

Universidade Federal de Minas Gerais
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

FABIANA SIQUEIRA DE CASTRO

**A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA CUIDAR DO MUNICÍPIO DE TURMALINA-MG**

ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS

2010

FABIANA SIQUEIRA DE CASTRO

**A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA CUIDAR DO MUNICÍPIO DE TURMALINA-MG**

ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS

2010

FABIANA SIQUIERA DE CASTRO

**A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA CUIDAR DO MUNICÍPIO DE TURMALINA-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Virgiane Barbosa de Lima

ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS

2010

CASTRO, Fabiana Siqueira de.

A Humanização do Atendimento ao Idoso na Equipe de Saúde da Família Cuidar do Município de Turmalina-MG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. Araçuaí, 2009. 39 p.

FABIANA SIQUEIRA DE CASTRO

**A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA CUIDAR DO MUNICÍPIO DE TURMALINA-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Virgiane Barbosa de Lima

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

“Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem somos e o que estamos nos tornando, mas a maneira com que respondemos ao desafio. Somos combatentes, idealistas, mas plenamente conscientes, porque ter consciência não nos obriga a ter teorias sobre as coisas: só nos obriga a sermos conscientes. Problemas são para vencer, liberdade para provar. Enquanto acreditamos no nosso sonho, nada é por acaso”.

Henfil

Resumo

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e os serviços de saúde devem estar preparados para lidarem com essa clientela. O presente trabalho teve como objetivo geral proporcionar juntamente com a equipe estratégias para a humanização do atendimento aos idosos da Equipe de Saúde da Família Cuidar do município de Turmalina-MG. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa e descritiva. Foi feita uma análise e discussão do problema, com base em dados levantados durante a realização do diagnóstico local da área, feito pela equipe. Dentre as dificuldades em se trabalhar com idosos destacam-se o analfabetismo, a administração e adesão a terapêutica medicamentosa e a dificuldade de deambulação. Dentre as facilidades identificou-se a boa receptividade e aceitação das visitas domiciliares. Quanto à necessidade de um treinamento especial para trabalhar com idosos, todos concordam que essa capacitação é necessária. Concluiu-se que há a necessidade de a Equipe de Saúde da Família Cuidar desenvolver um estudo minucioso sobre a população idosa de sua área de abrangência para que seja criado um trabalho direcionado a essa população, bem como a oferta de capacitação aos membros da equipe para que estes possam desenvolver seu trabalho de forma competente, humanizada e resolutiva.

Palavras-chave: Idoso, Humanização, Equipe de Saúde da Família.

Abstract

The aging population is a worldwide phenomenon and health services must be prepared to deal with this clientele. This study aimed to provide general along with team strategies for the humanization of care for the elderly Team Family Health Care in the city of Tourmaline-MG. The work was carried out a qualitative and descriptive. Was an analysis and discussion of the problem, based on data collected during the diagnosis of the local area, made by the team. Among the difficulties in working with elderly individuals are illiteracy, the administration and adherence to drug therapy and difficulty in walking. Among the facilities identified the sympathetic and acceptance of home visits. As the need for special training for working with older people, all agree that this training is required. It was concluded that there is a need for the Team of Family Health Care to develop a comprehensive study on the elderly population in its catchment area for the creation of a work directed to this population, as well as offering training to team members to they can develop their work in a competent, humane and resolute work.

Keywords: Elderly, Humanization, Team Family Health

Sumário

1- INTRODUÇÃO	7
2-REVISÃO LITERÁRIA	10
2.1-Epidemiologia do Envelhecimento	10
2.2-O Ser Idoso	11
2.3-Fisiologia do Envelhecimento	11
2.4-A Política Nacional de Saúde do Idoso e a Humanização do Atendimento	14
2.5-A Estratégia de Saúde da Família (ESF)	18
2.6-A Atenção ao Idoso no Contexto da Estratégia de Saúde da Família	19
3-METODOLOGIA	25
3.1-Fundamentação teórico metodológica	25
3.2-Opção Metodológica	25
3.3-Cenário da Pesquisa	26
3.4-População da Pesquisa	26
3.5-Instrumento de Coleta de Dados	27
3.6-Análise de Dados	27
4-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	29
4.1-Significado de Humanização do Atendimento ao Idoso	29
4.2-Dificuldades e Facilidades no Trabalhar com Idosos	30
4.2.1-Dificuldades no Trabalhar com Idosos	30
4.2.2-Facilidades no Trabalhar com Idosos	32
4.3-Compreensão da Equipe Sobre a Necessidade de um Treinamento Especial para Trabalhar com Idosos	32
5-CONCLUSÃO	34
6 -REFERÊNCIAS	36

1- INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira já não é mais uma surpresa. As projeções demográficas indicam que nas próximas décadas, a proporção de idosos na população brasileira deverá triplicar, revolucionando as demandas sobre a assistência à saúde no país (CHAIMOWICZ, 2008).

Com o envelhecimento da população, o crescimento do número de indivíduos com doenças crônico-degenerativas e limitadoras. A condição crônica, limitadora e causadora de dependência, requer dos serviços de saúde e da família, competências e aprendizado de habilidades para seu manejo. Assim, faz-se necessário que os serviços de saúde promovam alternativas para um cuidado diferenciado e, sobretudo, humanizado.

A humanização da saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito da individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. (SIMÕES *et al*, 2007).

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolvem mudanças de comportamento que sempre despertam insegurança. Sendo assim, para que essa humanização se torne uma realidade nos sistemas de saúde, seria necessária uma reeducação dos profissionais a esse novo sistema. (BRASIL, 2003b).

A estratégia de Saúde da Família (SF) é um programa do Ministério da Saúde que tem como eixo de ação a reorganização da atenção primária com a implementação de um novo modelo assistencial no país, priorizando as ações de prevenção de doenças e promoção à saúde junto à comunidade, marcada por um atendimento humanizado e resolutivo. Na equipe de Saúde da Família, espera-se que os profissionais estejam voltados para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à unidade.

O profissional deve estar atento às mudanças do perfil populacional de sua área de abrangência, com atenção especial ao idoso e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida. (SILVA e BORGES, 2008).

Durante a realização das atividades propostas no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) pôde-se perceber diversas falhas no processo de

trabalho e na estruturação, não só na equipe de Saúde da Família Cuidar, como nas outras equipes do município de Turmalina-MG.

Durante a realização do diagnóstico local constatou-se que existe na área de abrangência da equipe de Saúde da Família Cuidar uma quantidade significativa de pessoas na faixa etária entre 20 a 60 anos de idade (55,4% da população geral da área) e que 9,54% da população total residente na área, são de idosos, ou seja, com 60 anos ou mais. Esses dados são um reflexo das baixas taxas de mortalidade e fecundidade e nos mostram a tendência ao crescimento da população idosa. Além disso, os idosos já representam de 20 a 30% das consultas médicas feitas na unidade. Apesar disso, o tempo da equipe está preenchido quase que exclusivamente com atividades de atendimento à demanda espontânea e atendimento a alguns grupos específicos como, gestantes, crianças, mulheres, hipertensos e diabéticos. O trabalho ainda está muito voltado ao atendimento às condições agudas e as ações de promoção e prevenção à saúde, oferecidas pela equipe, ainda são discretas. A equipe não desenvolve nenhum trabalho específico para idosos a não ser a vacinação contra gripe, realizada anualmente.

Portanto, o crescimento acelerado da população idosa faz surgir um grande desafio: como proporcionar uma atenção humanizada e resolutiva a estes indivíduos? Existem queixas, facilidades e dificuldades que a equipe sente ao trabalhar com idosos?

O presente estudo possui como objetivo geral: proporcionar juntamente com a equipe estratégias para a humanização do atendimento aos idosos da equipe de Saúde da Família Cuidar do Município de Turmalina.

E possui como objetivos específicos:

- determinar o significado de humanização do atendimento ao idoso para a Equipe e o grupo de ACSs;
- destacar as dificuldades e facilidades que a equipe e os ACSs sentem ao trabalhar com idosos para propostas futuras de um plano de ação;
- organizar informações para subsidiar o planejamento de ações direcionadas para a assistência aos idosos na Equipe de Saúde da Família Cuidar.

Atender ao idoso de forma integral e humanizada é preocupar-se com todos os aspectos do processo saúde-doença que o mesmo enfrenta. É atendê-lo em suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais, integrando-os com outras pessoas, em especial outros

indivíduos da mesma faixa etária, proporcionando-lhes atividade e ocupação, assistindo-os com prioridade, em sua totalidade e individualidade (MARTINS e MASSAROLLO, 2008).

2– REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 – Epidemiologia do envelhecimento.

De acordo com Pereira *et al* (2003), idoso no Brasil é aquele indivíduo que possui idade igual ou superior a 60 anos de idade. Até recentemente, associava-se a questão “população idosa” aos países desenvolvidos. No entanto, dados demográficos para os países em desenvolvimento demonstram que eles vêm experimentando acelerado processo de envelhecimento populacional apesar de ainda possuírem um grande contingente de jovens.

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo em um nível sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, esse contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase oito milhões de pessoas idosas por ano (BRASIL, 2002).

No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2002), a proporção de idosos corresponde a 8,6% da população total, ou cerca de 15 milhões de pessoas. Se persistirem as tendências para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, no ano de 2020 a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas, chegando a representar quase 13% do total de habitantes (BRASIL, 2002).

Outro fator marcante no perfil demográfico brasileiro é o aumento da expectativa de vida ao nascer, 2,6 anos na década de 1990. Em 1991, um recém – nascido tinha expectativa de viver 66 anos. Em 2000, essa idade aumentou para 68,6 anos. O incremento no entanto, não foi igual para homens e mulheres. Enquanto a esperança de vida ao nascer das mulheres aumentou 2,8 anos no período, para 72,6 anos, a dos homens teve acréscimo de 2,2 anos, para 64,8 anos. Dados mais recentes já mostram que a expectativa de vida do brasileiro em 2007 subiu para 76,5 anos para as mulheres e 69 anos para os homens, sendo o índice geral de 72,7 anos (DIÁRIO, 2009). Com isso, percebe-se o aumento da expectativa de vida das mulheres em relação à dos homens. Essa tendência tem sido definida como “feminização da população idosa” (IBGE, 2002).

2.2 – O Ser Idoso

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade, quando se trata de países desenvolvidos. Entretanto, vale ressaltar que paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social importante para a percepção da idade e do envelhecimento, tornando-se difícil, portanto, caracterizar uma pessoa como idosa utilizando como único critério à idade (BRASIL, 2002).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo no qual há várias alterações que tornam o idoso mais susceptível a agressões intrínsecas e extrínsecas. Envelhecer é a redução da capacidade de sobreviver ocorrendo alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas podendo desenvolver dependência, sentimento de inutilidade e rejeição (NETTO, 2002).

A instabilidade postural, a iatrogenia, a incontinência urinária, a imobilidade e as doenças neuropsiquiátricas (depressão, insônia, demência e *delirium*) são os problemas que mais afetam a população idosa, são denominados os “Gigantes da Geriatria” e podem ser conseqüência de agravos à sua saúde, interferindo diretamente na realização de suas atividades de vida diária.

Muitos em nossa sociedade vêm o envelhecimento como algo a ser evitado. Na realidade, o envelhecimento é como outra etapa qualquer da vida. Tem certos problemas e dificuldades, mas também tem prazeres e compensações. Atitudes negativas concernentes ao envelhecimento baseiam-se parcialmente em idéias falsas sobre como os idosos realmente são (ROACH, 2003).

2.3 – Fisiologia do envelhecimento

Todos os órgãos e sistemas do corpo humano modificam-se à medida que se o indivíduo vive seus dias. A partir das 60 anos as transformações estão bem marcantes, podendo haver, fisiologicamente, funções comprometidas ou alteradas (ARAÚJO e BACHION, 2004).

Os problemas cardíacos são a causa mais comum de morte na terceira idade, devido ao espessamento e enrijecimento das válvulas coronarianas, diminuição da elasticidade das artérias e dos músculos cardíacos, calcificações da parede arterial e tortuosidade de veias. A pressão arterial tende a aumentar e a frequência cardíaca a declinar. São várias as patologias cardiovasculares associadas à idade avançada, como arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva, doença coronariana, hipertensão, infarto do miocárdio, doença vascular periférica, hipotensão ortostática, entre outras (SMELTZER e BARE, 2002).

A capacidade respiratória está debilitada, sendo evidenciada pelo aumento do volume residual e diminuição da capacidade vital, além de maior vulnerabilidade a infecções pulmonares. Essas alterações são decorrentes da redução de elasticidade nos alvéolos, de calcificações das cartilagens costais, colapso das vértebras por osteoporose, redução da mobilidade das vértebras e atrofia dos músculos relacionados à respiração (SMELTZER e BARE, 2002). Exercícios regulares, ingestão adequada de líquidos, imunização efetiva e cessação do tabagismo são formas de melhorar a capacidade respiratória do idoso.

Os idosos necessitam de um maior cuidado com a pele. As alterações da velhice são claramente visíveis no sistema tegumentar, a pele torna-se enrugada e flácida, enquanto os pelos diminuem em quantidade e pigmentação. A maior propensão de problemas dermatológicos no idoso é devida à diminuição de glândulas sudoríparas e sebáceas, ao espessamento da derme e epiderme, à redução das fibras elásticas, ao enrijecimento do colágeno e à diminuição do tecido adiposo subcutâneo e dos capilares superficiais (SMELTZER e BARE, 2002).

O sistema reprodutivo sofre alterações no processo de envelhecimento, tanto na mulher quanto no homem, devido à diminuição da secreção de hormônios. Na mulher a função reprodutiva cessa durante o climatério. No idoso observa-se diminuição no tamanho do pênis e dos testículos, sendo comum a disfunção erétil. Apesar de ocorrer declínio do desejo sexual, as alterações citadas podem ser corrigidas de diferentes formas para possibilitar a atividade sexual de forma saudável (SMELTZER e BARE, 2002).

Com o envelhecimento, há também diminuição da massa renal, principalmente devido à perda de néfrons, e com mais frequência há incontinência e infecções urinárias (SMELTZER e BARE, 2002). A incontinência urinária é mais prevalente nas mulheres e é considerada um “Gigante da Geriatria”, pois pode trazer conseqüências como: depressão, redução da auto-estima, afastamento de atividades sociais e mesmo do relacionamento íntimo. Provoca

também repercussões clínicas como quedas e fraturas (em virtude da urgência para chegar ao banheiro), infecções cutâneas e úlceras de pressão (CHAIMOWICZ, 2009). Daí a necessidade de uma ingestão hídrica adequada, favorecendo assim, o bom funcionamento renal, a redução de infecções na bexiga e a incontinência urinária. As idosas também podem tratar o problema praticando exercícios que favoreçam o fortalecimento do assoalho pélvico.

O sistema gastrointestinal também sofre importantes alterações durante o envelhecimento, interferindo diretamente no estado nutricional do idoso. É comum a perda dos dentes por doença periodontal. Há diminuição da secreção salivar, da motilidade gástrica, da secreção de enzimas digestivas e dos movimentos peristálticos.

As alterações sensoriais também têm grande interferência na qualidade de vida dos idosos, podendo causar aborrecimentos, confusão, irritabilidade, desorientação e ansiedade. O idoso sofre alterações, no ouvido interno, impedindo-o de ouvir sons de alta frequência, outros fatores como o acúmulo de cerume e outras patologias auditivas também podem interferir na audição do idoso. É importante saber que não se deve gritar para que o idoso escute. Apenas pronunciar as palavras claramente, de preferência a sua frente. Há também uma diminuição da capacidade de focalizar objetos a distâncias curtas e longínquas e sensibiliza o idoso a ofuscação (SMELTZER e BARE, 2002).

No processo de envelhecimento, ocorre uma atrofia músculo – esquelética contínua, que leva a perda de força muscular, resistência e agilidade (NETTO, 2002). É comum o desenvolvimento de osteoporose e doença articular degenerativa (SMELTZER e BARE, 2002).

As alterações da marcha, diminuição da força muscular, rigidez articular e dor associada ao desgaste da articulação, dentre outras, são algumas das alterações próprias do envelhecimento, que contribuem para a instabilidade e quedas no idoso.

Cerca de 3 a 5% das quedas originam ferimentos graves, como lesões corto-contusas, hematomas e fraturas. Após a queda, muitos idosos desenvolvem a “síndrome do medo pós-queda”, um intenso distúrbio de marcha provocado por receio de cair, mesmo na ausência de comprometimento objetivo da capacidade de deambular. Para andar passam a depender de um acompanhante. Outros idosos deixam de sair de casa e abandonam atividades que realizavam cotidianamente, como: se vestir, fazer a higiene pessoal, deambular, manter a continência urinária e fecal e alimentar-se. Deste modo podem desenvolver atrofia muscular, redução da amplitude de movimentos e déficits de marcha e equilíbrio, favorecendo o surgimento de novas quedas ou até

mesmo de imobilidade, provocando assim, efeitos devastadores na qualidade de vida dos idosos (CHAIMOWICZ, 2009).

Segundo Smeltzer e Bare (2002), há uma redução na síntese e no metabolismo dos principais neurotransmissores, determinando assim, um maior tempo para que os idosos respondam a estímulos.

Problemas neuropsiquiátricos são muito comuns em idosos e incluem depressão, ansiedade, insônia, demência e confusão mental aguda. Sua importância reside no fato de provocarem grande prejuízo na qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores, além de imenso custo social e econômico (CHAIMOWICZ, 2009).

Enfim, as mudanças sistêmicas envolvidas no envelhecimento, abrangem todo o organismo, sendo que os processos anormais podem ser prevenidos ou eliminados quando a assistência em saúde é efetiva (SMELTZER e BARE, 2002).

2.4- A Política Nacional de Saúde do Idoso e a Humanização do Atendimento

Considerando o aumento do número de idosos no Brasil e a ocorrência de vários problemas relacionados à saúde desta população, são necessárias providências que viabilize maior acesso a serviços de saúde nas áreas hospitalar, ambulatorial, comunitária e domiciliária. Nesse sentido a Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pelo Ministério da Saúde em 1999, apresenta como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente, suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida política, devem objetivar, ao máximo, manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível.

O Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, reafirma a Política Nacional de Saúde do Idoso, responsabilizando o Sistema Único de Saúde – SUS pela atenção à saúde e propondo

penas em situações de desrespeito e abandono de cidadãos da terceira idade. Trata dos variados aspectos da vida do idoso, abrangendo direitos fundamentais, como sumariados, a seguir (BRASIL, 2003a)

Direito à saúde

- O poder público deve garantir ao idoso acesso à saúde, criando serviços alternativos de prevenção e recuperação da saúde.
- O idoso tem direito receber assistência integral à saúde pela rede pública. ao atendimento preferencial nos postos de saúde e hospitais municipais, juntamente com as gestantes e deficientes, devendo os mesmos serem adaptados para o seu atendimento.
- O idoso tem direito de ser vacinado anualmente contra gripe e periodicamente contra infecção pneumocócica;
- O idoso deve ser informado sobre a prevenção e controle da osteoporose.

Direito nos planos de saúde

- Ninguém pode ser impedido de participar de plano ou seguro de saúde por causa da idade ou doença.
- A mensalidade do plano de saúde da pessoa com mais de 70 anos não pode custar seis vezes mais do que a menor mensalidade cobrada pelo mesmo plano.
- A partir dos 60 anos, quem estiver associado ao mesmo plano ou seguro saúde por mais de dez anos não terá aumento de mensalidade por mudança de faixa etária.
- A partir dos 60 anos, qualquer aumento de mensalidade deverá ser autorizado pelo governo.
- Ao se aposentar, o trabalhador que tiver contribuído para um plano contratado pela empresa por, no mínimo, dez anos poderá continuar no plano desde que passe a pagar também a parte que antes era da empresa. Com menos de dez anos, o candidato à aposentadoria poderá continuar no plano durante um período igual ao tempo que contribuiu, também pagando as mensalidades.

Direito à educação:

Aos órgãos estaduais e municipais de educação compete:

- implantar programas educacionais voltados para o idoso, estimulando e apoiando assim, a admissão do idoso na universidade;
- incentivar o desenvolvimento de programas educativos voltados para a comunidade, ao idoso e sua família, mediante os meios de comunicação de massa;
- incentivar a inclusão nos programas educacionais de conteúdo sobre o envelhecimento;
- incentivar a inclusão de disciplinas de Gerontologia e Geriatria nos currículos dos cursos superiores;
- o idoso tem o direito de participar do processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;
- o saber do idoso deve ser valorizado, registrado e transmitido aos mais jovens como meio de garantir a sua continuidade, preservando-se a identidade cultural.
- o dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria.

Direito à moradia

Aos órgãos públicos, no âmbito estadual e municipal, cabe:

- destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares;
- incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando o seu estado físico e sua independência de locomoção;
- elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular;
- diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas.

Direito à justiça:

São crimes sujeitos a punição:

- negligência, desrespeito, atos de violência como puxões, beliscões, abusos sexuais, queimaduras, amarrar braços e pernas ou obrigar a tomar calmantes;
- ameaças de punição e abandono;
- agressões verbais como "Você é um inútil";
- apropriação dos rendimentos, pensão e propriedades sem a autorização;
- recusa em dar alimentação ou assistência médica;
- impedir o idoso de sair de casa ou mantê-lo em local escuro e sem higiene;
- ao Ministério da Justiça (no âmbito estadual e municipal) compete zelar pela aplicação das normas sobre o idoso, determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos, assim como acolher as denúncias para defender os direitos da pessoa idosa junto ao Poder Judiciário;
- os idosos têm prioridade na tramitação de processos judiciais (lei 10.173 de 09/01/2001).

Direito ao lazer

- Os aposentados e idosos com mais de 65 anos de idade têm direito a meia-entrada para ingresso nos cinemas, teatros, espetáculos, eventos esportivos; e a passeio turístico gratuito realizado no âmbito de alguns municípios, como São Paulo.

Direito ao esporte:

- As unidades esportivas municipais deverão estar voltadas ao atendimento esportivo, cultural, de recreação e lazer da população, destinando atendimento específico aos idosos;
- O município deve destinar recursos orçamentários para incentivar a adequação dos locais já existentes e a previsão de medidas necessárias quando da construção de novos espaços, tendo em vista a prática de esportes, de recreação e de lazer por parte dos idosos, de maneira integrada aos demais cidadãos.

Diante da necessidade de mudanças no atendimento do SUS, o Ministério da Saúde criou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção da Gestão em Saúde do SUS (Humaniza SUS). A partir dessa proposta, a humanização passa a ser definida como uma política, e não mais como programa, norteador princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS.

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento, por parte dos usuários dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, educação permanente aos trabalhadores.

Segundo Silva e Borges (2008), a humanização está vinculada aos direitos humanos, é um princípio que deve ser aplicado a qualquer aspecto do cuidado. Na assistência humanizada o usuário participa das tomadas de decisões, tendo sua autonomia preservada.

Humanizar em saúde é atender as necessidades do outro com responsabilidade, levando em conta seus desejos e interesses; envolve valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2003b).

2.5- A Estratégia de Saúde da Família

Adotada no Brasil como elemento fundamental para a organização do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde – SUS, a estratégia de Saúde da Família teve seu início com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS), ocorrida no Ceará no final dos anos 1980, e que foi concebido, entre outras finalidades, para servir de elo entre a comunidade e os serviços de saúde (FARIA *et al*, 2008)

Tem como eixo de ação a reorganização da atenção básica no Brasil, deve contribuir para implementação de um novo modelo assistencial no país voltado para a prática assistencial em novas bases e critérios, priorizando as ações de prevenção de doenças e promoção à saúde junto à comunidade e estabelecendo uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população assistida, marcada por um atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de

saúde mais freqüentes. Pretende-se que a estratégia de Saúde da Família seja a porta de entrada do cliente no Sistema Único de Saúde (SUS).

O modelo de atenção oferecido através da estratégia de Saúde da Família pretende melhorar as condições de vida e, portanto, de saúde da população, mediante atividades e ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. É desenvolvido de acordo com as características e problemas de cada localidade, para atender à saúde do indivíduo e da família, dentro do contexto da comunidade, durante todo o processo de saúde-doença.

Propõe um conjunto de inovações, dentre elas o trabalho em equipe, requerendo dos profissionais novos papéis e atribuições. Cada equipe de Saúde da Família é composta por uma enfermeira, um médico generalista, um dentista, um auxiliar ou técnico de consultório dentário, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs).

Cabe destacar o papel dos ACSs na ampliação da ação das unidades básicas de saúde (UBS) na comunidade e domicílios, interagindo com as pessoas e famílias, contribuindo para que se apropriem de conhecimentos e práticas que ampliem a autonomia e desenvolvimento integral. São responsáveis pelo cadastramento, mobilização de apoios e suportes sociais e intersetoriais, abrindo o serviço para as demandas e necessidades da comunidade (NUNES *et al*, 2002).

Entre as características do perfil desse profissional, o fato de ser preferencialmente morador do território ou das proximidades permite compartilhar o contexto social e cultural e o universo lingüístico, facilitando a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas, assim como o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na adesão às recomendações da equipe de saúde (NUNES *et al*, 2002).

2.6- A Atenção ao Idoso no Contexto da Estratégia de Saúde da Família

A equipe de Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde da pessoa idosa pertencente a sua área de abrangência. Todos os profissionais devem oferecer ao idoso e sua família uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar. Segundo Araújo e Bachion (2004), para a efetivação de uma assistência humanizada, os

profissionais devem planejar e programar as ações, estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento e buscar sempre o máximo de autonomia dos usuários.

Ao profissional da equipe de saúde é requerida uma atenção especial ao idoso e uma participação ativa na melhoria da sua qualidade de vida, abordando-o com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais frequentes e sua intervenção, como medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social (SILVESTRE e COSTA, 2003).

A equipe deve acompanhar as pessoas idosas frágeis, conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos dos idosos, de suas famílias e da comunidade, oferecer atenção continuada às necessidades de saúde, desenvolver e realizar atividades de educação relativas à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2002).

A assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da qualidade de vida considerando os processos de perdas próprias, do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação de seu estado de saúde.

Silvestre e Neto (2003, p. 843), definem as competências, habilidades e atribuições da equipe da atenção primária sob a estratégia de Saúde da Família voltadas à pessoa idosa.

Atribuições comuns à equipe:

- *Conhecimento da realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;*
- *Identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais o idoso está exposto, e a elaboração de um plano local para o enfrentamento dos mesmos;*
- *Execução, de acordo com a formação e qualificação de cada profissional, dos procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa;*
- *Valorização das relações com a pessoa idosa e sua família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito;*
- *A realização de visitas domiciliares de acordo com o planejado;*
- *Prestação de assistência integral à população idosa, respondendo às suas reais necessidades de forma contínua e racionalizada;*
- *Garantia de acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para aqueles com problemas mais complexos ou que necessitem de internação hospitalar;*

- *Coordenação e participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde;*
- *Promoção de ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados na população idosa, além da fomentação da participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais.*

Competências e habilidades requeridas ao médico e/ou enfermeiro: *podem ser destacadas as seguintes competências e correspondentes habilidades requeridas, no que diz respeito à saúde do idoso no nível da atenção básica:*

- *Promoção da saúde do idoso: capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa, em seu contexto familiar e social, bem como compreender o sentido da responsabilização compartilhada como base para o desenvolvimento das ações que contribuem para o alcance de uma vida saudável. Aqui temos as seguintes habilidades requeridas ao médico e ao enfermeiro:*

a) Compreender o significado da promoção à saúde da pessoa idosa e sua relação com os fatores determinantes da qualidade de vida (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais);

b) Compreender a influência da família, da comunidade, das instituições e dos valores culturais e sociais no processo permanente de manutenção funcional e da autonomia do idoso;

c) Estimular a iniciativa, a organização e a participação da comunidade em atividades inter-relacionadas em prol da qualidade de vida das pessoas idosas;

d) Compreender o envelhecimento como um processo essencialmente benigno, não patológico, sem perder de vista, entretanto, que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para o equilíbrio dinâmico do indivíduo, ou seja, sua saúde;

e) Compreender as diferenças entre o que se pode considerar como envelhecimento normal, com suas limitações fisiológicas gradativas, e as características patológicas que podem instalar-se durante esse processo;

f) Identificar possíveis fatores de risco à saúde do idoso, assim como os sintomas claros ou não específicos de qualquer alteração física ou mental;

g) Identificar ações de promoção à saúde da pessoa idosa, desenvolvidas pelos setores governamentais e não governamentais, na área de abrangência da UBS;

h) Estabelecer parcerias, visando ao desenvolvimento do trabalho intersetorial (escolas, clubes, igrejas, associações e outros);

- i) Gerar, reproduzir e disseminar informações relativas ao desenvolvimento integral da pessoa idosa para que a população seja informada e possa participar ativamente do processo de forma integral e abrangente;*
- j) Desenvolver ações que visem à melhoria das práticas sanitárias no domicílio, bem como a vigilância à saúde do idoso;*
- k) Entender a atenção básica à saúde do idoso enquanto processo eminentemente educativo, uma vez que se baseia no estímulo e apoio para que eles se mantenham, o máximo possível, no controle de sua saúde e de sua vida;*
- l) Estimular a organização de grupos de idosos para discussão e troca de experiências relativas à sua saúde e como melhorar a qualidade de vida, mantendo-se participante ativo em sua comunidade;*
- m) Construir coletivamente um saber direcionado às práticas de educação em saúde do idoso que integre a participação popular no serviço de saúde e ao mesmo tempo aprofunde a intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade;*
- n) Realizar o diagnóstico das condições de vida e de saúde da família e da comunidade na qual a pessoa idosa está inserida mediante as informações do cadastro das famílias;*
- o) Estimar e caracterizar a população de idosos da área de abrangência da equipe de saúde, na perspectiva de enfoque de risco;*
- p) Identificar as doenças prevalentes da população idosa na área de abrangência do trabalho da equipe, bem como seus determinantes;*
- q) Acompanhar e avaliar permanentemente o impacto das ações sobre a realidade inicialmente diagnosticada das condições de vida e de saúde da pessoa idosa, na perspectiva de se atingir a situação desejada, pela identificação e desenvolvimento de indicadores de avaliação de processo e de resultado em relação às ações desenvolvidas;*
- r) Identificar métodos e técnicas de ensino-aprendizagem mais adequados à capacitação de pessoas da comunidade que lidam com práticas de cuidado às pessoas idosas.*

- Prevenção e monitoramento das doenças prevalentes na população idosa: capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletiva, visando à prevenção específica e o monitoramento das doenças prevalentes na população idosa.*

Neste contexto, as habilidades requeridas ao médico e ao enfermeiro são:

- a) Conhecer as condições de vida e de saúde da pessoa idosa em seu contexto familiar na área adstrita à unidade de saúde (aspectos demográficos, perfil de morbimortalidade – mortalidade por causa específica, maltrato e abandono – renda e pobreza, trabalho);*

- b) Desenvolvimento de ações de caráter coletivo voltadas à prevenção individual e coletiva com base nos fatores de risco universais à saúde da população idosa;*
- c) Associar aos fatores de risco universais a outros que podem adquirir pesos variáveis de acordo com a realidade da área de abrangência da equipe de saúde;*
- d) Orientar as pessoas idosas, seus familiares, seus cuidadores e a comunidade acerca de medidas que reduzam ou previnam os riscos à saúde da pessoa idosa;*
- e) Identificar as condições do meio ambiente físico, social e domiciliar que constituem risco para a saúde da pessoa idosa.*

• Identificação de agravos e recuperação da saúde no idoso: capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletiva, visando à prevenção específica, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos principais problemas da pessoa idosa.

a) Habilidades requeridas ao médico e ao enfermeiro:

- 1) Ensinar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a administração de medicamentos em casa, a utilização de tratamento sintomático e a detecção de sinais e/ou sintomas que requeiram retorno imediato à unidade de saúde;*
- 2) Aconselhar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a alimentação apropriada à pessoa idosa doente e sobre quando retornar à unidade de saúde;*
- 3) Identificar grupos específicos e traçar estratégias para a redução de danos no idoso com deficiência física ou mental, com desnutrição e vítima de violência intrafamiliar.*

b) Habilidades específicas do médico:

- 1) Realizar consulta médica para avaliação dos fatores de risco, confirmação diagnóstica e identificação de processos terapêuticos específicos referentes aos transtornos físicos e mentais prevalentes na população idosa;*
- 2) Avaliar a pessoa idosa, classificando-a segundo o risco, em relação aos problemas típicos de sua idade – imobilidade, instabilidade postural, incontinência, insuficiência cerebral e iatrogenia, bem como empregar terapêuticas específicas;*
- 3) Realizar consulta médica com vistas a identificar possíveis causas orgânicas ou causas psicossociais com os idosos que apresentam problemas de relacionamento;*
- 4) Explicar à pessoa idosa, aos familiares e/ou aos cuidadores os aspectos referentes ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso específicos de cada agravo;*
- 5) Usar tratamento não medicamentoso e medicamentoso de acordo com a necessidade;*
- 6) Acompanhar o idoso doente, na unidade ou no domicílio, até a sua cura;*
- 7) Realizar atendimentos de primeiros cuidados nos casos de urgência geriátrica;*
- 8) Encaminhar o idoso refratário aos tratamentos convencionais ou com doenças não compatíveis com a complexidade da UBS para unidades especializadas de referência;*

9) Acompanhar a evolução de pessoas idosas que foram encaminhadas a outros serviços até sua total recuperação e/ou reabilitação.

c) Habilidades específicas do enfermeiro:

- 1) Programar visitas domiciliares ao idoso em situação de risco ou pertencente a grupos de risco e por solicitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- 2) Realizar assistência domiciliar da pessoa idosa quando as condições clínicas e familiares da mesma permitirem ou assim o exigirem;
- 3) Supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem visando ao desempenho de suas funções na atenção integral à pessoa idosa.

3- METODOLOGIA

3.1- Fundamentação teórico metodológica

Gil (2002, p.17), define pesquisa como “o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos” e é desenvolvida “mediante o concurso dos procedimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos”. A pesquisa em saúde deve estar mais adiante de uma absorção de conteúdos científicos ao saber cotidiano, é um aprender a perceber, a sentir e a pensar. E para construir novos conhecimentos é uma responsabilidade de todo profissional, pois demonstra compromisso com a profissão. Ao se realizar uma pesquisa em saúde deve-se “(...) pensar sobre as condições em que ela se realiza, sobre os objetivos particulares dos indivíduos, sobre o seu significado para a vida pessoal e coletiva” (LEOPARDI, 2002) .

Minayo (2000) define metodologia como o caminho e os instrumentos próprios para abordar a realidade, incluindo as concepções teóricas de abordagem, técnicas que permitam a apreensão da realidade, além da criatividade do pesquisador como um instrumento a ser utilizado.

3.2- Opção Metodológica

Optou-se por realizar uma pesquisa descritiva com a utilização do método qualitativo. De acordo com Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de uma população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis. O autor ainda cita como exemplos as pesquisas, atitudes e crenças de uma população. Duarte e Furtado (2002, p.28), acrescentam ainda que essa pesquisa “descreve um fenômeno ou situação mediante um estudo realizado em determinado contexto espacial e temporal”.

Segundo Minayo (2000), a pesquisa qualitativa é capaz de abranger a questão do significado e da intencionalidade ligada aos atos, às relações e às estruturas sociais. Permite alcançar a realidade social para além do que pode ser observado e quantificado. Complementa

ainda que a pesquisa qualitativa compreende as representações sociais na vivência das relações objetivas pelos atores atribuindo-lhes significado, uma vez que caminha para o universo das significações, motivos, aspirações, crenças e valores.

De acordo com Chizzotti (1991), a pesquisa qualitativa pode ser considerada também como pesquisa ação ou interativa, pois ela se compromete com a realização de uma ação que visa uma mudança em uma realidade vivida ou assume uma intervenção psicossociológica, caracterizando, portanto, a pesquisa qualitativa como a melhor opção para atingir os objetivos desse estudo.

3.3- Cenário da Pesquisa

A equipe de Saúde da Família Cuidar abrange os bairros Rosário, Pau d'óleo e Centro, sendo no total 816 famílias cadastradas, com uma população de 2.800 pessoas. Destas 270 possuem mais de 60 anos, representando 9,54 % da população geral.

A equipe foi formada no ano de 2005, porém a área atual de abrangência foi redefinida em 2008, após realização do diagnóstico local, realizado como atividade do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CARDOSO *et al*, 2008). Por este diagnóstico percebeu-se que a área de abrangência da equipe era composta por micro áreas fragmentadas que dificultavam o acesso da população à unidade, bem como o trabalho da equipe.

A unidade de saúde que abriga a equipe de Saúde da Família Cuidar foi inaugurada em março de 2008 e está situada no bairro Pau d'óleo. É uma unidade nova com amplas instalações, sendo adequada para a demanda atendida.

A equipe é composta por uma enfermeira, um médico, um dentista, uma auxiliar de consultório dentário (ACD), uma técnica de enfermagem e seis agentes de saúde. O atendimento odontológico é realizado na Clínica Odontológica do município, pois ainda não há consultório odontológico na unidade. Todas as agentes possuem nível médio completo.

3.4- População da Pesquisa

A população do estudo foram os idosos inseridos na Equipe de Saúde da Família Cuidar. Participaram da pesquisa a equipe constituída por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário e ACSs, todos opinaram e contribuíram no levantamento de dados, de acordo com suas possibilidades e atribuições.

3.4.1- Critérios de Inclusão:

- Pertencer a equipe de Saúde da Família Cuidar;
- Trabalhar com idosos em sua área de atuação;
- Considerar o que cada membro da equipe tem como contribuição para essa pesquisa (ex: dentista opinando sobre a saúde bucal desses idosos).

3.4.2- Critérios de Exclusão:

- Não preencher critérios de inclusão

3.5- Instrumento de Coleta de Dados

Para a obtenção de dados para a pesquisa foram utilizadas a pesquisa bibliográfica e análise de dados pertencentes a ESF Cuidar.

Segundo Marconi e Lakatos (2002, p.183), a pesquisa bibliográfica é um reforço às análises do investigador propiciando o “exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”, não sendo, portanto, repetição de um determinado assunto.

Foram feitas análises e discussão do problema, com base em dados levantados durante a realização do diagnóstico local da área, feito pela equipe, sendo que foram apontadas situações norteadoras com base em queixas dos idosos assistidos pela equipe e a opinião dos membros da mesma.

3.6- Análise de Dados

Neste estudo, pesquisamos, analisamos, interpretamos e compreendemos a realidade através de queixas, atendimentos e visitas domiciliares.

O material obtido foi trabalhado conjuntamente e apresentado em forma de categorias, conforme as dúvidas e dados apresentados pelos membros da equipe.

As categorias definidas para o estudo foram:

- 1-** Significado de Humanização do Atendimento ao Idoso;
- 2-** Dificuldades e Facilidades no Trabalho com Idosos;
- 3-** Compreensão da equipe sobre a necessidade de um Treinamento Especial para Trabalhar com Idosos.

4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 - Significado de Humanização do Atendimento ao Idoso

Humanizar é um processo vivencial que permeia toda atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares em que cada um se encontra (PRADO *et al*, 2007).

Ainda segundo a autora, o cuidar/cuidado tem ligação direta com a preocupação sobre a humanização da assistência, uma vez que os objetivos do cuidar envolvem, entre outros, aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar etc.

Para Silva e Borges (2008), a humanização está vinculada aos direitos humanos, é um princípio que deve ser aplicado a qualquer aspecto do cuidado, atendendo as necessidades do outro com responsabilidades, levando em conta seus desejos e interesses, envolve valorização dos diferentes sujeitos, estabelecendo vínculos solidários no processo de produção de saúde.

Assim, o idoso também deve ter seus direitos garantidos e respeitados. A ele deve ser assegurado o direito de pertencer e participar intensamente de uma sociedade, direito à inclusão social.

Rodrigues *et al* (2007), afirma que o direito, entendido como a faculdade concedida pela lei de praticar um ato, de possuir, usar, exigir ou dispor de alguma coisa, e a cidadania, conjunto das liberdades que se expressa pelos direitos civis: de ir e vir, de ter acesso à informação, de ter direito ao trabalho, à fé, à propriedade e à justiça, caminham juntos e devem ser parte integrante da vida do idoso. Direito e cidadania independem de idade.

Em relação à qualidade de vida relacionada à saúde, percebe-se que esta interfere no processo saúde-doença do idoso. A qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas, ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (PEREIRA *et al*, 2006). O atendimento humanizado valoriza o idoso e este se sente satisfeito com sua vida, trazendo-lhe um bem estar.

Segundo Freire Júnior e Tavares (2005), os fatores pessoais e ambientais, bem como a saúde e a doença, se relacionam na interpretação do indivíduo, determinando de que maneira e o quanto ele valoriza e se sente satisfeito com sua vida.

Enfim, humanizar o atendimento não é apenas chamar os pacientes pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente, mas, além disso, compreender seus medos, angústias, incertezas, dando-lhes apoio e atenção permanente. É valorizar o respeito afetivo ao outro, prestigiar a melhoria na qualidade de vida e na relação entre as pessoas em geral.

4.2 - Dificuldades e Facilidades no Trabalhar com Idosos

4.2.1 - Dificuldades no Trabalhar com Idosos

Uma das dificuldades observadas pela maioria dos membros da equipe durante o acolhimento foi o analfabetismo presente em grande parte da população idosa.

Segundo o Dicionário Aurélio (2005), analfabeto é aquele indivíduo que não sabe ler, nem escrever. A definição sobre o que é analfabetismo, entretanto, vem sofrendo revisões significativas ao longo das últimas décadas, como reflexo de avanços no atendimento escolar de massa e de transformações socioeconômicas mais amplas. Em 1958 a UNESCO definia como alfabetizada uma pessoa capaz de ler ou escrever um enunciado simples, relacionado à sua vida diária. Vinte anos depois, a mesma UNESCO sugeriu a adoção de alfabetismo funcional. É considerada alfabetizada funcional, a pessoa capaz de utilizar a leitura e a escrita para fazer frente às demandas de seu contexto social e usar essas habilidades para continuar aprendendo e se desenvolvendo ao longo da vida (RIBEIRO *et al*, 2002).

Uma pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo em 2006, em parceria com o SESC, mostrou que 49 % da população idosa são analfabetos funcionais (escrevem pouco mais que o próprio nome). O analfabetismo também acarreta outros problemas como a dificuldade em mudar hábitos de vida e entender e seguir orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Uma dificuldade também descrita pelas ACSs foi à administração e adesão a terapêutica medicamentosa.

O processo de transição demográfica que vem ocorrendo no país acarreta a mudança do perfil epidemiológico populacional. Nesse processo observa-se o deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos segmentos mais jovens para os mais envelhecidos, havendo o predomínio de doenças que exigem um tratamento de longa duração e que frequentemente são acompanhadas de complicações secundárias.

A doença crônica, via de regra, requer mudanças no estilo de vida, especialmente entre os idosos, além do acompanhamento da evolução do quadro clínico que, se não controlado adequadamente, tende a agravar o prognóstico. O número elevado de portadores de doenças crônicas que utilizam os serviços de saúde repetida vezes pode revelar, entre outros fatores, o seguimento inadequado da terapêutica medicamentosa. Na população idosa esta inadequação da terapêutica, além de aumentar a demanda dos serviços de saúde, favorece a internação hospitalar ou contribui para aumentar a sua duração (CINTRA *et al*, 2007).

Segundo Loyola e Uchoa (2006), os riscos envolvidos no consumo de medicamentos são maiores para o idoso, se comparados ao restante da população. Alterações na farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos, decorrentes do processo de envelhecimento, tornam esse contingente populacional mais vulnerável a interações medicamentosas, efeitos colaterais e reações medicamentosas adversas.

Outros fatores que contribuem para a elevação do risco são os descumprimentos do regime terapêutico (déficits cognitivos e funcionais dificultam o reconhecimento e memorização dos medicamentos) a automedicação e o uso indevido por parte do profissional, do arsenal terapêutico disponível (prescrição de regimes terapêuticos complexos, polifarmacoterapia nem sempre justificável, ausência de correspondência entre diagnóstico e ação farmacológica).

A dificuldade de deambulação também foi um problema identificado pela equipe.

Segundo Tavares *et al* (2007), a capacidade funcional é conceito amplo que abrange habilidade em executar tarefas físicas, preservação das atividades mentais e uma situação adequada de integração social. A incapacidade funcional tem sido avaliada como a dificuldade de realizar determinadas atividades da vida cotidiana, em razão de alguma deficiência.

A perda da capacidade funcional, especialmente na sua dimensão física, está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, gerando altos custos para a

família e ao sistema de saúde. Nesse sentido, a recuperação da função física está relacionada a uma melhor qualidade de vida, tornando-se item fundamental na saúde do idoso.

4.2.2 - Facilidades no Trabalhar com Idosos

Segundo Piccini *et al* (2006), o cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresenta características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações que proporções relevantes de idosos apresentam. Assim, têm-se as dificuldades e facilidades em lidar com essa população.

Uma das facilidades em trabalhar com idosos apontadas pela equipe é o fato de estes serem receptíveis, além disso, muitos entendem a importância do Programa Saúde da Família para com a população, aceitando bem os membros da ESF em sua casa.

4.3- Compreensão da Equipe Sobre a Necessidade de um Treinamento Especial para Trabalhar com Idosos.

A equipe identifica a necessidade de um treinamento específico para trabalharem com idosos, uma vez que o rápido processo de envelhecimento da população brasileira traz vários desafios.

Entre tais desafios coloca-se o fortalecimento do trabalho interdisciplinar da equipe que assiste ao idoso, a partir de dinâmicas relacionais, integradoras das diversas áreas de conhecimento. Esse é um território por onde transitam não apenas o mundo cognitivo, mas também a solidariedade profissional que está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres, mostrando-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário (BEZERRA *et al*, 2005).

A Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta como propósito basilar:

(...) a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999, p. 21).

Segundo Bezerra *et al* (2005), o processo de municipalização da saúde tem investido na ampliação do atendimento por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerados portas de entrada ao sistema de saúde.

Contudo, almeja-se para o trabalho na atenção básica sob a Estratégica de Saúde da Família uma adequada abordagem da pessoa idosa. Para atuar nesta perspectiva, é necessário que o poder público invista na formação de indivíduos capazes de lidar com os múltiplos aspectos que revestem o envelhecimento humano (BEZERRA *et al*, 2005). Deve-se prover condições para a apropriação do instrumental adequado e necessário para que a equipe de saúde da família seja capaz de lidar com os problemas de saúde dos idosos e, assim, contribuir para o envelhecimento saudável.

5- CONCLUSÃO

Ao final deste estudo, foi possível constatar que, de acordo com a percepção dos integrantes da Equipe de Saúde da Família Cuidar, humanizar o atendimento ao idoso significa priorizar o atendimento a estes, considerarem suas limitações funcionais e, acima de tudo, respeitar o direito que eles possuem.

Quando questionados sobre a necessidade de um treinamento especial para lidar com idosos, todos da equipe acreditam na necessidade deste. Segundo eles, isso iria prepará-los para lidar com as especificidades do atendimento aos idosos, além de melhorar a confiança e o atendimento prestado por eles a esta população.

Refletindo sobre os resultados desta pesquisa, é possível compreender que a formulação da estratégia de Saúde da Família, da Política Nacional do Idoso e, posteriormente, do Estatuto do Idoso, representam o reconhecimento do Estado das necessidades expressas pela sociedade. No entanto, observa-se que há um descompasso e falta de diálogo entre essas políticas e a estratégia de Saúde da Família, pois as mesmas não têm sido suficientes para atender e resolver às demandas e necessidades desta população, ficando voltada para a equipe de saúde a aplicação as atitudes mais imediatas e condizentes com a realidade do idoso presente na área de abrangência. Entende-se ainda que a equipe de Saúde da Família é um alvo propício de ações voltadas ao idoso e a educação permanente é o início para novas atividades e recursos para o manejo das situações.

O trabalho com idosos é particularmente difícil para a equipe de Saúde da Família Cuidar, por parte de seus membros ainda não praticarem o ideal, mas já é possível se desfazer dos nós críticos que surgiram durante a pesquisa especialmente a importância da capacitação da família e conscientização da sociedade com o idoso.

Com relação ao trabalho desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família Cuidar, apesar da equipe reconhecer a vulnerabilidade dos idosos e a necessidade de cuidados “especiais”, não há ações específicas direcionadas a esta população. Mediante esta constatação, e com base nos conhecimentos adquiridos no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, entre eles, a reflexão crítica sobre a organização do trabalho das equipes de saúde da família e a capacidade para avaliar criticamente o que temos feito diante dos resultados

obtidos, faz-se necessário que a equipe de saúde da família elabore um estudo minucioso, direcionado à população idosa de sua área de abrangência, obtendo assim, bases mais seguras para o planejamento, implantação e avaliação de ações que realmente possam contribuir para a melhoria na qualidade de vida desses idosos. É necessário também, que os profissionais da estratégia de Saúde da Família, tenham acesso à educação permanente e continuada, visando uma atenção primária competente, humanizada e resolutiva, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

6- REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Lorena Aparecida; BACHION, Maria Márcia. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.5: p.586-590, set/out 2004.

ASSMAN, Andréia *et al.* **Prática Assistencial Junto aos Idosos, Familiares e/ou Cuidadores Usuários da Unidade Local de Saúde da Trindade, Baseada na Teoria de Orem**. 2005. 84 f. Monografia. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin *et al.* Concepções e Práticas do Agente Comunitário na Atenção à Saúde do Idoso. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.5: p.809-815, out 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, 2002. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em 27 de agosto de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização**. Brasília, 2003b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf>. Acesso em: 27 de agosto de 2009.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 09 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 237-E, pp. 20-24, 13 de dezembro de 1999, Seção 1.

BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resolução nº 9, de 30 de novembro de 2009. **Divulga – Tábua completa de Mortalidade ambos os sexos – 2008**. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualizar/index.jsp?jornal=1&pagina=15&data=01/12/2009>>. Acesso em 01 de dezembro de 2009.

CARDOSO, Francisco Carlos *et al.* Unidade Didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica a saúde. **Módulo 3**: planejamento e avaliação das ações de saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008. 70 p.

CHAIMOWICZ, Flávio e col. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: Editora Coopmed/NESCON UFMG. 140 p.

CHAVES, Eliane Corrêa e MARTINS, Wânia Regina Veiga. Humanização no Programa de Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v.27, n.2: p.274-279, abr/jun 2003.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CINTRA, Fernanda Aparecida *et al.* **Adesão Medicamentosa em Idosos em Seguimento Ambulatorial**. Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2007. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em: 14 de setembro de 2009.

CORRÊA, José Edison *et al.* **Iniciação à Metodologia Científica**: participação em eventos e elaboração de textos científicos. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009. 95 p.

DUARTE, Simone Viana; FURTADO, Maria Sueli Viana. **Manual para a Elaboração de Monografias e Projetos de Pesquisa**. 3ª ed. Montes Claros: UNIMONTES, 2002. 219 p.

FARIA, Horácio Pereira de *et al.* Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica a saúde. **Módulo 2**: modelo assistencial e atenção básica a saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008. 64 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. 687 p.

FREIRE JÚNIOR, Renato Campos & TAVARES, Maria de Fátima Lobato. A Saúde sob o Olhar do Idoso Institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface**, v.9, n.16: p.147-158, fev 2005.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Café na Política**. Blog do PC Leite Filho. 2006. Disponível em: <<http://www.cafenapotica.blog.br>>. Acesso em: 22 de outubro de 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 de outubro de 2009.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2ª ed. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 2002. 290 p.

LOYOLA FILHO, Antônio I. de; UCHOA, Elizabeth. Estudo Epidemiológico de Base Populacional Sobre Uso de Medicamentos entre Idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.12: p.2657-2667, dez 2006.

MARCONI, M.A ; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. 282p.

- MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Mudanças na Assistência ao Idoso Após Promulgação do Estatuto do Idoso Segundo Profissionais de Hospital Geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1: p.26-33, 2008.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.
- NUNES, M. O. *et al.* O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.16: p. 1639-1646, 2002.
- ORSO, Zuleica Regina Aléssio. **Perfil do Cuidador Informal de Idosos Dependentes do Município de Veranópolis-RS**. 2008. 100 f. Monografia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. 524 p.
- PEREIRA, Renata Santos *et al.* Perfil Demográfico da População Idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, não paginado, 2003. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?>>. Acesso em 27 de agosto de 2009.
- PICCINI, Roberto Xavier *et al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3: p.657-667, set 2006.
- PRADO, Rosana Leal do *et al.* **O envelhecimento na Perspectiva do Cuidador de Idoso**. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em: 14 de setembro de 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE TURMALINA. Diagnóstico Local de Saúde. Dezembro de 2008.
- PROCHET, Teresa Cristina *et al.* A Humanização do Atendimento ao Idoso: o que o idoso hospitalizado sente, percebe e deseja? **Revista Nursing**, ed. 94, p.713-718, março de 2006.
- RIBEIRO, Vera Masagão *et al.* Letramento no Brasil: alguns resultados do indicador nacional de alfabetismo funcional. **Educação Social**, v.23, n.81: p.49-70, dez 2002.
- ROACH, Sally. **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- RODRIGUES, Rosalina *et al.* Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. **Texto Contexto - Enfermagem**, v.16, n.3: p.536-545, set 2007.
- SILVA, Andréia Assis; BORGES, Maria Marta de Castro. Humanização da Assistência de Enfermagem ao Idoso em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Enfermagem Integrada**, v.1, n.1: p.11-21, nov/dez 2008.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; NETO, Milton Menezes da Costa. Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3: p.839-847, maio/jun 2003.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis *et al.* Humanização na Saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.3: p.439-444, jul/set. 2007.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica. V.9. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica. V.2. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos *et al.* Incapacidade Funcional Entre Idosos Residentes em um Município do Interior de Minas Gerais. **Texto Contexto - Enfermagem**, v.16, n.1: p.32-39, mar 2007.

VASCONCELOS, Mara *et al.* Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica a saúde. **Módulo 4**: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008. 68 p.