

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RAÍSSA DE ALVARENGA COELHO

**CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.**

**BELO HORIZONTE
2014**

RAÍSSA DE ALVARENGA COELHO

**CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Kátia Ferreira Costa Campos

BELO HORIZONTE
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

COELHO, Raíssa de Alvarenga

CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO. [manuscrito] / Raíssa de Alvarenga Coelho-
2014.

57 p.

Orientador: Kátia Ferreira Costa Campos.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação Pedagógica Para Profissionais da
Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de
Especialista em FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE..

1. Idoso. Qualidade de Vida. 2. Assistência. 3. Profissional de Saúde. I.COELHO, Raíssa De
Alvarenga. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Raissa Alvarenga Coelho

**CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO
IDOSO**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª Kátia Ferreira Costa Campos (Orientadora)



Prof.ª Habel Yovana Mendoza

Data de aprovação: 25/04/2014

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais que embora não estejam neste mundo para receber esta dedicação foram os que me incentivaram a estudar e me mostraram a importância de ter uma profissão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por ter me dado força, coragem na realização deste trabalho.

Agradeço aos meus familiares e aos meus colegas de trabalho, a orientadora Kátia F. Costa Campos, a tutora docente Geralda e a tutora presencial Marcela pelas orientações, paciência e pelo incentivo.

Agradeço, também, as colegas de curso pelo companheirismo, solidariedade e amizade.

.

.

O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

Estatuto do Idoso

RESUMO

O presente estudo abordou o tema da assistência do profissional de saúde prestada ao idoso com foco na qualidade de vida desse indivíduo no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Foi realizada uma revisão da literatura especializada no atendimento pedagógico dos profissionais de saúde prestado ao idoso para garantir-lhe qualidade de vida. Abordou-se a necessidade do desenvolvimento de estratégias de aplicação desse conhecimento na prática, com o objetivo de contribuir efetivamente na qualidade de vida do idoso e, conseqüentemente, realização de suas atividades diárias sem dependência. A questão norteadora da pesquisa foi: As ações de promoção da saúde no rol da atenção básica dos profissionais das Equipes da Saúde da Família (ESF) contribuem para a qualidade de vida do idoso? O objetivo foi identificar as ações de promoção da saúde no rol da atenção básica pelos profissionais de saúde das Equipes da Saúde da Família (ESF) que contribuem para a qualidade de vida do idoso. Utilizou-se da revisão integrativa, com busca nos bancos de dados Lilacs e Scielo, de publicações disponíveis na íntegra, em português e no período de 2005 a 2013. Como resultados apresentados pôde-se perceber que na ESF tem-se a exigência das equipes e dos profissionais de saúde, a consciência de buscar humanizar a assistência à saúde do idoso e sua família. Concluiu-se que é necessário que a promoção da saúde e prevenção de agravos se relacione a ações direcionadas ao idoso, considerando suas necessidades e singularidades. As ações devem atender esta multidimensionalidade do ser humano, devendo integrar todas as áreas de conhecimento, como a nutrição, a fonoaudiologia, odontologia, a geriatria e a gerontologia.

Descritores: Idoso. Qualidade de Vida. Assistência. Profissional de Saúde.

ABSTRACT

This study dealt with the assistance of health professionals provided the elderly with a focus on quality of life of that individual under the Family Health Strategy. A review of literature on teaching care of health professionals provided the elderly was carried out to ensure you quality of life. Addressed the need to develop strategies for applying this knowledge in practice, in order to contribute effectively in the quality of life of elderly and therefore perform their daily activities without dependence. The guiding research question was: Shares of health promotion in the role of primary care professionals in the ESF that contribute to the quality of life of the elderly? The objective was to identify actions to promote health in the list of primary care by health professionals FHS that contribute to the quality of life of the elderly. As presented results could be seen that the FHS has been the requirement of teams and health, professionals that integrate consciousness to seek to humanize health care for the elderly and their family. It was concluded that it is necessary for health promotion and disease prevention relates to actions directed at the elderly, considering their needs and singularities. Actions must take this multidimensionality of human being, should integrate all areas of knowledge, such as neurology, speech pathology, dentistry, geriatrics and gerontology.

Keywords: Elderly. Quality of Life. Assistance. Professional Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Esquema Representativo da Saúde do Idoso	16
QUADRO 1- População e Amostra	33
QUADRO 2 – Características das Publicações da Revisão Integrativa.....	36
QUADRO 3 – Objetivo da Publicação	38
QUADRO 4 – Aspectos a serem considerados na Assistência ao Idoso com foco na Qualidade de Vida	40
TABELA 1 – Profissão dos Autores.....	35
TABELA 2 – Qualificação.....	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO GERAL	14
3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 Considerações básicas sobre o envelhecimento e a saúde.....	15
3.2 Caracterizando o processo de envelhecimento.....	18
3.3 Promoção a saúde do idoso	21
3.4 Qualidade de vida do idoso	24
3.5 Estratégia Saúde da Família	27
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	31
4.1 Métodos e etapas	31
4.1.1 Identificação do problema	31
4.1.2 Levantamento da literatura	32
4.1.3 Elaboração de instrumento para coleta de dados	33
4.1.4 Análise dos dados	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 resultados.....	35
5.2 Discussão dos resultados.....	45
6 CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE.....	57

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno envelhecimento ocorre com todos os seres vivos e muitas questões relacionadas à dinâmica e a natureza desse processo ainda não foram completamente esclarecidas pelas ciências biológicas. Dessa maneira, considera-se que o envelhecimento se inicia desde a concepção, sendo um processo dinâmico e progressivo no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e também psicológicas. São estas que determinam a progressiva perda das capacidades de adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultando em maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos (CARVALHO; PAPALÉO, 2000).

Para Martins et. al (2007) o envelhecimento, enquanto fenômeno biológico apresenta-se em cada ser humano de modo singular e único. Se quantificássemos o envelhecimento através do decréscimo da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades da vida. No entanto, enquanto processo natural e previsto na evolução dos seres vivos percebe-se que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece, ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. No Brasil, cerca de 190 milhões de pessoas tem mais de 60 anos. O aumento da expectativa de vida é um dos fatores que contribui com o crescimento da população idosa, sendo, também, consequência das diminuições das taxas de natalidade e mortalidade(PERRY; POTTER, 2009).

Os mesmos autores citam estudo de Projeção da População do Brasil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2007) que afirma:

Em 2050, [...] a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total". O índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2010, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172, 7 idosos" (PERRY; POTTER, 2009, p 53).

O crescimento da população contribui para a crescente prevalência do número de idosos portadores de múltiplas enfermidades, para os quais é necessário encontrar alternativas de vida que, além do aumento da longevidade, também confirmam a estes pacientes a possibilidade da manutenção e recuperação da sua autonomia e independência (IBGE, 2007).

Considerando que o avanço da idade da população, deixa-os mais vulneráveis e, em detrimento a esta condição, contribui para o aparecimento de patologias e, portanto, da utilização de medicamentos, constata-se a fragilidade dessa faixa etária. Conseqüentemente, a demanda dos serviços de saúde, nas últimas décadas, vem sendo marcada pelo aumento da demanda assistencial relacionada, principalmente, às doenças crônico-degenerativas a que os idosos estão expostos (NOBREGA; KARNIKOWKI, 2012).

No sistema público de saúde, a Equipe da Saúde da Família (ESF) busca implementar ações e serviços de forma contínua e integrada à humanização do atendimento, com foco em uma abordagem preventiva e intervenção precoce. Existem ferramentas na Estratégia da Saúde da Família (ESF) que primam pela organização do atendimento da população acima de 60 anos, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A referida política apresenta como princípios norteadores a promoção da Qualidade de Vida (QV) no envelhecimento ativo, a manutenção da capacidade funcional, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação dos que precisam com o intuito de mantê-los inseridos em seu contexto familiar e social com autonomia e independência (BRASIL, 2013).

No contexto familiar o idoso tem maiores chances de qualidade de vida, que é delimitada como compromisso de esfera pessoal, sendo também uma busca constante de uma vida saudável, fundamentada no bem estar inerente às condições vividas. A uma população cada vez mais envelhecida, fica clara a importância de garantir aos idosos não apenas uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida (BONFIM et. al, 2010).

Besdine (2013) defende que o profissional de saúde enquanto membro da equipe de saúde pode propiciar uma assistência aos idosos de modo a focar em atitudes

efetivas e de impacto voltadas para a educação em saúde e fazendo prevalecer a autonomia. Ou seja, é preciso primar pelo potencial de realização e desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD) e do autocuidado.

Diante das evidências reveladas pelos estudos clínicos, percebe-se que no cotidiano da assistência prestada aos pacientes idosos, frequentemente a qualidade de vida (QV) tem sido um fator exigido no processo de envelhecimento. Não se considera a coexistência de fatores exteriores ao trato urinário que afetam a continência e que é mais frequente nos idosos (COLOGNA et al; 2003).

No atendimento pedagógico dos profissionais de saúde prestado ao idoso para garantir-lhe qualidade de vida (QV) possibilita o esclarecimento e a atualização do conhecimento técnico - científico. Assim, pode-se entender de maneira a favorecer o desenvolvimento de estratégias de aplicação desse conhecimento na prática, com o objetivo de contribuir efetivamente na qualidade de vida do idoso e, conseqüentemente, realização de suas atividades diárias sem dependência (PERRY; POTTER, 2009).

Cologna et al (2003) e Perry; Potter (2009) deixam claro a necessidade de se oferecer uma assistência baseada na qualidade de vida (QV) e aliada aos princípios de prevenção dentro da assistência dos profissionais de saúde prestados ao idoso.

Pela vivência na rotina dos profissionais das Equipes da Saúde da Família (ESF), observa-se que um dos problemas está em não aprofundar o conhecimento no processo de senescência. Para que o exercício profissional seja ativamente exercido com qualidade é preciso aprofundar o conhecimento neste processo.

Cologna et al (2003) apontam para a necessidade de se ter planejamento das ações dos profissionais de saúde prestado ao idoso, medidas que estimulem os idosos a realização das atividades de vida diária (AVD) de maneira independente, garantindo o desenvolvimento da capacidade funcional. Nesse sentido as ações de promoção da saúde devem ser desenvolvidas visando a qualidade de vida do idoso.

Assim sendo, o presente estudo formulou como questão norteadora para melhor delinear o campo do estudo: Quais aspectos a serem considerados na assistência prestada ao idoso com foco na qualidade de vida? Sendo primeiro passo que integra o método utilizado e descrito no capítulo adiante.

Diante da clara necessidade em promover uma assistência à saúde do idoso, que esteja atenta às questões do envelhecimento com qualidade de vida, este estudo se justifica. E, ao identificar aspectos a serem considerados na assistência ao idoso com foco na qualidade de vida (QV), espera-se contribuir para a atuação dos profissionais de saúde prestado junto ao idoso, com foco nas alternativas de promoção a saúde que na atenção básica é feita pelos profissionais da Equipe da Saúde da Família (ESF). Deve-se buscar o desenvolvimento da capacidade funcional do idoso para a realização das atividades de vida diária (AVD) com o menor grau possível de dependência.

Desta maneira, o estudo pode servir como mais uma fonte de informações sistematizadas, que possa contribuir com o conhecimento dos profissionais de saúde com relação à necessidade de capacitar-se para atender as demandas do mundo contemporâneo e melhorar a qualidade da assistência à população idosa.

A relevância do estudo está no fato de que, segundo Guimarães e Cunha (2012), a pessoa idosa exige dos profissionais da Equipe da Saúde da Família (ESF) um enfoque que considere a prevenção e a detecção precoce dos agravos à saúde. E pelo fato de que ainda pode ser notado que a atenção a essa parcela da população se mostra de modo desconexo e fracionado, evidenciando uma abordagem centrada na doença.

É necessário que se tenha uma mudança do olhar para a busca da manutenção da capacidade funcional e a autonomia do indivíduo idoso, especialmente, junto a família e a comunidade em que vivem. O autor reforça a necessidade de se organizar ações em saúde do idoso com a descentralização do atendimento, não obstante, espera-se fortalecer as ações na atenção primária, onde se soluciona 85% dos problemas de saúde dessa população.

2 OBJETIVO GERAL

Identificar aspectos a serem considerados na atenção ao idoso, na Equipe da Saúde da Família (ESF), com foco na qualidade de vida.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

3.1 Considerações básicas sobre o envelhecimento e a saúde

A celeridade do processo de envelhecimento da população, na opinião de Alves (2009), ocorre em função da transição de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, para uma de baixa mortalidade e gradualmente baixa fecundidade. Fato este que se desdobra como desafio para as autoridades públicas de saúde, principalmente, para a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

Battisti (2009) afirma que o idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são recorrentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias de modo que tais aspectos não se revertem em seu benefício. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e internações frequentes.

Alves (2009) e Besdine (2013) revelam que a maioria dos quadros de dependência desta população se associa às condições crônicas que podem ser manipuladas, muitas vezes, fora de instituições hospitalares ou asilares. Assim sendo, a organização dos sistemas de saúde passa pelo pressuposto do fortalecimento do nível primário de atenção reforçando a necessidade de ruptura da visão de modo ascendente.

É imprescindível a organização dos serviços em ações básicas de atenção a saúde do idoso no sistema de saúde como defesa da vida. Brocklehurst et. al (2012) afirmam que o destaque deve ser dado a um entendimento de saúde que incorpora os determinantes sociais e coletivos, ressaltando a importância da singularidade do idoso e tornando sujeito de sua própria condição de saúde.

O conceito de saúde é dado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não somente a ausência de doenças.” Isto significa um pleno bem-estar físico, mental e social atrelado aos fatores médicos e sociais. Assim sendo, o estado de saúde das pessoas se relaciona com a alocação de recursos em setores como a educação, alimentação, infraestrutura pública de saúde, incentivos ao trabalho, promoções ao estilo de vida saudável com atividades de lazer e cuidados com o meio ambiente (CAMARANO, 2006).

A saúde da pessoa mais idosa é entendida como a interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (CAMARGO, 2011).

A Figura 1 abaixo representa o esquema dos elementos que compõe a saúde do idoso:

<p>SAÚDE DO IDOSO = SAÚDE MENTAL + SAÚDE FÍSICA (INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AUTONOMIA) + INDEPENDÊNCIA FINANCEIRA + SUPORTE FAMILIAR + INTEGRAÇÃO SOCIAL</p>

Figura 1: Esquema representativo da Saúde do Idoso
Fonte: CAMARGO, 2011.

Com relação ao envelhecimento, Brocklehurst et. al (2012) afirmam que a definição do referido termo é bastante complexo e que no entendimento biológico é visto como processo que se dá durante toda a vida. Existem diferentes conceitos de envelhecimento oscilando em função da visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso. Alves (2009) afirma que a população de baixo poder aquisitivo envelhece mais cedo, em consequência de uma diversidade de fatores biopsicossociais.

Camargo (2011) esclarece que o envelhecimento ocorre após as fases de desenvolvimento e de estabilização, sendo pouco perceptível por um longo período,

até que as alterações estruturais e funcionais se tornem notórias. No ser humano, o autor expõe que a fase de desenvolvimento alcança seu apogeu no fim da segunda década, seguida por um período estável, em que as primeiras alterações do envelhecimento são identificadas ao fim da terceira década de vida.

Nesse sentido, Carvalho e Papaléo (2000) se referem ao envelhecimento natural como um evento progressivo da incapacidade de manutenção do equilíbrio de bem estar em condições de sobrecarga funcional. O corpo humano possui mecanismos mantenedores da homeostase, sendo que os mais simples até os mais complexos compõem-se fundamentalmente de sensores. A manutenção do corpo em equilíbrio está relacionado à detecção do desequilíbrio, aqueles que respondem pela modulação da resposta (centros reguladores), e os efetores que executam as correções necessárias.

Camargo (2011) explica que durante o processo de envelhecimento, ocorrem alterações do número e na sensibilidade dos sensores, na linha de excitabilidade dos centros reguladores e na eficiência dos efetores, de modo a permitir, principalmente, as quedas, que são comuns nos idosos. Desta maneira é que o autor afirma que o envelhecimento não é uniforme, não sendo possível a escolha de um indicador único, referindo-se na verdade, em um conjunto de alterações estruturais e funcionais do organismo que se somam progressiva e especificamente com a idade.

A visão apresentada por Cruvinel (2013) com relação aos aspectos gerais do envelhecimento contempla, além de alterações estruturais e funcionais, a composição corporal passando por alterações significativas no processo de envelhecimento dentre as quais podem ser citadas:

- A gordura corporal vai aumentando com o avançar da idade (aos 75 anos, é praticamente o dobro daquela aos 25 anos);
- No tecido subcutâneo ocorre a diminuição do tecido adiposo dos membros e aumento no tronco caracterizando a chamada gordura central;
- A água corporal total diminui (15% – 20%), principalmente, à custa da água intracelular, com redução dos componentes intra e extracelulares, dos íons sódio e potássio, provocando maior susceptibilidade e graves complicações

consequentes das perdas líquidas e maior dificuldade de reposição do volume perdido;

- A retração do componente hídrico, associado ao aumento da gordura corporal (20% – 40%) poderá contribuir para a alteração da absorção, metabolização e excreção das drogas no idoso.
- A redução da albumina altera o transporte de diversas drogas no sangue;
- O metabolismo basal diminui de 10% a 20% com o progredir da idade, o que deve ser levado em conta quando calculamos as necessidades calóricas diárias do idoso;
- A tolerância à glicose também se altera criando, às vezes, dificuldade para se diagnosticar o diabetes, apesar desta ser uma doença que incide com muita frequência no idoso.

Ressalta-se que autores tais como Alves (2009) e Crocker (2013) deixaram claro a máxima importância para os profissionais de saúde que trabalham com pacientes idosos, o conhecimento e a necessária distinção das alterações fisiológicas do envelhecimento chamadas senescência, das que se relacionam ao envelhecimento patológico ou senilidade.

Os mesmos autores consideraram que o normal e o patológico, e a diferenciação entre eles pode ser complexa, uma vez que tais condições se sobressaem e, deste modo, não se deve atribuir ao envelhecimento sinais e sintomas de doenças na maior parte das vezes, passíveis de tratamento e cura.

3.2 Caracterizando o processo de envelhecimento

Camarano (2006) sustenta que não se deve considerar o processo natural do envelhecimento como sinais e sintomas de doenças ou solicitar exames e instituir tratamento em idosos que apresentem sinais apenas compatíveis com o envelhecimento fisiológico. O autor destaca o aspecto da mobilidade, capacidade de um indivíduo se mover em um dado ambiente, função básica para a realização de tarefas e atividades de vida diária (AVDs) e a manutenção da independência do

idoso. Em diversos estudos relacionados ao processo do envelhecimento, se classifica em leve, moderada e avançada. O entendimento passa pela definição de autonomia enquanto capacidade e direito do indivíduo de poder escolher, por si mesmo, as vias de conduta, seus atos e atitudes bem como os riscos que se está disposto a correr durante a vida.

Fala-se em Capacidade Funcional, de acordo com Camargo (2011), como definição da manutenção máxima das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida com independência e autonomia. É o nível de preservação da capacidade de realizar as atividades de vida diária (AVDs) ou autocuidado.

No que tange a avaliação funcional, Eliopoulos (2011) explica se tratar de um método para descrever habilidades e atividades, avaliar e medir a forma de realização individual de diferentes ações inseridas no desempenho de tarefas necessárias à vida diária, na rotina de vida, nas interações sociais de lazer e outros comportamentos requeridos no dia a dia.

Cruvinel (2013) revela que a avaliação funcional deve ser vista como forma sistematizada de apurar, objetivamente, os níveis nos quais uma pessoa se enquadra face a diferentes áreas tais como: “integridade física, qualidade de automanutenção, qualidade no desempenho dos papéis, estado intelectual, atividades sociais, atitudes em relação a si mesmo e ao estado emocional”.

Incapacidade funcional é mencionada por Fallowfield (2010) como limitações físicas, cognitivas e sensoriais não sendo resultado direto do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade não é prerrogativa de incapacidade. A incapacidade pressupõe risco considerável de problemas de saúde e afins. As doenças são o ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e a sociedade.

Camarano (2006) diz que os aspectos tais como a independência e autonomia nas atividades de vida diária (AVDs) estão relacionadas ao funcionamento integrado e equilibrado das funções a seguir:

- Cognição
- Humor
- Mobilidade
- Comunicação

As atividades de vida diária (AVDs) podem ficar comprometidas como reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que resultem direta ou indiretamente em quatro grandes funções, em domínios, de forma isolada ou associada. Deste modo, a perda de uma função na pessoa idosa antes independente não pode ser atribuída ao processo do envelhecimento, mas representar um indicativo de doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais e sintomas típicos.

Fallowfield (2010) revela que a dependência funcional, conceituada como a incapacidade de funcionar de maneira satisfatória sem auxílio do outro, dada as limitações físicas ou cognitivas, deve resultar em uma ampla investigação clínica, buscando doenças que, na sua maioria, são total ou parcialmente reversíveis.

Assim, na avaliação funcional do idoso é necessário adotar uma postura abrangente de todas as dimensões envolvidas no processo saúde-doença. Isto é, uma avaliação multidimensional, sendo esta, o objetivo principal para a definição do diagnóstico funcional global e etiológico (disfunções/doenças) sendo determinante para a elaboração do Plano de Cuidados (GORDILHO, 2012).

3.3 Promoção a saúde do idoso

A temática proposta por este estudo faz com que seja necessário entender a promoção da saúde como tentativa de resgate de um dos principais objetivos da Saúde Pública, isto é, não só distanciar a doença do indivíduo, mas focar na atuação sobre os determinantes das doenças. Esse entendimento é mais bem explicado por Gordilho (2012, p.19):

Existe uma diferença conceitual em relação à prevenção e promoção, conceitos muitas vezes considerados sinônimos ou equivalentes. Prevenção: provisória, tem um caráter de intervenção diante de alguns agravos que podem acometer indivíduos ou coletividades, utilizando determinadas tecnologias para evitar que tal condição mórbida diminua sua probabilidade de ocorrência, ou ocorra de forma menos grave nos indivíduos ou nas coletividades. Promoção da Saúde: adquire um caráter permanente e visa a erradicação de ocorrência da mesma.

Compreende-se que o termo prevenir se fundamenta no conhecimento epidemiológico moderno e o seu objetivo é controlar a transmissão de doenças infecciosas e diminuir o risco de doenças degenerativas ou outros problemas.

Fletcher (2002) expõe que os cuidados ao idoso passam por ações estratégicas tais como:

- Buscar pela manutenção do bem-estar e da autonomia no ambiente domiciliar em que os cuidados se voltam ao idoso, suas necessidades, de sua família e de sua comunidade e não em sua doença;
- Primar pelo desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar em que se delegam responsabilidades e defendem-se os direitos dos idosos/família/ comunidade;
- Ampliar os conhecimentos profissionais superando a área geronto-geriátrica, considerando as inter-relações, uma vez que o idoso exige cuidado direcionado a ações complexas e interdisciplinares;
- Realizar visitas domiciliares regulares;
- Garantir consultas, tratamentos, medicamentos, exames laboratoriais e outros de acordo com as necessidades individuais;
- Orientações que envolvam o usuário e comprometam a família;
- Garantir o atendimento nos diversos pontos de atenção.

Segundo Alves (2009), Gordilho (2012) e Cruvinel (2013), como medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos sugerem-se:

- Fortalecer a capacidade funcional na velhice mediante capacitação e estímulos ou prevenindo agravos à saúde;

- Considerar que do ponto de vista social e psicológico, as pessoas idosas são mais heterogêneas que os jovens;
- Atentar ao fato de que a prevenção à saúde na velhice deve ter seu foco no bom funcionamento físico, mental e social assim como na prevenção das enfermidades e incapacidades;
- Considerar que muitas das medidas que afetam a saúde das pessoas idosas transcendem o setor saúde.

Acrescentam ainda que a necessidade de avaliar a capacidade funcional trouxe uma nova área de estudos epidemiológicos e estimulou pesquisas utilizando escalas de avaliação da capacidade funcional para as atividades de vida diária (ADVs) e atividades instrumentais da vida diária. E chamam a atenção para o autocuidado voltado para o domínio dessas atividades, e existe um paralelo entre capacidade funcional, autocuidado e autonomia. Observa-se de forma clara o domínio maior sobre suas questões de saúde, tais como:

- A oferta de informações sobre questões de saúde e doença, por meio de veículos populares como a televisão, revistas e outros;
- O aumento do nível de instrução e de conhecimentos da população;
- O foco, cada vez mais aceito pela população, sobre os direitos do consumidor;
- O crescente movimento de interesse por formas de autoajuda e auto-desenvolvimento veiculadas por meio de pocket-books, bibliografia de fácil leitura, geralmente apresentada na forma nominal “eu”, “você” e inúmeras outras formas de comunicação, quase sempre coloquial, tendo como objetivo mudanças no estilo de vida da pessoa;
- O julgamento cada vez mais difundido sobre a falibilidade do sistema de saúde;
- O aumento dos custos dos cuidados médicos;
- As críticas ao sistema de cuidado centrado no hospital.

Cruvinel (2013) cita evidências mostrando que o autocuidado tal como comportamento autônomo ainda que na presença de algum grau de dependência. Sua adoção como estratégia de cuidado na velhice harmoniza-se com as atividades

propostas para a efetivação da promoção da saúde no que se refere ao desenvolvimento de atitudes pessoais, habilidades e conhecimentos possibilitando condutas saudáveis. Consta-se que grande parte dos idosos que ainda vivem em comunidade não só têm a capacidade física e cognitiva que propiciam o autocuidado, mas são capazes de transmiti-lo.

Destaca que os profissionais de saúde e mesmo os idosos questionam algumas vezes tal possibilidade em função das concepções equivocadas e estereótipos que relacionam velhice com incapacidade e perda de interesse pela vida.

Gordilho (2012) corrobora afirmando que um idoso é paciente não pelas necessidades terapêuticas, mas pela incapacidade de responder por ações independentes para satisfazer essas demandas. Nas palavras do autor, lê-se:

Em favor da importância do autocuidado para os idosos, enquanto o número de doenças tende a aumentar com o envelhecimento, a correlação da capacidade funcional com a idade não é considerada tão importante. Muitos idosos permanecem em seus lares e mantêm sua capacidade funcional para o autocuidado mesmo com idade muito avançada. Ainda que não haja dúvidas sobre a capacidade de aprendizagem dos idosos, não se pode ignorar o impacto que o envelhecimento produz sobre os órgãos dos sentidos, o sistema nervoso e algumas funções cognitivas como a memória, entre outras, e que podem interferir ou constituir-se em barreira para a aprendizagem (GORDILHO, 2012, p.28).

Grimley-Evans (2012) explica que os profissionais de saúde podem identificar as dificuldades e estabelecer estratégias alternativas para cada caso. Alguns estudos tais como os publicados por Fletcher (2002) e Alves (2009) apontam para a influência da idade no autocuidado com influência direta e um grande efeito indireto na percepção da gravidade de episódios de doenças. O autor cita os fatores que não sofrem influência da idade por si só, mas decorre de uma estrutura social, cultural ou de vida pessoal relacionados ao autocuidado por meio da experiência de adoecer. Além disso, demonstram não ser a idade, mas os valores adquiridos ao longo da vida e a própria história de vida influenciando nas decisões das pessoas no que diz respeito ao seu próprio cuidado.

Encontrar um consenso no conceito dado ao termo Qualidade de Vida (QV) é algo improvável dado os diferentes enfoques envolvidos. Diversas são as disciplinas e

profissões que se voltam a cumprir esse desafio em que cientistas, sociólogos e políticos e também os profissionais de saúde e, finalmente, com todas as áreas da atividade humana (PASCHOAL, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Qualidade de Vida (QV) é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (PASCHOAL, 2006).

3.4 Qualidade de vida do idoso

Já Kalache (2007), menciona a Qualidade de vida (QV), como algo que vai além da percepção individual acerca da própria vida, considerando questões de extrema relevância, tais como: a cultura, a religiosidade, a educação, a etnia, o gênero, o nível socioeconômico, dimensões pelas quais os indivíduos se estruturam na sociedade, base para o desenvolvimento humano. Frisa-se que a Qualidade de Vida (QV) se refere a um processo que está em constante mudança, assim como a evolução humana e as necessidades individuais.

O contexto Qualidade de Vida (QV), especialmente, do idoso é o tema da publicação de Nettina (2007), que entende a saúde enquanto perspectiva fisiológica, patológica e bioética e necessária acessibilidade dos idosos. São considerados os aspectos da equidade, da universalidade e a integralidade, pois, como cidadãos os idosos tem o direito a ter uma vida justa, que ofereçam uma boa qualidade de vida.

Paschoal (2004) relembra que algumas características da velhice tornam os idosos particularmente suscetíveis a perigos do uso acrítico de medidas de qualidade de vida. O autor menciona a perda da adaptabilidade biológica associada ao envelhecimento, com redução das reservas fisiológicas de todos os órgãos e sistemas, o que muda a capacidade de manter a homeostasia do meio interno, diferentemente do que ocorre com os jovens. Ocorre também, a redução da adaptabilidade social, ocasionada pela aposentadoria e perda de poder aquisitivo,

além do isolamento social devido a perda de familiares e amigos, reduzindo o suporte social.

Tal como afirmam Rabelo et. al (2010), observa-se uma relação cultural desequilibrada entre jovens e velhos nas sociedades atuais, em que os juízos e valores dos jovens são alheios aos idosos nascidos e criados em outro contexto cultural e tecnológico; Assim, os mais velhos podem não se familiarizar com conceitos e situações que os jovens enfrentam sem dificuldade.

Tavares et. al (2009) explicam que o envelhecimento heterogêneo conduz a duas situações-limite: alguns idosos podem continuar saudáveis e com habilidade funcional até anos tardios, se estendendo as suas características físicas, mentais, de personalidade e sociais. Se forem assumidos hábitos e estilos de vida saudáveis e não existindo doença crônica, tem-se a adaptabilidade e reserva funcional suficientes para a maioria das atividades.

Porém, os idosos podem adquirir incapacidades em qualquer dos domínios citados (físico, mental, psicológico, condições de saúde e socioeconômico) fato que pode não ter recuperação. As condições crônico-degenerativas, progressivamente, mais prevalentes vão resultando em incapacidades, minando as reservas funcionais e levando à deterioração funcional. É verdade que adaptações podem se feitas (terapia ocupacional, p. ex.), modificações do meio-ambiente (acessibilidade, p. ex.), além de reabilitação e uso de próteses e órteses, restaurando e compensando as perdas funcionais.

A Qualidade de Vida do idoso segundo Kalache (2007), pressupõe uma continuidade ativa em seu meio, contribuindo para o bem-estar de si, de sua família e da sociedade; não necessariamente se tornam um ônus, podendo assumir inúmeros papéis sociais na comunidade. Porém, têm-se as situações em que precisa do auxílio do outro, uma vez que o envelhecimento funcional, inexorável e universal, eleva à medida que os anos passam.

O referido autor assinala que tal fato ocorre especialmente para os que necessitam de alguma ajuda para desempenhar as atividades do dia-a-dia; o grau de

dependência é bastante variável, indo dos que não precisam de nenhuma ajuda até os que são totalmente dependentes. Considerando a situação de dependência, o grande desafio está em saber respeitar a individualidade e a autonomia da pessoa. É disso tudo que advém a preocupação das pessoas idosas de terem como objetivo a manutenção da autonomia e do máximo de independência possível em todos os domínios de sua vida (KALACHE, 2007).

Relacionando os estudos de Gordilho (2012) e Cruvinel (2013), no Brasil os estereótipos da velhice comprometem a possibilidade de uma qualidade de vida melhor. É frequente que a sociedade ainda enxergue a velhice associada a perda, a incapacidade, dependência, impotência, decrepitude, doença, desajuste social, baixos rendimentos, solidão, viuvez, cidadania de segunda classe e assim por diante; idoso é chato, rabugento, implicante, triste, demente, oneroso. Ocorre uma generalização de características de alguns idosos que traz tal visão estereotipada associada à dificuldade de se distinguir entre envelhecimento normal e patológico, senescência e senilidade conduzindo à negação da velhice ou à negligência de suas necessidades, vontades e desejos.

Guimarães e Cunha (2012), no mesmo rol de teorias cita uma sociedade mais desenvolvida como a norte-americana e as europeias, onde as pessoas idosas tendem a ignorar sintomas (tristeza, dor, cansaço), ou os sintomas são ignorados pelos profissionais de saúde. O autor cita a realidade brasileira em que se nota que diversos profissionais tentam explicar os sintomas ou as queixas trazidos pelos idosos como fazendo parte do processo natural do envelhecimento, o que leva a omissão e negligência impedindo o tratamento, reabilitação, adaptação, melhoria e a cura.

Assim, os estereótipos, o equívoco entre o envelhecimento normal e patológico e a desatenção aos sintomas atrasam e até anulam condutas e tratamentos comprometendo a qualidade de vida do idoso.

Compreende-se, portanto, que as características do envelhecimento e o contexto sociocultural tornam mais complicados a aferição da qualidade de vida dessa faixa etária. Em síntese, nota-se muitos eventos vitais relacionados à idade, que provocam

problemas psicossociais relacionados à velhice e que afetam profundamente a qualidade de vida, sendo eles: deterioração física e mental, aposentadoria e luto (GUIMARÃES; CUNHA, 2012).

Seguindo o referido pensamento, Gordilho (2012) assinala que mensurar a qualidade de vida é um desafio para os profissionais de saúde uma vez que requer medida entre os idosos que incluem os problemas de saúde, que podem levar à incapacidade e invalidez, saúde mental, habilidade funcional, estado geral de saúde, satisfação de vida, estado de espírito, controle (autonomia) e suporte social.

Desta maneira, tem uma ampla variação de dimensões a serem medidas em uma avaliação de qualidade de vida de idosos. Fato este que justifica o uso de instrumentos multidimensionais que percebam a variabilidade dos diferentes grupos de idosos. Tais instrumentos levam em consideração as particularidades dessa faixa etária, uma vez que os idosos em virtude de seus valores e experiências de vida se diferenciam dos grupos etários mais jovens.

Não se deve esquecer que fatores relacionados à idade afetam a saúde, dimensão de suma importância para a qualidade de vida na velhice e diversas situações sociais (aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais, dentre outras) colocam obstáculos a uma vida de melhor qualidade. Estes são fatores que elevam a complexidade da mensuração da qualidade de vida das pessoas idosas (CRUVINEL, 2013).

3.5 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) se refere a um modelo assistencial da Atenção Básica fundamental no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e prima pelo desenvolvimento de ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. O modelo da Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem como meta, o favorecimento da aproximação da unidade de saúde às famílias; a promoção do acesso aos serviços,

o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da co-responsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local (BRASIL, 2006).

Guimarães e Cunha (2012) esclarecem que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade. A organização do trabalho das equipes centra-se nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população.

Tal como explica Alves (2009), o trabalho das equipes da saúde da família tem base territorial, e desta maneira, para conhecimento da área de abrangência onde atuam, devem realizar o mapeamento dos recursos existentes e a avaliação de dados demográficos e epidemiológicos locais. Este conhecimento subsidia a construção de um diagnóstico local e um plano de intervenção que prevê prioridades, responsabilidades e prazos capazes de detectar e atuar sobre fatores determinantes dos agravos à saúde mais prevalentes. Dentro das propostas de trabalho no território, destacam-se as ações Inter setoriais que potencializam as iniciativas da equipe.

O fortalecimento da atenção básica tem como finalidade principal a consolidação e qualificação da equipe da saúde da família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do Sistema único de Saúde (SUS), o que exige profissionais aptos a desenvolver atitudes efetivas e de impacto na atenção à saúde do idoso. As ações citadas pressupõem o cuidado integral e humanizado, mas encontramos realidades em que o constrangimento avassala as pessoas idosas e/ou seus cuidadores, devido à cobrança (implícita ou explícita) quanto aos cuidados, não só de membros da família ou da comunidade, como também dos próprios profissionais de saúde.

Camargo (2011) afirma que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem sido de fundamental importância na promoção da saúde familiar, principalmente, dos idosos, uma vez que auxilia o controle de uma série de enfermidades e também contribui

substancialmente na melhoria da qualidade de vida daqueles com quem interage de forma efetiva. Apesar dos avanços no que diz respeito aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e às estratégias propostas, percebe-se que ainda se enfrenta uma série de dificuldades, destacando-se a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; falta de complementaridade entre rede básica e o sistema de referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.

Guimarães e Cunha (2012) expõem que nas atividades realizadas em conjunto pela equipe da saúde da família, deve se primar pelo bem-estar e melhoria da promoção da saúde dos idosos. Aspectos tais como as visitas domiciliares, a participação nas atividades oferecidas pelo município, a realização de consultas periódicas com horários pré-agendados, a contra referência, a participação nas campanhas de vacinação, bem como o vínculo afetivo entre a equipe e os pacientes idosos assistidos são determinantes para autonomia dos pacientes.

Na mesma linha de pensamento Alves (2009) revela que a equipe da saúde da família, sendo multidisciplinar, atua de modo conjunto às necessidades do idoso, as orientações fornecidas por eles mesmos por meio das visitas domiciliares, das consultas, dos grupos operativos, das palestras e atividades oferecidas pelo município, como por exemplo, os minicursos. É também uma opinião sustentada por Camargo (2011), que a atuação dos profissionais da equipe da saúde da família busca a vida ativa desses idosos e a realização de consultas periódicas por um grupo menor de pacientes e que permite identificar as necessidades que envolvam as intervenções por outros profissionais, exercendo a contra referência.

Assim como citaram Guimarães e Cunha (2012), a visão de Cruvinel (2013) também menciona as alternativas de promoção à saúde quando trabalhadas em equipe, trazem benefícios para os idosos nas dimensões da aprendizagem, interação, sociabilidade e participação no seu processo de melhoria de vida. Os profissionais ao adotarem os mesmos critérios em relação às suas orientações atuam de forma integrada e executam de fato, um trabalho de equipe para promoção do envelhecimento ativo.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) desenvolve alternativas para melhoria da qualidade de vida e aumento da resolutividade de atenção aos idosos. Dentre as quais cita-se a atenção domiciliar e ambulatorial com ações voltadas para o enfrentamento das dificuldades, manutenção da saúde, desenvolvimento de habilidades e participação ativa dos usuários na abordagem preventiva e intervenção precoce baseada nas mudanças comportamentais, autonomia, independência e melhoria da qualidade de vida e saúde.

De acordo com que publicou Camargo (2011), pensar sobre os grandes desafios da enfermagem frente ao cuidado familiar do idoso exige compreensão de que, com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica (AB), os cuidados domiciliares de saúde tornaram-se parte integrante das ações em saúde nesse nível de atenção. Embora o cuidado domiciliar à saúde seja uma premissa que se baseia na própria existência das famílias como unidade de organização social, deve-se ater ao fato de que, sob o discurso da transformação do modelo tecnoassistencial por meio da implementação maciça da saúde da família, ocorrem equívocos cujo resultado se expressa na transferência dos cuidados hospitalares para os cuidados prestados na comunidade.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Métodos

A Revisão Integrativa (RI) foi adotada como estratégia metodológica deste estudo, que Domenico e Ide (2003) assim como Sampaio e Mancini (2005) explicam se tratar de uma técnica que possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido acerca do tema proposto. Ao incluir estudos de diferentes abordagens, a Revisão Integrativa (RI) propicia-se a análise de diversas perspectivas acerca de um mesmo fenômeno. Se bem delineada e realizada com cuidado e atenção, obtém-se um alto potencial de construção e contribuição com o conhecimento sobre as ciências da saúde, considerando a aplicabilidade direta à prática clínica e as políticas de saúde.

Nessa linha de pensamento, Sampaio e Mancini (2005) e Whitemore e Knafl (2005), mencionam a Revisão Integrativa (RI) como método que contempla os mesmos estágios ou fases da MBE. Os procedimentos realizados neste estudo foram feitos tal como mencionado nesse capítulo, obedecendo às mesmas descritas para realização da Revisão Integrativa (RI) da literatura no que se refere ao tema proposto.

Foram seguidas as etapas da Revisão Integrativa (RI), recomendadas por Whitemore e Knafl (2005), que se seguem.

4.1.1 Identificação do problema.

Esta fase corresponde ao reconhecimento do tema e da pergunta que deverá ser respondida no estudo, disposta ao final do capítulo introdutório desse estudo.

4.1.2 Levantamento da literatura

Trata-se do levantamento do material bibliográfico por meio da localização e obtenção de documentos para avaliar a disponibilidade de material que subsidiará o tema do trabalho de pesquisa.

Para tanto, a busca bibliográfica foi realizada em bases eletrônicas de dados. Segundo Polit et. al. (2004), através da busca on-line, é possível acessar a maioria das bases de dados eletrônicas que são de interesse dos profissionais da saúde. Assim sendo, neste estudo a população foi constituída pela literatura indexada no portal de periódicos Scielo e na base de dados Medline e do Lilacs e nesta busca foi encontrada uma população total de 58 artigos, conforme discriminado a seguir e exposto no QUADRO 1 adiante.

Para se chegar a população e amostra, foram definidos critérios de inclusão e exclusão, para melhor delimitar esta pesquisa, foram selecionados todos os artigos que atendiam aos critérios necessários, independente do delineamento de estudo. Os critérios de inclusão foram: período de publicação entre janeiro de 2005 a dezembro de 2013, idioma em português ou ter tradução disponível, tendo como foco ações de promoção da saúde dos profissionais da saúde na atenção básica, para garantir maior qualidade de vida ao paciente idoso.

Os critérios de exclusão adotados foram: artigos que abordavam grupos específicos de pacientes ou que abordassem apenas o diagnóstico, tratamento e patologias específicas e publicações que não ofereciam a possibilidade de obtenção do estudo na íntegra por via on-line e artigos que não atendiam aos objetivos propostos pela pesquisa através da leitura do resumo dos mesmos.

Assim, o processo de busca on-line resultou em 58 estudos, onde se excluiu estudos duplicados e os com idioma diferente do português (inglês e espanhol) sem tradução disponível. A partir de uma primeira seleção foram incluídos 43 estudos, pois 15 não respondiam a pergunta proposta neste estudo. Posteriormente foram excluídos 16 artigos publicados que não estavam disponibilizados em mídia

eletrônica, restando 27 estudos, dos quais após a leitura na íntegra de cada um foram selecionadas 16 publicações que configuram a amostra do presente estudo (QUADRO 1).

QUADRO 1- População e Amostra

FONTE	ESTRATÉGIA DE BUSCA	POPULAÇÃO	AMOSTRA
Lilacs	“envelhecimento; idosos” or “aging elderly” [Descritor de assunto] and “assistência de saúde” or “healthcare” [Descritor de assunto] and “Qualidade de Vida; Independência” or “qualityoflife Independence”	19	3
Scielo	“envelhecimento; idosos” (TX all Text) AND “health care; Qualidade de Vida” (TX all Text) OR “quality of life independence” (TX all Text) OR “health care”	11	4
Medline	“Envelhecimento; Qualidade de Vida” (MESH TERMS) AND “assistência de saúde” (MESH TERMS) OR “aging elderly” (TEXT WORD) OR “health care” (TEXT WORD) AND “idoso” (MESH TERMS) OR “aged”	28	9
Total		58	16

Fonte: elaborado pela autora, 2014.

4.1.3 Elaboração de instrumento para coleta de dados

Trata-se de instrumento para identificar e selecionar os termos ou a informação que importa e que de fato se aplica.

Nessa etapa foi elaborado roteiro com perguntas abertas para melhor direcionar a coleta de dados, considerando as variáveis relacionadas aos autores (profissão, área de atuação e titulação dos autores), as publicações (ano de publicação, título, fonte, periódico e delineamento) e a variável de interesse: ações de promoção da saúde do profissional de saúde nos cuidados prestados ao paciente idoso para sua melhor qualidade de vida (Apêndice A).

4.1.4 Análise dos dados

Os dados foram tratados e organizados em conformidade com as variáveis estudadas para melhor descrição do tema proposto. Segundo Whittemore e Knafl (2005) é comum que em estudos de Revisão Intefrativa (RI), os dados sejam registrados em tabelas ou na forma diagramática, o que foi adotado nesse estudo.

Nesta fez-se uma interpretação completa e não tendenciosa que corroborou para a realização de análise descritiva das variáveis de estudo, utilizando quadros sinópticos que são apresentados adiante para desenvolvimento do estudo. Análise descritiva realizada e em seguida elaborada a redação da revisão.

.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados relacionados às variáveis descritivas dos autores considerando a profissão, estão apresentados na TABELA 1:

TABELA 1 – Variáveis Descritivas dos Autores

FORMAÇÃO PROFISSÃO (%)	QUALIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA	%
Enfermeiro - 7 - 66%	Mestrado	4	11
Fisioterapeuta - 1 - 9%	Graduado	29	79
Médico - 3 - 25%	TOTAL	33	100

Fonte: Artigos da amostra do estudo

Nota-se que o percentual maior é de enfermeiros como autores dos artigos selecionados, 66%, um percentual justificado diante do fato de que são os enfermeiros que estão diretamente ligados a implementação de ações da Estratégia da Saúde da Família (ESF) relacionadas a assistência prestada aos idosos em prol da qualidade de vida desses pacientes.

No QUADRO 2 foram representadas todas as características das publicações selecionadas para esta revisão integrativa podendo ser discriminadas as informações relacionadas aos autores, ao título, ano da publicação, periódico e fonte de busca. Sendo possível verificar que das publicações analisadas, 100% se apresentaram em formato de artigos científicos.

QUADRO 2 – Características das Publicações da Revisão Integrativa

N.	AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO	DELIMITAÇÃO	TIPO/ FONTE
01	Cristina Medeiros da Silva; Paulo Cerri; Sônia Maria Dorta Ferreira e Valquíria Magrini. (2012)	Ações Públicas Voltadas para Qualidade de Vida do Idoso. Cap. 15.	Revista. Unicamp Cap 15. 2012.	Abordagem do profissional de saúde e as ações da ESF voltadas para garantir o direito universal e integral à saúde e a qualidade de vida aos idosos.	Artigo/ Lilacs
02	Cristina Padilha Lemos; Sandra R. S. Ferreira. (2009)	Vivendo bem, até mais que 100! Orientações sobre hábitos de vida saudáveis	Brasil. Ministério da Saúde. Porto Alegre. Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.	Expõe o processo em envelhecimento sendo normal as mudanças no organismo do indivíduo. Sugerem-se medidas em prol da qualidade de vida dos idosos.	Artigo/ Lilacs
03	Josiane de Jesus Martins; Jordelina Schier; Alacoque Lorenzini Erdmann. (2007)	Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso.	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.10 n.3 Rio de Janeiro 2007.	Reflexão sobre o agir em saúde, atuais Políticas Públicas dirigidas à pessoa que envelhece dirigidas à qualidade de vida das pessoas idosas.	SciELO/ Artigo
04	Bruna de Oliveira Machado Feres; Anastácia Kayoko Hirata Saraiva; Suelaine Druzian. (2008)	A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais.	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.11 n.2 Rio de Janeiro 2008.	Estudo qualitativo, realizado por meio de entrevistas com dentistas, enfermeiros e médicos que atuam na ESF para identificação de categorias relacionadas a qualidade de vida do idoso.	Artigo/ SciELO
05	Josiane de Jesus Martins, Daniela Couto Carvalho Barra, Tatiana Mazurek Santos, Verenice Hinkel, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Gelson Luiz Albuquerque, Alacoque Lorenzini Erdmann. (2009)	Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade	Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 02, p. 443 - 456, 2009.	Pesquisa sobre alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e independência do idoso e como também o envelhecer saudável.	Artigo/ Medline

- 6 Francisco Edilberto Gomes Bonfim, Karla Santa Cruz Coelho, Maria Tereza Pasinato, Martha Regina de Oliveira e Renato Veras. (2010) Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar. Revista do Ministério Da Saúde Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 2010. Rio de Janeiro. Traça um plano de cuidado para a assistência à saúde dos idosos focando na qualidade de vida. Artigo/ Medline
- 7 World Health Organization. Suzana Gontijo. (2005) Envelhecimento Ativo: uma política De saúde. World Health Organization. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2005. Expõem a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional associada a qualidade de vida para a saúde pública. Artigo/ Medline
- 8 Dóris Firmino Rabelo Claudia Feio da Maia Lima Patrícia Martins de Freitas Júlio César dos Santos. (2010) Qualidade de vida, condições e auto percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo, novembro 2010. Elucida os fatores relacionados à qualidade de vida do idoso e a saúde percebida por meio da consolidação de modelos teóricos do desenvolvimento psicossocial de idosos saudáveis. Artigo/ Medline
- 9 Vivian C Honorato dos Santos de Carvalho , Sinara Rossato L, Flávio D Fuchs , Erno Harzheim e Sandra C Fuchs. (2013) Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. BMC Public Health de 2013 Discute o envelhecimento da população e a qualidade de vida e a Atenção Primária à Saúde (APS) como modelo de atenção - Estratégia de Saúde da Família (ESF). Artigo/ Medline
- 10 Richard W. Besdine. (2013) Health-Related Quality of Life Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA 2013. Ações para envelhecimento bem sucedido e o profissional de saúde no auxílio para dialética do envelhecimento com qualidade de vida. Artigo/ Medline

11	Neena L. Chappell; Heather A. Cooke (2012)	Age Related Disabilities - Aging and Quality of Life	Universidade de Victoria PO Box. Victoria, Columbia, 2012.	de British Canadá.	Demonstra-se como a ação dos profissionais de saúde em prol da qualidade de vida do idoso, especialmente as de cunho educativo.	Artigo/ Medline
----	--	--	--	--------------------	---	-----------------

Fonte: Artigos da amostra do estudo

Observa-se que dentre os 11 artigos selecionados, 3 especificam as ações de assistência ao idoso no contexto da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de modo explícito, discutindo o envelhecimento da população e a Qualidade de Vida (QV) e a Atenção Primária à Saúde (APS). Já os outros 8 artigos restantes que compõem a amostra detalham o processo de envelhecimento e as medidas em prol da qualidade de vida dos idosos sendo tomadas pelo profissional da saúde da saúde básica.

O QUADRO 3 abaixo revela os objetivos dos estudos selecionados de maneira a demonstrar que os mesmos estão alinhados a variável de interesse dessa pesquisa.

QUADRO 3 – Objetivo da publicação

N. ordem	AUTOR	OBJETIVO
01	Cristina Medeiros da Silva; Paulo Cerri; Sônia Maria Dorta Ferreira e Valquíria Magrini. (2012)	Conhecer a ações de ESF para garantir às pessoas envelhecer dignamente com saúde e qualidade de vida.
02	Cristina Padilha Lemos; Sandra R. S. Ferreira. (2009)	Expor como os profissionais da saúde podem contribuir na qualidade de vida da população através do processo de educação em saúde preparando-a para viver de forma harmônica com as mudanças associadas ao envelhecimento, desta forma auxiliando na promoção de uma vida saudável, ativa e feliz.
03	Josiane de Jesus Martins; Jordelina Schier; Alacoque Lorenzini Erdmann. (2007)	Propor uma reflexão sobre a questão do cuidado gerontogeriátrico, na perspectiva do Estatuto do Idoso e as perspectivas de cuidados seguros, éticos e com qualidade como desafio da equipe de saúde passa a ser a construção do cuidado integral, integrado e cidadão com a pessoa idosa.
04	Bruna de Oliveira Machado Feres; Anastácia Kayoko Hirata Saraiva; Suelaine Druzian. (2008)	Analisar a percepção de profissionais que atuam na ESF quanto à saúde do idoso, as ações desenvolvidas com as perspectivas dos profissionais visando à promoção, prevenção, cura

- e reabilitação das condições de saúde deles.
- 05 Josiane de Jesus Martins, Daniela Couto Carvalho Barra, Tatiana Mazurek Santos, Verenice; Hinkel, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Gelson Luiz Albuquerque; AlacoqueLorenziniErdmann. (2009) Este estudo objetivou conhecer as necessidades de educação em saúde dos idosos que frequentam grupos de terceira idade com dados que foram coletados através de atividades e técnicas grupais, questionários e observação participante.
- 06 Francisco Edilberto Gomes Bonfim, Karla Santa Cruz Coelho, Maria Tereza Pasinato, Martha Regina de Oliveira e Renato Veras. (2010) Analisar um plano de cuidado para a assistência à saúde dos idosos foi selecionado para um projeto baseado em ações de melhoria da atenção a saúde dos idosos é um dos eixos temáticos da Agenda Regulatória da ANS para o biênio 2011/12 em prol da qualidade de vida.
- 07 World Health Organization. SuzanaGontijo.(2005) Produzir material informativo e suporte técnico à mobilização dos profissionais de saúde na promoção da saúde e qualidade de vida do paciente idoso.
- 08 Dóris Firmino Rabelo Claudia Feio da Maia Lima; Patrícia Martins de Freitas; Júlio César dos Santos. (2010) Investigar o estilo de vida, as condições e a auto percepção da saúde e da qualidade de vida entre idosos do município de Patos de Minas (MG) e descrever a assistência dos profissionais de saúde para promover a qualidade de vida do paciente idoso.
- 09 Vivian C Honorato dos Santos de Carvalho , SinaraRossato L , Flávio D Fuchs , ErnoHarzheim e Sandra C Fuchs. (2013) A avaliação dos atributos da APS para pacientes idosos que aqueles que consultam em unidades com ESF e as medidas para promover a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.
- 10 Richard W. Besdine. (2013) Estudar a qualidade de vida dos idosos relacionado à saúde e cuidados de saúde e a rotina dos profissionais de saúde, especialmente no estabelecimento de objetivos terapêuticos e sua importância para os pacientes idosos.
- 11 Neena L. Chappell; Heather A. Cooke. (2012) Este artigo discute as dificuldades que possam deixar os idosos mais dependentes em suas atividades diárias e as medidas que podem ser tomadas por profissionais de saúde e o potencial dos ambientes terapêuticos para manter ou aumentar qualidade de vida dos idosos.

Fonte: Artigos da amostra do estudo

Com base nas descrições acima, os mesmos 3 artigos que delimitaram o tema explicitando a atuação profissional da Equipe da Saúde da Família na assistência ao paciente idoso na busca por sua qualidade de vida também mencionaram a Estratégia da Saúde da Família (ESF) nos objetivos do estudo. Tais estudos incluíram em seus objetivos as perspectivas dos profissionais da equipe da saúde da

família visando à promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde deles. Apenas um estudo incluiu no objetivo a percepção da assistência do profissional de saúde ao paciente idoso em uma determinada região. Já os 7 artigos restantes falam da assistência prestadas por profissionais de saúde na promoção da saúde e qualidade de vida do paciente idoso em geral.

O Quadro 4 a seguir, traz uma breve descrição dos artigos escolhidos para compor a Revisão Integrativa (RI) desse estudo. São descritos os pontos principais de cada publicação, especialmente no tocante à variável de interesse desse artigo.

Todos os artigos selecionados e dispostos no quadro acima descrevem os aspectos relacionados a promoção da saúde dos idosos e a garantia de uma melhor qualidade de vida como objetivos de uma assistência oferecida pelo profissional de saúde e que esse atendimento deve focar na padronização do procedimento; na identificação do idoso de risco e utilização adequada dos recursos disponíveis. Cada autor enfatizou um fator de maior peso na rotina do profissional de saúde que presta assistência ao paciente idoso como responsável pela garantia da qualidade de vida de seu paciente. A seção a seguir apresenta e discute tais apontamentos.

QUADRO 4 – Aspectos a serem considerados na Assistência ao idoso com foco na qualidade de vida.

N. ordem	AUTOR	Descrição
01	Cristina Medeiros da Silva; Paulo Cerri; Sônia Maria Dorta Ferreira e Valquíria Magrini. (2012)	Na saúde, é relevante uma abordagem integral, transformando o contexto atual, na produção de um ambiente social e cultural favorável para a população idosa, tendo por princípio o respeito à dignidade de cada um. É de suma importância a participação do profissional de saúde neste esforço e em seus desdobramentos, não só do ponto de vista demográfico, mas com visão holística no contexto social, psicológico, econômico e político, priorizando formas de envelhecimento ativo,

- saudável e em consequência a tão almejada boa qualidade de vida.
- 02 Cristina Padilha Lemos; Sandra R. S. Ferreira. (2009) Os profissionais de saúde devem trabalhar em medidas de prevenção e promoção do envelhecimento saudável em ações que possibilite compartilhar informações sobre o processo do envelhecimento e os fatores que impactam na qualidade de vida.
- Necessidade de reflexão sobre como trabalhar no nível da Atenção Primária em Saúde (APS) para auxiliar na compreensão dessas mudanças e prevenir os problemas de saúde e doenças que podem ocorrer.
- Busca de informações podem auxiliar na compreensão e manejo das situações mais frequentes no processo de envelhecimento contribuindo efetivamente na prevenção de doenças, no estabelecimento de um estilo de vida com qualidade para manter o organismo saudável.
- Sugere prover informações sobre o envelhecimento saudável ou normal e sobre a fragilidade ocasionada por processos fisiológicos ou problemas de saúde, entre outros, pode contribuir significativamente na qualidade de vida da pessoa idosa.
- Fundamental estimular e promover mudanças de hábitos e atitudes para prevenir os problemas de saúde.
- 03 Josiane de Jesus Martins; Jordelina Schier; Alacoque Lorenzini Erdmann. (2008) Os profissionais de saúde devem considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. No entanto, estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional, e não no cliente. Tais práticas requerem a voz e a participação ativa do idoso no movimento de construção e efetivação das leis e políticas sociais e de saúde que viabilizem o viver e envelhecer com qualidade.
- 04 Bruna de Oliveira Machado Feres; Anastácia Kayoko Hirata Saraiva; Suelaine Druzian. (2007) Utilizar as oportunidades para ampliar ações para fortalecer os potenciais de cuidados com a saúde.
- Deve-se primar pela autonomia dos idosos como processos emancipatórios voltados para o fortalecimento dos sujeitos. As obrigações dos profissionais de saúde incluem atuar para ampliar a capacidade de escolha superando as barreiras de informações que perpetuam medos dando ênfase dada aos processos grupais.
- A atenção realizada em grupos facilita o exercício da autodeterminação e da independência, pois o grupo pode funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na autoestima e, até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para essa ampliação.
- A atual conformação da equipe básica da ESF não é

suficiente para o atendimento dessa parcela da população, havendo evidências da necessidade de comporem a equipe profissionais como o educador físico, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Deve ser dado atendimento integral à saúde do idoso, visando principalmente à promoção da saúde, a concretização das mudanças vai além das possibilidades dos profissionais da saúde.

É preciso despertar outros setores da sociedade, como os da educação, lazer, esporte e transporte, o que demanda vontade política, conscientização dos atores e definição de estratégias capazes de atender à complexidade que representa melhorar as condições de vida dos idosos.

- 05 Josiane de Jesus Martins, Daniela Couto Carvalho Barra, Tatiana Mazurek Santos, Verenice; Hinkel, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Gelson Luiz Albuquerque, Alacoque LorenziniErdmann. (2009)
- Os profissionais de saúde não devem focar sua ação/cuidado na assistência ao idoso portador de doenças, mas sim atuar na promoção, educação, manutenção e recuperação da saúde deste ser.
- As ações devem respeitar a independência do idoso, primando a participação deste no processo de cuidado, pode ser considerada uma meta para a assistência qualificada e assim, cuidar do idoso sem o invadir sua dignidade ou privacidade.
- Deve-se adquirir conhecimentos que fornecem subsídios para uma prática de cuidado integral incluem o entendimento das necessidades humanas, adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida, de dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.
- Considerar que as medidas voltadas para o bem-estar da idade avançada depende, em grande parte, das experiências anteriores, ou seja, das possibilidades que se teve de levar um estilo de vida sadio, da promoção da saúde e educação contínua e do desenvolvimento de atitudes, de planos e pensão e de medidas para fomentar a criação de empresas e redes familiares e comunitárias que incluam pessoas de todas as idades.
- 06 Francisco Edilberto Gomes Bonfim, Karla Santa Cruz Coelho, Maria Tereza Pasinato, Martha Regina de Oliveira e Renato Veras. (2010)
- A promoção da saúde dos idosos e a garantia de uma melhor qualidade de vida devem ser consideradas para uma assistência que permita a padronização do procedimento.
- Assim, além da identificação do idoso de risco, é possível uma estratificação que permita a priorização de atendimento e utilização adequada dos recursos. Com isso, poderá ser melhorado o atendimento, sobretudo nos níveis posteriores, com a criação de critérios de prioridade vinculados à natureza da demanda e não à fila de espera.
- Informa a proposta de utilização de um centro de prevenção e promoção de saúde, além de vacinas, palestras, dentre outras ações.

- Deve haver o estímulo à nutrição adequada e atividades físicas, grupos de convivência, além da avaliação geriátrica ampla (AGA), que estabelecerá o perfil de saúde deste paciente idoso.
- 07 World Health Organization. SuzanaGontijo. (2005) A saúde deve ser vista a partir de uma perspectiva ampla, resultado de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável em todas as idades.
- Cabe aos profissionais da saúde liderarem os desafios do envelhecimento saudável para que os idosos sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o país.
- Abordar a saúde a partir de uma perspectiva ampla e reconhece o fato de que a saúde só pode ser criada e mantida com a participação de vários setores.
- Sugere que os profissionais da saúde liderem projetos que promovam a qualidade de vida para pessoas da Terceira Idade saudáveis continuem a representar um recurso para suas famílias, comunidades e economias.
- 08 Dóris Firmino Rabelo; Claudia Feio da Maia Lima; Patrícia Martins de Freitas; Júlio César dos Santos. (2010) Considerar que qualidade de vida em idosos se relacionam ao engajamento social, atividades físicas e religiosas.
- Os profissionais de saúde devem implementar práticas e cuidados voltados à promoção da saúde nos idosos, considerando a progressão do crescimento desta população. Deve-se estudar os aspectos da qualidade de vida saúde percebida pelos idosos. Essa percepção é necessária para a consolidação de modelos teóricos do desenvolvimento psicossocial de idosos saudáveis ou não.
- 09 Vivian C Honorato dos Santos de Carvalho, SinaraRossato L, Flávio D Fuchs, ErnoHarzheim e Sandra C Fuchs. (2013) Os principais aspectos observados entre APS idosos que consultam a ESF devem ser facilitados com a antecipação do atendimento por meio de um modelo de atendimento planejado para atender à condição do paciente idoso.
- A ESF atinge o seu propósito de promover a qualidade de vida em idosos mas ainda precisa trabalhar outras dimensões a na APS.
- As atividades de relacionamento médico-paciente deve ser associado positivamente com a qualidade do atendimento. O Projeto de Promoção da Saúde deve se constituir, tanto nas atividades educativas como de pesquisa, num espaço de exercício e construção da interdisciplinaridade, otimizado através da inserção de alunos da graduação e pós-graduação de diversas áreas profissionais (medicina, enfermagem, serviço social, nutrição, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional).
- A pesquisa sobre a saúde e qualidade de vida dos idosos, associada ao trabalho educativo de promoção da saúde, tem significado para a equipe uma experiência fértil em diversos sentidos.

- O primeiro é o espaço propício à construção da interdisciplinaridade, através do intercâmbio de conhecimento das diferentes áreas, favorecendo a constituição de um núcleo comum.
- 10 Richard W. Besdine (2013) Deve-se evitar as barreiras para a avaliação, traçar as perspectivas dos pacientes avaliando a qualidade de vida. Deve-se considerar que a qualidade de vida é subjetiva, assim modelos de decisão não pode ser aplicada em pacientes individuais.
- Atentar-se para alguns dos fatores que influenciam a qualidade de saúde da vida (por exemplo, a institucionalização, redução da expectativa de vida, prejuízo cognitivo, deficiência, dor crônica, isolamento social, status funcional) pode ser óbvio para os profissionais de saúde.
- Considerar fatores importantes que incluem a natureza e a qualidade dos relacionamentos íntimos, influências culturais, religião, valores pessoais e experiências anteriores com cuidados de saúde.
- 11 Neena L. Chappell; Heather A. Cooke. (2012) A qualidade de vida dos pacientes idosos passa pela avaliação da capacidade intrínseca (ou seja, a capacidade do indivíduo para realizar uma atividade, independentemente do contexto) e capacidade real (ou seja, a capacidade do indivíduo para realizar uma atividade, quando suportado pelo ambiente físico ou social).
- O ambiente físico tem o potencial de ajudar uma pessoa a superar sua deficiência intrínseca, quer através da remoção de barreiras ambientais ou a prestação de modificações ambientais.
- Esboça algumas linhas de pesquisa que devem ser desenvolvidas no contexto panorâmico oferecido pela avaliação multidimensional. São elas: perfil de idosos que moram sós; trabalho e vivência da aposentadoria; alterações posturais e inatividade; perfil dos idosos com risco de quedas; índice de massa corporal e dislipidemias; fatores psicossociais e morbidade.

5.2 Discussão dos resultados

Observa-se pelas respostas dadas a pergunta do estudo, que são vários os aspectos a serem considerados na assistência ao idoso com foco na qualidade de vida, o que pode levar a uma atenção de melhor qualidade por parte dos profissionais da saúde que compõem as Equipes de Saúde da Família .

Ao buscar identificar aspectos a serem considerados na atenção ao idoso pelos profissionais da equipe da saúde da família , pôde-se perceber que são inúmeros os aspectos a serem considerados para o alcance da autonomia e qualidade de vida dos idosos. Em função da celeridade com que o envelhecimento populacional vem aumentando e, principalmente, no Brasil repercutindo nas esferas sociais, políticas e econômicas. Trata-se de um assunto que merece atenção da sociedade como um todo, devendo ser assunto discutido continuamente para elaboração e execução dos planos de ação da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Os serviços de saúde e o controle epidemiológico enxergam essa realidade e entendem a necessidade de transformação em várias áreas. Assim, pode ser percebido com os resultados apresentados neste estudo, em que se observou a existência de ações desenvolvidas e implementadas pelos profissionais de saúde objetivando melhor qualidade de vida dos idosos.

Os autores que compuseram a amostra mencionam a importância de se conhecer o processo de envelhecimento bem como os fatores que mais interferem na percepção da qualidade de vida nos idosos. Ficou claro que o papel do profissional de saúde da equipe da saúde da família não deve focar suas ações em apenas prolongar os anos de vida, mas em viver bem. Tal fato se relaciona não só na melhoria e ampliação dos serviços de saúde para todas as idades, mas na melhoria da qualidade de vida no sentido mais amplo.

Nesse sentido, as políticas de saúde voltadas à população idosa, devem acontecer antes, ou seja, se basear na promoção de saúde ao longo de todo ciclo da vida. Não se esquecendo das políticas específicas para a população idosa, focando em um estilo de vida saudável, com integração familiar e social, são variáveis a serem consideradas.

Não é consenso entre os artigos selecionados nesse estudo, as ações das políticas de saúde em prol da qualidade de vida do idoso. O que foi possível observar é que o investimento no aumento na expectativa de vida, focando na longevidade qualificada é uma das macro medidas. Na área da saúde é onde se constata um maior número de ações voltadas ao idoso, especialmente, na Estratégia da Saúde da Família (ESF), que é um modelo de assistência centralizado no usuário.

Na Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem-se a exigência das equipes e dos profissionais de saúde que a integram, a consciência de buscar humanizar a assistência à saúde do idoso e sua família. É necessário que a promoção da saúde e prevenção de agravos se relacione a ações direcionadas ao idoso, considerando suas necessidades e singularidades. Outro aspecto mencionado pelos autores citados nesse estudo foi a questão das ações atenderem esta multidimensionalidade do ser humano, devendo integrar todas as áreas do conhecimento como a nutrição, a fonoaudiologia, odontologia, a geriatria e a gerontologia.

Da Silva et al. (2012) defenderam a importância da abordagem integral do paciente idoso e a efetiva participação do profissional de saúde neste esforço e em suas consequências. Para os autores, a prioridade deve ser dada as formas de envelhecimento ativo, saudável como relação direta com a qualidade de vida. Gontijo (2005) e Feres et. al (2008) também mencionaram a assistência ao paciente idoso dentro de uma perspectiva ampla, resultado de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável em todas as idades.

A independência, a liberdade e a auto estima são consequências da autonomia do idoso, assim sendo, os profissionais da equipe da saúde da família devem buscar a autonomia dos idosos como processos emancipatórios voltados para o fortalecimento dos mesmos. Feres et. al (2008) consideraram a autonomia como

consequência da atenção realizada em grupos, decorrendo no exercício da autodeterminação e da independência funcionando como apoio que mobiliza as pessoas na busca da autonomia e sentido para a vida, na autoestima e até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais para essa ampliação.

Já a questão da comunicação clara, transparente dos aspectos do envelhecimento e dos cuidados necessários a saúde também devem nortear as ações dos profissionais de saúde. O compartilhamento de informações sobre o processo do envelhecimento e os fatores que impactam na qualidade de vida segundo Lemos e Ferreira (2009) e Feres et. al (2008).

Na mesma linha de pensamento Martins et. al (2007) consideram que profissionais de saúde tenham pleno conhecimento das necessidades de saúde dos idosos para que possam oferecer assistência específica e assim proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. Martins et. al (2009) complementam essa ideia afirmando que as necessidades básicas do paciente idoso precisam ser identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico, essencialmente, curativo e centrado no profissional e não no paciente.

O envolvimento de vários profissionais de diferentes áreas do conhecimento podem garantir a qualidade de vida ao idoso. Gontijo (2005) e Carvalho et. al (2013), nesse aspecto, defendem a construção da interdisciplinaridade, através do intercâmbio de conhecimento das diferentes áreas, favorecendo a constituição de um núcleo comum. No mesmo pensamento estão Rabelo et. al (2010) e Carvalho et. al (2013) que citam as atividades educativas em um espaço de exercício e construção da interdisciplinaridade.

Martins et. al (2009), Feres et. al (2008), Da Silva et. al (2012) e Bonfim et. al (2010) consideram outro fator que a promoção da saúde dos idosos e a garantia de uma melhor qualidade de vida passam pela padronização do procedimento de assistência inicial de saúde ao idoso. Os autores sugerem a implementação de centros de prevenção e promoção de saúde, além de vacinas, palestras, etc.

A subjetividade da qualidade de vida é um obstáculo, um entrave a ser solucionado na assistência prestada ao paciente idoso. Os modelos de decisão no âmbito da Estratégia da Saúde da Família (ESF) para os idosos não pode ser aplicada em pacientes individuais. Assim, Chappell e Cooke (2012) e Besdine (2013) afirmam que a qualidade de vida pode não, necessariamente, ser previsto e alguns fatores que não podem ser antecipados podem ter efeitos, sem falar que as perspectivas sobre a qualidade de vida podem mudar.

Gontijo (2005), Martins et. al (2009), Bonfim et. al (2010), Rabelo et. al (2010) e Carvalho et. al (2013) citam o envelhecimento atrelado ao desenvolvimento de estratégias locais, nacionais e globais sobre a população que está envelhecendo. Os autores corroboram que a qualidade de vida dos idosos é menos impactada por problemas de saúde de longa permanência, desde que esses estejam controlados. Há de se desmistificar um preconceito social da sociedade a respeito do envelhecimento.

Besdine (2013) e Chappell e Cooke (2012) concluíram que é necessário atentar-se às modificações ambientais no lar do idoso, especialmente, àquelas relacionadas com suas atividades diárias, de modo a contribuir para a melhoria da sua capacidade funcional. Os profissionais de saúde devem estimular e dar exemplos para que os idosos vivam em casas acessíveis desencadeando a independência em suas atividades diárias e ter um melhor bem-estar.

6 CONCLUSÃO

A questão que motivou a realização deste estudo colocou em reflexão se as ações de promoção da saúde no rol da atenção básica dos profissionais da equipe da saúde da família contribuem para a qualidade de vida do idoso. A resposta que pôde ser confirmada entre os autores selecionados para essa pesquisa foi positiva.

Foi possível concluir que a assistência à saúde assume outra dimensão, crescendo na esfera domiciliar e, portanto, os profissionais que trabalham em contato com os idosos devem ter acesso às informações e oportunidades de qualificação continuada. É preciso que os profissionais da equipe da saúde da família tenham participação ativa nas estratégias e propostas de melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, abordando seus aspectos físicos considerados normais e identificando precocemente as alterações patológicas. Deste modo, perceber os fatores de risco e intervindo, quando necessário, mantendo a pessoa idosa integrada com sua família e fora do isolamento social.

Sugere-se novos estudos que façam uma abordagem na promoção e qualidade de vida em ações para recuperação da saúde, quando esta já foi comprometida por uma doença, e em atividades de integração e intersecção com outras políticas públicas. É necessário, sempre que possível traçar o perfil da população que a equipe da saúde da família irá atender dado o processo de envelhecimento heterogêneo como foi citado nesta pesquisa. É preciso fazer um diagnóstico das ações já existentes para a população idosa uma vez que são medidas, no Brasil, ainda recentes tanto em relação às políticas públicas e ações de saúde quanto à formação e capacitação dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. A. **Gestão da experiência de envelhecer em um programa para a Terceira Idade.** In: Textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2009.

BATTISTI, B. Z. et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo. V. 6, n.º, p. 34-41 p., jan./abr. 2009.

BESDINE, Richard W. Health-Related Quality of Life Merck Sharp &Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA 2013. Disponível em: Acesso em: http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/aging_and_quality_of_life/quality_of_life_in_the_elderly.html 14 de jan. 2014.

BEYEA, S.; NICOLL, L.H. Escrevendo uma resenha integrativa. **Jornal AORN**, v. 67, n.4 p.877, abr., 2002.

BONFIM, Francisco Edilberto Gomes; COELHO, Karla Santa Cruz; PASINATO, Maria Tereza; OLIVEIRA, Martha Regina de; VERAS, Renato. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar.** Revista do Ministério Da Saúde Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 2010. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a12.pdf>. Acesso em: 14 de jan. 2014.

BORK AM. **Enfermagem baseada em evidências.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 365p.

BOULT, C. et al. Screening Elders for Risk of Hospital Admission. 2010. **Journal of the American Geriatrics Society**, 2010. Caderno 41: p. 811 -817.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia operacional e portarias relacionadas/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: MS, 2013..

_____.Ministério da Saúde. **Portaria nº 2616.** Ministério da Saúde. Anexo IV. 1998

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília, 2006.192 p.

BROCKLEHURST J. C; TALLS, R. C.; FILLIT, H.M, Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, London: Churchill Livingstone, 2012.

CAMARANO, Ana et al. Idosos Brasileiros: Indicadores de condições de vida e acompanhamento de políticas. Brasília Presidência da República, Subsecretaria de Recursos Humanos, DF, 2006-06.

CAMARGO, K; Veras, R. P. Idosos e universidade: parceria para qualidade de vida. In: VERAS, R. (org.). **Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Edição. Rio de Janeiro: Relume - Dumará / UnATI / UERJ, 2011.

CARVALHO, F.E. T.; PAPALÉO, N. M. **Geriatría**. 1º Ed, São Paulo: Atheneu, 2000, pg. 271.

CARVALHO , Vivian C Honorato dos Santos de ; ROSSATO L , Sinara; FUCHS , Flávio D; HARZHEIM, Erno; FUCHS, Sandra C. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. BMC Public Health de 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/605>. Acesso em: 14 de jan. 2014.

CHAPPELL, Neena L.; COOKE, Heather A. Age Related Disabilities - Aging and Quality of Life. Universidade de Victoria PO Box. Victoria, British Columbia, Canadá. 2012. Disponível em: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/189/> Acesso em: 14 de jan. 2014.

COLOGNA, A. J. et al. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**. v.18, supl. 5. Ribeirão Preto. 47-51p. 2003. Disponível em www.scielo.br/acb.

CROCKER D. **Qualidade de Vida e Desenvolvimento: O enfoque normativo de Sen e Nussbaum**. Lua Nova. 2013.

CRUVINEL, Tomaz Alberto Costa . **Promoção da saúde e qualidade de vida nos idosos na Saúde da Família**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Uberaba, 2013. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

DA SILVA, Cristina Medeiros; CERRI, Paulo; FERREIRA, Sônia Maria Dorta; MAGRINI, Valquíria. Ações Públicas Voltadas para Qualidade de Vida do Idoso. Cap. 15. **Revista. Unicamp** Cap 15. 2012. Disponível em: Acesso em: 14 de jan. 2014.

DOMENICO, E. B. L. D.; IDE, C. A. C. **Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades**. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2003, v.11, n.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692003000100017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> ISSN 0104-1169. Acesso em 11 de dez. 2013.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7.ed. Artmed. 568p. 2011.

FALLOWFIELD L. The Quality of Life in the Elderly. In: Fallowfield, L. The Quality of Life. The Missing Measurement in Health Care. London: Souvenir Press (E&A) Ltd., 2010. p.162-85.

FLETCHER A. Discussion. In: Grimley-Evans J. Quality of life assessments and elderly people. In: Hopkins A, editor. **Measures of the Quality of Life and the uses to which such measures may be put**. London: Royal College of Physicians of London, 2002. p.117.

GONTIJO, Suzana. World Health Organization. **Envelhecimento Ativo: uma política**

De saúde. World Health Organization. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2005. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 14 de jan. 2014.

FERES, Bruna de Oliveira Machado; SARAIVA, Anastácia Kayoko Hirata; DRUZIAN, Suelaine. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.11 n.2 Rio de Janeiro 2008.

Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 de jan. 2014.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro, Untai/UERJ, 2012.

GRIMLEY-EVANS J. Quality of Life assessments and elderly people. In: Hopkins A, editor. **Measures of Quality of Life and the uses to which such measures may be put**. Royal College of Physicians of London, 2012. p.107-16.

GUIMARÃES, Renato M, CUNHA, Ulisses G.V. **Sinais e Sintomas em Geriatria**, Revinter, Rio de Janeiro: 2012.

KALACHE, A; et al. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Publ.**, São Paulo, 21 (3): 200-10, 2007.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2007. **Censo Demográfico 2007**. Citado em 03 de maio de 2010. IBGE (Fundação Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística), 2007. Censo Demográfico 2007. Citado em 03 de maio de 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.

MARTINS, Josiane de Jesus; BARRA, Daniela Couto Carvalho; SANTOS, Tatiana Mazurek; HINKEL, Verenice; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz; LORENZINI, AlacoqueErdmann. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 443 - 456, 2009. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1809-98232008000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 de jan. 2014.

MARTINS, Josiane de Jesus; SCHIER, Jordelina; ERDMANN, AlacoqueLorenzini. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.10 n.3 Rio de Janeiro 2007. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/promocaoenvelhecimentoprofissional.pdf>. Acesso em: 14 de jan. 2014.

MARTINS, J.J. ET al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, vol. 10, n.º, 2007.

NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NOBRE, M.R.C.; BERNARDO, W.M.; JATENE, R.B. A **prática clínica baseada em evidências. Parte I- questões clínicas bem construídas**. Revista Associação Médica Brasileira, n. 49; v.4; p.445-449, Out/2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400039&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30 nov. 2013.

NOBREGA, T. O.; KARNIKOWKI, M. G. O. A terapia medicamentosa no idoso: Cuidados na medicação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.309-313, abr. /jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320080007020>. Acesso em: 10 jan. 2014.

PASCHOAL SMP. **Qualidade de Vida na Velhice**. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.; 2004. p.79-84.

PASCHOAL SMP. **Qualidade de Vida do Idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**[tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.

PERRY A. G., Potter PA. **Fundamentos de enfermagem**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. v.1, p. 1187-228.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

RABELO, Dóris Firmino; LIMA, Claudia Feio da Maia; FREITAS, Patrícia Martins de; SANTOS, Júlio César dos. Qualidade de vida, condições e auto percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, novembro 2010. Disponível em: revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/5370/3850. Acesso em: 14 de jan. 2014.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v.11, n.1, p.83-89, jan./fev. 2007.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos ; BOLINA, Alisson Fernandes ; DIAS, Flavia Aparecida ; SANTOS, Nilce Maria de Freitas. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 50-57, jul./dez. 2009.

APÊNDICE

Instrumento de Coleta de Dados

Sobre o primeiro autor:

1. Profissão:

2. Titulação:

Relacionadas às publicações:

1. Ano:

2. Periódico:

3. Título:

4. Fonte:

5. Delineamento:

6. Variável de interesse: assistência enfermagem; idosos e Qualidade de Vida.
