

1-INTRODUÇÃO

O Brasil, nas últimas décadas, vem conquistando importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do SUS, regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Complementares, vem gradativamente ocorrendo sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

Segundo Silvestre e Costa-Neto (2003) o modelo assistencial ainda forte no país é caracterizado pela prática médica voltada para uma abordagem biológica e intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes, apresentando cobertura e resolubilidade baixas e com elevado custo, o que gera grande insatisfação por parte dos gestores do sistema, dos profissionais de saúde e da população usuária dos serviços. Assim sendo, o grande desafio para o sistema de saúde é conseguir traduzir os avanços obtidos no campo legal em mudanças efetivas e resolutivas da prática da atenção à saúde da população. O êxito da reforma proposta com o uso potencializado da atenção básica, complementada pela rede de serviços especializados e hospitalares, vem sendo a busca permanente dos gestores de saúde.

Nesta perspectiva, o profissional de saúde deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, quanto coletivos, contextualizando, sempre, o indivíduo em seu meio ambiente. Deve estar voltado à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença e, basicamente, por meio do trabalho interdisciplinar.

Considerando o profissional de saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sob a nova estratégia de saúde da família, é fundamental destacar a importância da sua atuação nos fatores que alteram o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo a saúde em seu sentido mais abrangente. Para tanto, deve conhecer detalhadamente a realidade das famílias que moram em sua área de abrangência, incluindo seus aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais. Cabe a este profissional, juntamente com a sua equipe, identificar os problemas de saúde prevalentes na área de sua abrangência e, construir, junto com as famílias, um diagnóstico psicossocial que detecte situações de vulnerabilidade familiar. E, neste sentido, planeja, organiza e desenvolve ações individuais e coletivas, avaliando, de forma constante, seus resultados. Para tanto, é necessário que este profissional tenha

uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, valendo-se de uma prática tecnicamente competente e humanizada, pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde afirma (SILVESTRE; COSTA-NETO, 2003).

A assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à UBS, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, é fundamental e não se deve perder de vista o seu contexto familiar e social. Cabe a atenção do profissional à mudança do perfil populacional em sua área de abrangência, com o aumento progressivo da população idosa fruto da queda da fecundidade e redução da mortalidade em todos os grupos etários.

Segundo Caetano e Tavares (2008) a expectativa de vida vem aumentando desde a década de 60, em razão da queda dos coeficientes de mortalidade e de natalidade, alterando a estrutura etária do país e as causas de mortalidade. Neste contexto, o Brasil encontra-se, por um lado, com os desafios do controle da mortalidade infantil e das doenças transmissíveis e, por outro, da implementação de estratégias efetivas para a prevenção e o tratamento das doenças crônico-degenerativas, bem como de suas complicações.

Desta forma, os serviços de atenção à população idosa devem trabalhar considerando as diferentes dimensões do processo de envelhecimento: social, biológico, funcional, intelectual, econômico, dentre outros, contribuindo para que o envelhecimento ocorra mantendo-se a qualidade de vida e a inserção social (CAETANO; TAVARES, 2008).

Neste sentido, este estudo teve como objetivo geral apresentar questões importantes para a construção de um novo olhar em relação à atenção ao idoso e como objetivos específicos destacar aspectos da política de saúde voltados para o idoso; descrever particularidades da população idosa que devem ser considerados pelos profissionais de saúde e apresentar desafios para atenção ao idoso na Estratégia Saúde da Família.

Espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento de ações educativas através de recursos técnicos, humanos, sociais, que prestem uma assistência eficaz e garantam uma melhor qualidade de vida, buscando também um novo conhecimento para os profissionais de saúde no âmbito da assistência integral a saúde do idoso.

2-METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, de revisão de literatura, relacionado a atenção ao idoso, que teve como fontes de pesquisa livros textos clássicos relacionados e pesquisa aos bancos de dados da Bireme/Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Para a pesquisa no site da BVS utilizou-se como descritores saúde do idoso, atenção ao idoso, atenção ao idoso na Estratégia Saúde da Família, cuidado com idoso, cuidado de enfermagem ao idoso.

O levantamento dos artigos foi realizado do período de 15/12/2009 a 30/01/2010. Foram identificados 28 artigos, sendo selecionados 20. Os critérios utilizados para seleção dos artigos foram: apresentar aspectos relacionados à saúde do idoso no âmbito dos serviços de atenção primária/saúde da família; destacar desafios do trabalho com o idoso pela equipe de profissionais na atenção primária/saúde da família. Foram excluídos artigos voltados para a atenção secundária e hospitalar.

Segundo Gil (1996) o desenvolvimento de uma pesquisa bibliográfica varia em função de seus objetivos. Será considerado para este estudo o que diz Keyth (2008): descrever e citar as contribuições dos autores quanto à temática, realizando primeiramente uma leitura exploratória e selecionando as opiniões e conseqüentemente pesquisando vários autores.

A partir da revisão de literatura realizada foi realizada discussão sobre o tema, na perspectiva da construção de um novo olhar em relação a atenção ao idoso.

3-REVISÃO DA LITERATURA

3.1- A Política Nacional de Atenção ao Idoso e estudos relacionados à saúde da população idosa no Brasil

No Brasil, em dezembro de 1999, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, bem como, a conclusão do processo de elaboração da referida política que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema e, considerando ainda, a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso e determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

A Política de Atenção ao Idoso, em sua introdução, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como conseqüência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária afirma (SILVESTRE; COSTA-NETO, 2003).

Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (CEI-RS, 1997; RAMOS *et al.*, 1993). A presença de uma ou mais enfermidades crônicas, no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente. De fato, a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sem necessidade de ajuda, mesmo sendo portador de uma ou mais enfermidade crônica. Os mesmos estudos citados acima revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas,

como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas (RAMOS *et al.*, 1993).

Segundo Chaimowicz (1997) a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, quando a queda das taxas de fecundidade começou a alterar sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. Passados 35 anos, a sociedade já se depara com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais outrora restrita aos países industrializados. O Estado, ainda às voltas com os desafios do controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não foi capaz de aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam seqüelas daquelas doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida.

A internação dos idosos em serviços de longa permanência representa um modelo excludente e que causa uma importante deterioração na capacidade funcional e autonomia. Mesmo a internação hospitalar por curto prazo de tempo leva a este tipo de perda. Sager *et al.* (1996) demonstraram que, comparando a capacidade para realização de atividades básicas da vida diária que o idoso possuía antes da internação, em um leito de agudos por curto prazo de tempo, em relação à do momento da alta, levou a uma significativa queda desta capacidade. Em nova avaliação, três meses após, verificou-se que os níveis de capacidade funcional não tinham sido totalmente recuperados em relação aos de antes da internação.

3.2- A saúde do idoso: questões relacionadas ao cuidado pelos profissionais de saúde.

Segundo Martins *et al.*, (2007) diversos fenômenos que eram tidos como normais com o avançar da idade, hoje são considerados como decorrentes da instalação de processos patológicos, e devem ser precocemente identificados e trabalhados de forma participativa e efetiva. Os conhecimentos que fornecem subsídios para o cuidar do idoso e de seu cuidador familiar incluem o entendimento das necessidades humanas básicas,

bem como adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida que, por sua vez, apresentam dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

Cotidianamente podemos observar que ao realizarem as visitas domiciliares, os profissionais de saúde que atuam em Programas de Saúde da Família (PSF), se deparam, freqüentemente, com idosos que necessitam de cuidados domiciliares e com cuidadores familiares de idosos que também necessitam de cuidados. O que se depreende desses cenários é uma carência de suporte e uma falta de estrutura mais eficaz, que proporcione a esses cuidadores familiares melhor capacidade para prestar um cuidado efetivo ao idoso (MARTINS *et al.*, 2007).

3.3- Desafios relacionados a atenção ao idoso.

Existem vários desafios em relação a atenção ao idoso, dentre os quais podemos citar 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 afirma (BEZERRA; BATISTA; SANTO, 2005).

Segundo Bezerra, Batista e Santo (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. Esses programas buscam a relação mais pessoal dos profissionais com os usuários, com capacidade resolutiva de 80% das demandas da população.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vêm se constituindo, nesses programas, como segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência. É um segmento efetivo da produção dos serviços, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas, também, como peça essencial na organização da assistência. 11 Por vivenciar os problemas e morar na comunidade em que desempenha a sua prática de trabalho, o ACS figura como

importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado afirma (BEZERRA; BATISTA; SANTO, 2005).

Referido como agente nuclear da realização de determinadas políticas de saúde, o ACS deve viabilizar, no que concerne a sua competência, os argumentos do arcabouço jurídico estabelecido na Política Nacional do Idoso. A Lei no 8.842/94 busca o envelhecimento saudável, além de garantir os direitos dos idosos. A realização de estudos que visem a pesquisar concepções sobre o envelhecimento, com trabalhadores envolvidos no cuidado com o idoso, pode contribuir para implementação de políticas públicas. Assim, ajudariam na construção de conteúdos para: formação e capacitação de pessoal, instrumento para gestão, e como apoio na tomada de decisões, por meio da avaliação para gestão afirma (BEZERRA; BATISTA; SANTO, 2005).

Segundo Araújo *et al.* (2003) essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção. Isso se dá porque é nesse espaço que se constroem as relações intra e parte das extra-familiares, assim como o lugar de desenvolvimento da luta pela melhoria das condições de vida. O novo objeto de atenção permite, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

Com o propósito de adequar as ações do PSF às reais necessidades locais dos idosos, existe a necessidade de conhecê-los melhor, traçando o seu perfil, englobando aspectos bio-sócio-econômicos, para que a assistência aos mesmos seja eficiente, humana e resolutiva, como preconiza o novo modelo assistencial afirma (ARAÚJO *et al.* 2003).

Segundo Oliveira, Menezes e Fernandes (2009) acredita-se que quando o idoso elabora representações acerca da fragilidade, ele poderá compreender esse processo, o que pode contribuir para o seu próprio enfrentamento diante dessa situação vivida no domicílio junto aos familiares. Por isso, é fundamental que se conheça o idoso em processo de fragilidade no domicílio, tendo em vista a presença freqüente de pessoas idosas vivendo na comunidade com limitações funcionais, incapacidades físicas e/ou mentais enfrentando situações difíceis em seu cotidiano.

Além das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde sobre a fragilidade, considera-se também que devam ser considerados outros aspectos subjetivos da pessoa idosa em razão de ser esta quem enfrenta no seu dia a dia, o processo de fragilidade em seu organismo, junto aos familiares ou não e assim, com maior propriedade para falar sobre o que sente e como o sente ao vivenciá-lo. Portanto, analisar as representações do que é *ser frágil* e *fragilidade* torna possível descobrir e entender o seu significado, na concepção de pessoas idosas que vivenciam este processo de desequilíbrio em saúde. É preciso, então, que o enfermeiro ou familiar esteja atento não só às alterações físicas e fisiológicas advindas do processo de envelhecimento, mas também para possíveis alterações da dinâmica familiar, visto que uma situação de dependência e redução da capacidade funcional tem grande repercussão na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza não só biológica ou física, mas também emocional e social. É também valioso para o profissional perceber como o idoso se sente dentro do seu contexto, como representa o “ser frágil”, pois pode melhor conhecê-lo, tornando possível assisti-los em suas peculiaridades, já que esses aspectos nem sempre são abordados em sua formação do profissional que atua em nível de atenção básica na Estratégia de Saúde Familiar afirma (OLIVEIRA; MENEZES; FERNANDEZ, 2009).

3.4- A atuação profissional na saúde do idoso: um recorte na prática da enfermagem.

Pesquisas na área da Enfermagem Gerontológica mostram que há uma carência de capacitação e suporte para os profissionais e, principalmente, para os cuidadores familiares/leigos. Portanto, a necessidade de realização de pesquisas nessa área é fundamental. Tais pesquisas deveriam visar o desenvolvimento, a implementação e a avaliação da eficiência dos programas de educação, em virtude do crescente fenômeno do envelhecimento humano, bem como das complicações advindas desse processo biológico afirma (MARTINS *et al.*, 2007).

O sistema de Classificação da Prática de Enfermagem traz a possibilidade de sedimentar, no interior das práticas de saúde da profissão, uma assistência qualificada e sistematizada voltada para os cuidados individuais e coletivos de prevenção e manutenção da vida da população (MARTINS *et al.*, 2007).

Na década de 70, estudos que dizem respeito à pessoa, às funções vitais delas são desenvolvidos com o objetivo de estabelecer uma Classificação Internacional dos Diagnósticos de Enfermagem. A partir de 1973 várias conferências foram enfatizadas no sentido de definir melhor quais os diagnósticos a serem identificados e como validados na prática clínica.

Criada em 1982, a Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), assumiu a responsabilidade de dar continuidade aos trabalhos até então desenvolvidos (MARTINS *et al.*, 2007).

Na década de 80 o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) decidiu acatar as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e acrescentar nas Classificações Internacionais de Diagnósticos e Procedimentos Médicos o desenvolvimento das Classificações de Problemas/Diagnósticos de Enfermagem, de Intervenções de Enfermagem e dos Resultados em Enfermagem (MARTINS *et al.*, 2007).

Após a tentativa de incluir um esquema específico de condição dos Diagnósticos de Enfermagem na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), a OMS, em resposta à solicitação dos enfermeiros e, considerando pontos importantes, recomendou a formulação de um sistema de Classificação Internacional para a Enfermagem. Desde 1989, a CIE vem procurando trabalhar com esta proposta (MARTINS *et al.*, 2007).

Em 1995 a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) começou a desenvolver, por demanda do CIE, o projeto de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE). A ABEn optou pelo desenvolvimento proposto do projeto, considerando obrigatoriamente os seguintes itens: a) aderência ao projeto da reforma sanitária em implantação no Brasil; b) obrigatório envolvimento de enfermeiros assistenciais junto aos pesquisadores ligados a academia no desenvolvimento do projeto; c) a possibilidade de construir um instrumento de trabalho que permitisse a gerência, o planejamento e a avaliação da assistência da enfermagem no referencial da saúde coletiva, negando o referencial biomédico como núcleo permanente da prática de enfermagem brasileira,

propondo assim, a incorporação da dimensão social, política, ética e subjetiva do processo saúde-doença no trabalho da enfermagem brasileira e; d) a construção de uma metodologia investigativa que permitisse a análise da prática de Enfermagem, bem como a reflexão sobre o trabalho do ponto de vista dos partícipes, além da construção de um sistema de informações dialógico que permitisse dar visibilidade às ações da Enfermagem no âmbito nacional e internacional (MARTINS *et. al.*,2007).

3.5- Particularidades do envelhecimento importante para a atuação dos profissionais de saúde

Segundo Motta (2005) a população idosa apresenta inúmeras patologias crônicas, degenerativas, que trazem alta dependência, e que demandam aprofundamento de conceitos como prevenção, paliativismo, suporte, apoio, e não apenas cura.

Ao profissional cabe trabalhar não só com o paciente, mas com sua família e/ou cuidadores, tendo o enfrentamento da morte ou da incapacidade como situações comuns. O papel do profissional de saúde há de ser discutido e compreendido à luz do conhecimento sobre envelhecimento proveniente do estudo da gerontologia. A absorção de conceitos específicos como síndromes geriátricas, prevenção, reabilitação, fragilidade, independência e autonomia entre outros, que não fazem parte habitualmente dos conceitos ensinados durante a formação profissional, é fundamental para a prática e para a proposição de condutas adequadas (MOTTA, 2005).

O processo de envelhecimento e sua conceituação são complexos e demandam uma abordagem multidisciplinar. Na maior parte dos seres vivos, e em particular nos seres humanos, este processo não permite definições fáceis, não se resumindo a uma simples passagem do tempo, sendo um processo dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado por manifestações variadas nos campos biológicos, psíquicos e sociais afirma (MARTÍNEZ, 1994).

É necessário problematizar o que chamamos de pessoa idosa ou velha, ou que está na terceira idade, distinguindo, inicialmente, idade cronológica e idade biológica. A idade cronológica é o tempo transcorrido a partir de um momento específico: a data de

nascimento do indivíduo. Esta medida, apesar de simples, tem sentido apenas legal ou social: os eventos biológicos ocorrem no tempo, mas não necessariamente devido à sua passagem, pois acontecem em momentos e ritmos diferentes em cada indivíduo. O processo de envelhecimento é marcado por fatores socioeconômicos, por fatores ambientais e pelo aparecimento de enfermidades, sendo influenciado não apenas pela idade, mas, em grande medida, pelo modo como o indivíduo vive e as relações que estabelece afirma (MOTTA,2005).

Segundo Motta (2005) é provável que as mudanças biológicas relacionadas à idade comecem em diferentes partes do corpo em momentos diferentes, e que o ritmo de mudanças varie entre células, tecidos e órgãos, bem como de pessoa para pessoa. Ao contrário do envelhecimento cronológico, o envelhecimento biológico implica em difícil medição das mudanças associadas à idade.

Segundo Hayflick (1996), apesar de já haverem sido propostas várias medidas biológicas que pudessem prever o ritmo do envelhecimento humano, não se alcançou uma boa medida da idade biológica. Isto se deve à grande variabilidade individual dos possíveis marcadores. Apesar da idade biológica ser mais informativa que a cronológica, ela não tem, ainda, como ser medida de forma acurada.

O processo de envelhecimento extrapola a biologia e perpassa todas os aspectos da vida de um indivíduo. Com o tempo, mudam as dimensões psíquicas da pessoa, mudanças decorrentes de um acúmulo de experiência de vida. Tais experiências são o resultado dos acontecimentos vividos e de sua elaboração, e comportam paradoxos, sendo potencialmente produtivas, mesmo no caso de vivências afetivamente negativas como a aposentadoria e as perdas de vínculos por afastamento ou morte. O comportamento de uma pessoa diante de determinadas situações está de acordo com os hábitos, gostos e estilo de vida adquiridos e elaborados ao longo dos anos. Assim a capacidade de adaptação às perdas e outras mudanças durante a vida determinam grandemente a capacidade de adaptação do indivíduo à idade avançada (MOTTA, 2005).

Do ponto de vista sócio-cultural, o envelhecimento reflete uma inter-relação de fatores individuais, sociais e econômicos, fruto da educação, trabalho, experiência de vida e cultura. A sociedade determina a cada idade funções adequadas que o indivíduo deve desempenhar como estudo, trabalho, matrimônio e aposentadoria. A forma como o

indivíduo se autodefine depende das referências dadas pela cultura e pela sociedade, sendo, portanto, o indivíduo, receptor e emissor de valores que podem ser modificados. Os idosos estariam passando por um momento de mudança cultural, onde as referências transformam-se: o indivíduo idoso começa a exercer um papel como ator social onde as expectativas do envelhecimento e da velhice alcançam novas dimensões (FERICGLA, 1992).

Os fatores que influem no envelhecimento são: idade, a saúde física e mental, a relação com a família, a personalidade, o tipo de moradia, a preocupação com outros familiares, problemas com empregam e redução do tempo dedicado ao lazer.

Pretende-se melhorar o estado de saúde e bem estar da população idosa, por meio de utilização dos recursos que existem, e é muito importante que os profissionais dedicados aos idosos saibam avaliar este problema e, mediante a sua intervenção, estimular e não pressionar o trabalho com o idoso. Sendo assim Silvestre (2003) afirma que os problemas considerados típicos da terceira idade chamados “Gigante da geriatria” (imobilidade, instabilidade postural, insuficiência cerebral e incontinência urinário-fecal) apresentam uma alta taxa de frequência de não identificação e ou preocupação. Além destes apresenta também outros problemas como demência, delirium e depressão.

4-DISCUSSÃO

O cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde.

É fundamental que o profissional de saúde possa desenvolver ações que resultem em uma atenção especial ao idoso e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o, como apregoa a Estratégia em destaque, com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais frequentes e sua intervenção, bem como, com medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social.

A Estratégia de Saúde da Família, de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família. Os profissionais que atuam na atenção básica devem ter de modo claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental.

Almeja-se para o trabalho na atenção básica sob a Estratégia de Saúde da Família uma adequada abordagem da pessoa idosa. Busca-se a necessária compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não patológico. Entretanto, as equipes de saúde da família não podem perder de vista que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o passar do tempo e, conseqüentemente, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para saúde da pessoa idosa. Frente a tal realidade, o profissional de saúde enfrenta o desafio de traçar limites 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.

A família é um ponto de referência em todas as situações. É apontada pelos estudiosos do envelhecimento como o ponto chave para corresponder às questões como o bem-estar e a segurança, ela é o espaço aonde se encontra a intimidade e o segredo e dificilmente compartilhado ou exposto ao olhar externo (MOTTA, 1998).

Visualizar e defender como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma alegre, participativa e construtiva é uma das importantes missões daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada.

Segundo Motta (1998) o século XX, obteve muitas conquistas dentre as quais a longevidade dos idosos, que comparada aos séculos anteriores viviam bem menos. A longevidade faz questões específicas, antes inexistentes ou despercebidas, por exemplo, à medida que as probabilidades de crianças tenham avós por um tempo maior que seus pais, haverá uma sobrecarga financeira para os (filhos adultos). Entretanto, para os profissionais de saúde e população deve estar claro que a longevidade do ser humano não é um fim em si mesmo, mas que é fundamental que o ser humano tenha garantida uma vida com qualidade, felicidade e ativa participação em seu meio. As "coisas da idade" não devem ser vistas como uma determinação, mas, sim, como possibilidade.

Para abordar clinicamente o paciente idoso devem-se empregar técnicas adequadas que possam trazer informações detalhadas e precisas para oferecer um atendimento adequado a pessoas de idade avançadas deve-se ter conhecimento do processo de envelhecimento e toda a sua complexidade, embora as doenças encontradas no idoso sejam quase as mesmas de outras faixas etárias, o paciente idoso apresenta um comportamento clínico diferente, o que dificulta um diagnóstico correto.

Consideramos que ao cuidar do ser idoso e de seu cuidador não devemos focar nossas ações na patologia, mas priorizar a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Respeitar a independência e propiciar a participação do sujeito idoso e de seu cuidador familiar no processo de cuidado, portanto, pode favorecer a assistência qualificada.

Segundo Rebelatto e Morelli (2005), a compreensão da qualidade de vida na terceira idade é central ao desenvolvimento de iniciativas de intervenção visando à prevenção e à reabilitação nos vários contextos da vida do indivíduo e também ao planejamento e avaliação de serviços e políticas destinadas a promover o bem-estar dos idosos. Ainda

de acordo com Rebelatto e Morelli (2005), envelhecer bem depende, em parte, da capacidade de mudar o ambiente para poder viver melhor. O que os idosos podem fazer para contribuir com a sua qualidade de vida seria uma melhora da relação com o ambiente físico e social.

O processo do envelhecimento é evidente e observado com facilidade apesar de sabermos pouco sobre este fenômeno que acontece com todos os seres vivos. O indivíduo idoso não constitui um ser marginal, mas exibe necessidades peculiares, de importâncias variáveis, que exigem atenção e conhecimento para tomar medidas e condutas que sejam adequadas para cada situação.

5-CONCLUSÃO

O envelhecimento é um fenômeno extremamente complexo, que pode ser influenciado por inúmeros fatores dos quais ainda permanecem obscuros.

O processo de envelhecer é a plenificação do ciclo da vida, ele não deve ser ocasionando, negado, deve-ser compreendido afirmado e experimentado como um processo de crescimento pelo qual o mistério da vida se revela.

Somados e derivados aos direitos concernentes a condição de ser humano, o idoso tem direitos como cidadão, pois contribuiu por muitos anos de várias maneiras para a sociedade garantindo assim um tratamento privilegiado por parte do estado conforme o Estatuto do Idoso, e das diversas estruturas sociais, ainda a respeito da terceira idade em sociedade é importante o relacionamento idoso e família são comum situações em que a família insiste em considerar o idoso como incapacitado.

O grande desafio é construir uma imagem positivada representação social do “ser idoso”, a partir do reconhecimento do que é importante e específico nessa etapa da vida para desfrutá-la.

O exercício de cuidar do idoso no domicílio é um aprendizado constante, baseado nas necessidades físicas e biológicas de acordo com o nível de dependência do idoso. Na maioria das vezes se torna difícil, pela inexperiência do cuidador, atender as demandas que vão surgindo no transcorrer do processo do cuidar e que necessitam ser aprendidas no enfrentamento do cotidiano e sendo orientados pela enfermagem.

Em relação aos profissionais que compõem a equipe de saúde para dar assistência à população idosa, torna-se premente investir na sua capacitação para que interdisciplinarmente façam intervenções adequadas no processo saúde-doença. Não se pode esquecer que esta equipe é quem faz a intermediação entre a unidade de saúde ou home-care ou hospital ao usuário, cabendo-lhe o papel de colher informações importantes para assumirem tamanha responsabilidade.

Neste contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) vêm se contribuindo como segmento efetivo do trabalho em saúde, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas, também, como peça essencial na organização

da prevenção e assistência. Por vivenciar os problemas e morar na comunidade em que desempenha a sua prática de trabalho, o ACS figura como importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado.

Aos médicos cabem trabalhar com os pacientes e suas famílias e cuidadores, enfrentando juntos situações de perda e morte. Atuando também na manutenção da saúde e prevenção de doenças, reabilitação, fragilidade, independência (capacidade de executar tarefas sem ajuda) e autonomia (capacidade de autodeterminação).

A enfermagem abrange todos aspectos, como os cuidados, a capacitação, as orientações e a própria supervisão com tudo o enfermeiro só tem de proporcionar o bem-estar físico e bio-psico-social, pois o cuidador tendo a capacitação conseqüentemente as questões patológicas vão degredir, por exemplo, a depressão é uma das doenças que mais acomete o idoso devido ao isolamento, e se este idoso possuir um cuidador capacitado o mesmo irá trabalhar na sua auto-estima proporcionando a comunicação, obtendo assim um resultado positivo da sua patologia.

A função do enfermeiro é muito importante em relação à capacitação dos cuidadores, pois, a enfermagem que irá treinar, educar, supervisionar, auxiliar quanto ao processo saúde-doença, pois se não há uma equipe de saúde, e nesta não contendo um enfermeiro para fazer a capacitação dos mesmos não tem como prestar um atendimento qualificado. É certo que o idoso necessita de atenções específicas e significativas, concernentes ao seu cotidiano.

As mudanças biológicas no processo de envelhecimento sempre foram evidentes sendo muitas vezes, questões de importantes estudos e discussões. Acredita-se ser o envelhecimento, uma questão social, menos percebida, portanto, mais polemica.

Espera-se que autores, profissionais e enfermeiros desenvolvam pesquisas que devam dar continuidade a este trabalho e que o mesmo responda a indagações de outros.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. A. S.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVA, L. B.; BACHION, M. M., **Perfil do idoso -atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia**. Revista da UFG, Goiânia, v. 5, n. 2, dez 2003.

BEZERRA, A. F. B.; SANTO, A. C. G. E.; BATISTA, F. M. **Concepções e práticas do ACS na atenção à saúde do idoso**. Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809, 2005.

BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília. nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.

CEI-RS (Conselho Estadual do Idoso Rio Grande do Sul),. **Considerações finais**. In: Os Idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas Condições de Vida: Relatório de Pesquisa (CEI-RS, org.), Porto Alegre, p. 71, 1997.

Chaimowicz, F.A **saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Rev. Saúde Pública, 31(8): 184-200.1997.

FERICGLA, J. M. **Una antropología de la ancianidad**. Barcelona: Anthropos, 1992.380p.

GIL, A. Carlos. **Como Elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

HAYFLICK, L. **Como e por quê envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

KEYTH, P. **Assistência de enfermagem ao paciente idoso**. 2008. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/7415/1/Assistencia-De-Enfermagem-Ao-Paciente-Idoso/pagina1.html>>. Acesso em 18/01/2010.

MARTINS, J. J. ; ALBUQUERQUE, G. L. ; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C. ; SOUZA, W. G. A.; PACHECO, Wladja N. S. **Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio.** Texto & Contexto. Enfermagem v. 16, p. 254-262. 2007.

MARTÍNEZ, F.M. **Aspectos Biológicos del Envejecimiento.** In: PÉREZ, E.A.; GALINSKI, D.; MARTINEZ, F.M.; SALAS, A.R.; AYÉNDEZ, M.S. *La Atención de Los Ancianos: un desafío para Los Años Noventa.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

MOTTA, L. B. **Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento.** Rio de Janeiro. 119p. 2005.

MOTTA, B. A. **“Chegando pra idade”.** In: BARROS MML, organizadores. *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas p.223-35. 1998.

OLIVEIRA, L. P. B. A. ; MENEZES, R. M. P. ; FERNANDES, F.M. **Representações de fragilidade para idosos domiciliados no contexto da estratégia de saúde da família.** In: 2º SENABS - Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica de Saúde, 2009, Recife. Anais do 2º SENABS, 2009.

RAMOS, L. R.; PERRACINI, M.; ROSA, T. E. & KALACHE, A.,. **Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil.** *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 8:313-323, 1993.

REBELATTO, R. J., MORELLI, S. G. J. **Fisioterapia Geriátrica. A prática da assistência ao idoso.** 1.ed. São Paulo: Manole.2004.

CAETANO, A.C.M. ; TAVARES, D. M. S. **Unidade de Atenção ao Idoso: Atividades, mudanças no cotidiano e sugestões.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 10, p. 622-631, 2008.

SAGER, M. A.; FRANKE, T. & INOUE, S. K., **Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older person.** *Archives of Internal Medicine*, 156:645-652. 1996.

SILVESTRE, J.A. 2003. **Por uma política pública de saúde para o idoso.** Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/.../Env_p79a96.pdf>. Acesso em 25/01/2010.

SILVESTRE, J.A. COSTA-NETO, M.M. **Abordagem do idoso em programas. De saúde da família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 839-847. 2003.