



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ROSÂNGELA CABRAL

**O PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Londrina
2017

ROSÂNGELA CABRAL

**O PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Defesa de dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mara S. G. Dellarozza

Londrina
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

CABRAL, ROSÂNGELA.

O processo de cuidar da pessoa idosa na atenção primária em saúde / ROSÂNGELA CABRAL. - Londrina, 2017.

100 p.

Orientador: Mara Solange Gomes Dellaroza.

Coorientador: Adriana Valongo Zani.

Coorientador: Brígida Gimenez de Carvalho.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de saúde para idosos - Tese. 2. Atenção Primária a Saúde - Tese. 3. Vulnerabilidade em saúde - Tese. 4. Gestão em Saúde - Tese. I. Gomes Dellaroza, Mara Solange. II. Valongo Zani, Adriana. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

ROSÂNGELA CABRAL

**O PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Defesa de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientador Prof^ª. Dr^ª. Mara Solange G.
Dellaroza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^ª. Dr^ª. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^ª. Dr^ª. Adriana Valongo Zani
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 14 de Março de 2017.

DEDICA

A Deus por ter me sustentado na caminhada.
A toda minha família, sem eles não há motivos.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Mara Dellaroza, minha orientadora, pela sua compreensão e paciência e principalmente por sua generosidade em compartilhar seu conhecimento.

A professora Mara Garanhani, sua contribuição foi essencial.

Aos meus filhos Hylea, Bruno, Danilo e netos Augusto e Felipe, pois tudo que me move é o amor que sinto por vocês.

Aos meus pais Vicente e Angela, pois se aqui estou, é porque o maior presente que me deram foi a educação em Deus e na família.

Ao meu marido André, testemunha silenciosa das intempestividades.

A Coordenação do Mestrado professora Maria do Carmo Haddad, que igualmente a Seção de Pós-Graduação na pessoa da Sandra Lage, sempre estiveram prontas a acolher e dar soluções.

Um agradecimento especial a secretária de saúde e a todos os profissionais da Atenção Primária em Saúde do município de coleta de dados, sempre disponíveis e prestativos.

Gostaria de agradecer também algumas pessoas que contribuíram para que essa jornada se cumprisse, Naila Bombessi, a quem nem conhecia e proporcionou um apoio enorme além de viagens, agora amiga; Julia Villas Boas, a sua atenção no início foi motivadora e imprescindível; Denise Salvagioni, obrigada por me fazer acreditar e por servir de exemplo, e ainda obrigada a todos os professores do programa de mestrado, vocês são incríveis!

“Que o perto tem distâncias, e o esquerdo tem direito, que a resposta tem pergunta e o problema solução. E o amor começa aqui no contrário que há em mim e a sombra só existe quando brilha alguma luz”

Pe. Fábio de Melo

CABRAL, Rosângela. **O processo de cuidar da pessoa idosa na Atenção Primária em Saúde**. 2017. 100 f. Defesa de Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

A visão de pessoa idosa presente na sociedade mescla percepções entre o envelhecimento bem-sucedido o quanto possível isento de patologias e presença de incapacidade e dependência, expondo assim uma vulnerabilidade pessoal e social. Estas diferentes realidades estão presentes nos serviços de saúde e especialmente na atenção primária onde a maioria dos idosos buscam atenção e cuidado. A pesquisa objetivou compreender a percepção de pessoa idosa para os profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) e revelar como se dá o processo do cuidar. Trata-se de um Estudo de Caso de caráter analítico e abordagem qualitativa, no qual se utilizou o recurso de Triangulação de dados, embasado no referencial teórico da Vulnerabilidade de Ayres. Realizado em um pequeno município na região norte do Paraná. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2015 a março de 2016 e dividiu-se em quatro etapas distintas, visita ao município e entrevista com a coordenação regional, observação da rotina dos profissionais na assistência ao idoso, análise documental de prontuários e a realização de dois grupos focais, o primeiro constituído de sete profissionais de nível superior e o segundo com onze profissionais de nível médio que atuam na APS do município. As entrevistas e grupos focais foram gravados, seguidos por transcrições e análise de conteúdo, sendo extraídas as unidades de registro de maior destaque e agrupadas por categorias temáticas. O resultado da análise referente a opinião dos profissionais sobre a percepção de pessoa idosa revelou três categorias: “Visão de idoso oscilando entre o afastamento e a inserção na sociedade digital”, “Percepção da solidão e da relevância do apoio social, familiar, religioso e do autocuidado” e “O idoso transitando entre a condição de ativo e a situação de dependência”. Sobre o processo de cuidar da Atenção Primária em Saúde apresentaram-se outras três categorias: “Atenção Primária em Saúde como fonte de apoio emocional e afetivo”, “Serviços organizados em rede e voltados para o cuidado integral e “Dificuldade de recursos humanos e financeiros”. Conclui-se que a percepção de idoso incorpora aspectos positivos como o envelhecimento ativo, mas enfrenta desafios da senescência associados a doenças crônicas que impõem incapacidades, dependências e fragilidade, deixando clara a vulnerabilidade individual, social e programática deste grupo. Dificuldades operacionais como a falta de recursos humanos impelem os profissionais a assumir funções que poderiam ser divididas com serviços de saúde de nível secundário e terciário, desta forma, desviando as ações de promoção e prevenção para ações curativas, com caráter biológico e terapêutico. Políticas de gestão da saúde e da área social, poderiam potencializar ações e estratégias que diminuíssem a vulnerabilidade individual e social com ações educativas e de fortalecimento da rede social. A práxis ainda não reflete o conhecimento exposto, detendo-se em obstáculos que denunciam a vulnerabilidade programática do serviço. A concepção integral da pessoa idosa se devidamente estimulada pode se transformar em estratégia de trabalho em rede e com o correto investimento pode efetivar a assistência necessária integral e de qualidade que se almeja.

Palavras-chave: Serviços de saúde para idosos. Atenção Primária a Saúde. Vulnerabilidade em saúde. Gestão em Saúde.

CABRAL, Rosângela. **The process of caring for the elderly in Primary Health Care.** 2017. 100 p. Master Thesis Defense (Master Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

ABSTRACT

The view of the elderly present in society blends perceptions between successful aging as much as possible free of pathologies and the presence of disability and dependence, thus exposing a personal and social vulnerability. These different realities are present in health services and especially in primary care where the majority of the elderly seek attention and care. The aim of the research was to understand the perception of the elderly for the Primary Health Care (PHC) professionals and reveal how the care process occurs. This is a study case of analytical character and qualitative approach, in which the data triangulation resource was used, based on the theoretical reference of the Ayres Vulnerability. Occurred in a small municipality in the northern region of Paraná. Data collection happened from November 2015 to March 2016 and was divided into four distinct stages, the visit to the municipality and interview with the regional coordination, observation in the routine of professionals in the care of the elderly, documental analysis of medical records and two focus groups, the first consisting of seven professionals at the higher level and the second with eleven mid-level professionals working in the city's PHC. The interviews and focus groups were recorded, followed by transcripts and content analysis, with the most important recording units were extracted and grouped by thematic categories. The results of the analysis concerning the opinion of professionals on the perception of the elderly revealed three categories: "Older vision oscillating between estrangement and insertion in the digital society", "Perception of solitude and relevance of social, family, religious and self-care, and "The elderly moving between the condition of active and the situation of dependence". Regarding the process of caring for Primary Health Care, three other categories were presented: "Primary Health Care as a source of emotional and affective support". Networked services focused on integral care and "Difficulty in human and financial resources". It is concluded that the perception of the elderly incorporates positive aspects such as active aging, but faces challenges of senescence associated with chronic diseases that impose incapacities, dependencies and fragility, making clear the individual, social and programmatic vulnerability of this group. Operational difficulties such as the lack of human resources impel the professionals to assume functions that could be divided with health services of secondary and tertiary level, in this way, diverting actions of promotion and prevention for curative actions, with biological and therapeutic character. Health and social management policies could potentiate actions and strategies that would reduce individual and social vulnerability through educational actions and the strengthening of the social network. The praxis still does not reflect the expressed knowledge, stopping in obstacles that denounce the programmatic vulnerability of the service. The integral conception of the elderly person, if properly stimulated, can be transformed into a strategy of networking and with the correct investment can make the necessary integral and quality assistance that is desired.

Palavras-chave: Health services for the elderly. Primary health care. Vulnerability in health. Health Management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem,
APS	Atenção Primária à Saúde
APSUS	Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
HGT	Hemogluco teste
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LICC	Lei de Introdução ao Código Civil
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial
Pacs	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PM	Profissional de nível Médio de ensino
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PS	Profissional de nível Superior de ensino
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	VULNERABILIDADE.....	21
2.2	REFERENCIAL DE AYRES	22
2.3	JUSTIFICATIVA	24
3	OBJETIVOS	25
4	MÉTODO	26
4.1	NATUREZA DO ESTUDO	26
4.2	LOCAL	27
4.3	PROCEDIMENTO DE COLETA	28
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	30
4.4.1	Participantes.....	31
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES	85
APÊNDICE A -	Questões da Entrevista com a coordenação da Saúde do Idoso da 17ª Regional de Saúde-Paraná.....	86
APÊNDICE B -	Roteiro de observação da Visita domiciliar	87
APÊNDICE C -	Coleta de dados do registro em prontuário.....	88
APÊNDICE D -	Roteiro de observação da consulta e atendimento na UBS	89

APÊNDICE E -	Questões para a entrevista com a Secretaria de Saúde.....	90
APÊNDICE F -	Questões para entrevista com o médico.....	91
APÊNDICE G -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	92
APÊNDICE H -	Questões norteadoras do mediador	93
APÊNDICE I -	Roteiro para observação geral com disposição dos participantes	94
APÊNDICE J -	Quadro de Análise de Bardin.....	96
ANEXO	97
ANEXO A -	Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa –CEP	98

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira na última década tem sido um processo em constante evolução, nos últimos anos essa população cresceu de 3 milhões em 1960, para mais de 21 milhões em 2010. No Paraná, o Censo 2010 mostrou que indivíduos com 60 anos ou mais já compunham 11,2% da população geral, e que para cada 100 jovens com idade até 15 anos, havia 49 idosos (IBGE 2010). No mesmo ano a expectativa de vida ao nascer era de 75,2 anos, e aqueles que completavam 60 anos tinham a expectativa de viver por mais 21,4 anos (IBGE, 2010a). Em nenhum outro período da história, o homem teve tanta oportunidade de alcançar a terceira idade, ou seja, de chegar até os 60 anos ou mais em países com desenvolvimento, ou 65 em países desenvolvidos.

O IBGE afirma que nos próximos vinte anos, no Brasil a população idosa deverá ultrapassar os 30 milhões de indivíduos, o que representará quase 13% da população ao final deste período (IBGE, 2012). Em decorrência do continuado declínio da fecundidade e do aumento da longevidade, o País marchará velozmente rumo a um padrão etário cada vez mais envelhecido, o que, decididamente, implicará em avaliações permanentes das políticas sociais direcionadas para o atendimento das demandas de um contingente de adultos e idosos que crescerá rapidamente (BRASIL, 2012b).

Novas tendências em qualidade de vida e tecnologias em saúde têm influenciado e contribuído para o aumento dos idosos nas estatísticas, gerando assim a necessidade de novas políticas públicas em saúde. Segundo Moraes (2012, p.10), a acelerada mudança demográfica e epidemiológica acarreta para a área da saúde novos desafios, especialmente a “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais” com maior uso dos serviços.

Diferentes concepções e significados são atribuídos ao envelhecimento, e a “saúde e doença” não se manifestam igualmente em todo sujeito, mas relacionam-se com as condições de vida, fatores sociais, estilo de vida, entre outras condições.

A capacidade do idoso em realizar e satisfazer as próprias necessidades é a medida para definição de saúde, e, não a simples ausência de doença. A pessoa idosa portadora de doenças crônicas ou disfunções orgânicas, em sua grande maioria, pode continuar a desempenhar atividades sociais, administrar a

própria vida e cuidar-se sem limitações, habilidades estas denominadas de “funcionalidade global do indivíduo” MORAES (2012, p. 10).

Brêtas (2003, p. 298) conceituou o envelhecimento sob o ponto de vista dos alcances individuais e coletivos:

O envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e como tal, sofre as influências da sociedade. A vida não é só biológica, ela é social e culturalmente construída, portanto pode-se dizer que os estágios da vida apresentam diferentes significados e duração.

O envelhecimento foi definido por Carvalho Filho, (2007) numa concepção mais fatídica, como uma progressão biológica apta a agressões que determinam a morte:

... um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão interferindo progressivamente no organismo, tornam-no mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas, que terminam por levá-lo à morte (CARVALHO FILHO, 2007 in NETTO, p. 105).

Em estudo sobre a definição de envelhecimento saudável e suas dimensões, Cupertino (2007, p.85) conclui que “são temas amplos e pouco estudados, visto que muito investiga-se sobre o envelhecimento patológico e suas repercussões em diversos campos da vida do sujeito”.

Quanto a funcionalidade do idoso na condição de envelhecimento normal, Moraes (2012, p.24) admite que acarretará no máximo “lentificação global no desempenho das tarefas do cotidiano” (limitação das atividades) afetando funções que não seriam indispensáveis para a sua sustentação física. Afirmando assim que “toda a função perdida com o envelhecimento normal é supérflua, não sendo indispensável para a manutenção de uma vida funcionalmente ativa e feliz”.

Portanto a senescência ou envelhecimento normal tratam-se de um processo contínuo que faz parte de todo ciclo da vida; porém com o passar dos anos o organismo vai diminuindo seu ritmo de trabalho, fato este que pode ou não resultar em algumas limitações físicas e vulnerabilidades, trazendo à tona as questões sobre a ponderação de qualidade de vida e saúde do idoso.

No Brasil, tomando-se por base a condição de funcionalidade de

uma parcela de idosos autônomos e de uma outra mais fragilizada, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), em 19 de outubro de 2006, pela portaria nº 2.528, com o objetivo de promover o envelhecimento ativo e saudável, recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, por meio de ações coletivas e individuais de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e seguindo as indicações da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2002 (BRASIL, 2010).

A condição de vida da pessoa idosa está inserida dentre os programas da Atenção Primária em Saúde: Programa Saúde da Família e (PSF) atualmente definida como Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006 b)

A APS, de acordo com o PNAB *apud* CONASS (BRASIL, 2011a, p.16,17), é desenvolvida por práticas “gerenciais e sanitárias democráticas e participativas”, por meio do trabalho em equipe, assumindo a responsabilidade sanitária. “Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território”. E orientada pelos princípios da “universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade; integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social”.

Segundo a Organização Mundial da Saúde a Atenção Primária em Saúde foi definida na Declaração de Alma-Ata, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex-República Socialista Soviética), entre 6 e 12 de setembro de 1978:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à

saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OPAS/OMS, 1978).

Sobre a atuação da APS o PNAB *apud* CONASS (BRASIL, 2011a, p.17) esclarece:

A Atenção Primária à Saúde (APS) considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

No Brasil o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de Atenção Básica para definir APS, tendo como sua principal estratégia de reorganização a Saúde da Família (SF). (BRASIL, 2011a, p. 14). E no Estado do Paraná o termo mais frequentemente utilizado é APS, neste sentido optou-se em fazer o uso do termo “Atenção Primária à Saúde” no presente estudo.

Dentro do PNSPI também há destaque para a atuação das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família estabelecidas como “porta de entrada”, as ações coletivas na comunidade e a participação das redes sociais dos usuários como recursos imperativos nas dimensões: cultural e social e ainda se utilizando da referência dos serviços especializados de média e alta complexidade. No fortalecimento destas ações foi recomendado pelo Ministério da Saúde o instrumento de avaliação rápida, em que quando identificadas alterações, o profissional será direcionado a outros instrumentos de avaliação complementar para constituição de procedimentos terapêuticos; a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, contribuindo na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização e no planejamento e organização das ações, e, um acompanhamento ideal do estado de saúde da pessoa idosa.

Para efetividade do planejamento da Atenção ao Idoso e avaliando a necessidade de capacitação na atenção primária para o envelhecimento ativo e saudável e a adoção da estratificação de risco, no Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, foi inserido o Módulo 9: Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde (Oficinas do APSUS) no processo de capacitação das equipes para identificação do idoso vulnerável.

O APSUS insere um novo contexto na organização da Atenção Primária à Saúde (APS), entre o Estado e os Municípios, implementando assistência e gestão,

dando início à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS) (PARANÁ/SESA, 2015).

A atenção à pessoa idosa na APS tem como objetivo: ampliar a longevidade por meio do estímulo à mudança do estilo de vida e da oferta de serviços competentes e efetivos para todos. E, objetivando o Atendimento Primário em Saúde do idoso no Paraná, Pereira (2014, p.9) destaca a garantia do envelhecimento ativo pela área da saúde como: “(...) qualidade de vida, independência e autonomia, prevenindo ou postergando ao máximo o surgimento das incapacidades e da dependência...”; destacando a necessidade urgente de identificação da fragilidade e de intervenções de prevenção e reversão desta.

A proposta das oficinas do APSUS/Saúde do Idoso à APS teve o objetivo de capacitar os profissionais de saúde com as seguintes finalidades de compreensão: de dados demográficos e epidemiológicos relacionados à população idosa do estado do Paraná; dos fundamentos sobre a saúde do idoso; da competência da APS na atenção à saúde dos idosos no Paraná; dos fundamentos da avaliação multidimensional da saúde do idoso; do instrumento e da metodologia para a estratificação de risco do idoso e a identificação de idosos vulneráveis na APS; e ainda a compreensão dos fundamentos para a elaboração de um plano de cuidado (PEREIRA, 2014, p.4).

Em APS estão envolvidas diferentes áreas da gestão em saúde, a inserção de novas ferramentas e novas atitudes de maneira integrada e justa contribuem para a inovação e promoção de mudanças que determinam um acréscimo de qualidade, desempenho, e eficiência no atendimento ao usuário.

Com relação às redes de apoio social à PNAB (BRASIL, 2011c, p. 39-43) específica entre outras características essenciais ao processo de trabalho das equipes de atenção primária as seguintes:

[...] VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada; [...]X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral; ” [...] “São atribuições comuns a todos os profissionais: [...] III - Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)

Segundo Rosa e Benício (2009, p. 80) “As relações sociais de apoio estão associadas à organização do vínculo entre pessoas e é composta pela rede de relações formais e informais”. São designadas como formais os contatos com profissionais de saúde, professores, advogados, e outras pessoas conhecidas. Como informais as relações de maior importância pessoal e afetiva, estruturadas por vínculos com os demais sujeitos (família, amigos, colegas de trabalho, comunidade e outros) cujas características predominantes são a familiaridade e a proximidade, com inclusão afetiva.

Contar com serviços formais estruturados para o cuidado do idoso e à família prescinde aliar-se a outras estruturas de serviço, tais como o social, nele incluídas o terceiro setor ou Organizações Não Governamentais (ONG): fundações, sociedades civis, igrejas e outros. Constituindo importante meio de suporte e auxílio aos serviços de saúde “As organizações destinadas a fins de interesse coletivo, como as sociedades e as fundações...” (art. 11 da LICC), podem contribuir legitimamente na complementaridade da assistência à saúde. Embora o significado para os termos Terceiro Setor ou ONG serem os mesmos, a segunda designação tem sido mais ligada às organizações que apresentem suas intenções direcionadas a ações que alcancem a coletividade (RESENDE, 2011).

Em um estudo realizado analisando a APS de 19 unidades de saúde do município de Porto Alegre, no que se refere a comparação entre a teoria e prática no cuidado com pessoas idosas, Martins, et al (2014, p. 3412) observaram que na primeira aproximação dos idosos com os serviços, apenas cerca de metade dos serviços acessados correspondeu à efetividade preconizada. Quanto a integralidade do cuidado, notaram dificuldades expressivas. Em busca de uma justificativa os autores buscaram evidências que revelam que as UBS “funcionam ainda sob a lógica biomédica focada em enfermidades e não em pessoas”.

Os resultados alcançados no estudo de Martins, et al (2014, p.3413-3414) demonstraram que, não obstante ao atendimento das Políticas e Protocolos, alguns espaços ainda impossibilitam a eficácia da APS, entre eles “restrição no acesso, desarticulação da rede de cuidados, limitação de escopo de serviços oferecidos e despreparo das equipes” que atendem aos idosos. E ainda foram encontradas de forma inadequada: a acessibilidade nas UBS, a identificação das equipes, presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas e outras instalações impróprias ao idoso e aos “portadores de limitações visuais ou auditivas” compondo-

se em obstáculos de acesso aos serviços de saúde e no seguimento do cuidado.

Adquirido este amplo aspecto do cuidado com a pessoa idosa até este ponto e ampliando a apreensão de vulnerabilidade em conjunto com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a pessoa idosa, passamos a refletir sobre a ótica e a compreensão por profissionais de saúde e como ocorre em nível primário de assistência à saúde, o processo de cuidar do idoso condicionado ao conceito de vulnerabilidade.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

As políticas de organização dos serviços de saúde da Atenção Primária em Saúde propõem que o objetivo da assistência ao idoso seja sempre de identificar o grau de vulnerabilidade da pessoa idosa, evitando sua fragilização e consequente dependência e morte.

2.1 VULNERABILIDADE

A utilização do conceito de Vulnerabilidade coopera para novas práticas em saúde coletiva, em que o cuidado adota a atitude multidisciplinar, com a atuação de diferentes áreas e responsabilidades em busca de um mesmo objeto de cuidado (MUÑOZ-SÁNCHEZ & BERTOLOZZI, 2007).

A Vulnerabilidade também pode ser manifestada por “declínio funcional” e “é o foco da intervenção geriátrica e gerontológica, independentemente da idade do paciente”. No aspecto da funcionalidade e de maior vulnerabilidade, esse declínio é apresentado como fator decisivo para a presença de fragilidade, percebida como um fator clínico de predisponibilidade ao “risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte” (Moraes, 2012, p.19).

Moraes (2012, p.62) atenta para que a assistência em saúde não seja confundida com assistência a doenças, visto que:

No idoso, as principais condições crônicas de saúde são representadas pelas doenças ou comorbidades, incapacidades, sintomas frequentes, automedicação, iatrogenia e a própria vulnerabilidade associada ao envelhecimento. As condições agudas de saúde resultam, na sua maioria, da descompensação das condições crônicas, cujo manejo clínico ou gestão da clínica não foi satisfatório.

Na interpretação das definições acima nota-se que a Vulnerabilidade é fato ligado à idade constatada e sem perdas físicas, nesta o idoso é ativo e sem dependências e requer um cuidado visando a promoção em saúde; prevenção de riscos e o adoecimento.

2.2 REFERENCIAL DE AYRES

Na busca de uma conceituação mais ampla sobre vulnerabilidade e um referencial teórico que pudesse embasar as análises sobre o processo de cuidar da pessoa idosa, encontrou-se o referencial de Ayres et al (2009).

Ayres et al (2009, p.122) expressa que apesar de ser utilizado desde a década de 1990, o conceito de Vulnerabilidade ainda é um termo pouco conhecido por muitos profissionais de saúde. O termo surgiu no campo de respostas para a epidemia de HIV/AIDS expressando novas respostas para a prevenção e promoção da saúde. Por apresentar-se como referência importante nesse campo com produção de conhecimento interdisciplinar e proposição de intervenções, pode ter seu desempenho repetido em outra diversidade de trabalho em saúde, exatamente por seu conceito haver alcançado sucesso com retornos às determinantes afora da doença ou do seu agente etiológico. O conceito é “construto e construtor dessa percepção ampliada e reflexiva” capaz de identificar causas e impactos da epidemia envolvendo “aspectos que vão desde as suscetibilidades orgânicas” até os programas de saúde, comportamentos, cultura, economia e política, transformando a proposta de vulnerabilidade aplicável a diversas formas de agravo de importância em saúde pública.

Buscando sustentar a tese em vulnerabilidade, Ayres et al (2009, p.123) procuram demonstrar as direções para onde apontam esta novidade, fazendo uma recuperação do histórico deste conceito, sua representatividade, limitações, possibilidades de superação de forma a apresentar o contraste com outros conceitos similares, especialmente o de risco e ainda sua perspectiva de utilização e de desafios. O termo origina-se na “advocacia internacional dos Direitos Universais do Homem” e aprofunda-se por meio da publicação, em 1992, do livro “Aids in the World” trazendo especificidades para a Vulnerabilidade em saúde pública e ampliando sua discussão também pela Escola de Saúde Pública de Harvard. (MANN, TARANTOLA E NETTER,1993).

Em resumo Ayres et al (2009, p.128) conceituam Vulnerabilidade como:

... esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Ayres et al (2009, p.128) fazem a análise da vulnerabilidade articulando três eixos: individual, social e programático.

O componente individual se refere:

(...) ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos (...), ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras.

Deste modo a pessoa recebe informações apropriadas, as compreende tornando-as aliadas de forma a assumir a responsabilidade por sua autoproteção, quando fora da presença do profissional de saúde.

O componente social refere-se à aquisição de informações e a capacidade não-individual de incorporá-las para o exercício de mudança; acesso aos meios de comunicação, escolarização, recursos materiais, participação nas decisões políticas, enfrentamento aos obstáculos culturais e livre de repressões, e ainda conhecer e avaliar a situação cultural, econômica e política, aderindo ao recurso de participação social para decisão e enfrentamento dos agravos em saúde.

E o componente programático à disponibilidade eficaz e democrática com otimização dos recursos sociais que as pessoas necessitam para proteção às injúrias; envolvimento dos programas existentes nas esferas governamentais e locais para o planejamento, oferta de recursos, gerenciamento, avaliação e implementação do cuidado; identificação de novos recursos necessários contribuindo para o fortalecimento dos indivíduos diante da suscetibilidade.

Estes autores observam que as interpretações de Vulnerabilidade não se dissociam das análises epidemiológicas de risco (AYRES, et al., 2009, p. 128):

Estabelecer associações probabilísticas da distribuição populacional da infecção entre diferentes condições objetivas, mensuráveis (...); seguirá sendo sempre uma importante fonte de informações e hipóteses. Contudo, se essas variáveis não são interpretadas quanto à variabilidade e à dinâmica de seus significados sociais concretos, e se o risco aferido passa de uma categoria analítica abstrata ao desenho de práticas de intervenção sem as necessárias mediações, então não só ele se mostra insuficiente como, frequentemente, prejudicial.

A Vulnerabilidade pretende contribuir nas análises de categorias de

intervenções que necessitam avaliar a recíproca de mediações entre elas, obtidas da multiplicidade de fatores abrangidos.

Na prática do PNSPI envolve uma transformação que abandona o ponto de vista pautado em necessidades que, geralmente, coloca a pessoa idosa como passiva, passando a ter um enfoque que distingue o direito do idoso à igualdade de oportunidades em todos os aspectos da vida; apoiando a responsabilidade no aprendizado de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos comunitários (BRASIL, 2006 a, p.10-12). Estes aspectos se deparam aos componentes individual, social e programático da Vulnerabilidade propostos por Ayres, et al (2009) que têm por objetivos a informação ao indivíduo sobre suas dificuldades incorporando-as à responsabilidade mútua pelo enfrentamento destas e ofertando o reconhecimento das estruturas sociais, políticas e culturais disponíveis possibilitando acesso para decisões e contribuições próprias do cidadão na resolução de agravos de sua saúde.

2.3 JUSTIFICATIVA

Com intuito de compreender a prática mediante os níveis de vulnerabilidade da pessoa idosa, assumindo essa visão exposta até o momento, em que a complexidade do cuidado ao idoso abrange aspectos relacionados às dimensões: pessoa, família, sociedade, organização de serviço tanto público, como privado e também organizações do terceiro setor, tornou-se essencial refletir sobre como se dá o processo de cuidar do idoso em nível primário de assistência. Destaca-se ainda a importância da identificação de risco à sua saúde, com conseqüente necessidade de implementação do processo do cuidar para viabilizar a prevenção de incapacidades e patologias, visto que este nível é considerado a “porta de entrada” prioritária para todo o Sistema Único de Saúde, pois é o serviço mais próximo da realidade dos idosos que vivem na comunidade.

Neste sentido a questão norteadora deste estudo foi: Como tem ocorrido o processo do cuidar da pessoa idosa na Atenção Primária em Saúde?

3 OBJETIVOS

- 1- Compreender a percepção dos profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde, referente à pessoa idosa.
- 2- Revelar como ocorre o processo do cuidar da pessoa idosa na Atenção Primária em Saúde e os princípios que o norteiam.

4 MÉTODO

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de Estudo de Caso de caráter analítico e abordagem qualitativa, no qual se utilizou o recurso de Triangulação de dados, obtidos mediante as técnicas de coleta: entrevista semiestruturada, grupos focais, observação e análise documental.

O Estudo de Caso foi adotado como estratégia metodológica neste estudo, visto que seu propósito é reunir informações detalhadas e sistemáticas sobre um fenômeno. É um procedimento metodológico que enfatiza entendimentos contextuais, sem esquecer-se da representatividade, centrando-se na compreensão da dinâmica do contexto real e envolvendo-se num estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetivos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento (FREITAS & JABBOUR, 2011).

Como instrumento de pesquisa o Estudo de Caso é sugerido por Yin (2010, p. 22) como apoiador “de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos”. Yin resume que: “o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real”, exemplificando estes como “ciclos de vida, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores”.

Segundo Minayo (2001, p. 20-21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Ainda de acordo com Minayo (2001) a abordagem qualitativa abrange os significados das ações e relações humanas, que para as estatísticas são imperceptíveis. A autora esclarece que “compreender” é o principal verbo para a análise qualitativa: “Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento.” A compreensão é seguida pela possibilidade de interpretação e de

assimilação daquilo que foi compreendido. A interpretação é incorporada na vivência da compreensão e não às avessas, visto que interpretar é ordenar as prováveis idéias inseridas por meio da compreensão (MINAYO, 2012, p.623).

Optou-se ao desenvolvimento do Estudo de caso aliado ao método de Triangulação de dados assim justificado por Yin:

O uso de várias fontes de evidências nos estudos de caso permite que o pesquisador dedique-se a uma ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes. A vantagem mais importante, no entanto, é o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação (...) qualquer descoberta ou conclusão em um estudo de caso provavelmente será muito mais convincente e acurada se se basear em várias fontes distintas de informação (...) (YIN, 2010, p.121).

A utilização da triangulação de dados contribuiu amplamente para a compreensão do objeto de estudo, sob vários aspectos da realidade observada, visto que a técnica busca analisar dados alcançados por diferentes meios. Como método, sua utilização vem sendo ricamente acolhida para coleta e na análise de dados e “supera as limitações de um método único, por combinar diversos métodos e dar-lhes igual relevância” (Flick, 2009, p.32). Pode ser aplicada como abordagem para basear e aprofundar o conhecimento obtido por meio dos métodos qualitativos, consistindo em, “ampliar e complementar sistematicamente as possibilidades de produção do conhecimento” (FLICK, 2009 p.362).

4.2 LOCAL

O estudo ocorreu em um pequeno município localizado ao Norte Central Paranaense, e Região Metropolitana de Londrina, cuja economia é caracterizada pela extração vegetal, silvicultura e pecuária. Segundo o último Censo realizado em 2010, o município contava com uma população geral de 3.434 habitantes; apresentando uma população de 462 idosos considerados aqueles acima de 60 anos; destes 240 do sexo masculino, 34 com idade acima de 80 anos, e 222 do sexo feminino, sendo que 11 com idade acima de 80 anos (IBGE, 2010 b).

O município foi eleito para a realização da pesquisa, por ser o que concluiu 100% da estratificação de risco proposta na Oficina do APSUS - Idoso, da Secretária Estadual de Saúde do Paraná, o que significa que o serviço de APS avaliou todos os idosos residentes no município segundo o grau de vulnerabilidade.

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA

O estudo ocorreu em quatro etapas descritas a seguir:

Na **primeira etapa** ocorreu a entrevista à coordenação da Saúde do Idoso da 17ª Regional de Saúde-Paraná que realizou as oficinas de capacitação do APSUS- idoso, para tal foi utilizado o instrumento semiestruturado (APÊNDICE A). O objetivo desta entrevista foi a obtenção de dados sobre profissionais treinados na região visando a escolha do município caso, tais como: número de oficinas efetuadas, e outros dados que subsidiaram a definição da população de pesquisa e para a compreensão do contexto do caso definido para a pesquisa.

Foi realizada também uma visita informal ao campo de pesquisa com o objetivo de proporcionar uma aproximação da pesquisadora ao contexto da realização deste trabalho.

Buscar uma observação informal da ocorrência do processo, constitui importante fase da formulação de objetivos e hipóteses:

É preciso ir a campo sem pretensões formais e ampliar o grau de segurança em relação à abordagem do objeto, inclusive, se possível, realizar algumas entrevistas abertas, promover o redesenho de hipóteses, pressupostos e instrumentos, buscando uma sintonia fina entre o quadro teórico e os primeiros influxos da realidade. O olhar analítico deve acompanhar todo o percurso de aproximação do campo (MINAYO, 2012, p. 623).

Na **segunda etapa**, ocorrida no período de 29 de janeiro a 30 de março de 2016, foram realizadas observações da rotina dos profissionais da atenção primária na assistência ao idoso: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Médicos e demais componentes da equipe multidisciplinar de saúde do município.

As observações seguiram a roteiros previamente elaborados (APÊNDICES B e D) e se realizaram semanalmente de segunda a quarta-feira nos períodos matutino e vespertinos, sempre seguidas das anotações minuciosas e análise prévia da observadora.

Seguindo os critérios de observação de campo como coleta de dados para obter informações sob alguns aspectos da realidade, contribuindo com o pesquisador no sentido de “identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento”

(LAKATOS; MARCONI, 1996, p. 79). A observação ao mesmo tempo coage o pesquisador a ter uma relação mais direta com os fatos. Comumente este tipo de observação é utilizada em estudos exploratórios sobre o campo a ser pesquisado.

Como **terceira etapa** ocorreu a análise documental de prontuários quanto ao registro dos atendimentos e procedimentos observados, procurando avaliar a coerência entre a realidade observada e os registros realizados seguindo o instrumento pré-elaborado (APÊNDICE C).

Após, efetivou-se a **quarta etapa**, inicialmente com entrevista (roteiro APÊNDICE E) da Secretária de Saúde do município, objetivando tecer um panorama da gestão da APS.

Na sequência foram realizados dois grupos focais, o primeiro (denominado G1) constituído de seis profissionais de nível superior que atuam na APS do município e o segundo (denominado G2) com onze profissionais de nível médio da atenção em saúde também com roteiros pré-elaborados com questões norteadoras e complementares (APÊNDICE H). Os grupos foram previamente agendados de acordo com a disponibilidade dos profissionais. O local gentilmente cedido pela Secretaria de Saúde, foi a Câmara de Vereadores da cidade.

Contou-se com um mediador (pesquisador) e ainda com dois observadores que contribuíram na organização da estrutura local, distribuição dos TCLE (APÊNDICE G) e anotações estruturadas por instrumentos de observação (APÊNDICE I). Após as apresentações e orientação sobre o objetivo do grupo foram distribuídas imagens diversas de idosos e solicitado aos membros que as observassem atentamente e escolhessem aquelas que lhes demonstrasse a percepção de idoso, a seguir foi solicitado que os mesmos se pronunciassem quanto as imagens escolhidas, a partir de então, seguiram-se as demais questões. O G1 ocorreu em 51 minutos e o G2 em 57 minutos, após cada grupo foi oferecido um lanche.

Em outra oportunidade foi realizada a entrevista (APÊNDICE F) com o médico atuante naquele momento na assistência geral à comunidade, visto que o mesmo não pode participar do grupo focal de profissionais de nível superior.

As entrevistas foram gravadas e os grupos focais foram gravados e filmados utilizando-se dois gravadores, uma filmadora e um notebook com câmera.

4.4 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados foram trabalhados utilizando a técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin (2016). Esta define análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN,2016, p. 48).

As entrevistas e os grupos focais foram transcritos de forma integral sendo realizada a leitura flutuante com destaque e análise prévia das falas de cada integrante dos grupos e entrevistas.

A análise do conteúdo foi realizada por meio da técnica de análise temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2016, p. 135)

Foram selecionadas e extraídas dos discursos as unidades de registro de maior destaque, sendo então agrupadas por categorias utilizando o quadro orientado pela técnica de análise de dados de Bardin (APÊNDICE J). A princípio foram analisadas as entrevistas e após os dois grupos focais foram analisados em separados. As análises dos grupos focais partiram de dois conjuntos: um relativo a primeira questão que atenta para a percepção de idoso por meio de imagens de pessoas idosas fornecidas pela pesquisadora e o segundo conjunto abrangendo as demais questões relativas a Atenção Básica em Saúde do idoso, gerando um grupo de seis categorias sobre o primeiro tema e de cinco categorias para o segundo. Estes dois grupos de categorias continham diversas pré-categorias que necessitaram ser agrupadas, com o objetivo de concluir com uma análise mais aguçada e em resposta ao objetivo da pesquisa, resultando em um número de três categorias para cada um dos dois temas principais: concepção da pessoa idosa e processo de cuidar da pessoa idosa na APS.

Minayo (2012, p. 623) descreve o terceiro passo adequado para a efetividade da análise em pesquisa qualitativa: “o investigador deve escolher o marco teórico que vai adotar, detalhando os conceitos, as categorias e as noções que fazem sentido para sua pesquisa”.

Visando extrair os conceitos percebidos e revelados nas entrevistas e grupos focais a seguir os discursos foram analisados e classificados quanto à compreensão dos aspectos de transformação no processo do cuidar e de vulnerabilidade do idoso apreendidas pelos profissionais de saúde; utilizando como suporte o referencial teórico de Ayres *et al* (2009) contemplados nos conceitos de Vulnerabilidade caracterizados por três eixos: Individual, Social e Programático.

4.4.1 Participantes

Foram incluídos todos os profissionais inseridos no serviço da Atenção Primária em Saúde e a secretária de saúde do município, totalizando 18 profissionais.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa se deu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina sob o parecer consubstanciado nº 1.371.217 (ANEXO A) e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G), conforme a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, quanto a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012 a).

Visando manter o anonimato dos participantes, as falas dos entrevistados foram identificadas por letras iniciais de acordo com o nível de formação assim denominados PM (1 a 11) para os de nível médio e PS (1 a 7) para aqueles de nível superior.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar do município caso possuir 22 anos de criação, legalmente datada em 21 de dezembro de 1995, quando do desmembramento do município vizinho; a equipe de profissionais de saúde em sua grande maioria tem entre 22 a 30 anos de atuação, visto que já vinham atuando desde a época que a localidade ainda era um distrito. Apenas quatro profissionais atuam há menos de oito anos, todos tem atuação de 40 horas semanais, com exceção do médico que realiza mais carga horária quando necessário, e têm vínculo de trabalho como servidores públicos municipais. Sete possuem pós-graduação em diversas áreas de saúde, sendo quatro em Saúde Pública e apenas um profissional da equipe não pode participar da Oficina de Capacitação em Saúde do Idoso.

Na área da saúde conta com um Hospital Municipal de pequeno porte (para atendimentos de baixa e média complexidade e 20 leitos cadastrados) com Atendimento Urgência/Emergência 24h com suporte da Central de Regulação e SAMU. Possui também uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com: uma Equipe de Saúde da Família composta por: Médico, Enfermeira, três Auxiliares de Enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde. Uma Equipe de Saúde Bucal: um Cirurgião Dentista e dois TSB (Técnico em Saúde Bucal). E uma Equipe NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) composta por: dois Fisioterapeutas, uma Psicóloga, uma Fonoaudióloga e uma Nutricionista.

A APS está organizada pela Estratégia Saúde da Família e desenvolve as seguintes atividades programáticas: Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), Saúde Bucal, Atenção ao pré-natal e parto-“Mãe Paranaense”, atividades anti-Tabagismo, Programas Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e atividades da Vigilância Sanitária e Epidemiológica. E ainda na área social conta com o uma casa lar para idosos.

Os resultados da análise referente ao tema na opinião dos profissionais da atenção básica sobre a percepção de pessoa idosa e sobre a prática do cuidado ao idoso na APS no município demonstraram dois seguimentos: o primeiro apresenta uma dicotomia entre a pessoa idosa dependente e a ativa e o segundo aponta para a organização da APS.

No que tange a “percepção referente a pessoa idosa” possibilitou-se a construção de três categorias: (1) Visão de idoso oscilando entre o afastamento e a inserção na sociedade digital; (2) Percepção da solidão e da relevância do apoio social, familiar, religioso e do autocuidado; (3) O idoso transitando entre a condição de ativo e a situação de dependência. Em relação a “atenção primária” emergiram: (4) Atenção Primária em Saúde como fonte de apoio emocional e afetivo, (5) Serviços organizados em rede e voltados para o cuidado integral e (6) Dificuldade de recursos humanos e financeiros.

Desenvolveremos a partir deste ponto as categorias relativas a “percepção referente a pessoa idosa”, que foi apresentada pelos profissionais a partir da visualização e interpretação de imagens diversas de pessoas idosas, durante o grupo focal. Na categoria a seguir as imagens escolhidas mostravam casais de idosos utilizando o computador.

Visão de idoso oscilando entre o afastamento e a inserção na sociedade digital

Expressa dificuldade de acesso à tecnologia

Há uma visão de algumas limitações e especialmente dificuldades que os idosos enfrentam, por falta de recursos, de acesso e de exigências tecnológicas do tempo atual:

“É o que a gente vê hoje, não, o que deveria ser [...]o idoso tem dificuldade com isso, não são todos que tem acesso a computação [...] a maioria vive com salário mínimo” (PS2)

No contraponto deste entendimento há uma perspectiva daquele idoso que se moderniza e busca conhecimento:

“Aqui é um casal de velhos, idosos, eles estão no computador, acho que eles sabem mais do que a gente. Tem uns que sabem mais do que os jovens, que eles se atualizaram na tecnologia também.” (PM11)

“Eu escolhi essa daqui do computador. Os idosos de hoje, eu vejo que eles não são como os de antigamente, só ficava fazendo crochet, fazendo comidinha. Eles estão dinâmicos, né? Eles evoluíram”. (PM7)

Em se tratando do adulto idoso, Tavares (2012) considera que há obrigação do Estado em ofertar recursos para educação para a instrução das novas

tecnologias (inclusão digital). Gerar ações e políticas de inclusão digital configura-se em disponibilizar aos idosos a probabilidade de desfrutar da diversidade de conhecimentos disponíveis atualmente em ambiente web, a fim de que estes possam exercer sua cidadania, livres da exclusão da sociedade ou por não acompanharem os avanços tecnológicos.

Dar acesso aos meios de informação e comunicação de maneira a contribuir na inserção cultural da pessoa idosa abrange o componente de vulnerabilidade social de Ayres et al. (2009, p. 128) em que refere a forma de obtenção de informações:

(...)como acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas.

Ayres et al (2009, p.140) referem que a redução de vulnerabilidade social procura elevar o “plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas o alvo de suas intervenções”. Mais do que informar é necessário que o “vulnerável” saiba como enfrentar os obstáculos materiais, culturais e políticos.

Neste sentido a perspectiva educacional é determinante para a promoção e prevenção de agravos à saúde em consonância a uma intenção construtivista na qual as pessoas apropriem-se verdadeiramente de informações e se mobilizem para encontrar alternativas práticas de superação de situações de vulnerabilidade; encontrando-se estas soluções no campo da intersectorialidade articulando, não apenas saúde e educação, mas também as áreas social, do trabalho, cultural e jurídica objetivando melhores resultados (AYRES et al, 2009, p.141). Sob a ótica do profissional que identifica a exclusão, é determinante que o mesmo encontre ações sociais para a inserção, até mesmo utilizando-se do cenário daquele servidor que identifica o idoso modernizado e inserido na era digital, desta forma, aliando-se a este modelo para novas ações de promoção e inserção.

Na sequência apresentamos a categoria que expressa as percepções sobre solidão, religiosidade, autoestima, sexualidade da pessoa idosa e a importância de ações intersectoriais para o apoio na atenção integral. Em que durante o grupo focal, as imagens escolhidas refletiam o idoso: sozinho, com a família, em uma sala com muitas imagens religiosas, feliz ao lado do cônjuge e com

aparência de bem cuidado e arrumado.

Percepção da solidão e da relevância do apoio social, familiar, religioso e do autocuidado

Convivência familiar – união, apoio, recuperação

Acredita-se costumeiramente que a responsabilidade pelo cuidado, pela provisão de afeto e de recursos aos nossos velhos seja a princípio delegada aos filhos, e que outros integrantes da família venham somar-se a esta incumbência conforme a necessidade apresentada. De acordo com Perlini, Leite e Furini (2007) a família, independente de sua formação nuclear, se estabelece como primeira linha de apoio e cuidados aos seus componentes, desde o princípio da vida até a morte:

A família é um sistema de saúde para seus membros e exerce o papel de cuidadora e supervisora, tanto em situações de saúde quanto de doença, tomando decisões relativas aos caminhos a seguir, acompanhando, avaliando e pedindo ajuda aos seus significantes e/ou aos profissionais (PERLINI, LEITE e FURINI, 2007, p. 230).

Os profissionais referem que os idosos que possuem um companheiro demonstram união e apoio nas atividades de recuperação da saúde. A convivência familiar, com o cônjuge e com crianças e jovens pode estar associada a proteção e carinho e a melhora da condição do idoso, inclusive como incentivo a atividade física e ao lazer. No entanto, alguns ainda percebem a dificuldade que a família tem em reunir-se e que este relacionamento poderia ser aprimorado.

“eles sentem falta as vezes pelo dia a dia que aquela pessoa estivesse junto, todo mundo unido, eu vejo que muitos casaizinhos assim unidos são idosos e tão ali unidos vão ao médico, vai os dois junto, vão ao dentista, vai os dois junto, como vi a realidade”(PS4)

“se o senhorzinho está acamado aquela senhorinha quer fazer tudo por ele , ela abraça a causa, se tem um doente eles querem fazer de tudo para melhorar, eles querem saber o que eu posso delegar para eles fazerem além dos dias da fisioterapia que eu não vou” (PS4)

*“E eles estão no campo fazendo, assim, uma atividade física”...
“seria bom isso aqui, os idosos, atividade física mesmo. E levar a família junto, que está aqui, né? ”... “Família é família, é a base de tudo. E, hoje é difícil a família se juntar para fazer isso” (PM2)*

O profissional de saúde compreende e reconhece as situações de rompimento de laços familiares como agravante do quadro patológico, de dependência e solidão da pessoa idosa. E podem contribuir para a qualidade do

cuidado e para a adesão dos membros familiares unidos às redes intersetoriais na articulação de propostas para aprimorar esta relação. Para Martins (2005, p. 133)

As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato.

Solidão, apego à religiosidade em substituição da figura familiar ausente

O envelhecimento é entendido como um momento de solidão com apego a religiosidade e por uma vivência de recordações em compensação da figura familiar ausente.

“Senhorinha bem simples, eu trato muito aqui as minhas são assim: Fé! Rezando quietinha no cantinho, eu penso assim o que é a velhice? É isso aqui, é você a noite rezando e seus filhos festando, seus netos com sua vida então é muita solidão, todo mundo reclama para mim que a noite a casa é vazia, então eu vejo a senhorinha assim cheia de orações ir para a igreja ... solidão” (PS4)

“Na casa deles com quadros, vários. Tem de Santa Luzia, São João Batista, o Espírito Santo, então isso aqui acompanha a vida da gente até hoje, interessante isso. É o que a gente traz isso até hoje com a gente, da fé, que vem desde os nossos avós” (PM10)

“Ela já deve ter perdido o companheiro, porque ela está vendo a foto, que está com o marido, já é uma viúva”, “quando eles não têm a possibilidade de ver um filho, um neto que vai até lá, eles ficam muito voltados pra fotos, a gente vê isso muito nos idosos” (PM10)

No estudo sobre a espiritualidade do idoso, Lucchetti et al (2011) encontram que as crenças pessoais influenciam no envelhecimento bem-sucedido, revelando que idosos cujas as crenças davam maior significado às suas vidas, tinham até dez vezes mais chances de cursar com o envelhecimento bem-sucedido, em comparação com aqueles que não as possuíam.

Lucchetti et al (2011) concluem que o envelhecimento possui uma relação íntima com a espiritualidade nos mais diferentes aspectos causando influências benéficas até a fase final de vida. Apontam que o profissional de saúde precisa estar apto para aproximar-se deste tema e acautelando-se quanto aos aspectos positivos e negativos, contornando e amparando a pessoa idosa e com respeito à suas preferências.

A espiritualidade foi identificada por Carmona, Couto e Scorsolini-Comin (2014) como recurso de apoio social e espiritual, sendo utilizada para evitar e lidar com a solidão, por meio da participação em grupos e prática da oração diária, tornando-se fonte de apoio e de reflexão sobre a vida.

Na luta contra sentimentos de depressão e solidão Soriano e López (2012) apontam a religiosidade, crenças, orações, frequentar a igreja e o apoio social do grupo religioso como auxiliares:

A religiosidade é um fenômeno complexo e multidimensional difícil de precisar de forma adequada que inclui a prática de orações, assistir a cerimônias, construir relações sociais com as pessoas da igreja e usar os ensinamentos religiosos para afrontar mais efetivamente os eventos estressantes da vida (SORIANO E LÓPEZ, 2012 p. 54).

A rede de apoio familiar foi fundamentalmente a mais citada por idosas no estudo de Carmona, Couto e Scorsolini-Comin (2014). Estas relataram satisfação, apoio e confiança nas relações, considerando-as uma ajuda em momentos em que se sentem sós, demonstrando que vínculos familiares seriam o mais provável recurso contra o sentimento de solidão.

A impressão da solidão e do apego a espiritualidade é verdadeira à medida em que é comprovada cientificamente por estes autores, o que acrescenta a medida de risco para patologias, tais como a depressão, falta de autocuidado, desnutrição, entre outras advindas do sentimento de isolamento e solidão.

Ayres et al (2009, p.124) referem que no caminho em busca da adequada utilização do conceito de Vulnerabilidade, esta procura responder a necessidade de ir mais à frente do enfoque habitual de estratégias de redução de risco, o que fez com que se dessem início aos estudos que buscavam os fatores de risco para a doença. A relevância dessa consciência da vulnerabilidade individual e social é de que somem-se ao apoio das estruturas sociais na busca da adesão familiar e de proposições para o provimento destas vulnerabilidades e da redução dos fatores de risco.

Expressão do ponto de vista do autocuidado e da autoestima

Na apreensão do profissional de saúde denotou que, em benefício à família, as mulheres idosas negligenciam seu autocuidado e reafirmou o caráter de

envelhecimento e que a pessoa idosa tem maior sentimento de inutilidade após a aposentadoria:

“A preocupação dela é maior com os filhos e netos, com a família do que com ela, e quem é velha é ela né?” (PS7)

“... eu trabalho com a auto estima, eles se valorizam porque você vê que tem um momento que eles se perdem ‘agora eu não tenho mais função, eu não trabalho mais, eu estou aposentado, que eu vou fazer agora? Vou cuidar dos netos, mas o que eu vou fazer mais?’ Porque o homem ainda continua normalmente trabalhando, as mulheres param antes, os homens continuam mais tempo” (PS6)

Essa conexão familiar aparece de forma negativa quando a mulher idosa é notada pela equipe de saúde como aquela que se priva de acréscimos a si mesma para provê-los aos seus entes. Isto não se comprova no estudo de Camarano (2003) que analisou as mudanças nas condições de vida de mulheres idosas. Relata que o cuidado que a mulher provê a família é visto de forma natural e indissociável do gênero e sempre esteve relacionado à mulher desde a antiguidade. De acordo com Camarano (2003, p.38) “O cuidado com membros dependentes da família é determinado pelas trocas intergeracionais e um assunto com fortes características de gênero”. Ver a mulher como mais dependente de cuidado e cuidadora é fato mais comum, sendo que a tarefa de cuidar dos netos geralmente é tomada como uma extensão do trabalho doméstico feminino. O que demanda tanto da família quanto do Estado uma maior atenção à promoção da assistência.

O trabalho da mulher idosa, apesar de mal remunerado tem significado participação social e pode inferir na melhora da autoestima. Camarano (2003, p.46) refere que a continuidade do trabalho para os idosos é um indicativo do grau de dependência e de autonomia e também um elemento de integração social. Em seu estudo, os indicadores sugerem que as atividades mais comuns às mulheres idosas parecem indicar o trabalho precário e de baixa remuneração, ao que parece não contribuiria para a melhora da autoestima. Mas apesar disto a transformação observada por Camarano (2003, p.59) foi de que a idosa além de cuidadora assume também o papel de provedora com repercutida melhora nas condições de vida familiar:

Além disso, apenas 40% das famílias de idosas podem ser chamadas de “ninhos vazios”. As demais podem ser caracterizadas como “ninhos que estão se enchendo de filhos e netos”, onde a renda da mulher assume um papel muito importante no orçamento familiar.

Sob a impressão destes profissionais do caso estudado, envelhecer toma características exclusivas para o mérito de receber cuidados e de reduzir o sentimento de inutilidade por meio do incentivo para a autoestima, intuindo uma vulnerabilidade individual. Contudo, o que se consolida é a capacidade de transformação e adaptação da mulher idosa às crescentes demandas familiares. Há que se direcionem os olhares das políticas públicas para valorização do trabalho e da não depreciação do caráter exclusivo de envelhecimento e dependência. Para a redução da vulnerabilidade individual urge-se criar e propagar a noção de uma nova geração de pessoa idosa mais resiliente para com as modernas condições de vida e estimular a autoestima por meio da capacidade e não da inutilidade.

Sob a ótica da sexualidade e da autoestima

Compreendem que pessoa idosa se cuida mesmo sem disponibilidade de recursos e que esta não deve perder a autoestima e a sexualidade.

“Bastante senhorinhas elas são pobrezinhas, mas elas têm auto estima, andam perfumadas, senhorzinho também, eles andam muito perfumado, se cuida, as vezes não tem o dinheiro para comprar um perfume né? (PS4)

“Tem dois lados: a vaidade, que o idoso não pode perder, e o outro lado, a sexualidade, né? Não por ser idoso perder isso” (PM6)

Outro fator que pode contribuir para a melhora da autoestima é a sexualidade preservada no envelhecimento, visto que a idade não interfere no sentimento de amar. Há uma ideia errônea quanto à sexualidade da pessoa idosa, desvalorizando a atividade sexual. Almeida e Lourenço (2008, p.132) demonstram que essa falsa imagem do envelhecimento contribui para baixa na autoestima:

... a falácia de que a velhice é uma etapa assexuada da vida é um desses preconceitos, que exerce influência profunda na autoestima, na autoconfiança, no rendimento físico e social de adultos com mais idade, além de contradizer a eterna capacidade de amar do homem.

Com o sentimento de baixa estima o idoso sente-se amedrontado e para não sentir frustrações acaba por evitar as relações.

Sustentar esta concepção de que a pessoa idosa possui condições de preservar a autoestima por meio da atividade sexual, denota que o profissional de saúde pode estar apto ao diagnóstico sobre a baixa autoestima, podendo orientar o

incentivo ao autocuidado e às orientações necessárias para a sua promoção e manutenção. Estando estas ancoradas ao componente de Vulnerabilidade individual de Ayres et al (2009) em que disponibilizadas as informações apropriadas, a pessoa idosa poderá agregá-las ao seu conhecimento tomando atitudes de autoproteção, ou seja, incorporando valor às suas ações, assim tornando-as mais efetivas.

A próxima categoria expressa um cenário compreendido entre as contradições de atividade e de dependência da pessoa idosa. As imagens mostravam idosos em hospitais públicos, acamados, sem acompanhante. E ainda de idosos fazendo atividades físicas, caminhada, hidroginástica e trabalhando felizes.

O idoso transitando entre a condição de ativo e a situação de dependência

Expressão de envelhecimento relacionado à doença e à dependência

O envelhecimento é relacionado à doença, fragilidade e dependência segundo o relato do profissional de saúde, e do próprio idoso refere sentimentos de incapacidades e de incomodar os familiares:

“O que não gosto de ver é o idoso acamado só traz transtorno para família” (PS1)

“Porque o idoso ele está relacionado com saúde, chegou numa idade é consulta, são exames ressonância, tomografia, pensou no idoso pensou em doença não adianta” (PS4)

(PS5) representa as falas dos idosos *“nossa estou sendo um estorvo para o meu filho”, “Será que não é melhor eu ir para um asilo do que eu estar aqui? Ah eu acho que eu vou, você sabe como é que funciona? ”, “Ah não, mas eu acho que eu estou atrapalhando demais”*

“Carência, por que assim todo mundo teve a vida né? Tipo: “os filhos têm a vida deles vai trabalha né? ” ... “Ai eu ligo para o meu filho falo: aí estou passando mal, eu preciso ir lá na UBS, preciso no hospital, eu estou estorvando, eu estou atrapalhando minha família?” (PS6)

Relacionar a imagem do idoso às doenças está associado à vulnerabilidade individual, em que as doenças e suas complicações advêm do processo de envelhecimento, acarretando maior índice de hospitalizações, agravada por internamentos de longa duração que acarretam o aumento de sua fragilidade e

favorecendo o declínio funcional, e conseqüentemente aumentando as incapacidades.

Associar o idoso ao doente frente a este quadro é plausível, no entanto soma-se a estes dados a necessidade de ações estratégicas das instituições gestoras em saúde: “Estas informações fornecem subsídios para o planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas e ações de prevenção e controle de agravos à saúde da população idosa” (PAZ, SANTOS, EIDT, 2005 p. 25).

Expressar o sentimento de incomodar o familiar pode ser uma interpretação equivocada do idoso que está vivendo uma situação de negligência. O idoso sente estar atrapalhando, quando realmente não recebe a atenção esperada. A propensão para o aumento da vulnerabilidade afetiva do idoso é aumentada quando este é visto pela família e pela sociedade como um elemento fragilizado fisicamente e incapaz de colaborar produtivamente.

Para a pessoa idosa o processo de envelhecimento permeia por um emaranhado de sentimentos de suscetibilidades e vulnerabilidades. Preconcepções atribuídas pela sociedade, devido ao declínio de suas capacidades, as sensações de improdutividade, finitude, isolamento, entre outras, impõem ao idoso, denominações de dependência e de fragilidade, corroborando para o aumento das vulnerabilidades afetivas e sociais.

No caso estudado há a permissão por parte do profissional de saúde de que a pessoa idosa exponha suas carências e frustrações, o que poderia contribuir para a definição das condições de vida e de vulnerabilidade vivenciadas pelo idoso naquele momento. Entretanto, a frustração relatada pelo trabalhador ou apenas solidarizar-se à essa sensação, simplesmente sustenta a associação de doença e dependência atribuída à pessoa idosa, não colaborando com emprego deste diagnóstico para o suprimento da queixa apresentada.

Idéia de idosos ativos, produtivos e independentes

As condições de vida em um município de pequeno porte são percebidas como um facilitador de um envelhecimento ativo e produtivo.

“ Eu acho que eles são ativos os nossos (do atendimento fisioterápico do município) eles cozinham limpam a casa, tem uma liberdade eu acho que são...” (PS4)

“Os idosos daqui (do município) tem um grupo de terceira idade se mantém bem ativos” (PS3)

“Tem muito esses grupinhos de idosos em bocha, aqui no seu “A”, quase todos os dias eu encontro com a galera do lar e o educador físico fazendo caminhada junto e conversando, super engajados, município pequeno é bom por isso, quando não é essa galera do lar é a vó da (...) com as amigas dela com guarda chuvinha todo dia caminhando conversando” (PS3)

“Ele está muito feliz, ouvindo sua musiquinha, e trabalhando na terra” (PM9)

“Esse idoso aqui, ele querendo ser útil à sociedade, porque hoje em dia o idoso está perdendo espaço para o jovem, e há a necessidade dele se sentir útil, ele pode trabalhar, a necessidade dele de ocupar o tempo dele trabalhando” (PM9)

O trabalho ativo, dirigir, costurar, atuar de forma intelectual é sentido como exemplo de uma mudança no estilo de vida do idoso da atualidade com menor grau de dependência em comparação aos idosos de outras gerações. Há profissionais que percebem o idoso ativo e contribuindo dentro da sociedade mesmo que com seus exemplos de vida, no contraponto há os que em suas falas denotam a ideia que o idoso não recebe atenção sentindo-se inútil e que este deva ser ouvido quanto aos próprios sentimentos e estado físico.

“Esse senhorzinho aqui deve ser uma pessoa bem-sucedida, que dirige põe a mão na massa nos negócios dele, tem condições, hoje o serviço não é só braçal hoje o serviço é mais intelectual do que braçal, hoje trabalhando muito mais que antes, continuam trabalhando” (PS7)

“É bem diferente essa geração dos nossos pais que está com 60 e poucos acho que eles já têm essa gana de viver e fazer mais coisas, meu pai ele fala: ‘eu vou trabalhar até Deus permitir, eu só paro nos 100...’ ” (PS6)

“Que o idoso não é um inválido, ele contribui dentro de uma sociedade não vou dizer com um trabalho árduo, mas com participação e com exemplos de vida. Sabe o idoso para ele tem muita história para a gente né? ” (PS1)

“O idoso as vezes se sente inútil, por que a gente, a gente a sociedade e a família não dá muitas chances para ele, ele se sente isolado e se sente doente” (PS1)

Há atualmente uma inquietação com o envelhecimento da população, trazendo programas e políticas para o envelhecimento ativo, com a intenção de contribuir com condições para que dentro de suas capacidades e prioridades, as pessoas se mantenham trabalhando nesta fase da vida, adiando as incapacidades e doenças crônicas que demandam dos serviços de saúde e das famílias altos recursos financeiros.

Refletindo sobre o envelhecimento ativo a OMS (2005) identifica alguns conceitos tais como: Autonomia, “habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências”, Envelhecimento ativo, “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” e Independência “em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros”.

A política de envelhecimento ativo, proposta pela OMS (2005), enfatiza que envelhecer bem é estar inserido na organização coletiva, havendo promoção pelas políticas públicas e com oportunidades de acesso à saúde. A definição de envelhecimento ativo proposta está baseada na “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13).

Entendermos que o envelhecimento bem-sucedido compreende a conservação das condições de autonomia e de funcionalidade e não somente a ausência de doenças. Segundo Oliveira e Menezes (2011) a atividade física é condicionada à vida independente, cuidados com a casa, ocupação e comunicação são recomendados, pois quanto mais praticar-se, menor será o grau de limitações manifestados.

Em seu estudo sobre o sentimento do idoso quanto à dependência física Freitas e Hagg (2009) concluem que a conservação da qualidade de vida está inteiramente ligada ao grau de dependência, pois esta suscita “sentimentos de

inutilidade, depressão e falta de motivação pela vida” enquanto que a independência gera sentimentos opostos e positivos.

Para Ayres et al (2009) utilizar-se dos conceitos de vulnerabilidade consiste em legitimar a sua característica de detalhamento à cada caso em saúde, facilitando o cumprimento das práticas na assistência:

(...) estudos de vulnerabilidade, para dar conta das aspirações práticas que vimos marcar sua história, devem validar-se como conhecimento objetivo com base no seu sucesso em particularizar relações partes-todo identificadoras de situações cujo conhecimento permita intervir sobre a suscetibilidade das pessoas ao agravo em questão. Interessam, portanto, sinergias, sincronismos, simpatias, sinédoques e, claro, sínteses (AYRES et al, 2009 p.133).

A visão dos profissionais quanto à importância da manutenção da atividade para o idoso, colabora para o emprego das ações preconizadas pelos programas de atenção ao idoso, associadas às condições do pequeno município que apresenta meios para a promoção da atividade física, no entanto, visando à efetividade destas ações há que se buscar medidas de acesso a orientações e estruturas para dirimir o sentimento de inutilidade da pessoa idosa e a vulnerabilidade em saúde. Portanto, conforme Ayres et al (2009, p.134) quando há a existência de determinada suscetibilidade populacional ou de um grupo a resposta deverá ser social. As transformações não dependeram apenas do desejo de cada um, mas sim da inter-relação de circunstâncias em que os agravos se manifestem. Evidenciando uma resposta necessária das pessoas “como sujeitos sociais, como agentes da esfera pública da vida social”, intervindo, organizando, exercendo direitos políticos, entre outros plenamente associados à prevenção e cuidado.

Proximidade da morte versus boas condições de saúde

Na opinião dos profissionais o idoso expressa o sentimento de proximidade da finitude, esquecendo-se que ainda tem boas condições de sobrevida:

“É, eu percebo isso muito em atendimento o medo da morte que está chegando, tipo assim: ‘ah eu estou com 80 anos!’ ” (PS6)

“A morte é implacável, a pessoa ainda está forte, mas ela se julga totalmente desprovida de saúde e ela aguenta ainda muita coisa e ela não consegue enxergar isso” (PS7)

“Se uma pessoa do município falece por exemplo na mesma faixa etária de idade eles já ficam pensando “agora eu estou próximo” (PS3)

“No hospital com problema do coração ela falava exatamente isso e se eu entrar e não sair?” (PS6)

“E dizem que coração partido não mata? Mata, né? Geralmente quando um idoso morre é que realmente eles têm (faz gesto de mão fechada, ligação forte). Muito forte, né? O outro logo morre... quando um morre logo o outro morre, Coração partido mata” (PM4)

Segundo estudo realizado por Oliveira (2008, p. 21), para o adulto a morte divide espaço com seu cotidiano profissional e afetivo, emergindo como possibilidade nesta fase da vida: “Na vida adulta, abandona-se a ideia de herói invencível e se abraça a causa de que a morte sempre vence”. Com a idade avançada, além da morte física, o idoso tem que enfrentar outros tipos de morte, a profissional, a morte das funcionalidades corporais e intelectuais e outras. A sociedade atual tende a desvalorizar o idoso não produtivo, sinalizando a pessoa idosa como decadente e incapaz afastando-a do convívio em sociedade, neste sentido mais do que a morte física para Oliveira (2008, p.70): “Idoso é sinônimo de morte, apesar de todo o investimento em se prolongar a vida; a concepção de velhice ainda está muito ultrapassada em questão de valores. Valoriza-se muito o prolongar a vida e não a qualidade de vida”.

Para o idoso a forma de enfrentamento da morte surge pela elaboração de seu significado por meio de cogitações sobre sua vida:

Desde o início de sua vida o ser humano está sujeito à supressão de sua existência. De fato, isso significa que o homem é um ser destinado a morrer. Essa situação desperta diversas formas de enfrentamento, que variam de um ser para outro, da mesma forma que o idoso, no desenrolar de tais reflexões acerca de sua existência, lapida em seu ser o significado da morte (FRUMI E CELICH, 2006, p. 97).

Para Frumi e Celich (2006) a reflexão sobre a morte deve ser incentivada pois concebe novas probabilidades de interação com a pessoa idosa e a vida: para as autoras dialogar sobre o envelhecimento e a morte permite uma compreensão do ser e suas dimensões sociais, culturais, psicológicas e espirituais.

Apesar do aumento da expectativa de vida no Brasil, a concepção de viver mais nem sempre possui o significado de viver com qualidade: “A velhice

pode estar associada ao sofrimento, aumento da dependência física, declínio funcional, isolamento social, depressão e improdutividade, entre outros fatores que não representam significados positivos” (FERREIRA, MACIEL e GUSM, 2012, p. 514).

Segundo Silva et al (2013), são necessárias ações com vistas à efetividade de políticas públicas ao idoso que vive sozinho, apresenta redução da capacidade funcional, e aos de idade mais avançada, com menor expectativas de apoio social instrumental. É preciso criar serviços que tenham um olhar aos idosos com sinais sugestivos de vulnerabilidade social de saúde, cuja assistência é deficitária ou pouco abrangente (SILVA et al, 2013).

A proximidade da morte é um sentimento presente no estudo e é reconhecido pelos profissionais como causa de sofrimento associado à vulnerabilidade emocional e social da pessoa idosa. Cabe ao profissional de saúde compreender que a morte pode acontecer a qualquer tempo e como tal, há para o idoso a percepção natural da certeza de sua ocorrência. E natural também é a menor expectativa por receber apoio social e familiar sendo este constantemente negligenciado. Deve o profissional, a partir desta apreensão da vulnerabilidade, apoderar-se das estruturas públicas organizacionais disponíveis para reduzir satisfatoriamente a vulnerabilidade emocional e a social.

A seguir ampliamos a discussão sobre as categorias relativas ao tema Atenção Primária em Saúde e contexto do cuidado ao idoso conforme a visão dos profissionais da APS. Nestas categorias além de utilizadas imagens para o estímulo da discussão, foram priorizadas as questões complementares durante o grupo focal e ainda para a categorização foram empregadas as análises das observações e a análise documental.

Atenção Primária em Saúde como fonte de apoio emocional e afetivo

Carências e a busca por serviços de saúde

O discurso dos profissionais revela que a solidão e a carência afetiva, faz com que os idosos procurem o serviço em busca de apoio afetivo e emocional. Revela também uma compreensão de que a ausência e a falta de apoio

familiar criam uma expectativa na pessoa idosa pelos serviços de saúde vinculada a dependência da atenção prestada.

Os profissionais relatam que a presença de um companheiro para o idoso pode reduzir as carências emocionais e a busca por serviços de saúde.

“É porque as vezes eles querem parar para conversar, mas não dá para parar para a conversar” (PM4)

“O olhar dela pede atenção, carinho, alguém para dialogar com ela” (PM9)

“Nas casas o paciente é mais debilitado, geralmente os atendimentos que vou fazer nas casas, é porque os idosos eles tão acamados, cinco minutos de atraso eles ligam na clínica atrás de mim” [...] “não é só fazer a fisioterapia a gente está conversando, ele conta os problemas, a gente se torna amigo deles assim” (PS3)

“Que dá para ver aqui um companheiro, que ela não necessitasse de uma psicóloga, de um posto de saúde para poder receber um pouco de carinho, um pouco de atenção, eu acho que a gente teria como empregar os instrumentos, o idoso saudável menos dependente de remédio” (PS2)

A redução dos contatos sociais e familiares é uma das principais mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento e acarreta o isolamento social do idoso. Este deixa de ser referência para a família quando começa a apresentar perdas nas capacidades físicas e intelectuais, sendo colocado em segundo plano. Não obstante a este isolamento a pessoa idosa buscará amizades mais frequentemente (CARMONA, COUTO e SCORSOLINI-COMIN, 2014). O que é mais comum em pequenos municípios, o trabalhador da saúde é também morador do bairro e frequenta os mesmos locais, por essa razão o idoso sente-se à vontade para voltar a unidade sempre que sentir necessário.

Em uma investigação que permitiu identificar o perfil e a rede social de apoio de idosos assistidos na Atenção Básica do município de Dourados, Alvarenga et al (2011, p. 2609) consideraram que:

(...) os profissionais da saúde, especialmente aqueles que atuam na Atenção Básica, necessitam de instrumentalização sistematizada para direcionar seu olhar para além dos indivíduos, buscando compreender a funcionalidade familiar como um componente essencial do planejamento assistencial para o alcance do sucesso terapêutico.

Visto que a vinculação adequada pode reduzir a procura pela APS e

em oposição, quando não há vínculos afetivos e sociais a tendência é a de que se busquem nas unidades de saúde a compensação pela falta de apoio familiar, o que aumentará a vulnerabilidade programática pelo já conhecido aumento da demanda e a espera por atendimentos.

Cabe às entidades gestoras da Atenção Primária, proporcionar meios adequados através de capacitações e aperfeiçoamentos, em que estes considerem a qualidade dos vínculos familiares do idoso assistido nas unidades básicas, ou em domicílio, e ainda, sobre as formas de minimizar essa vulnerabilidade social e programática da APS.

Amor e dedicação versus obrigação e abandono

Uma das formas de identificação de vínculos se deu por meio da condição física do idoso. O profissional relata que percebe quando o idoso é tratado pela família com amor e dedicação e difere quando é um cuidador sem parentesco e quando o familiar cuida por obrigação.

“Compromete, idosos que são acamados por exemplo, que são mal cuidados, assim, cuida porque é uma obrigação sabe? (...) tem sequela de AVC e sei mais lá o que, mas a família é dedicada cuida, então ele está sempre arrumadinho bem alimentado, não tem feridas, escaras [...] o que eu sempre comento é que é bem atendido quando é a família” (PS1)

Há também um sentimento de tristeza e inconformidade ao perceber situações de exploração e abandono nas quais o familiar se prevalece da condição do idoso asilando-o e fazendo uso do dinheiro que é do idoso por direito.

“Por exemplo um familiar adotar um idoso por causa da aposentadoria dele, não por ter um amor grande (...) o dinheiro fica ali, então ele soma, o que eu acho errado, eu acho o dinheirinho dele é sagrado ele trabalhou muitos e muitos anos conseguiu uma aposentadoria que é uma porcaria e ainda a família absorve aquilo dele eu acho errado é...” (PS1)

“Me corta o coração de muitas situações quando eu vejo alguém geralmente de familiar querendo se aproveitar de um idoso, eu vejo famílias que empurram o idoso para um desses locais né? E eles se sentem um miserável sabe? Um abandonado pela família” (PS1)

As síndromes geriátricas aparecem em consequência do aumento da morbidade por agravos de longa duração, constituindo-se em um anúncio do

declínio da capacidade funcional, sobretudo por aumentarem o nível de dependência e de cuidados familiares, profissionais ou institucionais que compõe a vulnerabilidade na terceira idade. Poderão incluir-se a este conjunto de condições adversas as ocorrências de maus tratos: “físicos, psicológicos e de negligência aos cuidados cotidianos e no tratamento terapêutico por familiares e profissionais da saúde” (PAZ, SANTOS e EIDT, 2005 p. 24).

A família delega o cuidado

Lamentam quando a família não pode acompanhar o idoso ao internamento ou para o exame fora da cidade e relatam momentos em que fora delegado a eles este papel e entendem que seu papel é de orientar, mas acompanhar é responsabilidade da família.

“Como eu já trabalhei em hospital eu acho assim uma falta muito grande [...] o idoso fica internado ‘aí eu não posso ficar, não tem ninguém que fica’ mas sempre que a gente ia nas festas a família estava toda lá, mas para ficar no hospital ninguém queria ficar, é muito descaso, dói muito” (PM6)

“Até encaminhamento que a gente vai entregar, a família, ‘eu não posso levar, eu não posso’ é aquela luta sabe? [...] então, aí a gente conversa, aí um pede para o outro parente para levar” (PM9)

“Eu já cheguei ir como acompanhante para Londrina, porque a família falou que não queria ir” (PM4)

“Antes a gente acompanhava [...] a saúde (se refere aos profissionais da saúde) ajudar quando realmente não tem mesmo acompanhante, então qual é o nosso papel? Orientar, a família tem que estar, acompanhar. Na verdade, não adianta eu acompanhar pois se o médico vai me orientar” (PM8)

As falas revelam um dilema ético na prática da APS cujos profissionais se sentem corresponsáveis, mas não entendem como correto que a família se omita de sua parcela de responsabilidade.

Refletindo quanto a frequência do apoio familiar nos procedimentos assistenciais Inouye et al (2010) nos fala da necessidade do equilíbrio da atenção familiar revelando a existência de dois tipos de família “uma distante e outra super-protetora”. Na “distante”, os familiares se encontram mais aos próprios interesses, e na “super-protetora”, a proteção extrema diminui a participação, a independência e a capacidade de resposta da pessoa idosa. Refere que o que se espera é o equilíbrio que permite um apoio efetivo com qualidade de vida. No estudo de Inouye et al

(2010) foi revelado que idosos com mais de 76 anos apresentaram menor liberdade e autonomia dentro do sistema família, evidenciando o modelo de incapacidade que a sociedade cogita quanto ao idoso. Isto é, quanto mais a família percebe a capacidade diminuída menor será a escuta de suas necessidades, opiniões ou confiança para delegar atribuições de autocuidado. Por outro lado, no caso da família que se distancia, a delegação do fardo de cuidados aos serviços da Atenção Básica ou às instituições asilares será manifesta.

Ainda como consequência desse distanciamento e fator de aumento da busca por apoio emocional está o fato da exploração financeira, prevista como crime no Estatuto do idoso (BRASIL, 2009a, p.35) no capítulo II, dos crimes em espécie, no Art. 102:

Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade: Pena – reclusão de um a quatro anos e multa.

E ainda no Art. 106:

Induzir pessoa idosa sem discernimento de seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente: Pena – reclusão de dois a quatro anos.

Além disso o abandono asilar ou deixar de prestar auxílio, também se caracterizam como crimes conforme artigos 97 e 98 do mesmo estatuto (BRASIL, 2009a, p.34):

Art. 97: Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública: Pena – detenção de seis meses a um ano e multa. Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte, e Art. 98 Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado: Pena – detenção de seis meses a três anos e multa.

Havendo as situações de exploração, abandono ou falta de auxílio, todo profissional que estiver apto a este conhecimento da lei poderá e deverá fazer uso de suas atribuições como servidor público em defesa à pessoa idosa. O que reforça a relevância em proporcionar-se informações adequadas aos profissionais

da Atenção Básica, contribuindo assim para subsidiar ações mais fortalecidas e embasadas para o enfrentamento das condições de vulnerabilidade social e afetiva da pessoa idosa.

Apesar do profissional de saúde identificar a vulnerabilidade social e afetiva do idoso sempre em busca constante do apoio na Atenção Primária, foi percebida na análise das observações dos atendimentos deste estudo, que há uma conduta que não considera esta perspectiva social e afetiva. Enquanto compreendem as situações de ausência de vínculos e a insuficiência familiar, na maioria dos atendimentos o que se evidenciou foi, que os procedimentos realizados nas visitas se deram de maneira altamente técnica e em cumprimento de rotina, considerando-se o bom relacionamento do profissional de saúde com os cuidadores, houve pouca atenção ou observação quanto a evolução do quadro dos pacientes visitados.

Foram ainda observados os prontuários na sequência dos atendimentos, de uma forma geral, a análise dos registros verificou-se que se apresentaram incompletos, observou-se que o médico substituto buscou fazer registros mais integrais. Nos poucos registros encontrados do enfermeiro, observou-se também essa integralidade. Quanto ao registro de orientações, estas não foram encontradas. As anotações de auxiliar e técnico de enfermagem encontraram-se restritas ao registro de procedimentos tais como de sinais vitais e troca de sonda vesical de demora. Neste sentido, o que se espera é que haja diálogo entre os profissionais da equipe da Atenção Primária, sendo que este demanda menor tempo de ação do que a linguagem escrita, porém na necessidade de encaminhar o prontuário para outros serviços de saúde, este não fornecerá subsídios suficientes para a extensão ou continuidade de tratamentos.

A portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009 b) sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, dispõe sobre o registro e o prontuário e quanto a orientação não registrada como item a ser anotado, é destacada a sua relevância para a continuidade do tratamento, destacando o grande valor para a continuidade do tratamento fora das unidades de saúde e estruturas hospitalares, podendo estas serem acrescidas no item “ i ” - ‘outras informações que se fizerem necessárias’, assim disposto: “VIII - o acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que

for necessário”.

A análise aqui revelou um registro tecnicista e biologicista direcionado para a rotina de uma UBS, e o registro em prontuário seria voltado para patologias e seus procedimentos terapêuticos sem expressar a integralidade da pessoa idosa e seu contexto social. As consultas e atendimentos se deram de maneira ética e buscando suprir de forma mais ampla a necessidade apresentada pelo usuário e seu cuidador no momento. Na unidade há uma demanda grande de usuários, fator que desfavoreceu os atendimentos observados quanto a disponibilidade do profissional em destinar tempo adequado. Observa-se, que este processo de trabalho com um ritmo acelerado é frequente na APS e muitas vezes afeta o acolhimento, a vinculação ao usuário e a efetividade das ações propostas.

Quando da observação do atendimento de fisioterapia, foi demonstrado elevado conhecimento de patologias e de sequelas, e uma conduta terapêutica com orientações, segurança e especificidade. Neste caso observou-se um tratamento em que há atenção integral à saúde, em que foram considerados os aspectos psicológicos, sociais, técnicos e biológicos, claramente evidenciados na execução do trabalho da fisioterapia, visto que conhece as famílias, suas histórias e evolução de seus problemas.

Na observação da visita domiciliar, percebeu-se dos profissionais com formação em nível superior, maior agilidade no diagnóstico, preocupação com a fragilidade biológica de alguns casos e em outros, o entendimento de que os aspectos familiares e sociais se encontravam bem atendidos. A perda nesta modalidade de atendimento se deu pela pouca frequência do médico, visto que sua presença permite maior eficiência quanto a detecção de problemas não percebidos por outros profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). Observou-se durante a visita, que a atuação dos diversos membros da equipe, muitas vezes não consegue atender a todas as necessidades mesmo biológicas de orientação e cuidados o que pode aumentar a vulnerabilidade biológica do idoso que se vê exposto a riscos causados pelas intervenções e que poderiam ser evitados com orientações específicas ao cuidador.

Em um segundo acompanhamento, foi notável o interesse na resolução biológica, incluindo a detecção de novos problemas de saúde. Foram também detectados riscos e problema de vulnerabilidade social, no entanto não foi observado nenhum diálogo quanto a possíveis resoluções deste fator, tais como,

encaminhar para assistência social ou conversar com a família. A enfermeira fez as orientações necessárias, ainda não realizadas anteriormente. Neste caso o atendimento não foi integral quanto ao aspecto social, para o qual não houveram medidas propostas e apesar do aspecto individual de segurança ter sido observado; os profissionais conversaram entre si sobre a paciente e não com a paciente.

Estas observações apontam que mesmo diante do discurso dos profissionais da APS, que aponta para a compreensão das vulnerabilidades apresentadas, refletem uma prática biologicista e fragmentada, com ausência de diagnóstico adequado e sem perspectiva quanto as complicações do processo de envelhecimento, o que evidenciou a necessidade de maior reflexão sobre o processo de cuidar daqueles profissionais que tem como maior atribuição o cuidado ao idoso.

Na próxima categoria há a apresentação de um sistema de saúde municipal que desenvolve em sua unidade de saúde ações em todos os níveis do cuidado.

Serviços organizados em rede e voltados para o cuidado integral

Olhar do município para o idoso

O discurso dos profissionais demonstra o compartilhamento das ações de prevenção da atenção primária com a ação social, em que o idoso pratica ações de promoção à sua saúde e recebe atendimento sem necessidade de comparecer à UBS. Entendem que este cliente possui limitações e compreendem que no município há um olhar especial para o idoso.

“Lá no lar do idoso (...) Eles fazem exercício três vezes por semana, e quem vai lá não vem aqui (...) não tem necessidade por que o atendimento deles já fica pronto por lá, no lar (...) porque eles vêm 2 vezes por ano e eles vem geralmente para abrir exame só, e quando tem médico do PSF ele já abre exame por lá também né? Então é outra coisa, então direciona bem mais específico para o idoso” (PM1)

“Algum tempo vem percebendo a necessidade de uma atenção especial com o idoso tanto é com o município a gente adotou um lar (Lar de Vivencia dos idosos) para acolher essas pessoas, a gente já tinha feito, então a gente olha uma pessoa idosa com olhar diferenciado” (PS1)

“Os cuidados das orientações, os cuidados que muitos não sabem ler, então você vai dando a receita que não é suficiente, os cuidados de prevenir quedas os cuidados de patologia referente a idade” (PS1)

“O centro de convivência dos idosos que é muito legal, eles vão para praia juntos, vão para a exposição, praia, ‘parque aquático’, vão para todos eventos, conheceram a praia agora depois dos 60” (PS7)

A preocupação da APS no município na questão clínica, compartilha a responsabilidade da assistência em saúde com o serviço da área da assistência social, com um pensamento voltado ao incentivo da assistência em rede e coerente com as características propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011c, p. 39,40) para o processo de trabalho das equipes de atenção básica:

São características do: [...]VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada; (...)X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral; ” (...) 4.3.1 São atribuições comuns a todos os profissionais: (...) III Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários.

O serviço social referido no apoio à saúde da pessoa idosa, é o do “Lar de Vivência dos Idosos” cujo trabalho foi observado pela pesquisadora do presente estudo. O critério para a inserção da pessoa idosa na instituição é o de possuir renda própria e ser independente física e cognitivamente. Trata-se de um conjunto de residências individuais com estrutura física cedida pela prefeitura, em que a alimentação e a manutenção da limpeza é de responsabilidade dos idosos, que o fazem com suas aposentadorias ou pensões, alguns moradores podem fazer algumas reformas se assim desejarem. As casas enfileiradas a direita e a esquerda de um passeio arborizado e com bancos de cimento; não possuem muros a sua volta, sendo de fácil acesso aos vizinhos, são em estrutura de alvenaria, possuem dois quartos, sala, cozinha, banheiro grande o suficiente para adaptações especiais caso necessitem e ainda jardim. A pessoa idosa tem liberdade para sair, passear, ir à igreja, viajar, namorar, receber visitas, enfim uma vida normal. Durante a observação realizada em visita pela pesquisadora, os moradores mostraram-se pessoas muito sociáveis, alegres e de aparência saudável.

A secretária de saúde com o objetivo de apoiar, prestar assistência e incentivar à prática de exercícios para os idosos que residem no Lar e para os demais idosos do município que tiverem interesse, uma vez por semana comparece ao lar juntamente com a equipe de saúde para a aferição de Pressão Arterial e Glicemia Capilar, fornecimento dos medicamentos de uso contínuo e ainda orientações quanto a exames ou consultas agendadas e esclarecimento de dúvidas. Em seguida os idosos recebem um café da manhã e são convidados a realizar uma oração e participar da atividade física. Estas atividades são realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde, Auxiliar de Enfermagem e preparador físico da Equipe de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Família (NASF). Na visita observada não foi verificada a presença da enfermeira e do médico. Há também promoção de festivais de prêmios e de atividades festivas como: festa junina, dia das mães, dia dos pais, e ainda passeios e viagens. O “Lar de Vivência dos Idosos” revelou-se nesta observação e ainda pela fala dos trabalhadores de saúde e dos usuários, como estrutura social e de apoio as atividades de atenção primária em saúde por meio do exercício da promoção, prevenção à saúde do idoso e de sua inserção social, com incentivo a qualidade de vida de maneira diferenciada e inovadora para um município de pequeno porte.

Exigência de condições cognitivas preservadas

Os avanços terapêuticos e as diversas doenças crônicas que muitas vezes ocorrem no processo de envelhecimento, também exigem da pessoa idosa condições cognitivas preservadas para que possam gerenciar a polifarmácia a que muitas vezes são submetidos.

“Não dá para contar um dia que eu não atendo um idoso para fazer orientação, quando você chega no ultimo comprimido você nem lembra mais qual foi o primeiro que você orientou de tanto comprimido que os idosos tomam” (PS2)

“E eles nem conseguem se cuidar porque eu acho que nem tem cabeça para lembrar de tudo que tem que tomar” (PS6)

“Porque chega o dia a gente tem que arrumar aqueles medicamentos para eles, que eles não conseguem tomar; eu tenho uma paciente que ela toma nove comprimidos de manhã, oito a noite se não ficar tudo nas caixinhas eles não sabem, você perde tudo” (PM8)

“A gente mesmo vai na farmacinha, pega o remédio corta, coloca na fita põe [...] quem não sabe a gente não coloca dia e noite a gente coloca o ‘solzinho’ e a ‘luinha’ ” (PM8)

Gomes e Caldas (2008) refletem sobre os fatores que aumentam a vulnerabilidade biológica da pessoa idosa pelo uso indevido de medicamentos e a polifarmácia, dentre as alterações de órgãos e sistemas e da função cognitiva e a existência de problemas de saúde concomitantes. Entre os fatores dificultadores da adesão cita: o financeiro com custo alto dos medicamentos e cognitivo como esquecimento e menor capacidade de compreensão.

Cabe ao profissional de saúde não somente compreender a vulnerabilidade do idoso com o uso de diversos medicamentos:

Um papel especial do profissional na Atenção Básica/Saúde da Família é juntar as intervenções realizadas pelo/os especialista/s - coordenação do cuidado – evitando duplicação desnecessária de exames, procedimentos e medicamentos (BRASIL, 2006 a, p. 57).

Apenas tomar para si a responsabilidade quanto à organização e administração destes, reforça a situação de dependência e não deve constituir-se como único instrumento de cuidado. Devem-se propor ações multidisciplinares para enfrentamento dessa dificuldade e de redução da polifarmácia e de seus riscos:

A doença e os medicamentos estão presentes no cotidiano das pessoas idosas. As alternativas para gerenciar essa situação são muito particulares. A utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos, sua correta utilização - dose, tipo e intervalos - e a orientação adequada das pessoas idosas e seus familiares, são alguns dos elementos essenciais na manutenção da qualidade de vida do idoso (BRASIL, 2006a, p. 55).

Os riscos desejáveis ou não, estão presentes na administração de medicamentos em qualquer faixa etária. Entretanto, a idade avançada está associada ao aumento dos efeitos colaterais. Os eventos adversos são atribuídos ao número de medicamentos prescritos, tempo do tratamento e a precariedade de informações sobre a doença e medicamentos. O uso simultâneo de medicamentos contribui para a ocorrência das interações medicamentosas, um medicamento pode interferir na farmacodinâmica de outro, em consequência surgem as reações adversas. De tal maneira pode também surgir uma cadeia de reações indesejáveis, a “cascata iatrogênica”, que afeta o resultado terapêutico. É comum a prescrição de um novo medicamento para corrigir o efeito colateral derivado de outro administrado a princípio. O efeito colateral pode ser reduzido com a adequação da dose ou de

intervalo entre a administração, fazendo necessária a vigilância com a pessoa idosa.

Na suspeita de complicações medicamentosas a melhor conduta é a suspensão do medicamento. Compete aos profissionais da assistência ao idoso instruir-se quanto às melhores condições para trabalhar com os obstáculos advindos da senescência, ensinar e orientar os cuidadores quanto às vantagens de esquemas terapêuticos mais simples sempre que possível, o que conduz a eficácia terapêutica e reduz o surgimento de eventos adversos (BRASIL, 2006 a, p. 125-130).

Dificuldade a mudanças e ao incentivo para a atividade física na redução da polifarmácia

Mesmo diante do apoio positivo no município, há uma dificuldade na atenção primária para mudanças nos hábitos alimentares e uso de medicamentos. Quando o profissional faz uma orientação, a intenção é de promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida e eliminação de condições carreadoras de doenças e de polifarmácia.

“Sempre penso em prevenção, precisa tentar eliminar os fatores que estão atrapalhando a vida dessa pessoa; a pessoa depende de tanto remédio, uma dieta mais correta a gente conseguiria diminuir o colesterol, a gente já tiraria a sinvastatina entendeu?” (...) “eles não entendem que precisam seguir um cardápio, que cardápio vai fazer ação junto com o medicamento, entendeu? Que não adianta ela ficar tomando um monte de medicamento se não seguir o cardápio direitinho [...] eles rejeitam essa mudança por que para eles não estão doentes por conta da alimentação, eu acho que eles não têm essa consciência sabe?” (PS5)

É revelada a mesma dificuldade no apoio e incentivo para a atividade física, tanto por parte da família quanto do profissional de saúde que entende o dever em orientar a importância desta prática para benefícios em saúde e redução do uso de medicamentos.

“Ele tem que fazer exercício físico, natação se tiver piscina né?” (PM8)

“Questão da orientação, o que pode acarretar se ele não fizer uma atividade física, entendeu?”

“Ir para um baile da terceira idade... além de estar fazendo exercício físico ele está trabalhando a mente, e está divertindo, é para a mente e a alma né? Dormir, ele dorme bem, evita medicamento,

*porque ele vai estar cansado de dança ...então junta tudo é saúde”
(PM8)*

*“Porque tem os idosos que dormem o dia todo, aí não dormem a noite e vão procurar o Dr. porque querem o remédio para dormir”
(PM9)*

O uso de múltiplos medicamentos segundo Moraes (2014) ou a polifarmácia (uso regular e concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes) é um dos indicativos de “idoso em risco de fragilização” na Classificação clínico-funcional do idoso. Sabemos que os medicamentos possuem importante atuação nos mecanismos fisiológicos e no tratamento das condições crônicas. A questão a se preocupar, no entanto, está contida nas alterações do processo de envelhecimento que, associadas aos mecanismos farmacodinâmicos, geram riscos e sérias complicações.

Para Moraes (2012) a maioria das iatrogenias pode ocorrer quando se ignoram os efeitos colaterais que são confundidos com novas doenças ou atribuídos ao envelhecimento. Destaca ainda a importância de se dar maior evidência ao diagnóstico correto de problemas crônicos e para a prescrição correta das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, nas condutas terapêuticas ou paliativas, estando alerta ao risco de “iatrogenia medicamentosa”, estimada como a maior síndrome geriátrica em idosos frágeis e usuários de polifarmácia.

São necessárias ações de educação com informações de qualidade no componente individual, tais como: questionar a prescrição de um segundo medicamento, quando o sintoma de queixa pode estar associado ao primeiro, então, relatar o sintoma, portar consigo prescrições de outros especialistas, buscando de tal forma a corresponsabilidade por “medidas protegidas e protetoras”.

No componente social: prover recursos materiais e de acesso à informação clara e concisa, porém necessária, escolarização, alfabetização para a terceira idade, “inclusão”, a fim de que se facilite a compreensão do idoso ou cuidador quanto a utilização dos recursos existentes, reduzindo a dificuldade de inserção, participação social e de “enfrentamento de agravos”.

E ações relativas ao gerenciamento, avaliação e implementação ao cuidado, incluídas no componente programático da vulnerabilidade: visando

disponibilizar nas unidades básicas a presença do profissional com conhecimento em saúde do idoso capaz de prever e propor terapêuticas adequadas aos vários ciclos do envelhecimento, oferecer aperfeiçoamento de programas já existentes, para maior eficiência de ações sobre as mudanças biológicas e sociais do envelhecimento, e buscar estratégias para maior utilização das diversas estruturas em rede viabilizando o matriciamento de especialistas, especialmente geriatras.

Isso assegurará a redução de riscos, valorizando o acolhimento das necessidades da pessoa idosa em uma atuação permanente em todos os níveis de prevenção da atenção, conforme proposto por Veras (2009, p.552)

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

Atendimento em todos os níveis de atenção e necessidade de reestruturação organizacional

Identificam a necessidade de maior estruturação organizacional da rede de atenção suprimindo a unidade básica de saúde com mais efetividade da assistência preventiva ao idoso.

“... e daí você explica e como a atenção primária eu acho que não só no nosso município, mas como na maioria dos municípios não funciona como deveria funcionar trabalhando com a prevenção, aí fica mais a desejar” (PS6)

“Eu acho que para fortalecer deveria a atenção primária trabalhar mais com prevenção” (...) “a nossa atenção primária está funcionando mais como uma UPA” (...) “...organizar mais o serviço, ter uma rede mais ‘funcionante’, porque quanto tempo você dedica para prevenção do idoso?” (...)a gente encaminha e não tem um seguimento para ajudar no cuidar do idoso, vai na nutricionista, e eu não sei se ele está indo, falta esse contra referência (...) faz, faz, faz e não faz nada” (PS2)

“(...)“faço atendimento e orientação em toda a faixa etária, só que quando vem o idoso ele não vai lá buscar orientação ele vai lá para solução!” (PS2)

No município de pesquisa, foram relatadas realização de procedimentos de diversos níveis de atenção, percebidos pelos profissionais como eventos imperfeitos:

“A gente atende tudo numa atenção primária desde um soro que é um paciente que deveria estar em observação numa UPA ou num hospital, desde uma orientação para um paciente que acabou de descobrir que ele tem um diabetes” (...)“de bom! Por que eu acho que por funcionar como uma UPA, todo paciente que procura o atendimento, tem, sendo um atendimento não completo, mas ele tem”. (PS2)

Embora os relatos dos profissionais apontem para a execução de ações em todos os níveis da atenção, quando se trata do adequado cuidado intersetorial, estes fazem distinção para a necessidade de fortalecimento daquelas ações de prevenção e dessa atuação na APS no município, que tem sido substituída por atendimentos emergenciais.

Compreendem que as organizações públicas estão cientes do aumento da expectativa de vida e que devem se estruturar para a demanda e desenvolvimento da qualidade de vida da pessoa idosa.

“As pessoas (refere-se aos profissionais) ou outras que ainda não são idosos tem que saber que vão chegar lá um dia sabe? Todos nós vamos chegar lá um dia, como a gente gostaria de ser tratado? ” (...) “sorte que a saúde pública já entendeu que o idoso vai crescer muito vai ser uma população muito grande e que eles merecem um atendimento especializado” (PS1)

“Não é só tomar remédio ele tem que ter um arsenal de outras coisas para que ele tenha uma vida saudável, ele pode viver muito, o que vai acontecer? ” (...) “mas viver muito sem qualidade de vida não é bom, tem que viver muito com uma boa qualidade de vida! ” (PS1)

“Fazer uma hidroginástica, ter um fisioterapeuta, isso já foi comentado, já foi falado sim e acho que já vai ajudar muito [...] tem espaço para na reforma fazer alguma coisa do tipo, uma academia que já está licitada para por lá (no Lar dos Idosos) ” (PM1)

Em estudo sobre o papel da atenção primária e das redes temáticas Cecílio et al (2012) alerta que há um conceito de que, a obrigação colocada na APS em atingir um desenho mais coerente, integrado e justo dos serviços de saúde e ainda “funcionando sempre como sua porta de entrada, ou, pelo menos, porta preferencial para o conjunto dos serviços de saúde, parece nunca se ter plenamente alcançado”. Isto se deu em razão de uma nova proposta surgida após a análise do colapso dos serviços de saúde marcada pela “descontinuidade dos cuidados, a fragmentação da atenção à saúde e a ainda estratégica posição ocupada pelo

hospital na produção do cuidado”. Essa situação conferiu à APS o lugar de centralidade na composição de redes de cuidado, a partir de reorganização dos sistemas de saúde frente aos novos processos propostos, apresentado pela OMS, em 2008, passando a ser designada como “ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde” (CECÍLIO et al, 2012, p. 2894).

O discurso apresentado pelo profissional do município versa por um significado misto de imperfeição e insatisfação, entre o desejo de atingir o ideal e a realidade disponível. Referem-se de forma frustrada as próprias ações e serviços oferecidos na atenção básica tais como o acolhimento, orientações e serviços de média e alta complexidade em substituição aos de nível primário e os citam como exemplo do esgotamento de suas capacidades ou competências.

Como um dos resultados de pesquisa, Cecílio et al (2012, p.2900) concluiu que a APS se tornou:

um posto avançado do SUS, lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam. A vida dos brasileiros seria mais difícil sem ela. A rede básica é uma produtora de valores de uso para milhões de cidadãos. Nesse sentido, ela deve ser defendida como uma conquista a ser consolidada e aperfeiçoada.

O que difere neste estudo são as opiniões que vêm de trabalhadores e não de usuários, no entanto, aqui também o resultado aponta para a substituição da função da APS por serviços de urgência e excesso de atendimentos, levando-se em conta que no período do estudo, a unidade e o hospital contavam com o mesmo e apenas um médico para atendimento geral, pediátrico e obstétrico e ainda que, o hospital se encontrava em reformas e sustentando seu atendimento prioritário de emergências graves e direcionando os demais para a UBS. No município em questão também há tradução de valores para seus usuários, percebido durante as observações pelo grau de proximidade de seus trabalhadores com a pessoa idosa e a confiança produzida ao longo de anos que um mesmo profissional a atende. O idoso procura a UBS não apenas por razões físicas, mas porque ali não perguntam seu nome na recepção, e por mais que a equipe esteja atarefada sempre encontrará uma solução, o que para o profissional não é ideal, para ele é uma resposta satisfatória, mesmo que finde por retornar no próximo dia ou na mesma semana. Como referido por um dos profissionais “(...)de bom! Por que eu acho que por funcionar como uma UPA, todo paciente que procura o atendimento, tem, sendo um atendimento não completo, mas ele tem”.

Esses resultados apontam para a vulnerabilidade programática do sistema de saúde municipal, melhores respostas deverão surgir, sejam por meio dos gestores na provisão de recursos financeiros e humanos, por novos programas ou redirecionamento do caráter de complexidade de atenção hospitalar. Não se perdendo essa característica tão particular do pequeno município, em que o acolhimento é modelo a ser mantido, e estratégias de manutenção da dignidade e valorização do trabalhador deverão ser criadas. Foi também exposta uma mudança de foco no aspecto da reabilitação, sendo mais comum para aqueles mais velhos e de manutenção da funcionalidade para aqueles da nova geração de idosos, citam-se exemplos sobre a facilidade de acesso e de escuta do cliente pela rede pública da cidade:

“Porque realmente quem é muito idoso, muitos perderam os dentes né? É um pouquinho limitado” [...] “Está mudando[...] quando eu comecei a trabalhar há 28 anos atrás por exemplo de 10 atendimentos 7 eram extrações, hoje de 10 atendimentos 9 são restauradores né? ” [...] “o foco mudou e as condições financeiras mudaram; mas quem está se reabilitando com prótese hoje é quem tem 70 anos, 65 anos” (PS7)

“Então são poucos, mas o pouco que vão, eles são orientados, porque eles não querem, então a gente orienta encaminha para o CEOP [...] é um centro de odontologia em Cambé, a gente manda para lá para fazer as próteses, são 2 vagas por mês” (PM10)

Ainda com referência aos níveis da atenção os profissionais relatam a ocorrência de ações da rede de cuidado e de fortalecimento interprofissional para o atendimento da pessoa idosa.

“A expectativa de vida mudou muito, hoje as pessoas são muito mais atingidas por doenças crônicas que são tratáveis (...) por exemplo o diabético precisa dela para a insulina, precisa dela para o cardápio precisa de vocês por problemas articulares de dor, (se referindo às profissionais ao lado) de tudo, entendeu? Então hoje virou uma corrente de atenção” (PS7)

“Quanto às profissionais, psicóloga, fisioterapeuta, está ótimo, temos duas fisioterapeutas uma na casa e outra na clínica, temos duas psicólogas, três assistentes social” (PM8)

“Normalmente vem com problemas crônicos, junto vem aquela depressãozinha, desânimo, vontade de só ficar em casa, carência, eu procuro orientar sempre, eles falam: ‘vou na fisioterapia’, mas

“você está seguindo o que as meninas falaram? [...], mas você está fazendo? Está seguindo o cardápio da nutricionista está tomando remédio direito? [...]remédio tem que seguir o que o médico colocou lá, tomar certinho não adianta tirar metade ou tomar um tanto a mais” (PS6)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado”. Para que as RAS cumpram seu papel, “é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde esteja organizada, coordenando o cuidado e seja responsável pelo fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011a, p. 19).

A grande maioria dos itens preconizados para o adequado funcionamento das redes de atenção, foram observados na estrutura do município em estudo: Casa lar, NASF, hospital e UBS. A insuficiência verificada ocorreu nas estruturas físicas do hospital, que se encontrava inativo por estar em reforma e com demanda atendida pela UBS, está situada ao lado da Secretaria de Saúde e anexa ao hospital, numa edificação pequena para acolher a demanda crescente da população.

Ações compreendidas como boas para pequeno município

Demonstram as ações de orientação e cuidado sendo apoiadas pela utilização intersectorial de serviços públicos, reveladas nas falas como boa para um município em que não há rede particular de assistência como em outros centros de saúde de município maiores.

“Para nossa cidade eu acho que o serviço é bom! eu acho que é um problema social, não tem pra onde correr se não for posto de saúde, aqui não tem clínica particular, aqui não tem hospital particular não tem nada” (...)“tem que pensar como é o atendimento lá (cidade maior) se ele não tem nem para quem reclamar, se ele chegar numa porta de um hospital de uma UPA, lá ele nem sabe para quem reclamar, se a pessoa te trata mal, você tem que ir embora é diferente, aqui não, aqui ele fala com o prefeito, fala com vice, fala com a vereadora, vai ali fala com a secretária de saúde, mas pelo menos assim garante um atendimento melhor” (PS7)“

“Aqui a acessibilidade é muito mais fácil entendeu? Eu estou com problemas nas costas, eu estou com encaminhamento do médico,

eu preciso de uma fisioterapia, gente é de graça! ” (PS5) “e é na hora” (PS3)

O que neste contexto foi relatado pelos profissionais como “bom pela facilidade de acesso”, na rotina, no entanto, revela-se como preocupante, visto que foram observadas situações em que a unidade sequer consegue cumprir com a função do acolhimento e a equipe de saúde enfrenta a busca por suprir uma grande demanda, porém sem conseguir realizar ações de orientação e cuidados pertinentes à promoção e prevenção da saúde e cabíveis para serviços de atenção primária, gerando constantes situações de insatisfação do profissional e da clientela que busca recidivamente pela UBS.

Encontrou-se como resultado dessa observação em conjunto com as falas dos profissionais, que estes apontam para a compreensão da situação do idoso, entendimento da estrutura de rede deficitária em que estão emergidos, e com o descontentamento entre o trabalho realizado e o almejado, mas que no entanto, reflete a condição de “vitimização e tutela” referida por Ayres et al (2009), em que estas práticas dificultam a utilização do conceito de vulnerabilidade, no qual quando o alvo é uma “população suscetível” o resultado esperado seria uma “resposta social”, na qual haveria uma solução imediata das estruturas de saúde ao indivíduo. A atual situação sustenta a dependência do cliente aos serviços, não contribuindo para que ele assuma a corresponsabilidade por medidas protetoras à sua saúde, sempre acolhido e vitimado.

Para Ayres et al (2009) o interesse na abordagem ao conceito de vulnerabilidade surge, ao atentar-se para os limites individuais na organização de respostas concretas e para a percepção da falha da “universalização”; foi necessário “apreender o peso dos diferentes contextos sociais como determinante de diversas suscetibilidades e criar alternativas técnicas sensíveis a essas diferenças”. É necessário identificar a parcela da população mais exposta a partir de seu lugar na sociedade e de sua relação de responsabilidade para com a mesma. O problema evidenciado foi o de seguir-se na promoção da discriminação dos grupos afetados pela sua vitimização e tutela: “Quantos de nós já não ouvimos coisas do tipo: ‘as mulheres, tão vulneráveis, coitadas’; ou os jovens, ou os negros, ou os pobres, etc.”.

E como vimos neste estudo essa é a imagem apresentada na concepção do idoso, o idoso é dependente, tem dificuldades cognitivas, o idoso é carente, o idoso busca apoio constante nos serviços de saúde. Enquanto a APS

assume a busca pela solução em uma resposta biológica, tecnicista e imediata, manterá a responsabilidade unilateral na constante afirmação de sobrecarga e inadequação. Assumir essa conduta, de acordo com Ayres et al (2009), seria negar o que de melhor havia na utilização do conceito, perdendo-se o caráter relacional e de impacto das situações determinantes de vulnerabilidade.

Ayres et al (2009) seguem na afirmação de que a Vulnerabilidade “não é binária”, é multidimensional, podemos estar vulneráveis para alguns agravos e para outros não em uma mesma situação; “não é unitária” não respondendo ao modelo “sim e não”, mas respondendo aos diferentes graus; e “não é estável” pois as dimensões e os graus de vulnerabilidade mudam continuamente. “Portanto, as pessoas não ‘são’ vulneráveis, elas ‘estão’ vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma e em certo ponto do tempo e do espaço”. Em meio a essas qualidades uma quarta dimensão se interpõe que é o “caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade”, em que a vulnerabilidade é sempre de responsabilidade bilateral. Desta forma, ao vitimizar ou tutelar alguém o categorizando como “vulnerável” estaremos cultivando distanciamento do “polo menos prejudicado”, no entanto, também participante e igualmente vítima (AYRES, et al, 2009 p.138-139).

ACS como facilitador versus a prática de tutela e responsabilidade

Refletindo ainda sobre a prática da “tutela”, no ponto da articulação das equipes de saúde e multiprofissionais em busca da qualidade na prestação da assistência ao idoso na APS, insurge a atuação do ACS frente a este público. O papel do ACS é evidenciado como o de facilitador da realidade do idoso pela maior proximidade e convivência com este usuário, demonstradas e observadas pela prática de tutela e responsabilidade. O ACS faz a ligação entre o usuário e a unidade de saúde como representante fiel da necessidade do primeiro e orientador das ações do segundo:

“Porque na verdade você que está ali na área da saúde, dia a dia você conhece todos os problemas, igual nosso serviço é de casa, é visita, você senta ouve, aí você pode resolver entende? Vai fazer? Não, você mesmo agenda” (PM8)

“A gente tem paciente que não sabe ler e a família também não ajuda aí é a gente que arruma para eles, cada um no seu setor” (...) “a gente até agenda, a gente leva a guia o agendamento, vai na casa, até leva a psicóloga” (...) “Aí a gente chega lá, fala [...] “dá

para você agendar para tal fulano? ” Aí agenda, se precisa buscar ela pega o carro e busca, então é assim” (PM9)

“Só que eles não fazem nada assim sem perguntar para nós, tão bonitinho que eles têm aquela confiança sabe? Às vezes a gente está numa rua vem uma senhorinha correndo dando com a mão, pergunta sobre medicamento, ou alguma consulta, sobre o netinho sabe? Então é a confiança é uma gratidão” (PM8)

O desempenho e competência da função do ACS é estipulado pela Política Nacional da Atenção Básica, no capítulo sobre as características da Equipe da Saúde de Família, no item 4.3.2.4 do Agente Comunitário de Saúde:

[...] V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês (BRASIL, MS., 2012 p. 48).

Comparadas as funções dos demais membros de saúde da ESF, a responsabilidade por orientações compete também aos agentes comunitários, previstas igualmente na PNAB nos itens VII e VIII, em que são preconizadas as ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos e ainda de vigilância à saúde, incluídas as “ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade”.

Concomitante às ações educativas em saúde, compete ainda o acompanhamento das condições dos programas de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades oferecidos pelo governo federal, estadual e municipal, sempre informando a equipe quando se depararem com condições de risco.

Há que se ressaltar pelo fato de ser este profissional que está maior tempo em contato com a população alvo, e para tal necessitam estar aptos para as ações educativas, estando inseridos nas reuniões de programas e de equipes e recebendo treinamento constante. Sobre a Educação Permanente a PNAB (BRASIL, 2011c, p. 39) propõe:

(...) o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

Apesar da existência de todas essas atividades e competências preconizadas, o ACS não possui alcance destas ou apreensão de seu importante papel diante da comunidade, reservando-se ele próprio a capacidade de visitador e entregador de receitas e medicamentos. Essa interação entre o ACS e os demais profissionais da equipe de saúde não foi verificada durante a observação deste trabalhador.

Fazendo uma análise das falas e das visitas domiciliares dos ACS, os resultados revelam que o ACS se incumbem de buscar, identificar e entregar os medicamentos ao paciente domiciliar, nestas oportunidades não foi observado o questionamento quanto ao uso de múltiplos medicamentos. Igualmente os procedimentos realizados nas visitas mostraram-se em cumprimento de rotina, mesmo considerando-se o alto grau de proximidade que estes possuem com as famílias.

Há uma boa interação com cuidadores, com pacientes e familiares que conhecem a história de vida e de evolução da doença dos pacientes. Em geral, anotam PA e o HGT na carteira do paciente e em um caderno que fica na sala dos ACS. São aferidos pelo auxiliar de enfermagem que também realiza curativos ou administração de medicamentos, sem o auxílio do ACS. Essas anotações deverão ser vistas pela única enfermeira do município quando disponível ou por algum acometimento com o idoso, essa irá procurar o profissional para questionar alguma anotação alterada.

Ainda nesta proposta preconizam-se ações de apoio e colaboração horizontal, como “trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc.” (BRASIL, 2011c). Visto que o que se apresenta nessa questão é a vulnerabilidade programática, em que deverá haver compromisso adequado das instituições de saúde, na disponibilização de recurso e monitoramento de programas nos diversos níveis da atenção e aliados às organizações sociais, ao serviço público e privado no empreendimento de ações no sentido de reduzir os riscos de adoecimento e agravos em saúde.

Apresentamos a seguir a categoria que expressou a situação do município na estruturação de recursos.

Dificuldade de recursos humanos e financeiros

Conforme as observações da pesquisadora e por meio de entrevista com a gestão de saúde foi possível o entendimento do cenário do cuidado no município. Ao longo de anos a participação do profissional de nível médio nas atividades em saúde era integral, um auxiliar de enfermagem realizava até parto. Com o passar do tempo e com a implantação dos programas de saúde definidos a cada população específica, foi citada a “Rede Mãe Paranaense” como exemplo, dentre outros existentes, e até mesmo por respeito à legislação dos conselhos de saúde, esse perfil de atendimento foi sendo mudado. Contudo, para a população mais idosa não há essa diferenciação de níveis de competência, a confiança e o respeito que eles têm para com a equipe de profissionais é idêntica, tanto que, a procura acontece na unidade e não hesitam em parar um deles na rua para sanar dúvidas de saúde. A resposta dos profissionais para com a população de idosos é recíproca, em que compreendem e respeitam a experiência de vida desses.

A ausência do profissional de médico se dá nas outras especialidades mínimas preconizadas após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que para as ações de atenção e cuidados ofertadas por uma UBS progrediram ao final dos anos 1980, pela ampliação do atendimento médico nas três grandes especialidades (clínica, pediatria e ginecologia). E ainda há carência desse profissional no PSF. No contexto analisado havia apenas um médico para atender a população, para qual atende há 30 anos, sendo muito estimado e preferido, há pessoas das quais ele fez o parto da mãe e hoje atende ao nascimento de seus filhos. Quando há uma emergência para ginecologia e obstetrícia ou para pediatria, o atendimento prioritário se dá na UBS entre uma consulta e outra do único médico plantonista, e após haverá encaminhamento a um grande centro em outro município, se necessário. Uma vez a cada semana foi observada a presença de um diferente médico substituto, mas a preferência do usuário era sempre pelo médico conhecido.

Houve uma dificuldade para enfermeira agendar a visita domiciliar em companhia do médico. Nas três oportunidades em que foi possível, estas foram de extrema importância ao idoso visitado e, como já dito anteriormente, a visão diagnóstica das vulnerabilidades apresentadas foi muito mais acurada nestas ocasiões.

Outra ausência profissional sentida foi da Enfermeira do PSF. Havia uma no início da pesquisa e essa contribuía muito com a enfermeira na coordenação da UBS, porém foi transferida para o atendimento noturno do pronto socorro do hospital municipal. Portanto, as visitas domiciliares e assistenciais eram sempre realizadas pelas ACS acompanhadas de uma auxiliar de enfermagem, o que denotou a carência desta profissional para prescrição dos cuidados de enfermagem. Também não há no município agentes de endemias, esse papel é acumulado pelos ACS e nas ocasiões em que há mutirões de prevenção da dengue, a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem é deslocada da UBS para contribuir, necessitando fechar a unidade neste período.

Foram três as justificativas da gestão para essa carência. A primeira sobre ordem burocrática de empenho para realizar um concurso e ainda por ser ano eleitoral, a segunda pela falta de recursos financeiros e terceira pela dificuldade em estabelecer vínculo de trabalho com aqueles profissionais que por ali passaram com vínculo temporário, que sempre quando aprovados em concursos em outros municípios deixam o cargo da cidade, e ainda, quando possui o vínculo e reside em outro município, faz a opção pelo município de sua residência.

A promessa é de que alguns avanços aconteçam em prol da saúde do idoso para o próximo ano, algumas já licitadas tais como a Academia ao ar livre para o Lar de Vivência dos Idosos e outras melhorias têm sido planejadas pela prefeitura que também esbarra na dificuldade do empenho.

Carência de recursos adequados ao número de idosos

Foram apontadas as necessidades de recursos humanos e financeiros adequados ao aumento do número de idosos, devido a limitações apresentadas para a execução ideal dos objetivos e metas da assistência.

“O que dificulta? A princípio acho que dinheiro né? Mas, eu acho que para o ano que vem o prefeito já está vendo alguma coisa assim, é empenhado” (PM1)

“Tudo infelizmente implica no financeiro, a gestão sim é, eu não posso negar que o nosso equipamento de recursos humanos é insuficiente para a demanda então no primeiro momento a gente teria que ampliar os recursos humanos voltados para esses tipos de atividades” (PS1)

Profissionais sem tempo, equipe incompleta

Os trabalhadores sentem dificuldade pela falta de tempo e de uma equipe completa para a assistência no PSF.

“A cidade também está crescendo muito! E a equipe é a mesma desde quando eu nem imaginava fazer faculdade [...] eu fui atendida pelo Dr. a sua equipe mudou quanto? [...] você tem que trocar a roda do carro com o carro andando você não consegue! Aí toda tarde eu deveria ter feito isso, isso, e você não vai conseguir fazer” (PS2)

“A gente tem que prevenir um por um, por isso que eu falo que a equipe como um todo, tem que trabalhar unificada, eu sozinho com esse volume (aponta para a pilha de prontuários já atendidos) de trabalho eu não tenho um tempo muito grande para dispor por dificuldade, é um desafio por quê? Porque eu gostaria de ter um tempo maior de ter uma dedicação mais a fundo sabe? ” (PS1)

“Só que assim ele (médico) não consegue prestar um atendimento de qualidade, não adianta falar que ele consegue que ele não consegue, muita demanda para pouco profissional” (PS2)

“Todos os dias eu abro três, quatro prontuários de paciente que estão mudando para cá [...] não dá mais conta gente, agora se eu tivesse essa acessibilidade que ela (a nutricionista) falou que tem no serviço, mais a organização necessária, nosso atendimento seria perfeito... mais não!” (PS2)

“A cidade de (...) o foco da dificuldade se concentra primeiro nos profissionais” (PM3)

Falta médico

A ausência máxima referida foi a do profissional médico, foram também registradas a ausência de mais um enfermeiro e a necessidade de duas equipes completas para o PSF.

“Nessa parte no PSF está meio difícil eu acho sim porque a população cresceu, no caso eu acho que devia ter duas UBS duas equipes” (PM8)

“O acréscimo de recursos humanos com pessoas envolvidas com a terceira idade, melhoraria bastante sim” (PS1)

“A dificuldade maior que está tendo agora e pelo fato de não ter médico do PSF “ (PM4)

“Uma atenção primária funciona sem ACS? Não funciona [...] eu não posso mais contar tanto com elas, até maio elas tem que ajudar na dengue então elas estão sendo ACE (Agente Comunitário de

Endemia) e ACS no setor, elas estão fazendo só as visitas que são necessárias, como que eu trabalho desse jeito? ” (PS2)

“Enfermeira também, aumentou a burocracia de papel, só tem uma pra UBS e para o PSF é uma enfermeira só” (PM2)

“Infelizmente no momento eu estou sem o médico, é o que está me faltando” (PM1)

Sobrecarga da equipe em busca dos seus objetivos

Estes profissionais creem que apesar de haverem profissionais capacitados, a qualidade da assistência está diminuída, os mesmos buscam fazer o que está ao seu alcance, mas sentem-se sobrecarregados.

“Ela (a enfermeira) fica muito sobrecarregada e acaba sobrecarregando o médico também, então todo mundo fica sobrecarregado [...] teria que ter uma separação, acho não é o que é, não tem nada a ver uma enfermeira comandar os dois, aí sim, aí ia ficar bem melhor, tanto para os idosos quanto para a nós que trabalhamos” (PM4)

“O doutor é muito bom, mas agora ele está só nos plantões, ele está como clínico, está atendendo no posto, mas ele não tem tempo de dedicar-se só ao idoso e ele é muito bom nisso também” (...) ‘ele sempre fala “tem que ser visto como um todo” (PM1)

*“Estamos muito sobrecarregados, às vezes, tem um idoso aqui do meu lado que quer conversar, mas eu não tenho tempo para ele” ...
“E a pressa é tão grande que o médico passa ali despercebido, por que? Porque nós somos muito pouco” (PM5)*

“Acho que acaba perdendo o foco entendeu? Acaba distinguindo as coisas é muita função, é muita coisa às vezes a gente fica sobrecarregado” (PS5)

“ ... quando vem idoso para mim a minha função é orientar, eu não consigo gastar meia hora com atendimento, eu oriento encaminho peço para o doutor fazer um encaminhamento” (...) “tudo que é possível na rede eu tento, mas é trabalho, tem dia que eu olho na porta que eu tenho que pedir para fechar porque senão eles não têm paciência de esperar” (PS1)

A proposta do Ministério da Saúde dentro da PNAB para as

“Especificidades da Equipe de Saúde da Família” (BRASIL, 2011 c) é:

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro

generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011c, p. 55).

E para o adequado funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, são preconizadas:

Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011c, p.37).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como parâmetro ideal de atenção à saúde da população a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Na região Sul do Brasil, a relação média observada de (1/615 hab.) abaixo do parâmetro nacional de (1/622 hab.). No município pesquisado a população geral era de 3.434 habitantes em 2010, e destes 462 são idosos (IBGE, 2010b).

Pelo Ministério da Saúde cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, sendo a carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família, exceto o profissional médico que poderá atuar em até duas equipes, pois poderá ser contratado por 20 ou, até, 30 horas semanais (BRASIL, 2011c). Na realidade observada o município uma equipe de Saúde da Família, sendo este número adequado segundo o MS, havendo uma percepção falha de necessidade de duas equipes. O que é sentido na realidade é a insuficiência do cuidado, devida a ausência dos profissionais enfermeiro e médico nas visitas assistenciais, em decorrência de uma equipe incompleta em relação a algumas categorias profissionais.

Para a equipe geral de cuidados a meta fixada pela OMS no Relatório Mundial de Saúde de 2008 é de 22,8 profissionais de saúde para cada 10 mil habitantes (OMS, 2008). Sem considerarmos a diversidade de profissões na equipe de saúde e fizermos o cálculo com a mesma proporção para obtermos o número dentro do ideal; apenas utilizando o número de profissionais entrevistados,

que foi de 18, teremos a média de 7,8 profissionais para 3.434 habitantes, restando 10 profissionais numa proporção positiva. Todavia, se refizéssemos o cálculo considerando apenas os profissionais de medicina e enfermagem, que somam apenas cinco o número ficaria aquém do ideal para a assistência e o cuidado em saúde no município, visto que o resultado apontaria que estes cinco profissionais atenderiam a uma população de 2.201 habitantes. Em se considerar ainda que, foi observada no município a constante troca do profissional de medicina com contrato de trabalho temporário em que, as saídas ocorriam antes mesmo do vencimento do contrato.

Há um desafio para a qualificação dos profissionais de nível superior da atenção primária à saúde que pleiteiam aos gestores táticas de desenvolvimento profissional contínuo, para o aprimoramento de “competências técnicas específicas de cada profissão” e capacidades da atenção primária para “ações coletivas e atuação comunitária”. Ressaltando também quanto a qualificação técnica como “necessidade sentida pelos médicos em todos os municípios estudados”:

a competência técnica é uma das bases da resolutividade e credibilidade dos profissionais de atenção primária à saúde. Assim, os gestores ressaltam que, para os médicos, uma formação específica poderia contribuir para reduzir os encaminhamentos aos especialistas, ao garantir maior segurança aos médicos quanto aos diagnósticos e à terapêutica (MENDONÇA et al, 2010, p.2361-2363).

A regionalização e mais especificamente a descentralização também comprometeram o acesso e a continuidade da atenção, atribuindo maior peso à fragmentação dos sistemas de saúde. (OPAS, 2010). Para Lima et al (2012, p.2882) com a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990: “As relações verticais foram priorizadas”, o poder de decisão, encargos gestores e recursos financeiros da União foram transferidos aos estados e, especialmente para os municípios. Foi atribuído aos municípios uma autonomia advinda da descentralização, sem a estruturação dos serviços de saúde, sem o suporte de recursos financeiros, e ainda sem a garantia da estruturação intersetorial e institucional da União e do Estado.

No estudo de Lima et al (2012, p.2890), que buscou identificar as condições que favoreceram ou dificultaram esse processo no Brasil, a análise indicou uma variedade de experiências e esclarece que devido a importante função assumida pelos estados e municípios na coordenação da regionalização, diversas

estratégias foram acatadas para suportar e lidar com as diferentes realidades locais. Frente as diferentes dificuldades existentes que afetam os avanços e o amparo da política de regionalização em muitas regiões, os autores apreendem “a necessidade de fortalecimento do enfoque territorial no planejamento governamental e da integração de políticas setoriais de desenvolvimento regional de médio e longo prazo”, como condição essencial para desenvolver e assegurar o acesso da população aos serviços de saúde de diferentes tipos, “conforme as diretrizes do SUS de universalidade e integralidade” .

A realidade dos serviços e o papel estratégico do planejamento de recursos humanos no novo modelo de gestão descentralizada é discutida pelo CONASS (BRASIL, 2011b, p. 25) relatando a necessidade de inclusão do tema “Planejar recursos humanos” no planejamento dos órgãos federais, estaduais e municipais:

trazer para os fóruns de decisão política do SUS questões estratégicas como o financiamento dirigido à contratação e manutenção da força de trabalho; a qualificação dos trabalhadores e os programas de proteção à sua saúde, dando também atenção especial a um processo de modernização necessária aos sistemas que organizam essas questões, para tornar ágil e transparente as ações realizadas, e a comunicação com trabalhadores e demais órgãos dos sistemas federais, estaduais ou municipais que interagem com essas políticas.

Para o planejamento e eficácia de trabalho o CONASS conclui como básico, definirem-se as “estratégias para captação e fixação dos trabalhadores”, realizando previsões por meio de estudos e relatórios “que facilitem a tomada de decisão” e para tal, aliar-se a atividades estratégicas e gerenciais que incluam:

a avaliação de mudanças futuras em relação ao ambiente externo e interno; a estimativa de recursos humanos condizentes ao cenário esperado para o futuro; a análise permanente da oferta de recursos humanos existentes (BRASIL, 2011b, p. 26)

De acordo com CONASS, sobressaem três princípios básicos do tema dos recursos humanos para os sistemas de saúde, expressos na Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, Canadá, em 2006: “os recursos humanos como base dos sistemas de saúde”, em que, o aporte do trabalhador é fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde; “o trabalho em saúde é um serviço público de responsabilidade social”, sendo indispensável a estabilização entre os “direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores da saúde e as responsabilidades

dos cidadãos que merecem atenção e direito à saúde”; e “os trabalhadores são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde”, em que o incremento dos recursos humanos em saúde é uma ação social, não unicamente técnica, e orientada para o avanço da condição de saúde e da equidade social, através da eficácia de trabalho bem difundida, saudável, capacitado e motivado. O trabalhador em saúde constitui-se como ator principal nesse processo social (BRASIL, 2011b, p. 32-33).

Encontrando-se o trabalhador de saúde no importante papel de garantir a qualidade dos serviços em APS, há uma correspondência com a vulnerabilidade programática, que, segundo Ayres, incluem a disponibilidade de recursos sociais, aqui representados pelas estruturas humanas da APS com o objetivo de proteção de agravos à comunidade, e no estudo apresentado a população de idosos mais suscetíveis. Portanto, que estes recursos sejam ofertados pelo empenho de instituições gestoras e de maneira efetiva e acessível, com aprimoramento dos “programas existentes nas esferas governamentais para o planejamento, disponibilidade de recursos, gerenciamento, avaliação e implementação do cuidado, contribuindo para o fortalecimento dos indivíduos diante a suscetibilidade” (AYRES et al, 2009, p. 128). E ainda, no caso, uma vez compreendidas as causas da saída do profissional médico de contrato temporário, identificar estratégias para dirimi-la e encontrar meios para a motivação pessoal e crescimento profissional, evitando-se novas saídas que precarizam e fragmentam ainda mais o cuidado.

O que se revela na narrativa de carência de recursos humanos, tanto para os gestores quanto para os profissionais, é na realidade uma percepção muito centrada na presença no profissional médico. Essa importância acentuada descaracteriza a qualidade da equipe multiprofissional da APS no que tange ao enfrentamento dos agravos em saúde da comunidade. Vale lembrar que a única fala no sentido de valorizar o trabalho em conjunto, foi a do próprio médico: “*que a equipe como um todo, tem que trabalhar unificada, eu sozinho (...)*”

Considerar a figura do médico como essencial, não pode reduzir a capacidade que há nas diversas profissões disponíveis para o confronto às adversidades em saúde. Não se nega aqui a real necessidade de contratação urgente de profissionais para o município, mas tão necessária quanto, é propiciar-se maior qualificação destes e dos demais já existentes, para que se somem a um

trabalho interdisciplinar integral e não apenas tecnicista, em que cada profissional se incumba de uma parte do processo e passe adiante. É vital que se crie a compreensão de valorização da equipe multiprofissional e de que a terapêutica é um processo contínuo entre os níveis da atenção básica, não se findando puramente no encaminhamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A presente pesquisa apresentou uma percepção de idoso que incorpora aspectos positivos em que, uma parcela da população idosa enfrenta os desafios das alterações do envelhecimento apresentando-se ativa, produtiva e em busca de inserção na sociedade atual e outra parte já menos positiva, apontando a solidão e o sentimento de finitude como características marcantes e definidoras de vulnerabilidade. Em que ambos convivem com os importunos da senescência, que associados a doenças crônicas podem impor incapacidades, dependências e fragilidade, deixando clara a vulnerabilidade individual, social e programática a que este grupo social está exposto.

O serviço de APS esforça-se para realizar seu papel, mas por dificuldades operacionais sente-se forçado a assumir funções que poderiam ser divididas com outros serviços de saúde, de nível secundário e terciário. Especialmente a falta de adequado provimento de recursos humanos desvia o foco de ações de promoção e prevenção para ações curativas, com caráter biológico e terapêuticas. Apesar do esforço dos profissionais em estimular e orientar estratégias de promoção, prevenção e reabilitação que poderiam melhorar a qualidade de vida, a adesão esbarra em dificuldades pessoais, sociais e operacionais. A APS tem sido substituída em compensação à falta de apoio familiar e social por constante procura da pessoa idosa, o que tende a contribuir para o aumento da demanda e a sobrecarga dos trabalhadores.

A característica organizativa da cidade favorece um olhar diferenciado ao idoso, com ações intersetoriais e em rede. Entretanto diante a dificuldade evidenciada de recursos humanos e financeiros, a prática diária do serviço de APS ainda concentra ações nas necessidades curativas.

Políticas de gestão tanto da saúde como da área social em conjunto, poderiam potencializar ações e estratégias que diminuíssem a vulnerabilidade individual com ações educativas e também, a vulnerabilidade social com o fortalecimento da rede social tanto familiar como institucional que pudessem minimizar as dificuldades advindas do processo de envelhecimento. E ainda, políticas de planejamento governamental integradas às setoriais para o desenvolvimento regional sob a ótica das dificuldades e características locais.

O serviço de APS, a partir do conhecimento e percepção integral de seus profissionais quanto à pessoa idosa, reconhecendo aspectos biológicos, afetivos, sociais, espirituais, tem potencial para interferir positivamente na estruturação de um processo de cuidar mais amplo e efetivo. A prática ainda não reflete o conhecimento expresso, porque esbarra em obstáculos que denunciam a vulnerabilidade programática do serviço. Mas a concepção integral da pessoa idosa se devidamente estimulada pode se transformar em estratégia de trabalho em rede e com o correto investimento pode efetivar a assistência necessária integral e de qualidade que se almeja.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M.L. Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 130-140, jan/jun 2008. Disponível em: < <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/viewFile/104/187> > Acesso em: 10 out 2016.

ALVARENGA, M.R.M., et al. **Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, Mai. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500030>. Acesso em 17 out 2016.

AYRES, J.R.C.M., et al . O conceito de vulnerabilidade e as prática de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERINA, D. (Org.), FREITAS, C. M. (Org.) **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: < <http://books.scielo.org> > Acesso em 15 jun 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo. Edições 70, 2016.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. 4 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2009. 162 p.

_____. **Indicadores demográficos**: proporção de idosos na população. 2012b. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/a14.def>> Acesso em: 20 set 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do trabalho e da educação na saúde: Para entender a gestão do SUS** / CONASS, 2011 . Cap.1.4 A realidade dos serviços e o papel estratégico do planejamento de recursos humanos no novo modelo de gestão descentralizada. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/gestao-do-trabalho-e-da-educacao-na-saude/>> Acesso em: 20 out 2016 .

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf > Acesso em: 12 ago 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html > Acesso em: 18 out 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html >. Acesso em: 20 out 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília – DF, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - n.19. Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRÊTAS, A.C.P. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 56, n. 3, p. 298-301, mai./jun. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a16v56n3.pdf> > Acesso em: 15 jan 2017.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, Dez. 2003. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300004>. Acesso em: 12 out 2016.

CARMONA, C.F., COUTO, V.V.D., SCORSOLINI-COMIN, F. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 4 p. 681-691, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00681.pdf> > Acesso em: 10 out 2016.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: NETTO, M. P. **Tratado de Gerontologia** 2.ed.rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 105.

CECÍLIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11 p. 2893-2902, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf> > Acesso em: 21 jan 2017

CUPERTINO, A. P. F. B., ROSA, F. H. M. & RIBEIRO, P. C. C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicol. Reflexão. Crítica.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 81-86, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722007000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun 2015.

FERREIRA O. G. L.; MACIEL, S.C., GUSM, S.M. Envelhecimento ativo e sua

relação com a independência funcional . **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p. 513-8, Jul./Set., 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04> > Acesso em 08 out 2016.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3 ed. Porto Alegre, Artmed, 2009. 405 p. Disponível em: < http://www.academia.edu/21086562/Introdu%C3%A7%C3%A3o_%C3%A0_pesquisa_qualitativa > Acesso em: 18 jan 2017.

FREITAS, M.O., HAGG, G.S. Sentimento do idoso frente à dependência física. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**. v.14, n. 2 , 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/rev envelhecer/article/view/9530/9316>> Acesso em: 15 10 2016.

FREITAS, W.R.S; JABBOUR, C.J. Utilizando Estudo de caso como estratégia de pesquisa qualitativa: Boas práticas e sugestões. **Estudo & Debate**, Lajeado, v. 18, n.2, p 7-22, 2011.

FRUMI, C. ; CELICH, K.L.S. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, 92-100 - jul./dez. 2006. Disponível em: < <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/viewFile/78/74>> Acesso em: 14 out 2016.

GOMES,H.O.; CALDAS, C.P. Uso Inapropriado de Medicamentos pelo Idoso: Polifarmácia e seus Efeitos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ: Rio de Janeiro. Ano 7, Jan. / Jun., 2008. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/viewFile/9285/7191>> Acesso em: 18 out 2016.

INOUYE, K., et al. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722010000300019 >. Acesso em: 18 out 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010 b. Cidades: Paraná- Prado Ferreira**. Disponível em: < http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=41#topo_piramide > . Acesso em: 23 dez 2016.

_____. **Sinopse do censo demográfico 2010**.Tabela 1.12. População residente por sexo e grupos de idade segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2010. Rio de Janeiro, 2011.

_____. Síntese de indicadores sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012**. Dados gerais. Tabela 1.3. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2012/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2012.pdf>. Acesso em: 21 mai 2015.

LAKATOS, E. M. ; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. 3 ed. São Paulo:

Editora Atlas, 1996.

LIMA, L.D., et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. 2012, v.17, n.11, p.2881-2892. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100005 > Acesso em: 21 jan 2017.

LUCCHETTI, et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2011. v.14, n.1, p.159-167. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a16v14n1.pdf> > Acesso em: 12 out 2016.

LUZ, et al. Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o Português. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n. 3, Mar., 2013 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a19v29n3.pdf> >. Acesso em: 05 jun 2015.

MANN, J., TARANTOLA, D. J., & NETTER, T. W. (Orgs.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abiá/ IMS-UERJ, 1993. In: Cap. 6. CZERINA, D. (Org.),FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: < <http://books.scielo.org> > Acesso em: 14 set 2015.

MARTINS, A.B. et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3403-3416, Ago. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000803403&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev 2017.

MARTINS, R.M.L. A relevância do apoio social na velhice. Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu. **Millenium online**. 2005. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/millenium31/9.pdf>> Acesso em: 10 out 2016.

MENDONCA, et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n.5, p.2355-2365, Ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out 2016.

MINAYO M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 621-626, 2012.

_____(Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. **Avaliação multidimensional do idoso: a consulta do idoso e os instrumentos de rastreio**. 4.ed. Belo Horizonte: Folium, 2014. Disponível em:

<http://www.folium.com.br/amostras/Amostra_avaliacao_multidimensional_do_idoso_4e_d.pdf>. Acesso em: 10 jun 2015.

MUÑOZ-SÁNCHEZ, A.L.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de Vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciencias & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 319-324, 2007.

OLIVEIRA, L.P.B.A.; MENEZES, M.P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. 2011. Abr./Jun., v. 20, n.2, p.301-309. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000200012 > Acesso em: 20 out 2016.

OLIVEIRA, S.C.F. **O olhar do idoso sobre a finitude**: um estudo sobre as representações sociais da morte em idosos de uma cidade do sertão. Pernambucano, RECIFE, 2008. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/pospsicologia/images/Dissertacoes/2008/oliveira%20sandra%20carolina%20farias%20de.pdf>> Acesso em: 28 out 2016.

OMS-Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p., il. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em: 20 out 2016.

_____. **Relatório Mundial da Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2008.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 15 nov 2015.

_____. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington DC: OPAS. 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=307 > Acesso em: 24 jan 2017.

PARANÁ, Secretaria de Saúde. **Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde**. 2015. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2874> > Acesso em: 21 mai 2015.

PAZ, A. A., SANTOS, B.R.L., EIDT, O.R. O processo de envelhecimento e a vulnerabilidade individual, social e programática. **Rev. de Enf. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões**. 2005. Disponível em: < <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/693/1263> > Acesso em: 10 out 2016.

PEREIRA, A. M. V. B.(Org.). **O APSUS saúde do idoso na atenção primária à saúde**. Oficina 9 – Saúde do Idoso, Paraná Ago. 2014. Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apsus_cadero9_1208_14_alta.pdf>. Acesso em: 30 mar 2015.

PERLINI, N.M.O.G.; LEITE, M.T. ; FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Rev Esc Enferm USP**: São Paulo, v.41, n. 2, p. 229-236. 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v41n2/07.pdf> > Acesso em: 10 out 2016.

RESENDE, T. A. **Terceiro Setor, ONGs e Institutos**. Portal de e-governo, inclusão digital e sociedade do conhecimento. Mar, 2011. Disponível em: < <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/terceiro-setor-ongs-e-institutos>> Acesso em: 24 set 2016.

ROSA, T. E. C.; BENICIO, M. H. A. As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde**. São Paulo, n. 47, abr. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122009000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 out 2016.

SILVA, H.S.; SILVA, T.B.L. et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo. v.15, n.6, p.97-116., 2013. Disponível em: < <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17289/12829>> Acesso em: 16 out 2016.

SORIANO, F. C.: ; LÓPEZ, A. L. Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v.14, n.2, p.51-61. 2012. Disponível em: < <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/4205>>e<<file:///C:/Users/ro sng/Downloads/4205-15104-2-PB.pdf>> . Acesso em:12 out 2016.

TAVARES, M.M.K. Os idosos e as barreiras de acesso às novas tecnologias da informação e comunicação, 2012. **Rev. Novas Tecnologias na Educação CINTED-UFRGS**. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/renote/article/view/30915/19244>> Acesso em: 03 out 2016.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.3, p. 548-554, 2009. Universidade Aberta da Terceira Idade. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf> >. Acesso em: 18 out 2016.

YIN, R. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questões da Entrevista com a coordenação da Saúde do Idoso da 17ª Regional de Saúde-Paraná

Questões para entrevista a coordenação da Saúde do Idoso – 17ª Regional
O processo de capacitação das equipes da APS com foco na identificação do idoso vulnerável, a finalidade da garantia do cuidado.

Buscando o melhor caminho para o desenho do projeto em pesquisa (*Percepção de Profissionais sobre a Avaliação da Vulnerabilidade de Idosos no Processo de Cuidar na Atenção Primária em Saúde*) surgiram algumas dúvidas com relação à Capacitação em Saúde do Idoso do APSUS:

- 1- Conseguiu-se realizar o número pretendido de capacitações esperado; havia um prazo determinado?
- 2- As oficinas foram destinadas para todas as categorias de profissionais da APS?
- 3- Houve participação em maior escala de ACS e auxiliares? Ou a participação era obrigatória para toda Equipe?
- 4- Qual (quais) profissional foi eleito para aplicar o VES 13?
- 5- Como foram estabelecidas as formas ideais para o preenchimento do instrumento VES 13?
- 6- Qual foi o prazo para a aplicação do VES 13 após as oficinas?
- 7- Qual a forma que a Regional de Saúde propôs para avaliar o cumprimento dos objetivos de compreensão dos aspectos relevantes relacionados ao envelhecimento e ainda da competência da APS na Atenção do idoso?
- 8- Você conversou com alguém que aplicou o instrumento e que fez um relato sobre alguma dificuldade ou facilidade nesse processo?
- 9- Para dar início à organização do atendimento ao idoso através dos dados do APSUS é necessário terminar essa fase de capacitações (oficina) em toda a Regional, ou cada cidade é independente neste processo?
- 10-Como está à implantação da Rede da Pessoa Idosa definida no Plano Estadual de Saúde?
- 11- O que é esperado que as equipes façam com os dados coletados pelo APSUS idoso, mais especificamente os dados do VES 13?
- 12- Após a aplicação do VES 13 houve novas capacitações sobre o que se espera ou discussão da continuidade na utilização dos dados?
- 13- Dentro daquelas instituições que já devolveram os números como saber quem fez a primeira consulta, existe uma forma?

APÊNDICE B

Roteiro de observação da Visita domiciliar

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO VISITA DOMICILIAR:

Aspectos a serem observados

- 1- Agendamento da visita
- 2- Interação do profissional com as pessoas da casa e o idoso
- 3- Ocorrência de identificação pelo profissional de problemas sociais, econômicos e familiares
- 4- Identificação pelo profissional do problema principal de saúde do idoso
- 5- O profissional assume a resolução do problema totalmente? Quais intervenções são propostas?
- 6- O profissional orienta e incorpora o idoso e a família na responsabilidade pela proposição de soluções?

Registro descritivo da visita: _____

APÊNDICE D

Roteiro de observação da consulta e atendimento na Unidade Básica de Saúde

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA CONSULTA E ATENDIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- 1- Como é a dinâmica de agendamento dos atendimentos?
- 2- Como ocorre o acolhimento da pessoa idosa na unidade?
- 3- Como ocorre o processo de atendimento e a interação do profissional com a pessoa idosa? Qual o principal enfoque do atendimento?
- 4- O profissional orienta o idoso? A linguagem é acessível e compreensível?
- 5- O profissional presta o atendimento direcionado para a solução da doença e também a outras questões trazidas pelo idoso e familiar?
- 6- O profissional presta o atendimento integral? Quais intervenções são propostas?
- 7- O profissional é prestativo e incorpora toda a responsabilidade pela resolução?
- 7- O profissional esclarece os meios e recursos disponíveis ao idoso e a família para o alcance de melhores resultados e promoção da saúde?

Registro descritivo do atendimento: _____

APÊNDICE E

Questões para a entrevista com a Secretária de Saúde de Prado Ferreira

QUESTÕES PARA A ENTREVISTA COM A SECRETARIA DE SAÚDE DE PRADO FERREIRA

- 1- O que significa para senhora a pessoa idosa?
- 2- Como a senhora descreveria Atenção Primária a Saúde ao Idoso realizada em Prado Ferreira?
- 3- Qual sua opinião sobre a Atenção em saúde prestada aos Idosos em seu município?
- 4- Quais ações realizadas em sua cidade poderiam ser citadas como modelo de atenção ao idoso? Poderia descrever como uma delas como exemplo?
- 5- Há algo mais que a senhora considera que poderia ser realizado para os idosos no serviço de atenção primária em saúde?
Se, sim cite as prioritárias. Justifique sua resposta.
Se não,..Por que?
- 6- Descreva um bom profissional para o atendimento aos idosos na atenção primária.
- 7- A senhora tem vontade de acrescentar algo ou prestar um testemunho sobre atenção primária em saúde para idosos?

APÊNDICE F

Questões para entrevista com o médico

QUESTÕES PARA ENTREVISTA COM O MÉDICO

Gostaria que o senhor desse uma olhada qual a figura ou mais figuras que representam a sua percepção de idoso:

1- O que o senhor vê? como o senhor vê o idoso hoje? nessas figuras aqui qual que tem mais significado do idoso com quem o senhor trabalha hoje? Não tenha pressa.

2- Porque o senhor escolheu estas imagens?

3- De uma forma geral como é a sua prática no cuidado com o idoso?

4- Quais são as dificuldades e desafios na atenção primária e quais são os pontos fortes na atenção primária do idoso, da cidade?

Questões complementares:

a) diante as dificuldades, o que o senhor poderia sugerir como uma mudança para melhorar esse atendimento em imediato?

b) mas o senhor está me dizendo que falta estrutura de recursos humanos ainda né?

c) me fala um pouquinho disso que o senhor falou que corta o coração de ver a exploração, me dá um exemplo?

d) se o senhor tiver mais alguma contribuição alguma sugestão:

APÊNDICE G

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE” a ser realizada em “Unidade Básica de Saúde Vereador Juarez Pereira dos Santos do Município de Prado Ferreira”. O objetivo da pesquisa é “ compreender como ocorre o processo do cuidar da pessoa idosa na Atenção Primária em Saúde e os princípios ou a lógica que a norteiam”.

Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: participação em entrevista em grupo que será gravado e após transcrição as gravações serão apagadas, e através da observação de atividades de atendimento. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa ou de futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade na conclusão e divulgação da pesquisa sua identidade será ocultada e as gravações serão eliminadas.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Os benefícios esperados são: contribuir para as ações e processo do cuidar no APSUS/Idoso. Quanto aos riscos, está pesquisa não apresenta riscos de nenhuma ordem: ao entrevistado, ao serviço ou ao usuário do serviço.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar (Rosângela Cabral, Rua Sérvula Assunção, 544 Londrina- Pr [43-3037.3808 e 439692.8418 ou pelo e-mail rosngelac@gmail.com), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Prado Ferreira, ___ de _____ de 201_.

Rosangela Cabral
Pesquisadora Responsável
RG: 3.435.518.5 SSP/PR

Eu _____,
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima;

<p>Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____</p> <p style="text-align: center;">Data: _____</p>

APÊNDICE H

Questões norteadoras do mediador

QUESTÕES NORTEADORAS MEDIADOR

OBJETIVO: compreender como ocorre o processo do cuidar da pessoa idosa na Atenção Primária em Saúde e os princípios ou a lógica que a norteiam.

1. Escolha imagens que expressem a sua concepção de idoso, que represente para você o que é ser idoso: Por que você escolheu essa imagem? (30 min)
2. Fale-me de uma forma geral sobre seu trabalho com idoso; sua prática no cuidado:
3. Como está acontecendo essa prática?
4. No seu ver quais são as dificuldades e desafios (ponto fraco) na assistência a pessoa idosa? E o ponto forte? (fortaleza)

Questões complementares:

- Como você contribui no fortalecimento dessas ações?
- O que isso que você me disse tem relação com o idoso?
- É bom? Para que é bom?
- Seria prático? Em que aspecto seria prático?
- Funciona- você sabe que funciona?
- Permanecer calado- permitir ao participante que amplie o que foi dito;
- Técnica de repetição- repetir o que acaba de dizer o participante;
- Repetir as palavras do participante como pergunta- É bom?
- Pedir ao participante que esclareça uma postura- Poderia me explicar melhor?
- O que pensam os demais sobre isso?
- Pode me dar mais informações a respeito disso?
- O que pensa sobre isso? Que quer dizer com isso?
- Gostaria de saber mais o que pensa sobre isso?
- Quais são as razões para esses sentimentos que você falou?
- Que outros aspectos lhe impressionaram?
- O que tinha em mente?
- E os que não falaram, o que pensam sobre isto?
- Você começou a dizer alguma coisa sobre...
- Por que? Por que não?
- Vocês concordam? Os demais também sentiram isto?
- Não deduzir ou supor o que o participante quer dizer;
- Estar atento aos membros que monopolizam o uso da palavra intervindo quando necessário;
- Explorar a opinião dos participantes sem dirigi-los;

APÊNDICE I

Roteiro para observação geral com disposição dos participantes ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO GERAL

DATA: ____/____/____

Observe atentamente o grupo durante a reunião e anote suas impressões a medida que for percebendo e sentindo os seguintes aspectos:

- 1- Atmosfera ou clima social da reunião
 - Agradável, cordial
 - Interessante e produtiva
 - Tensa e com sinais de hostilidade
 - Desinteressante e monótona
 - Desagradável, indícios de frustração

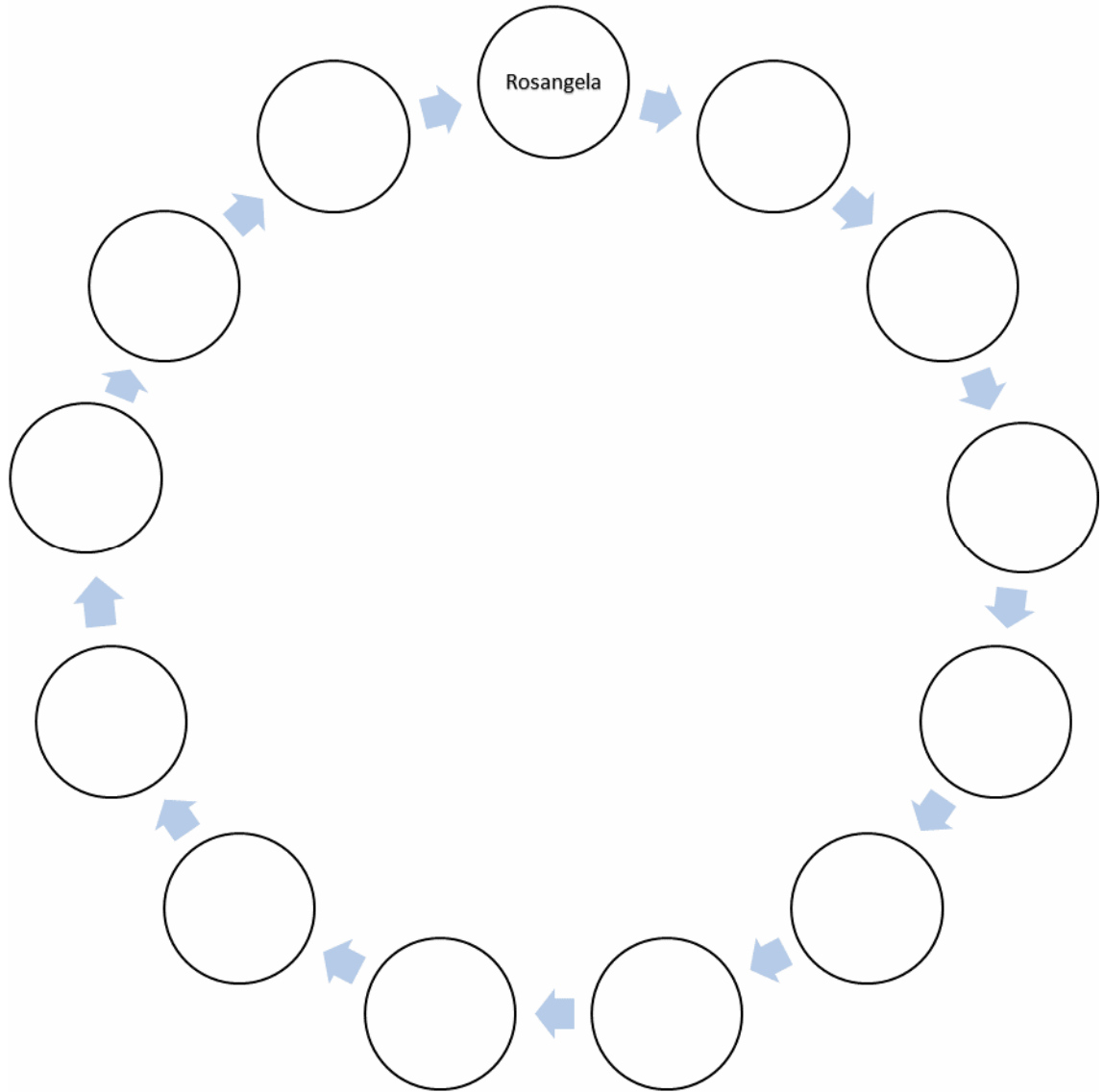
- 2- Atividades dos participantes
 - Rotineiras, esforços dispersos
 - Tendência a concordar, polidez, formalidade
 - Produtividade, interesse real na discussão
 - Alguns membros dominam a reunião
 - Autodisciplina de cada membro na discussão

- 3- Expressão de ideias e sentimentos
 - Falta de liberdade para expressar ideias e sentimentos
 - Polidez e superficialidade
 - Razoável exposição de diferentes pontos de vista
 - Ampla troca de ideias
 - Sinceridade e confiança nas manifestações pessoais
 - Receptivo e acolhedor/ fechado
 - Postura: empático, olhar direto e vínculo

- 4- Decisões (quando houver)
 - O grupo não conseguia chegar a uma opinião/decisão
 - Várias propostas apresentadas não encontraram receptividade e nem foram discutidas
 - Um ou alguns membros dominaram as decisões, ditando o curso de ação
 - Decisões por votação (maioria)
 - Decisão por consenso (debate de ideias)

- 5- Atividades do grupo como um todo
 - Organização
 - Liderança
 - Dominação de alguns membros
 - Aproveitamento do tempo
 - Conteúdo dos debates
 - Comunicação
 - Participação de todos
 - Atitudes dos membros
 - Entrosamento
 - Cordialidade
 - Hostilidade
 - Agressividade

DISPOSIÇÃO DOS PARTICIPANTES



APÊNDICE J

Quadro de Análise de Bardin

QUADRO DE ANÁLISE DE BARDIN

OBJETIVO – Compreender como ocorre o processo do cuidar da pessoa idosa na Atenção Primária em Saúde e os **princípios** ou a lógica que a norteiam.

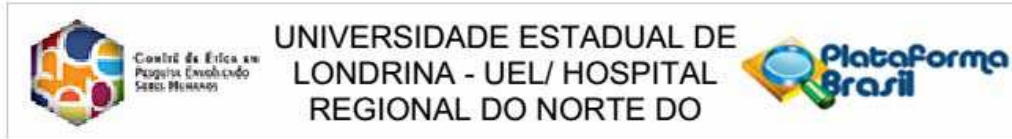
QUESTÃO () –

CORPUS	ÍNDICES	CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIAS

ANEXO

ANEXO A

Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa –CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Pesquisador: ROSANGELA CABRAL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51706115.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.371.217

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de mestrado (CCS-UEL) sobre o processo do cuidar da pessoa idosa na Atenção Primária em Saúde e seus princípios norteadores. Prevista geração de dados de 15 participantes (7 funcionários da equipe de profissionais de saúde e 8 agentes comunitários de saúde). Os instrumentos serão observação de atendimento por grupos focais com funcionários que atendem idosos em instituição pública. Também serão usadas no estudo de caso informações de prontuários da referida instituição. A instituição coparticipante é a Secretaria Municipal de Saúde de Acao Social de Prado Ferreira. O estudo pretende envolver funcionários de duas categorias.

Critério de Inclusão: membros da equipe dos serviços que atuam e influenciam a assistência prestada aos idosos pelo serviço de atenção primária.

Critério de Exclusão: profissionais que não atendam pessoas idosas e estejam de afastadas do serviço no momento de coleta devido férias ou licenças.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o processo de cuidar de pessoa idosa na Atenção Primária em Saúde e seus princípios norteadores.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

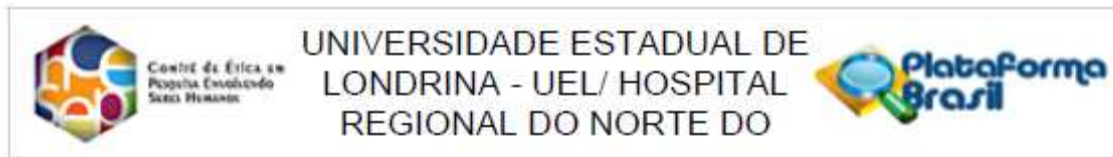
CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.371.217

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Previsto risco mínimo de ordem indireta ao profissional ou ao serviço e assistência imediata por parte da pesquisadora e sua orientadora.

Benefícios voltados à produção de conhecimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

--

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE, termo de concordância com a realização da pesquisa por parte da instituição coparticipante, termo de sigilo e confidencialidade, folha de rosto - OK.

Recomendações:

Recomenda-se corrigir a formatação do TCLE e didatizar a linguagem científica de forma que os participantes saibam que tipo de arranjo/procedimentos estão compreendidos sob o atual termo usado (grupo focal).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_629268.pdf	03/12/2015 18:09:49		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostonova.pdf	03/12/2015 18:08:42	ROSANGELA CABRAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimentolivreeesclarecido.pdf	03/12/2015 13:49:22	ROSANGELA CABRAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoAPSidosoMestrado.pdf	18/11/2015 21:51:34	ROSANGELA CABRAL	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 1.371.217

Investigador	ProjetoAPSidosoMestrado.pdf	18/11/2015 21:51:34	ROSANGELA CABRAL	Aceito
Outros	CapafolhaderostoeSumario.pdf	18/11/2015 21:18:27	ROSANGELA CABRAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECONFIDENCIALIDADEESIGILO.pdf	18/11/2015 21:15:49	ROSANGELA CABRAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoPradoFerreira.pdf	18/11/2015 21:15:19	ROSANGELA CABRAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 16 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Otávio Goes de Andrade
(Coordenador)