vejo que as gurias fazem bastante trabalho, passeio e dança com eles, e época de São João, Dia das Mães... Eles sempre tem uma atividade, uma coisa pra fazer [...] Tem atividades que elas fazem ‘passeiozinho’ do pessoal do grupo [...] atividades que eles fazem também, parece caminhada [...] Eles vêm aqui e eles adoram [...] engloba tudo isso. A qualidade de vida deles, a participação, orientação, caminhada [...]” (E. 1).

“A gente tem uma sede social aqui dos funcionários do hospital. É feito encontros lá. São feitas festas lá com eles também. Eles saem daqui, eles não ficam só aqui. Tem um dia que é realizada uma caminhada com eles. Foram esses dias até o Parque da Redenção [...]” (E. 4).

“Eles foram em um passeio ano passado com a enfermeira e a técnica que faz parte desse grupo. E ano passado, eles também fizeram um brechó dos idosos. E eles que ajudaram a montar esse brechó aqui dentro da unidade. E semana passada, ou na outra, eles foram na Redenção, eles foram fazer um passeio na Redenção. E o brechó foi fenomenal, fez muito sucesso. Porque foi eles que trouxeram o material e eles ajudaram nessa promoção desse brechó. Foi bem legal” (E. 5).

“[...] eles saem, vão passear. Às vezes, eles fazem atividades, caminhadas, é bem interessante (E. 6).

“A gente faz, de vez em quando, caminhadas na Redenção com eles” (E. 7).

“[...] tem a caminhada com os pacientes de emagrecimento, que é o meu grupo, que eles fazem caminhada. A maioria é idoso. Eles conseguem fazer caminhada com paciente cadeirante. Quando as pessoas querem fazer, ela vai junto, se movimenta junto, porque ela faz parte daquele grupo, se identificou com o grupo [...]” (E. 13).

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas se tornam mais velhas. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização (WHO, 2005).

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (WHO, 2005).

Segundo Zaitune et al. (2010), a atividade física tem sido reconhecida pelos seus benefícios físicos, psicológicos e sociais advindos da sua prática. Especialmente entre os idosos, favorece a manutenção da independência, da saúde e da qualidade de vida e pode reduzir o uso de serviços de saúde e de medicamentos, o risco de desenvolver doenças ou agravos crônicos, de morte e de institucionalização.

Corrêa, Rombaldi, Silva (2011), contribuem dizendo que evidências epidemiológicas têm apontado que a atividade física é capaz de proporcionar uma série de benefícios à saúde física e mental, assim como de exercer efeito protetor sobre inúmeras doenças, incluindo as cardiovasculares, hipertensão, diabetes tipo II, osteoporose, alguns tipos de câncer, ansiedade, depressão, assim como diminuir o risco de mortalidade precoce naquelas pessoas com boa aptidão física e com gasto energético elevado.

O conhecimento da prevalência de indivíduos fisicamente ativos e, sobretudo, daqueles com menor participação em atividade física de lazer norteia as propostas de incentivo à prática regular destas atividades, no sentido de atingir os segmentos mais sedentários e na expectativa de gerar melhor qualidade de saúde e de vida, e economia nos gastos com tratamentos médicos (ZAITUNE et al., 2010).

A prática regular de atividades físicas é tida como estratégia auxiliar para redução do impacto do envelhecimento sobre a autonomia funcional e qualidade de vida (PEREZ et al., 2010). Daí a importância do apoio das instituições políticas e sociais, da família, da rede de amigos e dos grupos de interesse comuns, na luta contra a discriminação e o preconceito que gira em torno do envelhecimento (FERREIRA et al., 2010).

Cabe ressaltar que, segundo Souza, Lautert (2008), que soluções criativas e viáveis devem ser adotadas a fim de se promover maior independência e qualidade de vida aos idosos. Salienta-se que o envelhecimento da população tem exigido respostas no que tange a formulação de políticas públicas de saúde e políticas sociais dirigidas aos idosos, na intenção de preservar a saúde destas pessoas e melhorar sua qualidade de vida, dividindo, então, as atenções e conduzindo-as para além do tradicional atendimento às doenças e seus agravos.

Contudo, para isso, é preciso oferecer oportunidades e programas de apoio para estimular os idosos a participarem de atividades tais como o trabalho voluntário. Há que se abrir espaços para a socialização dos idosos, através da criação de ambientes que possibilitem a prestação de serviços voluntários em todas as idades, reconhecendo o valor público dessa atividade e facilitando a participação dos idosos (SOUZA; LAUTERT, 2008).

Ainda segundo os autores, o voluntariado entre idosos é uma prática comum e em crescente expansão, servindo como mecanismo para manterem-se socialmente ativos e afastarem-se do preconceito advindo com a aposentadoria, entre outros benefícios.

Desse modo, Souza, Lautert (2008), acrescentam que na perspectiva do envelhecimento ativo e para que a velhice seja uma fase de experiências positivas, a vida deve ser acompanhada de oportunidades contínuas que permitam promover a saúde através da participação social dos idosos. Esses, a cada ano que passa, aumentam em número e em proporção, adquirindo idades mais avançadas com melhor saúde e maior independência, necessitando, assim, de alternativas que lhe acrescentem prazer e satisfação para viverem e desfrutarem os anos conquistados.

4. 3. 4 A escuta

Conforme é possível observar no depoimento seguinte, o profissional de saúde delega como sendo importante a questão da escuta ao idoso que procura o serviço de saúde, pelo fato

deste se sentir sozinho, por vezes, longe dos familiares, fazendo com que este idoso vá buscar atenção e companheirismo por parte dos profissionais de saúde que o atendem.

“O principal que a gente vê é a questão da escuta. Que é mais a solidão que prejudica muito os cuidados. A escuta, o companheirismo também [...]” (E. 2).

Há o entendimento de que a relação torna-se mais humanizada a partir do momento em que são estabelecidos profundos laços entre os usuários e os trabalhadores. A escuta se destaca como a melhor forma de aprofundar esse vínculo. Saber ouvir é um aspecto extremamente importante no cuidado dos seres humanos. E saber ouvir vai além do ato de escutar o que o outro fala, procurando compreender o que está sendo dito e compartilhar do sentimento que está sendo colocado naquele momento especial de relação (KERBER, KIRCHHOF, CEZAR-VAZ, 2008).

Visentin, Labronici, Lenardt (2007), salientam que presença do profissional de saúde é uma atitude de zelo e de cuidado, além de um olhar direcionado e atento ao cuidar do paciente idoso, alicerçada em atitudes éticas. Saber ouvir é hoje mais que uma qualidade, é uma necessidade ética e favorece as relações de confiança conquistada, entre o profissional e o paciente. Além disso, permite acompanhá-lo na sua trajetória de decisão, ouvindo-o, esclarecendo-o e, sobretudo, respeitando-o.

A existência dessa relação entre profissional/usuário para ser satisfatória e reconhecida pelos usuários denota um grau de responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família com a população. É essa relação de respeito, compreensão e escuta que faz a diferença entre as práticas das ações de saúde (MEDEIROS et al., 2010).

A prática dos profissionais da saúde deve ser pautada na noção de cuidado humanizado, como uma ação complexa e integral, respeitando, acolhendo as necessidades de cada sujeito. Assim, o cuidado pressupõe capacidade para a escuta e o diálogo, além de disponibilidade para perceber o outro, como um sujeito com potencialidades, resgatando a autonomia e estimulando a cidadania (DUARTE; NORO, 2010).

Araújo, Silva (2012), referem que escutar significa centrar-se no outro e em suas reais necessidades, nos mais amplos aspectos. Supõem ao profissional não atentar para seu conjunto de vozes internas, mas sim para as expressões do paciente, manifestas de modo verbal e não verbal.

O idoso deverá ter um espaço onde suas dores, alegrias, aflições e todas suas queixas morais, sociais e psíquicas serão ouvidas e deverão dispor da mais completa atenção por parte

dos profissionais da equipe. Todos os profissionais da unidade deverão estar integrados neste contexto, visando estabelecer um vínculo de respeito, solidariedade com segurança e responsabilidade (MINAS GERAIS, 2006).

O idoso se sente atendido em suas necessidades quando são ativamente escutados. Para eles, ser escutado pelos profissionais de saúde que os atendem significa estar sendo considerado, cuidado de modo individualizado e com atenção (ARAÚJO; SILVA, 2012). Nesse instante, os profissionais podem identificar as reais necessidades do usuário, esclarecer dúvidas, orientar ou buscar junto a ele a melhor solução para o problema (KEBIAN; ACIOLI, 2011).

Neste sentido, o Ministério da Saúde ressalta a importância de se ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde para proporcionar essa escuta qualificada dos usuários, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, usuários, família e comunidade (BRASIL, 2008), onde a equipe deve ser capaz de propor intervenções nos problemas identificados, manejando novos saberes e, a partir destes, promover a qualidade de vida e um envelhecimento mais saudável (KEBIAN; ACIOLI, 2011).

4.3.5 Vínculo

Nos discursos dos profissionais entrevistados, foi mencionada a relação de confiança e vínculo estabelecidos entre os profissionais e os idosos que procuram os serviços de saúde. Por meio do vínculo, torna-se mais fácil para a equipe a aproximação com esses idosos, a fim de conhecer suas reais necessidades e carências resultantes do processo de envelhecimento e, assim, prestar o devido cuidado a essas pessoas, baseado em uma assistência de qualidade.

“[...] Então, a gente vai pegando aquele vínculo, tu vai adquirindo aquela confiança com eles, mostrando aos pouquinhos. Então, eu trabalho bastante isso com eles, faço eles rirem bastante, começo a conversar [...] E a gente acha tão compensador isso, satisfatório também [...]” (E. 1).

“[...] Aqui a gente percebe que toda equipe, todo tempo tá acolhendo da melhor forma esse idoso [...] Eles são bem acolhidos aqui” (E. 5).

“[...] A gente tem um contato bem direto com o paciente [...] tem um vínculo muito grande com o paciente [...]” (E. 6).

“[...] quando ele consegue um vínculo com algum profissional, eu acho que a qualidade tá bem adequada” (E. 14).

“[...] a percepção é que, tanto do vínculo que eles fazem conosco, que eles tem uma grande satisfação do atendimento deles aqui na unidade, isso é uma fala muito frequente na sala de espera. Tem vínculo com os enfermeiros, com os médicos, com os profissionais que trabalham aqui [...]” (E. 16).

O vínculo entre profissional/usuário estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço. O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde, favorecendo a participação do usuário. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja, conforme destaca Campos (1997).

A vinculação estabelecida com os usuários é resultado de um tratamento adequado, com respeito à sua individualidade, às diferenças de linguagem, de cultura, de valores, e assumindo uma posição de escuta atenciosa, direcionando todo o foco de atenção para aquele indivíduo/família naquele momento ímpar da relação (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008)

Conforme nos esclarecem Queiroz; Jorge (2006), a confiança e o vínculo são considerados indispensáveis no desenvolvimento da assistência prestada aos idosos que procuram os serviços de saúde. Essa confiança, que é estabelecida por meio do vínculo, torna aqueles que participam do processo de cuidar e aqueles que são cuidados, capazes de trocar ideias e opiniões sobre suas práticas, como meio de validar, adaptar ou modificar formas aceitáveis e benéficas de cuidados à saúde.

Para Zinn; Silva; Telles, (2003), é necessário que haja troca de informação e de sentimentos entre as pessoas. Merhy (1997) destaca que criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento que o outro está passando, sentindo-se responsável pela pessoa da qual está cuidando, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal. Ainda segundo a autora, "a noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso, estando em consonância com um dos sentidos de integralidade" (p.07).

Schimidt, Lima (2004) acreditam que o vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato.

Conforme refere Ampese; Perosa; Haas (2007), os profissionais devem se envolver com seus pacientes para poder prestar-lhes um bom atendimento, que transcenda o cuidado técnico, que significa envolver-se. Contudo, devem ter o cuidado para não se envolverem de maneira excessiva, a ponto de comprometerem suas atividades.

Assim, as diferentes concepções de acesso, acolhimento e vínculo no processo de construção da saúde para os trabalhadores e usuários nos proporcionaram o estabelecimento de estratégias com vistas a aprimorar as ações de saúde na atenção básica, para fazer valer os princípios do SUS. Para tanto, sugere-se o treinamento dos trabalhadores no sentido de humanizar a atenção, promovendo a execução de atividades de acolhimento, pautadas nas tecnologias das relações, tendo em vista a satisfação dos usuários (COELHO; JORGE, 2009).

4. 3. 6 Prevenção de agravos

No depoimento que segue, o profissional de saúde relata que, dentre outros cuidados, são desenvolvidas atividades de prevenção à saúde do idoso. A prevenção de agravos se torna importante no sentido de identificar os riscos iminentes de morbidez e mortalidade. Para realizar a prevenção da saúde com os idosos, é necessária a utilização de meios simples e práticos, a fim de identificar os problemas de modo rápido para poder prevenir e, mais adiante, tratá-los (ZASLAVSKY; GUS, 2002).

“[...] Tu tem todo um acompanhamento, tem o acompanhamento da prevenção, que tu pode dá orientação pra eles. A questão da hipertensão, diabetes, várias orientações que tu pode dá pra eles ter uma vida melhor [...]” (E. 6).

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de

autossatisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuar em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009).

Cabe ao profissional da saúde a responsabilidade direta em assegurar a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo-lhe acesso universal e igualitário. Conforme previsto, suas ações devem ser pautadas na prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam a vida longa (BRASIL, 2010b).

Para Veras (2009), a prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Embora os principais conceitos de prevenção da saúde já estejam assimilados pelos profissionais da área, percebe-se muita dificuldade na operacionalização, particularmente quando nos concentramos no grupo etário dos idosos. Apesar da presença do discurso da prevenção, a maioria dos serviços são curativos e tradicionais, e argumentam ser difícil mensurar a efetividade para tais programas do ponto de vista financeiro.

Tavares, Rodrigues (2002) referem que as atividades para os idosos devem ser propostas em consonância com os objetivos da prevenção da doença e promoção da saúde, visando a efetividade dessas ações educativas, baseadas na conscientização, na prevenção de enfermidades, bem como no controle das mesmas.

Portanto, um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar efetividade e eficiência precisa aplicar todos os níveis da prevenção e possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstia e de reabilitação de agravos (VERAS, 2009).

4. 3. 7 Autorresponsabilização do idoso

De acordo com o depoimento que segue, o profissional de saúde acredita que mediante a responsabilização pactuada entre o profissional de saúde com o idoso, para que este tenha comprometimento com seu autocuidado, tem efeito positivo à saúde da pessoa idosa. Essa relação de cuidado entre profissional/usuário, acaba por facilitar a construção da autonomia e independência do idoso.

“[...] Às vezes, tu dá atenção ou tu dá tarefa. Eu tenho a ideia de que basta tu dá uma tarefa, fazer uma combinação que ele se torna responsável pela saúde dele, comprometido contigo, porque ele, talvez, não tenha ninguém com quem se comprometer na vida, porque ele já fez a tarefa dele, já criou os filhos, então ele fica comprometido contigo e ainda vem..., parece criança quando traz a prova sabe, “olha, doutora, eu fiz o que a gente combinou, tudo direitinho”. E, de forma geral, eu acho isso bom” (E. 13).

A corresponsabilização do idoso com sua saúde é um fator que vem se destacando em pesquisas sobre o envelhecimento. Os idosos passaram a ser atores do seu processo de viver e envelhecer, onde a família, a rede de apoio, os recursos financeiros e o nível de independência são elementos importantes. Contudo, a forma como cada sujeito viveu sua vida, os acessos que teve, ou não, quanto à educação, estilo de vida, saúde e trabalho, são determinantes no processo, e, portanto, os idosos se percebem como sujeitos que participaram da construção da saúde vivida no hoje, sobretudo, quando consideram as opções realizadas ao longo do processo de viver (FERRETTI; NIEROTKA; SILVA, 2011).

Jorge et al. (2011) salienta que o comprometimento e o vínculo favorecem o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que constrói laços afetivos, confiança, respeito e a valorização dos saberes dos usuários/família/trabalhadores de saúde. Desse modo, propicia o desenvolvimento da corresponsabilização, da parceria desses sujeitos para a melhoria da qualidade de vida do idoso.

Nesta perspectiva, a autonomia relaciona-se com a possibilidade da tomada de decisão. Para isso ocorrer é fundamental rever a relação que se estabelece entre os sujeitos envolvidos na ação. O ser humano/paciente necessita ter claramente explicitada sua posição como pessoa reconhecida, possuidora de direitos sobre as decisões acerca de seu tratamento (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

Ferretti, Nierotka, Silva (2011) mencionam a autonomia, autorresponsabilização, exercícios físicos, flexibilidade, disponibilidade para aprendizagem, ausência de identificação etária, independência, e liberdade como sendo características que vêm se tornando indicativas de um envelhecimento feliz, e vêm se constituindo como fatores determinantes para a saúde do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do desenvolvimento desta pesquisa, identificamos as concepções de envelhecer para os profissionais de saúde, as dificuldades enfrentadas pelos idosos e as práticas de cuidado dos profissionais de saúde, atuantes na equipe de Saúde da Família, relativas aos idosos que procuram atendimento no serviço de saúde em questão.

Por meio da análise dos dados, é possível perceber que as concepções dos profissionais divergem acerca do processo de envelhecimento. Para alguns dos profissionais, o processo de envelhecer vem acompanhado de diversos fatores, como: biológicos, sociais, físicos e mentais, sendo vivenciado por cada pessoa de uma maneira singular, de acordo com as individualidades de cada um e do contexto em que vive.

Por conseguinte, outros profissionais descreveram o envelhecimento como um processo natural do desenvolvimento humano e que, assim como em outras fases da vida, tem as dificuldades a serem enfrentadas, mas que não impedem a pessoa idosa a fazer as atividades que lhe deem prazer e satisfação. Porém, outros profissionais atribuem aspectos negativos ao envelhecimento, como o aparecimento de patologias e as perdas que idoso têm de conviver, como a perda de entes queridos, da mobilidade física, da independência, dentre outras.

Tais concepções podem influenciar de maneira positiva, ou negativa, a oferta de cuidados prestados pelos profissionais de saúde ao idoso que busca ajuda nos serviços de saúde. Para aqueles que pensam no envelhecimento como uma fase marcada por limitações, perdas e sofrimento, o atendimento ao idoso poderá ficar restrito e limitado, onde o profissional vê a pessoa idosa como sendo improdutiva e incapaz de realizar determinadas atividades.

A partir da análise das entrevistas e da discussão proporcionada pelos pressupostos interpretativos, podemos apreender que os profissionais, em seu cotidiano de trabalho, identificam como as principais dificuldades enfrentadas pelos idosos, a solidão e o abandono. De acordo com seus depoimentos, muitos idosos vivem sozinhos em razão de terem sido abandonados, muitas vezes, pelas próprias famílias, que não souberam lidar com a situação de envelhecimento do seu familiar. Os cuidados pertinentes à pessoa idosa exigem do cuidador dedicação e paciência o que, por vezes, os cuidadores não se sentem preparados para a oferta desses cuidados.

Nesses casos, cabe ao profissional de saúde atender esse idoso com a atenção necessária para que ele possa se sentir acolhido dentro da Unidade Básica de Saúde. Conforme se observa nos depoimentos, os idosos buscam os serviços, muitas vezes, sem apresentar um problema de saúde específico, mas pela solidão que sentem de não poder contar com um familiar para conversar e dar-lhes atenção. O vínculo que se cria com a equipe de saúde que os atendem é outro motivo pelo qual o idoso recorre a esses profissionais em busca de uma conversa e apoio.

Outra questão abordada pelos profissionais diz respeito às dificuldades socioeconômicas que o idoso passa a apresentar. Depois da aposentadoria, muitos idosos têm de viver com um valor reduzido do salário e não é mais possível levar o nível de vida a qual estava acostumado. Muitos deixam seus planos de saúde e, até mesmo, deixar de comprar os medicamentos que lhes foi prescrito por não ter condições econômicas de pagar por aquela medicação. Com isso, o idoso não segue o tratamento recomendado, o que pode acarretar-lhe em problemas maiores e mais graves à sua saúde, podendo afetar sua qualidade de vida.

A perda de autonomia também foi mencionada pelos profissionais. Com o passar dos anos, limitações de toda ordem passam a acompanhar o idoso na realização de suas atividades. A falta de independência e de autonomia é uma das questões que mais interfere na qualidade de vida do mesmo. A pessoa idosa, com as limitações naturais que acompanham a idade, demonstra dificuldades em realizar atividades que antes desenvolvia com facilidade, ou depende da ajuda de outras pessoas para realizá-las, como andar, alimentar-se, vestir-se. É papel dos profissionais de saúde que cuidam desse idoso incentivá-lo a participar de atividades que contribuam para o desenvolvimento dessas tarefas diárias, a fim de melhorar a qualidade de vida em seus anos adicionais.

Nos cuidados pertinentes aos idosos que procuram os serviços de saúde, identificamos como o principal cuidado realizado pela equipe de Saúde da Família, a visita domiciliar. As visitas são realizadas aos idosos que não tem condições de saúde para ir até a Unidade Básica de Saúde, como os acamados, e para aqueles que solicitam a visita pela equipe de Saúde da Família. As visitas domiciliares são realizadas, principalmente, pelos agentes comunitários de saúde juntamente com os demais membros da equipe.

Ainda, as visitas domiciliares favorecem o fortalecimento do vínculo entre os idosos com os profissionais de saúde. Com esse vínculo que se cria, o idoso passa a depositar maior confiança na equipe que está responsável sob seus cuidados, favorecendo o trabalho dos profissionais no levantamento das reais necessidades pela qual o idoso está passando. A partir

do conhecimento de tais necessidades, possibilita a equipe de saúde a pensar em ações e intervenções em saúde que podem ser realizadas junto ao idoso.

Outra atividade desenvolvida pela equipe de Saúde da Família é o grupo de convivência. A realização desses grupos permite ao idoso conviver com outras pessoas da mesma faixa etária, fazendo com que se sintam socialmente ativos e (re)inseridos na comunidade. Ainda, os grupos permitem aos idosos a troca de experiências e o compartilhamento de vivências entre os participantes, além da criação de vínculo entre os usuários com os próprios profissionais. Atividades recreativas também são realizadas nesses grupos, como festas, onde os idosos cantam e dançam, e caminhadas, para estimular a prática do exercício físico, fundamental para desfrutar de um envelhecimento saudável.

A escuta, citada por um dos profissionais entrevistados, faz-se importante no atendimento aos idosos. Por meio da escuta e do apoio, estes expressam seus sentimentos, facilitando a abordagem e conduta desse idoso. Entretanto, a falta de tempo e falta de preparo de muitos profissionais para lidar em situações como essa são alguns dos empecilhos para que o atendimento não seja considerado como um cuidado qualificado e humanizado.

Essas atividades, quando realizadas em conjunto pelos profissionais de uma equipe multidisciplinar de Saúde da Família, muito têm a se agregar na qualidade do cuidado ofertado ao idoso, visando um atendimento de resolubilidade.

Cabe aos profissionais da saúde prestar uma assistência ao idoso considerando suas necessidades físicas e emocionais, visando à oferta de cuidados integrais, de maneira que as ajudem a passar por essa fase como sendo um processo natural na vida do ser humano, e não remetendo o envelhecimento somente a doenças e perdas.

Destacamos que este trabalho não se encerra em si, mas deixa margem para novas pesquisas, tendo em vista o amplo contexto que envolve as diferentes concepções e cuidados a serem oferecidos aos idosos que passam pelo processo de envelhecer. Ressaltamos, também, a importância de ouvir as famílias envolvidas neste evento acerca de suas indagações, auxiliando-as nesse processo, pois cada vez mais teremos uma população com idade avançada e precisando de cuidados.

REFERÊNCIAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas e Técnicas – Norma Brasileira 9050/2004, válida a partir de 31/06/2004.

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p. 1103-1112, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17.pdf>>. Acesso em: 17 jun.2012.

ALCANTARA, L. R.; LOPES, M. J. M. Estrutura de serviços e acesso a consumos em saúde por idosos em um contexto rural do sul do Brasil. **REDES**, v.17, n.1, p. 94-114, 2012. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/viewFile/1719/1861>> Acesso em: 13 Jun.2012.

ALMEIDA, V. L. V. **Velhice e projetos de vida: possibilidades e desafios**. In: CÔRTE, B.; MERCADANTE, E. F.; ARCURI, I. G. (Org.). *Velhice Envelhecimento Complex(idade)*. São Paulo: Vetor, 2005, p. 93-110.

AMPESE, D.; PEROSA, G.; HAAS, R. E. **A influência da atuação da enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável**. Centro Universitário São Camilo, v.1, n.2, p.70-77, 2007. Disponível em: <https://www.scamilo.edu.br/pdf/bioethikos/57/A_influencia_da_atuacao_da_enfermagem.pdf>. Acesso em: 17 jun.2012.

ANGELO, M. **O contexto familiar**. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000, p. 27-31.

ARAUJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; CARVALHO, V. A. M. L. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. **Psicol. Cienc. Prof.** [online], v.25, n.1, p. 118-131, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v25n1/v25n1a10.pdf>> Acesso em: 18 jun.2012.

ARAUJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. O Conhecimento de Estratégias de Comunicação não Atendimento a Dimensão Emocional paliativos in Cuidados. **Contexto Texto - Enferm.** [online], v.21, n.1, p. 121-129, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a14v21n1.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.64-72, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/08.pdf>> Acesso em: 09 Jun.2012.

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.8, n.1, p.15-24, 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>> Acesso em: 09 Jun.2012.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p. 815-823, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>> Acesso em: 18 jun.2012.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATTINI, E.; MACIEL, E. M.; FINATO, M. S. S. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. **Estud. Psicol. (Campinas)** [online], v.23, n.4, p. 455-462, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n4/v23n4a13.pdf>> Acesso em: 14 Jun.2012.

BEE, H. **Mudanças físicas e cognitivas na velhice**. In: BEE, H. O ciclo vital. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 515-548.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília; 1988.

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

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Brasília – DF, 1996b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>> Acesso em: 04 jan.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.395 de 9 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____. Ministério da saúde. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores do SUS. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf>. Acesso em: 19 dez.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.** HumanizaSUS. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_acolhimento.pdf>. Acesso em: 19 dez.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da saúde, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad19.pdf> Acesso em: 13 dez.2011.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 19 dez.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Dicas em Saúde: Acolhimento.** Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>> Acesso em: 17 jun.2012.

_____. Ministério da saúde. **A Atenção Básica.** Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php>. Acesso em: 19 dez.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>> Acesso em: 18 jun.2012.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec, 1997, p. 229-266.

CARRETTA, M. B. BETTINELLI, L. A. ERDMANN, A. L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev. Bras. Enferm.** [online], vol.64, n.5, p. 958-962, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a24v64n5.pdf>> Acesso em: 14 Jun.2012.

CARVALHO, H. B. C.; ROCHA, S. M.; LEITE, M. L. C. **A interação do idoso à prática de saúde.** In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de gerontologia e geriatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CARVALHO, R. R. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**: competência dos cuidadores de pessoas dependentes. Brasília, 2010.

CELICH, K. L. S.; SPADARI, G. Estilo de vida e saúde: condicionantes de um envelhecimento saudável. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.2, p.252-260, 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/12497/8559>> Acesso em: 09 Jun.2012.

CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.; FLECK, M. P. **Qualidade de Vida em Idosos: Conceituação e Investigação**. In: NERI, A. L. Qualidade de Vida na Velhice: Enfoque Multidisciplinar. Campinas: Editora Alínea, 2007.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. Saúde Coletiva**[online], v.14, suppl.1, p. 1523-1531, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

CORREA, L. Q.; ROMBALDI, A. J.; SILVA, M. C. Atividade física e sintomas do envelhecimento masculino em uma população do sul do Brasil. **Rev. Bras. Med. Esporte** [online], v.17, n.4, p. 228-231, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v17n4/v17n4a02.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2012.

COSTA, F. G; CAMPOS, P. H. F. **Práticas Institucionais e Representações da Exclusão na Terceira Idade**. In Campos, P. H. F.; Loureiro, M. C. S. (orgs.). Representações Sociais e Práticas Educativas. Goiânia-GO: EdUCG, 2003, p. 187-207.

CUNHA, T. M. P.; PONCE DE LEON, C. G. R. M.; FUNGHETTO, S. S. O cuidado da Enfermagem extra-hospitalar: Projeto “Atividade na Melhor Idade” – AMI. **Revista Eletrônica de Enfermagem UNIEURO – REEUNI**, v.1, n.1, p. 20-33, 2008. Disponível em: <http://www.unieuro.edu.br/downloads_2005/reeuni_01_003.pdf> Acesso em: 12 Jun.2012.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.3, p. 605-613, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/12.pdf>>. Acesso em: 17 jun.2012.

D’ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidioso. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.4, p.685-692, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2626.pdf>> Acesso em: 09 Jun.2012.

DRULLA, A. G. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm.**, v.14, n.4, p. 667-674, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16380/10861>> Acesso em: 17 jun.2012.

DUCA, G. F. D.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.5, p. 796-805, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/653.pdf>> Acesso em: 15 Jun.2012.

DUARTE, Y. A. O. **Princípios de assistência de enfermagem gerontológica**. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu, 1996.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online], v.31, n.4, p. 685-692, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a11v31n4.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

ELIPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5ª ed. São Paulo (SP): Artmed, 2005.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Contexto Texto - Enferm.** [online], v.21, n.1, p. 167-176, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a19v21n1.pdf>> Acesso em: 15 Jun.2012.

FELICIANO, A. B.; MORAES, A. S.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1575-1585, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/15.pdf>> Acesso em: 09 Jun.2012.

FERRARI, M. A. C. **Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade**. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002, p. 98-105.

FERREIRA, A. B. et al. Programa de atenção particularizada ao idoso em unidades básicas de saúde. **Saúde Soc.** [online], v.18, n.4, p. 776-786, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/20.pdf>> Acesso em: 16 mai.2012.

FERREIRA, O. G. L. et al. O Envelhecimento Ativo Sob o Olhar de Idosos funcionalmente Independentes. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], v.44, n.4, p. 1065-1069, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusop/v44n4/30.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

FERRETTI, F.; NIEROTKA, R. P.; SILVA, M. R. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. **Interface (Botucatu)**, v.15, n.37, p.565-572, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop1211.pdf>> Acesso em: 08 Jun.2012.

FLORES, G. C. et al. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.31, n.3, p. 467-474, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12255/10874>> Acesso em: 14 Jun.2012.

FILHO, H. R. K. et al. Envelhecimento humano e ancianismo: revisão. **Rev. Clín. Pesq. Odontol.**, Curitiba, v.6, n.2, p. 155-160, 2010.

FONSECA, A. M. Desenvolvimento humano e envelhecimento. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

FONSECA, M. G. et al. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública** [online], v.44, n.1, p. 159-165, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/17.pdf>> Acesso em: 14 Jun. 2012.

FORTES, C. V. Estratégias para garantia da equidade no acesso aos serviços de saúde em unidades de Saúde da Família: uma revisão da literatura. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização], UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18514/000725355.pdf?sequence=1>> Acesso em: 18 jun.2012.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.1, p. 105-111, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a13v16n1.pdf>> Acesso em: 18 jun.2012.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v.44, n.2, p. 407-412, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n2/24.pdf>> Acesso em: 16 mai.2012.

GAIOLI, C. C. L. D. O. **Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

GARCIA, M. A. A. et al. Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.537-52, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a06v9n18.pdf>> Acesso em: 08 Jun.2012.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Texto Contexto de Enfermagem**, v.15, n.4, p. 645-653, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>>. Acesso em: 17 jun.2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

_____, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, A. K.; GROENWALD, R. M. F. **Qualidade de vida e estilo de vida ativo no envelhecimento**. Porto Alegre: Novo Tempo, 2005.

GONZALEZ, L. M. B.; SEIDL, E. M. F. O Envelhecimento nd Perspectiva de Homens Idosos. **Paidéia (Ribeirão Preto)** [online], v.21, n.50, p. 345-352, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n50/07.pdf>> Acesso em: 15 Jun.2012.

GUILHARDI, H. J. **Autoestima, autoconfiança e responsabilidade**. In: BRANDÃO, M. Z. S. et al. Comportamento humano: tudo ou quase tudo que você queria saber para viver melhor. Santo André: Editora Esetec., 2002, p. 63-98.

HEREDIA, V. B. M.; CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B. Abandono na velhice. **Textos Envelhecimento** [online], v.8, n.3, p. 307-319, 2005. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 12 Jun.2012.

HEREDIA, V. **Abandono na velhice: idosos vivem dor silenciosa ao serem deixados de lado**. 2010. Disponível em: <<http://idmed.com.br/saude-do-idoso/abandono-na-velhice-idosos-vivem-dor-silenciosa-ao-serem-deixados-de-lado.html>> Acesso em: 12 Jun.2012.

HORTA, A. L. M.; FERREIRA, D. C. O.; ZHAO, H. L. Envelhecimento, Estratégias de enfrentamento do Idoso e repercussões nd Família . **Rev. Bras. Enferm.** [online], v.63, n.4, p. 523-528, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/04.pdf>> Acesso em: 12 Jun.2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da expectativa de vida para 2050**. 2000. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/estatistica/populacao/projecao>> Acesso em: 13 dez.2011.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.1, p.131-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n1/19.pdf>> Acesso em: 08 Jun.2012.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da saúde mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v.16, n.7, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n7/05.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

JÚNIOR, J. S. V.; GUERRA, R. O. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 2541-2548, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n5/a24v16n5.pdf>> Acesso em: 15 Jun.2012.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v.19, n.3, p. 403-409, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto Contexto - Enferm.** [online], v.17, n.2, p. 304-312, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/12.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

LEITE, M. T.; CAPPELLARI, V. T.; SONEGO, J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], v.4, n.1, p. 18-25, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/746/811>> Acesso em: 18 jun.2012.

LIMA, L. H. P. **Eu e o envelhecimento**. Porto Alegre: Age. 2006.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública** [online], v.42, n.4, p. 733-740, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6846.pdf>> Acesso em: 13 Jun.2012.

MACHADO, L. M.; COLOME, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. **REUFISM - Rev. Enferm. UFSM**, v.1, n.1, p. 31-40, 2012. Disponível em: <cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufism/3142> Acesso em: 19 dez.2012.

MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento e atividade física**. Paraná: Midiograf, 2001.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud Pública** [online], v.12, n.3, p. 402-413, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

MENDONÇA, M. P.; SQUASSONI, C. E.; ZANNI, K. P. Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v.15, n.1, p.99-115, 2010. Disponível em: <seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/download/11437/10919> Acesso em: 08 Jun.2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186p. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/61067254/7/O-ACOLHIMENTO-DO-IDOSO-NA-ATENCAO-PRIMARIA>> Acesso em: 17 jun.2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIRANDA, L. M.; GUIMARÃES, A. C. A.; SIMAS, J. P. N. Estilo de vida e hábitos de lazer de freiras e padres idosos de Florianópolis – SC. **Rev. Bras. Ci e Mov.**, v.15, n.1, p.15-22, 2007. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/725/744>> Acesso em: 09 Jun.2012.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto - Enferm.** [online], v. 17, n. 2, p. 374-383, 2008.

MOREIRA, M. M. S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 100 p. Disponível em: <http://portaldesicict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00000702&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 15 mai.2012.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável : uma experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicol. USP** [online], v.19, n.1, p. 59-79, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v19n1/v19n1a09.pdf>> Acesso em: 15 mai.2012.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 27, n. 4, p. 779-786, 2011.

MOURA, L. F. CAMARGOS, A. T. **Atividades educativas como meio de socialização de idosos institucionalizados**. Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG. Belo Horizonte/MG, out/2005. Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_11.pdf> Acesso em: 15 Jun.2012.

NERI, A. L. **Atitudes e preconceitos em relação à velhice**. In: NERI, A. L. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2007, p. 33-46.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.17, n.5/6, p. 410-418, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26278.pdf>> Acesso em: 13 Jun.2012.

NUNES, V. M. A.; MENEZES, R. M. P.; ALCHIERI, J. C. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 32, n. 2, p. 119-126, 2010.

OLIVEIRA, A. C.; FORTES, P. A. C. O direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.1, p. 59-65, 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/461.pdf>> Acesso em: 14 Jun.2012.

OLIVEIRA, C. C. Otimizando a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n.6, 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1035/814>> Acesso em: 09 Jun.2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PASCHOAL, S. M. P.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. **Epidemiologia do Envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 39-56.

PAVARINI, S. C. I. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enferm.** 2005, v. 14, n. 3, p. 398-402.

PENA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.1, p. 17-24, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_02.htm>. Acesso em: 17 Jun.2012.

PESTANA, L. C.; ESPIRITO SANTO, F. H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], v.42, n.2, p. 268-275, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a08.pdf>> Acesso em: 16 Jun.2012.

PEREZ, A. J. et al. Estudo comparativo da autonomia de ação de idosas praticantes e não praticantes de exercícios físicos regulares. **Rev. Bras. Med. Esporte** [online], 2010, vol.16, n.4, pp 254-258. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v16n4/a04v16n4.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

PORTELLA, M. **Grupos de terceira idade: a construção da utopia do envelhecer saudável**. Passo Fundo: UPF; 2004.

QUEIROZ, M. V.; JORGE, M. S. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface**, v.10, n.19, p.117-130, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a09v1019.pdf>>. Acesso em: 17 jun.2012.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do Envelhecimento Saudável em Idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública** [online], v.19, n.3, p.793-797, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>> Acesso em: 09 Jun.2012.

RESENDE, M. C. **Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos portadores de deficiência física**. Campinas, SP: 2001. Dissertação [Mestrado em Gerontologia] - Faculdade de Educação, UNICAMP, 2001.

RIBEIRO, A. P.; SCHUTZ, G. E. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** [online], v.10, n.2, p. 191-201, 2007. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000200005&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 12 Jun.2012.

ROCHA, F. C. V et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UERJ**, v.19, n.2, p. 186-191, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf>> Acesso em: 15 jun.2012.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.4, p. 493-500, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a06.pdf>> Acesso em: 12 Jun.2012.

ROSSETO MAZZA, M. M. P. **O cuidado em família sob o olhar do idoso** [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v.60, n.6, p. 659-664, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/07.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

SANTOS, I. et al. O grupo pesquisador construindo ações de autocuidado para o envelhecimento saudável: pesquisa sociopoética. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.4, p. 746-754, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a13v15n4.pdf>> Acesso em: 16 jun.2012.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1487-1494, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 17 jun.2012.

SIKOTA, C. S. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado de envelhecimento e trabalho para vendedor ambulante idoso. **REUFMS – Rev. Enfermagem da UFSM**, v.2, n.1, 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4471/3147>> Acesso em: 14 Jun.2012.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 839-847, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2012.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.1, p. 39-44, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a09v14n1.pdf>> Acesso em: 16 Jun.2012.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vidas e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.3, p.364, 2003.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRETAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v.60, n.3, p. 263-267, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a03.pdf>> Acesso em: 12 Jun.2012.

SOUZA, M. C. et al. Autoavaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.4, p.741-749, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6500.pdf>> Acesso em: 13 Jun.2012.

SOUZA, L. M.; LAUTERT, L. Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], v.42, n.2, p. 363-370, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v42n2/a21.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

SOUZA, R. F.; MATIAS, H. A.; BRETAS, A. C. P. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v.15, n.6, p.2835-2843, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a21v15n6.pdf>> Acesso em: 08 Jun.2012.

STUARTHAMILTON, I. **A psicologia do envelhecimento: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde Soc.** [online], vol.19, n.4, p. 878-888, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/14.pdf>> Acesso em: 17 Jun.2012.

TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Educação conscientizadora do idoso diabético: uma proposta de intervenção do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.36, n.1, p. 88-96, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v36n1/v36n1a12.pdf>> Acesso em: 18 jun.2012.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. 105 f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2002. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000034&lng=pt&nrm=is> Acesso em: 16 mai.2012.

TEIXEIRA, I. N. A. O.; NERI, A. L. **A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo**. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p. 1102-8.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>> Acesso em: 18 jun.2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p. 548-554, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>> Acesso em: 18 jun.2012.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Rev. Saúde Pública** [online], v.21, n.3, p. 225-233, 1987. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v21n3/07.pdf>> Acesso em: 13 Jun.2012.

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. **Qualidade de Vida - Concepções Básicas Voltadas à Saúde**. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de Vida e Atividade Física. São Paulo: Ed. Manole, 2004.

VISENTIN, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M. H. Autonomia do Paciente idoso com câncer : o direito de saber o diagnóstico. **Acta Paul. Enferm.** [online], v.20, n.4, p. 509-513, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/20.pdf>> Acesso em: 16 jun.2012.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em: 17 jun.2012.

YAZAKI, L. M. Perspectivas atuais do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, v.8, n.1/2, p. 137-141, 1991. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol8_n1_2_1991/vol8_n1e2_1991_11notape_squisa_137_141.pdf> Acesso em: 13 Jun.2012.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: inquérito de saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v.26, n.8, p. 1606-1618, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n8/14.pdf>> Acesso em: 17 jun.2012.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso: doença cardíaca e comorbidades. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v.79, n.6, p. 635-639, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v79n6/13766.pdf>> Acesso em: 18 jun.2012.

ZINN, G. R.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.3, p.326-332, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16542.pdf>>. Acesso em: 17

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: "O cuidado à pessoa idosa na ótica de profissionais de saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família" que tem como pesquisador responsável o Professor Doutor João Werner Falk, médico, e que se trata do Trabalho de Conclusão de Curso da estudante Camila Amthauer, enfermeira, regularmente matriculada no curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Este estudo está sendo realizado com objetivos de descrever o entendimento de profissionais de equipe da Estratégia de Saúde da Família sobre o cuidado a ser desenvolvido junto a pessoa idosa acerca do processo de envelhecimento e de identificar as práticas de cuidados que são desenvolvidas junto a esse idoso no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

Fica garantido que seu nome não será divulgado, podendo desistir em qualquer momento do estudo. Você não sofrerá qualquer espécie de risco em virtude da sua participação. Porém, ao responder às questões da entrevista, você poderá lembrar de algum fato que poderá lhe trazer desconforto emocional. Caso seja identificado que você necessita de atendimento clínico ou psicológico a pesquisadora entrará em contato com a Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS, solicitando esse atendimento. Seu benefício será indireto, ajudando a melhorar o atendimento prestado aos idosos que passam por todo seu processo de envelhecimento e seus significados, fornecendo elementos que poderão colaborar para aprimorar o trabalho de sua equipe. Não haverá benefício financeiro por sua participação nesta pesquisa. A sua participação é voluntária e você pode e deve tirar todas as suas dúvidas antes de responder às questões da entrevista. Você tem todo o direito de recusar ou desistir em qualquer momento, sem prejuízo.

A sua participação nesta pesquisa não lhe trará prejuízos ou qualquer benefício direto, incluindo financeiro. Garante-se o anonimato das informações que constarão nas entrevistas e garante-se sigilo das informações prestadas. O resultado do estudo será publicado sem que seja revelada sua identidade.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá estar entrando em contato com a estudante Camila Amthauer, ou com o orientador Prof. Dr. João Werner Falk (pesquisador responsável) bem como com a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nos endereços constantes ao final deste Termo.

Ciente e de acordo com o exposto, eu,
_____, estou de acordo em
participar desta pesquisa, assinando este Termo de Consentimento em duas vias, ficando com
a posse de uma delas.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2012.

Assinatura da pessoa entrevistada

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e
Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2012.

Camila Amthauer
Enfermeira, estudante autora do TCC

João Werner Falk
Médico, professor orientador
(pesquisador responsável)

Endereço: Rua São Manoel, 543 – Unidade Básica de Saúde Santa Cecília HCPA

Fone do Prof. João Werner Falk – 9805-6139

Fone da secretaria do Curso de Especialização – 3308-5327

Apêndice B – Roteiro para entrevista semiestruturada

1. Qual a concepção do processo de envelhecer para você?
2. Que dificuldades você observa que os idosos costumam passar?
3. Qual sua concepção acerca dos cuidados realizados junto aos idosos que procuram os serviços da UBS?
4. Qual sua opinião acerca da qualidade desses cuidados prestados?
5. O que você acha que poderia ser realizado junto aos idosos e que não é realizado pela equipe da UBS?
6. Há atividades realizadas fora da sede da UBS? Quais?