

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

KELLY MACIEL SILVA

**CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NO CONTEXTO
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS/SC
2012**

KELLY MACIEL SILVA

**CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NO CONTEXTO
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

**FLORIANÓPOLIS/SC
2012**

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

Silva, Kelly Maciel

A Consulta de Enfermagem ao idoso no contexto da
Estratégia de Saúde da Família [dissertação] / Kelly Maciel
Silva ; orientadora, Silvia Maria Azevedo dos Santos -
Florianópolis, SC, 2012.

132 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Programa Saúde da
Família. 4. Idoso. 5. Atenção Primária à Saúde. I. , Silvia
Maria Azevedo dos Santos. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
III. Título.

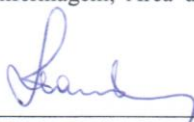
KELLY MACIEL SILVA

**CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NO CONTEXTO
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 10 DE DEZEMBRO DE 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

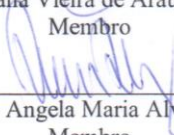
Banca Examinadora:



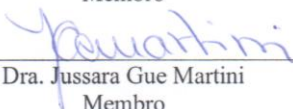
Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
Presidente



Dra. Juliana Vieira de Araújo Sandri
Membro



Dra. Angela Maria Alvarez
Membro



Dra. Jussara Gue Martini
Membro

*Dedico esta dissertação à minha filha
Ana Helena, que apesar da pouca
idade me ensinou que devemos
acreditar em coisas impossíveis, pois
a única forma de chegar ao impossível
é acreditar que é possível. Te amo!*

AGRADECIMENTOS

Hoje quero agradecer...

*À minha família por sempre respeitar minhas escolhas, entender minhas ausências e minha necessidade de introspecção. Especialmente ao meu marido **Toni** e filha **Ana Helena** pela compreensão, amor, estímulo, incentivo, e principalmente por estarem sempre ao meu lado. Amo vocês!!!*

*À minha querida amiga **Rosângela Fenili** pela presença amiga nos momentos que mais precisei, pelo cuidado, incentivo e carinho.*

*Às minhas queridas colegas de mestrado **Anita e Maria Hernandes**, pela ajuda na tradução para o espanhol, pelo carinho e amizade.*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis por possibilitar minha liberação, especialmente **Elizimara Ferreira Siqueira** (Coordenadora do Distrito Continente) e **Deisi Lúcia Vieira** (Coordenadora do CS Coloninha).*

*Às minhas colegas enfermeiras do Distrito Sanitário Continente, pelo apoio, atenção e confiança. Especialmente as enfermeiras **Milene de Brida** e **Juliana Balbinot** que sempre acreditaram neste estudo.*

*Aos meus colegas de trabalho do CS Coloninha, em especial, a enfermeira **Andreza Malaquias** por muitas vezes fazer o meu trabalho enquanto eu estava fora, por ser uma ótima amiga e ouvinte; a médica **Anne Erdmann** por defender a Consulta de Enfermagem e por dividir comigo a responsabilidade do cuidado à população por vários anos.*

*Às enfermeiras **Estela Macalli, Juliana Martins, Fernanda Pires e Bruna Deitos**, representando todos os alunos de enfermagem, que passaram por mim, e me estimularam a estudar sempre e querer melhorias na assistência de enfermagem.*

*Aos membros da banca, nas pessoas de **Angela Alvarez, Jussara Gue Martini, Juliana Sandri, Ivonete Heidemann e Rafaela Valcarenghi** por aceitarem meu convite, pela disponibilidade e contribuições.*

Aos colegas do **GESPI** que me acolheram e incentivaram, pelas trocas de experiências e ricas discussões. Em especial à **Fernanda Vicente e Newton**.

À minha querida orientadora **Professora Silvia Maria Azevedo dos Santos**, por compartilhar comigo seus conhecimentos, por me mostrar o caminho e ter paciência de esperar... o meu tempo, os meus questionamentos e minha teimosia. Agradeço a dedicação, a disponibilidade e o incentivo constante. Suas exigências me estimularam a desenvolver toda minha capacidade e fazer coisas que pensava não ser capaz. O conflitar de nossas opiniões, em alguns momentos, desencadeou em mim amadurecimento. Tenho orgulho do resultado de nossa parceria e sou eternamente grata.

SILVA, Kelly Maciel. **A Consulta de Enfermagem ao idoso no contexto da Estratégia de Saúde da Família**. 2012. 132p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Prof^a. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado no processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, cujo objetivo foi: Compreender os motivos pelos quais os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário, do Município de Florianópolis/SC, não realizavam a consulta de enfermagem ao idoso e identificar junto aos mesmos aspectos que contribuam para implementação da consulta de enfermagem ao idoso. Os dados foram coletados entre maio e junho/2012 através de entrevista e oficinas temáticas com 20 enfermeiras. A análise envolveu processos de apreensão, síntese, teorização e transferência, fazendo emergir três eixos temáticos: A Consulta de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família; A Práxis do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família; e A Consulta de Enfermagem ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. Os resultados demonstram que a Consulta de Enfermagem é uma importante ferramenta de educação em saúde, que favorece o vínculo entre o profissional e o usuário. Apontam os desafios em lidar com as demandas de cuidados apresentadas pela crescente população idosa e trazem discussão acerca da Consulta de Enfermagem ao idoso como uma possibilidade para dar respostas a essas necessidades de cuidados, além da necessidade de aproximação entre o trabalho do enfermeiro e as propostas das políticas públicas de atenção à saúde do idoso. Recomenda-se educação permanente para os profissionais já inseridos nos serviços, para que possam lidar com os desafios do envelhecimento populacional e que no ensino de graduação em enfermagem os conteúdos de geriatria e gerontologia sejam aprofundados, bem como o exercício da prática da CE ao idoso nas atividades teórico-práticas. Sugere-se que a Consulta de Enfermagem deva ser desenvolvida de forma mais efetiva na Estratégia de Saúde da Família, para a população em todo o ciclo vital. E que o enfermeiro assuma seu papel, com autonomia e independência, como membro da Estratégia de Saúde da Família, no que lhe compete quanto ao cuidado da população idosa.

Descritores: Enfermagem; Programa Saúde da Família; Idoso; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem gerontológica.

SILVA, Kelly Maciel. **Nursing Consultation to the elderly on Family Health Strategy context**. 2012. 132p. Thesis (Master's in Nursing) – Nursing Graduate Program. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Advisor: Prof^ª. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Research line: The care and process of living, being healthy and getting sick.

ABSTRACT

It is a qualitative study, converging-assistential, which goal was: understand the reasons why the nurses of Primary Health Attention of a Sanitary District of Florianópolis Municipality (SC) do not execute the nursing consultation with the elderly, and identify among them, aspects that contribute to implementing the elderly nursing consultation. The data were collected between May and June/2012 through interviews and theme workshops with 20 nurses. The analysis involved processes of apprehension, synthesis, theorization and transference where there themes have emerged from: The Nursing Consultation on Family Health Strategy; The Nurse Practising on Family Health Strategy; and the Nursing Consultation to the Elderly on Family Health Strategy. The results show that nursing consultation is an important health education tool, which enhances the link between professional and user. They pointed out the challenges in dealing with the demanding care presented by the growing elderly population and set the Nursing Consultation the elderly as a possibility to answer these care needs, aside from the need to link the nurse work and the government policies to the elderly health attention. The results also show the need of a permanent education to professionals already in service, so they can deal with the challenges of population aging. Concluding by suggesting that Nursing Consultation should be developed more effectively on Family Health Strategy to the population on all vital cycle and the nurse assume the role, with autonomy and independence, as a member of Family Health Strategy concerning the care to the elderly population.

Descriptors: Nursing; Family Health Program; Elderly; Primary Health Attention; Gerontological Nursing.

SILVA, Kelly Maciel. **Consulta de Enfermería al anciano en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia.** 2012. 132p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Orientadora: Prof^a. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y adolecer.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa, convergente-asistencial, cuyo objetivo fue: comprender los motivos por las cuales los enfermeros de atención primaria de la salud, de un Distrito Sanitario del Municipio Florianópolis / SC, no realizan la consulta de enfermería al anciano ni identifican junto a los mismos aspectos que contribuyan a la implementación de la consulta de enfermería al anciano. Los datos fueron recolectado entre mayo y Junio/2012 a través de entrevistas y talleres temáticos con 20 enfermeras. El análisis involucró procesos de aprehensión, síntesis, teorización y transferencia, dando lugar a tres ejes temáticos: La consulta de enfermería en la Estrategia de Salud de la familia; La Praxis del enfermero de la Estrategia de Salud de la Familia; y La consulta de enfermería al anciano en la Estrategia de Salud de la Familia. Los resultados demuestran que la Consulta de Enfermería es una herramienta importante en la educación en salud, que promueve la relación entre profesionales y usuarios. También señalan los desafíos para hacer frente a las demandas de cuidados presentadas por la creciente población de ancianos y apuntan la Consulta de Enfermería al anciano como una posibilidad para dar respuesta a estas necesidades de atención, además de la necesidad de aproximación entre el trabajo del enfermero y las directrices de las política pública de atención a la salud al anciano. Los resultados aún indican la necesidad de educación permanente para los profesionales que ya trabajan en los servicios, a fin de que puedan hacer frente a los desafíos del envejecimiento de la población. Se concluye sugiriendo que la Consulta de Enfermería debe desarrollarse de forma más efectiva en la Estrategia de Salud de la Familia, para la población en todo el ciclo de vida; además, los enfermeros deben asumir su papel con autonomía e independencia como miembro de la Estrategia de Salud de la Familia, ya que les compete el cuidado de la población de ancianos.

Descriptores: Enfermería; Programa Salud de la Familia; Anciano;

Atención Primaria a la Salud; enfermería gerontológica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Álcool e Drogas
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CE	Consulta de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CS	Centro de Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MEEM	Miniexame do Estado Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organizações das Nações Unidas
PCA	Pesquisa Convergente-Assistencial
PEN	Pós-Graduação em Enfermagem
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados segundo o objetivo, o método e os principais resultados encontrados. Florianópolis, SC, 2011	43
Quadro 2: Divisão dos DS por CS no Município de Florianópolis/SC	54
Quadro 3: Distribuição da população total e população idosa do DS Continente, Município de Florianópolis/SC, de acordo com CS	55
Quadro 4: Caracterização das enfermeiras participantes do estudo.....	56

MANUSCRITO 4

Quadro 1: Pressupostos das enfermeiras acerca da CE ao idoso	109
Quadro 2: Pontos fundamentais que devem ser abordados na CE ao idoso, de acordo com as enfermeiras.....	110
Quadro 3: Sugestões apresentadas pelas enfermeiras para solucionar o problema da não realização da CE ao idoso.....	110

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama apresentando os eixos temáticos e suas categorias.....	62
--	-----------

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	17
LISTA DE QUADROS	19
LISTA DE FIGURAS	21
1 INTRODUÇÃO	25
1.1 OBJETIVOS	30
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	31
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO IDOSO E O SUS	31
2.2 A CONSULTA DE ENFERMAGEM	34
2.3 A CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO.....	36
2.3.1 Manuscrito 1: Consulta de Enfermagem ao idoso na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura	37
3 METODOLOGIA	53
3.1 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	53
3.2 SUJEITOS DO ESTUDO	55
3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	57
3.3.1 Primeira etapa	57
3.3.2 Segunda etapa.....	58
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	61
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	62
4 RESULTADOS.....	65
4.1 MANUSCRITO 2: A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	65
4.2 MANUSCRITO 3: A PRÁXIS DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO AO IDOSO.....	82
4.3 MANUSCRITO 4: CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES	98
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICES.....	123
ANEXOS	129

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo irreversível que todos estão sujeitos a experimentar. Nas últimas décadas, constata-se um aumento significativo do envelhecimento populacional, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde os idosos representam o segmento que mais cresce na população. Os resultados do Censo de 2010 revelam que os idosos com 60 anos ou mais formam o grupo que mais cresceu na última década. Assim, em 2000 o Brasil possuía 14,5 milhões de idosos, o que representava 8% da população total. Hoje, o Brasil tem 20.590.597 pessoas com 60 ou mais anos de idade, o que representa 10,79% da população brasileira (IBGE, 2010).

Na Região Sul do Brasil a representatividade da população idosa encontra-se acima da média nacional, sendo que 12% da população total se encontram com 60 anos ou mais. O Estado de Santa Catarina, de acordo com o último censo, tem 6.248.436 habitantes e, destes, 656.913 são idosos, representando 10,51% da população. Na capital, Florianópolis, o percentual da população idosa encontra-se mais elevado, quando comparado com o estado como um todo, pois os idosos representam 11,49% da população (IBGE, 2010).

Uma população torna-se mais idosa à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens, ou seja, para que uma determinada população envelheça é necessário haver também uma menor taxa de fecundidade (NASRI, 2008).

No Brasil, segundo Camarano (2006), o crescimento da população idosa é consequência de dois processos: a alta fecundidade no passado, observada nos anos de 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, e à redução da mortalidade. A queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população, fazendo com que a população idosa passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, resultando em uma redução da base da pirâmide populacional. Por outro lado, a redução da mortalidade trouxe como consequência o aumento da expectativa de vida e do tempo vivido (longevidade), isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o envelhecimento populacional.

O aumento da expectativa de vida da população está associado à elevação da qualidade dos níveis de vida, apesar de muito longe do ideal. Se comparada a situação de hoje com anos atrás, percebe-se uma melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores

condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências muito mais adequadas do que anteriormente. Além de reconhecidos avanços na área da saúde (VERAS, 1988).

A transição demográfica acarretou a transição epidemiológica, uma vez que o perfil de doenças da população mudou de modo significativo. As mortes por doenças infectocontagiosas diminuem, porém aumentam os agravos crônico-degenerativos, principalmente na população mais idosa. Dessa forma, teremos que aprender a controlar as doenças do idoso a partir da possibilidade de compensação das doenças crônicas (NASRI, 2008).

Envelhecer com ausência de doenças passou a ser uma premissa para poucos; vários estudos como o de Schmidt et al (2011) nos mostram que doenças crônico-degenerativas frequentemente são encontradas na população idosa. Todavia, ao controlarem suas doenças, muitos idosos levam uma vida independente e produtiva (NASRI, 2008).

Mesmo que as doenças crônicas não representem um risco de vida imediato, a médio e longo prazo elas podem comprometer significativamente a qualidade de vida dos idosos e de sua família. Tais condições de saúde/doença comprometem a independência dos idosos, aumentam os custos financeiros em saúde e implicam em necessidades de cuidados constantes, que em sua maioria, é prestado pela família, principalmente pelas mulheres (GONÇALVES et al, 2006).

Por esses motivos, a ênfase das ações de cuidado à população idosa deve ser a manutenção da funcionalidade, da independência e da autonomia tanto quanto possível, bem como um envelhecimento ativo e saudável. Desse modo, o papel dos integrantes das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se essencial para instigar na população idosa comportamentos e hábitos de vida saudáveis com vistas à promoção da saúde, prevenção de agravos e a um envelhecimento com qualidade de vida, conforme o preconizado nas diretrizes das políticas públicas em nível mundial e nacional.

Pensando nas políticas públicas para a população idosa em um cenário internacional, destacam-se duas Assembleias das Organizações das Nações Unidas (ONU), uma realizada em Viena, em 1982, a outra em Madri, em 2002. Em Viena, ocorreu a I Assembleia Mundial sobre envelhecimento, e esta é considerada o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa. Nesse fórum estabeleceu-se o primeiro Plano de Ação para o envelhecimento, que foi estruturado a partir de

recomendações que envolviam: saúde e nutrição; família; proteção ao consumidor idoso; moradia e meio ambiente; bem estar social; previdência social e trabalho e educação. Segundo Camarano (2004), os objetivos do plano eram garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos, bem como identificar as oportunidades para sua integração ao processo de desenvolvimento dos países.

Um dos principais resultados do Plano de Viena foi o de colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população. E apesar do foco da atenção ter sido os países desenvolvidos, desde essa assembleia a agenda política de países em desenvolvimento passou a incorporar progressivamente a questão do envelhecimento. Foi, ainda, nesta assembleia que ficou definido que em países em desenvolvimento é considerado idoso o indivíduo que tem 60 anos ou mais, e em países desenvolvidos considera-se idoso aquele com idade a partir de 65 anos (CAMARANO, 2004).

Passaram-se 20 anos entre as Assembleias de Viena e Madri e aconteceram muitas mudanças nos cenários político, econômico e social dos países. Neste tempo transcorrido destaca-se o processo de envelhecimento acelerado ocorrido nos países em desenvolvimento. Logo, o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, da II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madri, dedicou atenção especial aos problemas derivados do processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento. Tornando-se um documento orientador para adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento, frente à nova realidade demográfica mundial do século XXI.

O Plano, ou Carta de Madri, fundamentou-se em três princípios básicos: o idoso ativo na sociedade, criação de ambientes favoráveis ao envelhecimento e promoção do envelhecimento saudável. A partir dos acordos alcançados em Madri, o envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial que implica em uma profunda transformação das sociedades. Onde os países deverão efetivar as políticas públicas voltadas para o envelhecimento populacional, de acordo com uma abordagem integrada dos setores de saúde, economia, trabalho, educação e seguridade social (CARVALHO, 2007).

O Brasil, por sua vez, vem se dedicando a legislar sobre o tema desde a Constituição Federal de 1988, onde, concomitantemente à regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. No arcabouço legal, no que se refere ao envelhecimento, podem-se destacar: a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pela Lei 8842/94, a

Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) - Portaria 1395/99, reeditada posteriormente como Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) - Portaria 2528/06, e o Estatuto do Idoso, estabelecido pela Lei 10741/03 (BRASIL, 1988; 1994; 1999; 2003; 2006a).

O envelhecimento e o cuidado com os idosos também têm destaque na Portaria nº 399/GM, cujo documento aborda as Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida. Nesse documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam à implementação de algumas diretrizes da PNSPI (BRASIL, 2006b).

Na perspectiva da Atenção Primária à Saúde¹ (APS) a PNSPI tem especial destaque, uma vez que tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A PNSPI define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/ESF, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006b).

Na ESF as ações dos profissionais visam especialmente à promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção e identificação precoce de agravos por meio de atendimento à demanda espontânea, realização de atividades programáticas, coletivas e de vigilância à saúde voltadas a ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2011).

O enfermeiro faz parte da equipe da ESF, e além das atribuições comuns a todos os profissionais, desenvolve atribuições específicas. Dentre estas se encontra a Consulta de Enfermagem (CE). Referindo-se à população idosa, a CE pode ser considerada uma importante ferramenta para dar respostas às necessidades de cuidados apresentadas por esse grupo populacional (BRASIL, 2006c).

Desenvolvendo atividades como enfermeira da ESF, há 10 anos, percebi que existem importantes demandas desse grupo etário cujos cuidados com a saúde requerem especificidades maiores. Frente a essas vivências senti a necessidade de estudar e conhecer mais acerca do

¹ Utilizo o termo “Atenção Primária à Saúde” em substituição ao termo “Atenção Básica à Saúde”, devido o Ministério da Saúde estar optando por utilizar, em publicações recentes, o termo “Atenção Primária à Saúde” por considerar que este represente melhor a proposta da Estratégia Saúde da Família e por facilitar a tradução para outros idiomas (Fonte: < http://dab.saude.gov.br/noticia_caps.php> acesso em: 24 março de 2012). Nas citações de documentos do Ministério da Saúde que utilizam o termo “Atenção Básica” mantenho esta terminologia.

processo de envelhecimento e cuidados requeridos pelos idosos e famílias.

Outro ponto a que atribuo a minha inclinação à temática é o fato de ter exercido, por dois anos, as funções de professora substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde fui facilitadora no desenvolvimento de atividades teórico-práticas junto aos alunos da VI Unidade Curricular, no Centro de Saúde (CS) onde atuo. Nessa função passei a acompanhar mais de perto as discussões que alunos e professores faziam acerca dos cuidados ao idoso na APS, especialmente no tocante a cuidado domiciliar. Tudo isso me levou a repensar o fazer, e unir a assistência ao ensino me motivou a querer mudanças na prática do cuidado de enfermagem à pessoa idosa. Nesse sentido, meu primeiro passo foi buscar me inserir no Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas – GESPI/UFSC.

Nesse movimento senti necessidade maior de ampliar minha formação profissional e passei a refletir sobre em que aspectos eu poderia encaminhar meus estudos para o mestrado, de tal forma que houvesse uma interface entre minha atuação na ESF e o envelhecimento. Surge, assim, meu interesse por trabalhar com a CE, uma vez que considero esta uma excelente ferramenta para uma assistência à saúde, em especial, do idoso e sua família cuidadora.

O enfermeiro, utilizando-se da CE, possui competência legal para prestar assistência ao idoso de modo independente e autônomo. Entretanto, percebo que muitos enfermeiros da ESF, em nosso meio, não se apropriam dessa prática, onde a assistência de enfermagem é dedicada, quase que exclusivamente, aos marcadores (crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculose e hanseníase) de saúde da ESF.

Empiricamente vinha percebendo que os enfermeiros não realizam CE ao idoso, no desenvolvimento da assistência de enfermagem a esta população. Eu mesma, apesar de trabalhar há 10 anos na ESF, prestando assistência à população adscrita em todo ciclo vital, realizo há apenas três anos a CE ao idoso. Fato que considero ter sido influenciado pela aproximação com as atividades acadêmicas a partir da Rede Docente Assistencial da UFSC, onde o CS em que atuo é campo de atividades teórico-práticas para alunos do curso de graduação em enfermagem.

Essas constatações me geraram grandes inquietações, e passei a me questionar, agora como mestranda, de que maneira poderia contribuir na reflexão dos enfermeiros da ESF, no que se refere à

realização da CE à população idosa.

Considerando que o enfermeiro tem um papel fundamental na atenção à saúde da população idosa e que a competência legal é fortalecida pela competência intelectual, é que me propus a realizar esta pesquisa que busca encontrar respostas para as seguintes questões norteadoras: 1)Quais os motivos que levam à não realização da CE ao idoso na APS, sob a ótica dos enfermeiros de um Distrito Sanitário (DS) do Município de Florianópolis/SC? 2) Como os enfermeiros de um DS do Município de Florianópolis/SC podem contribuir para mudança desta realidade?

1.1 OBJETIVOS

- Compreender os motivos pelos quais os enfermeiros da APS de um Distrito Sanitário não realizam a CE ao idoso.

- Propor estratégias que contribuam com a implementação da CE ao idoso no contexto da APS.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Refletindo sobre as questões apresentadas, referentes à CE ao idoso no contexto da APS, optei por utilizar como suporte teórico as políticas públicas de relevância para a saúde da pessoa idosa no SUS, uma vez que acredito que são elas que orientam a prática assistencial dos profissionais da ESF no atendimento à saúde da pessoa idosa. Acrescento à sustentação teórica deste estudo um resgate histórico sobre a CE, bem como uma revisão integrativa da literatura acerca da produção científica, dos últimos 10 anos, sobre a CE ao idoso no contexto da APS.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO IDOSO E O SUS

No Brasil, o direito universal e integral à saúde é orientado e garantido pela Constituição Federal de 1988. A criação do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, veio reafirmar esse direito no que se refere ao acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantia da integralidade do atendimento e descentralização da gestão. Da mesma forma, a participação da comunidade na gestão do SUS é reafirmada pela Lei Orgânica nº 8.142/90 (BRASIL, 1988; 1990a; 1990b).

A regulamentação do SUS estabelece princípios de descentralização, universalidade, integralidade da atenção, equidade e controle social, e em sua organização incorpora o princípio de territorialidade visando à facilidade de acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2006d).

A APS é a porta de entrada preferencial ao SUS, caracteriza-se por um conjunto de ações em saúde que incluem a prevenção de agravos, a promoção e proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006d).

Com o objetivo de reorganizar as ações de saúde na APS é criado, pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que em seguida foi denominado de ESF, por ser a estratégia de reordenação do modelo de atenção à saúde. A ESF funciona como eixo estruturante da reorganização da prática assistencial, que deve centrar-se na necessidade das famílias,

estabelecimento de vínculo com a comunidade, ampliação de ações de vigilância em saúde, e não mais apenas na cura de doenças. Além de atuar em território definido, ter ações dirigidas a problemas de saúde levantados com base em diagnóstico situacional, tendo como foco as famílias e a comunidade, assim como deve buscar parcerias intersetoriais e ser um espaço de construção de cidadania.

No tocante às políticas públicas referentes ao envelhecimento, pode-se dizer que estas foram alavancadas com a publicação da PNI, descrita na Lei 8.842/94, onde pela primeira vez os direitos dos idosos foram contemplados de uma maneira mais efetiva. Essa Política foi um marco quanto aos direitos sociais dos idosos, com vistas a garantir sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. No capítulo IV, no que se refere à área da saúde, destaca ser de competência dos órgãos e entidades públicos a garantia ao idoso à assistência à saúde, bem como a prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde do idoso (BRASIL, 1994).

Tendo como objetivo a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção/reabilitação da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso e apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, o Ministério da Saúde cria a PNSI, regulamentada através da Portaria nº 1.395, de dezembro de 1999 (BRASIL, 1999). Nessa Política evidencia-se a família como *locus* preferencial para o cuidado do idoso, no entanto, não é prevista a forma de apoio que os profissionais de saúde devem oferecer para esses cuidadores informais. Todavia, é importante destacar que pela primeira vez no Brasil o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de cuidados específicos requeridos pela população idosa.

Visando o fortalecimento do SUS, o Ministério da Saúde publica em fevereiro de 2006 o Pacto pela Saúde como um novo modelo de gestão que envolve as três esferas de governo. Esse modelo contempla três dimensões que são: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS. Nesse documento, dentre as seis prioridades pactuadas nas três esferas de governo, destacam-se três que se relacionam diretamente com o planejamento de saúde para a população idosa: saúde do idoso, promoção da saúde e fortalecimento da APS (BRASIL, 2006b).

Nessa perspectiva, considerando a necessidade de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, é reeditada a PNSI por meio da Portaria nº. 2.528 de outubro de 2006, passando a chamar-se PNSPI, tendo como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos a partir de medidas coletiva e individuais de

saúde. Tendo como diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da população idosa; estímulo às ações intersetoriais; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento do controle social; formação e educação permanente para os profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a).

No âmbito dessa política existe uma ênfase acerca da importância da capacidade funcional para que o idoso realmente possa envelhecer ativo e saudável. Nessa perspectiva capacidade funcional surge como um marcador de saúde, ou seja, capacidade do idoso de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. O idoso que mantém sua independência e autonomia deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas (VERAS, 2009).

Tendo como referência o Pacto pela Vida, a Política Nacional de Atenção Básica, a PNSPI, e a necessidade de fornecimento de materiais didáticos que pudessem guiar as ações dos profissionais da ESF na atenção ao idoso no território nacional, foi elaborado o Caderno da Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Esse Caderno aponta as atribuições dos profissionais da APS no que se refere ao atendimento à saúde da pessoa idosa. Em relação às atribuições do enfermeiro destacam-se: realizar atenção integral às pessoas idosas; realizar assistência domiciliar, quando necessário; realizar CE; supervisionar e coordenar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da equipe de enfermagem; realizar atividades de educação permanente e orientar o idoso, familiares e/ou o cuidador sobre uso correto de medicamentos (BRASIL, 2006c).

O Município de Florianópolis/ SC implantou, em 2006, o Programa de Saúde do Idoso, denominado Capital Idoso, tendo como finalidade promover, recuperar e manter a saúde da pessoa idosa, bem como reduzir as comorbidades e mortes precoces, visando à qualidade de vida dos idosos e suas famílias. Essa política está organizada em quatro linhas de ação: Gerontocultura, Assistência Clínica, Média Complexidade e Apoio ao Cuidador. Como material de apoio para o desenvolvimento da assistência à população idosa o município disponibiliza a Caderneta de Saúde do Idoso, o Manual do Cuidador e o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso, tendo sido este instrumento

revisado recentemente. A versão atual do Protocolo conta com um roteiro para o desenvolvimento da CE Gerontogeriátrica, que orienta ações de promoção e preservação da saúde; preventivas de fatores de riscos e complicações crônicas; compensação de limitações e incapacidades; e recuperação e reabilitação de capacidades funcionais para as atividades da vida diária (FLORIANÓPOLIS, 2011; 2012).

Apesar das políticas de saúde proporem atender a demanda de cuidados da população idosa de maneira integral e contínua, o que se observa é que, de maneira geral, a prática ainda é insatisfatória. Ainda que possamos contar com uma legislação referente aos cuidados da população idosa bastante avançada. Assim, acredito ser um grande desafio para os gestores, profissionais de saúde e sociedade colocar em prática as ações relativas ao envelhecimento presentes no arcabouço jurídico.

2.2 A CONSULTA DE ENFERMAGEM

O termo “Consulta de Enfermagem” surgiu, no Brasil, na década de 60. Até então, desde a década de 20, atividades similares eram desenvolvidas como atividades pré ou pós-consulta médica. Tratava-se de atividades delegada pelo médico à enfermeira visando à complementação da consulta médica. A CE começou a se caracterizar como uma ação específica da enfermeira no atendimento às gestantes e crianças saudáveis; posteriormente, essa ação foi estendida a patologias já diagnosticadas como, por exemplo: hipertensão, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase, bem como a outros programas da área de saúde pública (CASTRO, 1975; BASSO, VEIGA, 1988; MACIEL, ARAÚJO, 2003).

Com o passar do tempo, vinculado a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), foi criado o Comitê de Consulta de Enfermagem (1979), que a definiu como sendo atividade prestada pela enfermeira ao cliente, onde são identificados problemas de saúde/doença e prescritas e implementadas medidas que contribuam com a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do cliente.

De acordo com o resgate histórico realizado por Castro (1975), a conquista do espaço para realização da CE no Brasil acompanhou as fases de ascensão e declínio da enfermagem como um todo, até sua implementação de forma definitiva.

A primeira fase pela qual passou a CE corresponde à época em

que foi criada a Escola Anna Nery, em 1923, quando a enfermeira da Saúde Pública fez-se valorizada, tendo atuação junto aos pacientes, tanto nos CS como nos domicílios, exercendo uma função educativa (CASTRO, 1975; MACIEL, ARAÚJO, 2003). Destaca-se nessa fase, o apoio fundamental de médicos brasileiros, como Carlos Chagas, e de enfermeiras norte-americanas, responsáveis pela implantação da CE no país, onde enfatizaram muito o papel educativo da enfermeira (CASTRO, 1975).

A segunda fase caracterizou-se como um período de transição e declínio, vivenciado a partir das reformas ocorridas no país, da criação dos Ministérios da Educação e da Saúde, em 1930, e da regulamentação do exercício profissional da enfermagem. Durante o período da ditadura getulista, ocorre o processo de burocratização estatal, ocasionando uma grande dificuldade na implementação de políticas públicas e de assistência a saúde. Nesse período a enfermeira perde espaço na atuação direta ao paciente, assumindo apenas funções normativas. Esta fase de instabilidade estendeu-se até a segunda guerra mundial (CASTRO, 1975; PAIVA, 2003; MACIEL, ARAÚJO, 2003).

A terceira fase da evolução da CE no Brasil corresponde ao pós-guerra, trouxe uma imagem mais positiva para a enfermagem e, conseqüentemente, para a CE. Nessa fase, houve a criação e aperfeiçoamento das escolas de enfermagem, algumas incorporadas às universidades, e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública. Mesmo sendo uma presença tímida nos hospitais da rede privada, na rede pública a enfermeira estava marcando presença e lutando por maior espaço (CASTRO, 1975; MACIEL, ARAÚJO, 2003).

A partir de 1956, teve início a quarta fase da história da CE, que trouxe melhores perspectivas para a profissão, com o surgimento das primeiras pesquisas em enfermagem, realização de congressos abordando pesquisas, as reformas do ensino das escolas de enfermagem e inclusão da enfermeira nas equipes de planejamento de saúde (CASTRO, 1975).

Nessas fases, onde se confluem a história da enfermagem brasileira com a CE, foi-se consolidando o trabalho da enfermeira na área da Saúde Pública, traduzindo-se em um fator decisivo para a implantação da CE no país (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Em 1968, profissionais que participavam de um Curso de Planejamento de Saúde da Fundação de Ensino Especializado de Saúde Pública do Rio de Janeiro denominam as ações de enfermagem relacionadas à educação em saúde como CE. A partir daí houve a difusão da CE no Brasil (VANZIN; NERY, 2000). Mas, legalmente, foi

em 1986, através da Lei nº 7498, que a CE aparece pela primeira vez, como sendo uma atividade privativa do enfermeiro.

A CE foi descrita em relação à sua finalidade e metodologia somente em 1993, através da Resolução do COFEN -159/93, onde a CE é apresentada como atividade privativa do enfermeiro, sendo que para sua utilização deve-se utilizar do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem para a promoção, prevenção, proteção à saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. A CE tem como princípios a universalidade, a equidade, a resolutividade e a integralidade das ações de saúde, e deve conter entrevista, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem.

A referida resolução estabelece, em seu Artigo 1º, que “em todos os níveis de assistência à saúde, seja em Instituições Públicas ou privadas, a CE deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem” (COFEN, 1993).

O fortalecimento do trabalho do enfermeiro na área da Saúde Pública, principalmente após a implantação da ESF como estratégia para consolidar o SUS, foi fator fundamental para a implementação da CE no Brasil (MACIEL, ARAÚJO, 2003; PORTO, 2007).

A importância da CE destaca-se através de um conjunto de ações desenvolvidas de modo sistemático, dinâmico, privativo e independente, expressando possibilidade visível do saber e do fazer do enfermeiro, que tem como foco central o cuidado do ser humano, com sua singularidade (SANTOS; PASKULIN; CROSSETTI in TASCA et al, 2006).

Pensando na saúde do idoso pode-se dizer que CE poderá contribuir para que os idosos vivam mais, com uma maior qualidade de vida. A CE deve ser um instrumento que possibilite a interação idoso-enfermeiro, que permita a coleta de dados quanto ao processo de saúde/doença e de envelhecimento, bem como subsidie a assistência de enfermagem ao idoso (TAVARES; SANTORO, 1999).

A CE voltada para promover a saúde do idoso deve estar centrada em metodologias que estimulem continuamente a integração do idoso no contexto familiar e social.

2.3 A CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO

Tentando me aproximar do que tem sido produzido na literatura

científica acerca da CE ao idoso no contexto da APS, escolhi realizar uma revisão integrativa, a qual é considerada um método de pesquisa que busca deduzir generalizações sobre um determinado tema de interesse, a partir de resultados de estudos já evidenciados. A revisão integrativa pode apontar lacunas no conhecimento, bem como sinalizar áreas que carecem de mais pesquisas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A busca pelos artigos científicos foi realizada em bases de dados nacionais e internacionais com o recorte de tempo entre os anos de 2002 e 2011. Apresentarei o resultado da revisão integrativa em forma de manuscrito, o qual foi submetido à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

2.3.1 Manuscrito 1: Consulta de Enfermagem ao idoso na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa da literatura

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

NURSING CONSULTATION TO THE ELDERLY ON PRIMARY HEALTH CARE: A LITERATURE INTEGRATIVE REVIEW

CONSULTA DE LA ENFERMERÍA AL ANCIANO SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA SALUD: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Kelly Maciel Silva
Fernanda Regina Vicente
Silvia Maria Azevedo dos Santos

RESUMO: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que teve como objetivo conhecer a publicação científica relacionada à Consulta de Enfermagem ao idoso na Atenção Primária à Saúde. O levantamento bibliográfico abrangeu as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e PubMed, no período de 2002 a 2011. Foram analisados

cinco artigos, relacionados à temática pesquisada, que sugeriram tanto a necessidade de se estabelecer um vínculo enfermeiro-idoso, como a necessidade de o enfermeiro, para realizar uma assistência com qualidade ao idoso, deter conhecimento acerca do envelhecimento. Outro ponto relevante é o acúmulo de atividades realizadas pelos enfermeiros, os quais, devido a esta sobrecarga, têm dificuldades de dedicar-se às atribuições específicas de sua categoria profissional, como, por exemplo, a consulta de enfermagem. Diante das buscas na literatura, consideramos que a produção científica acerca da Consulta de Enfermagem ao idoso no contexto da Atenção Primária à Saúde ainda é incipiente.

Descritores: Idoso; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Enfermagem geriátrica.

ABSTRACT: It is a literature integrative review in order to identify the theoretical and methodological approaches used in the elderly nursing consultation on primary care. This survey covered the following bibliographic databases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and PubMed, from 2002 to 2011. We analyzed five items related to the topic studied, which suggested both the need to establish a nurse-elderly link and the need for nurses to get knowledge about aging to carry out quality care for them. Another relevant point is the accumulation of activities performed by nurses. Due to that overload, they have difficulties to devote themselves to the duties of their specific job category, for example, nursing consultation. Given the literature searches, we believe that the scientific production about the Nursing Consultation for the elderly in the context of Primary Health Care is still incipient.

Descriptors: Elderly; Primary Health Care; Nursing; Geriatric nursing.

RESUMEN: Es una revisión integrativa de la literatura para identificar las referencias teóricas y metodológicas utilizadas en la consulta de enfermería para ancianos, en la atención primaria para la salud. La bibliografía abarcó los siguientes bancos de datos: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) y PubMed, entre 2002 y 2011. Se analizaron cinco artículos relacionados con la temática investigada que sugirieron la necesidad de

establecer un vínculo enfermero-anciano, como también, la necesidad de que el enfermero ofrezca una asistencia de calidad para el anciano y tener conocimiento acerca del envejecimiento. Otro asunto es el cúmulo de actividades realizadas por los enfermeros, que debido a esta sobrecarga, tienen dificultades en dedicarse a las atribuciones específicas de su categoría profesional, como por ejemplo, la consulta de enfermería. Con esta investigación en la literatura, creemos que la producción científica sobre la Consulta de Enfermería a los ancianos en el contexto de la Atención Primaria para la Salud es aún incipiente.

Descriptor: Anciano; Atención Primaria para la Salud; Enfermería; Enfermería geriátrica

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo irreversível que todos estão sujeitos a vivenciar. Nas últimas décadas, constata-se um aumento significativo do envelhecimento populacional, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil: estudos demográficos demonstram que, até o ano de 2025, o país ocupará o sexto lugar no mundo, com aproximadamente 32 milhões de idosos (CAMARANO, 2002). Dados do último censo revelam que os idosos formam o grupo populacional que mais cresceu, representando 10,79% da população brasileira (IBGE, 2010).

Simultaneamente à transição demográfica, ocorre a transição epidemiológica, que é a mudança nos padrões de morbimortalidade, a qual se deve à diminuição da mortalidade geral e ao aumento das doenças crônico-degenerativas, principalmente nos idosos. Dessa forma, a tendência atual é ter-se um número crescente de indivíduos idosos que, apesar da longevidade, apresentam mais doenças crônicas que aumentam sua vulnerabilidade e ampliam suas possibilidades de maior incapacidade funcional (ALVES et al, 2007).

Frente ao exposto, vê-se a necessidade de efetivar uma assistência à saúde para essa população que vise à manutenção da funcionalidade, à independência e à autonomia tanto quanto possível, bem como ao envelhecimento ativo e saudável. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde, que tem como característica principal constituir-se a porta de entrada do serviço, é responsável por atender a esse segmento da população respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde: equidade, integralidade e resolutividade. Especialmente, considerando-se que a grande maioria dos idosos vive com suas famílias no contexto

das comunidades.

No Brasil, a partir da Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 648, de 2006, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é estabelecida como prioritária para organizar o sistema de saúde. A ESF atua em ações voltadas para promoção, prevenção e assistência à saúde, tornando-se uma estratégia para o bem-estar social. O papel das equipes de Saúde da Família é fundamental na identificação das necessidades do idoso e de sua família. É importante que esta equipe se pautem nas políticas públicas e de saúde para proporcionar uma atenção integral e humanizada (BRASIL, 2006a).

O enfermeiro da ESF tem várias atribuições e dentre estas está a realização da Consulta de Enfermagem, fundamental no que se refere ao atendimento à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006b). A Consulta de Enfermagem é um processo metodológico de sistematização de conhecimento configurado em método aplicado na perspectiva educativa e assistencial, capaz de dar respostas à complexidade do sujeito assistido (PORTO, 2007).

A realização da Consulta de Enfermagem tem seu arcabouço legal sustentado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, que a legitima como sendo uma atividade privativa do enfermeiro. A Resolução 159/93 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) descreve que a Consulta de Enfermagem utiliza componentes do método científico a fim de identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Ela define, em seu Artigo 1º, que em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a Consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem (COFEN, 1986, 1987, 1993).

Destarte, o enfermeiro tem na Atenção Primária à Saúde um amplo espaço de desenvolvimento para sua atuação profissional, quer seja através da Consulta de Enfermagem, no consultório ou no domicílio, como através de atividades de educação em saúde, que podem ser realizadas em nível individual ou coletivo. Reportando-nos à atenção à saúde da pessoa idosa e a todas as especificidades do processo de envelhecimento, faz-se extremamente necessária a realização da Consulta de Enfermagem ao idoso nos serviços de saúde.

Diante de tais considerações, justifica-se o interesse em desenvolver esta revisão integrativa, tendo como objetivo conhecer as publicações científicas sobre a Consulta de Enfermagem ao idoso na

Atenção Primária à Saúde, no período de 2002 a 2011.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual é considerada um método de pesquisa que busca deduzir generalizações sobre um determinado tema de interesse a partir de resultados de estudos já evidenciados. A revisão integrativa pode apontar lacunas no conhecimento, bem como sinalizar áreas que carecem de mais pesquisas.

Para guiar esta revisão integrativa optou-se pelo método Ganong (1987), que conta com as seguintes etapas: pergunta de pesquisa; objetivo da revisão; desenho do estudo; critérios e estratégias de busca (critérios de inclusão, exclusão, descritores, bases de dados, período); seleção e avaliação dos estudos; e coleta, análise e síntese dos dados.

Para nortear a revisão integrativa foi elaborada a seguinte questão: O que vem sendo publicado na literatura científica sobre a consulta de enfermagem ao idoso na Atenção Primária à Saúde nos últimos dez anos?

A seleção dos artigos foi realizada a partir de busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e PubMed. Foram utilizados como descritores os termos em seguida relacionados, bem como suas combinações em português, inglês e espanhol: consulta; visita domiciliar; Enfermagem; idoso; Gerontologia; Atenção Primária à Saúde; e Saúde da Família. Tal seleção pretendeu contemplar o maior número de estudos publicados sobre esta temática, visando a diminuir os possíveis vieses.

Em virtude das particularidades das interfaces de busca em cada base de dados, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas de acordo com cada uma, testando as mesmas combinações de descritores, buscando manter a coerência na busca dos artigos. Seguem-se dois exemplos de estratégias utilizadas:

Base de dados LILACS: "ATENCAO integral a saude do idoso" or "ATENCAO integral ao idoso" or "ATENCAO primaria" or "ATENCAO primaria a saude" or "ATENCAO primaria de enfermagem" or "ATENCAO primaria de saude" [Descriptor de assunto] and (consulta or visita) AND (idoso\$ OR velho\$ OR velhice OR anciao OR geriatico OR gerontologia or geriatria) [Palavras] and "2002" or "2003" or "2004" "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or

"2010" or "2011" [País, ano de publicação].

Base de dados SCIELO: (enfermagem OR nursing OR enfermeria OR enfermeira OR nurse OR enfermera) AND (consulta OR consult) AND (idoso OR velho OR velhice OR anciao OR elderly OR aged OR old OR anciano OR geriatrico OR gerontologia or geriatria OR geriatric OR gerontology).

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos completos que abordem a temática da consulta de enfermagem ao idoso na Atenção Primária à Saúde; publicados em português, inglês ou espanhol, disponíveis em periódicos indexados nas bases de dados selecionadas, no período de 2002 a 2011. E os critérios de exclusão: artigos de revisão integrativa, anais de eventos, editoriais, entrevistas, livros, dissertações e teses.

As buscas na literatura foram realizadas entre os meses de junho e dezembro de 2011. Os artigos foram selecionados primeiramente através da leitura dos títulos e resumos. Como ampliou-se bastante a busca no intuito de não perder nenhum estudo, muitos artigos não se enquadravam na temática geral da revisão.

Após verificar a relação com a temática, os artigos selecionados foram lidos na íntegra, e para a análise, foi realizada uma releitura com o objetivo de identificar o que os estudos apresentavam em comum e no que diferiam, buscando perceber seus pontos fortes e suas fragilidades.

Para a organização, a análise e a síntese dos artigos selecionados, foi elaborado um quadro com os seguintes aspectos: objetivos do estudo; abordagem metodológica; resultados; e conclusão.

RESULTADOS

Realizada a busca na literatura, foram encontrados 735 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 15 artigos relacionados à temática pesquisada; com a leitura dos artigos na íntegra e o refinamento realizado frente ao objetivo dessa revisão integrativa, ficou-se com cinco artigos. Apresenta-se, no Quadro 1, um panorama geral dos artigos avaliados.

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados segundo o objetivo, o método e os principais resultados encontrados. Florianópolis, SC, 2011

Artigo	Objetivos	Método	Resultados	Conclusão
Artigo 1	Contribuir na discussão, reflexão e (re)organização das ações dos enfermeiros na atenção à saúde da população idosa, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	Necessidade de planejamento em saúde à população idosa; Sobrecarga da enfermeira; Necessidade de capacitação profissional. Vínculo enfermeira-idoso	Desafios: obtenção de dados fidedignos junto aos idosos; pouca assimilação das ações educativas; pouco acompanhamento dos familiares; baixa resolutividade dos problemas de saúde (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).
Artigo 2	Comparar a percepção de comportamentos de cuidado de enfermagem dos idosos que comparecem às consultas de enfermagem, com a percepção dos profissionais de enfermagem que fazem esta consulta.	Estudo descritivo com abordagem quantitativa	O cuidado de enfermagem efetuado na consulta implica em valores e compromisso de cuidar, conhecimento e ações de cuidado. Comportament os favoráveis dos enfermeiros segundo o idoso: escutá-lo, dedicar seu tempo, respeitá-lo, passar confiança.	Necessidade de conhecer a percepção do sujeito de cuidado (idoso) frente ao cuidado recebido. Contribuição ao modelo de saúde vigente mediante a elaboração de diretrizes para a consulta de enfermagem a partir da percepção de comportamento s de cuidado do idoso (CAMARGO;

			Negativo: Falta de tempo para oferecer cuidado de qualidade.	CARO, 2009).
Artigo 3	Compreender as expectativas do idoso que experencia cuidados de enfermagem na Atenção Básica e apontar as necessidades assistenciais do idoso na Atenção básica.	Método qualitativo, tendo como referencial a fenomenologia sociológica de Alfred Schutz.	Ações técnicas: curativo, dar remédio, verificar a pressão arterial, dar orientações, palestras, verificar glicemia. Ações não técnicas: cuidar da gente; ajudar a resolver problemas; bater papo; dar orientações; ajudar a cuidar de si; ter paciência; dar motivação, etc.	O estudo aponta para a importância das ações não técnicas da enfermagem como necessidade de saúde. Necessidade de ações compreensivas da enfermagem para alcance do bem-estar e a saúde do idoso (LIMA; TOCANTINS, 2009).
Artigo 4	Analisar as práticas de cuidado de enfermagem a idosos não institucionalizados e identificar as interações entre os vários atores deste processo (enfermeiros e idosos no domicílio).	Estudo exploratório descritivo	Rotatividade dos enfermeiros propicia ações descontínuas; Metodologia de trabalho centrada na tarefa; Dificuldade de comunicação e de trabalho em equipe; Ausência de guias orientadores da prática de cuidado.	Sugere mudanças no processo de trabalho do enfermeiro. Os enfermeiros devem questionar o sistema de saúde e reivindicar recursos que respondam às necessidades dos usuários (PEREIRA; COSTA, 2007).
Artigo 5	Descrever e discutir o	Estudo exploratório	O acolhimento dos idosos,	Necessidade de capacitação

<p>cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia de Saúde da Família, bem como analisar os aspectos que facilitam ou dificultam este cuidado.</p>	<p>descritivo</p>	<p>realizado pelo enfermeiro, na Estratégia de Saúde da Família se mostrou como elemento positivo, garantindo grau de resolutividade e satisfação dessa clientela. A visita domiciliar é uma estratégia de cuidado do enfermeiro ao idoso na Atenção Básica, sendo uma ação bem aceita pelos idosos e familiares.</p> <p>dos enfermeiros para a realização do cuidado ao idoso. A participação da família, no cuidado ao idoso, é vista como essencial (ROCHA, et al., 2011).</p>
--	-------------------	---

Dentre os artigos selecionados, três são nacionais, procedentes dos estados de Minas Gerais, Piauí e Rio de Janeiro, e dois são internacionais, procedentes de Portugal e Panamá. Os anos de publicação dos estudos foram 2007, 2009, 2010 e 2011. Vale destacar que todos os artigos incluídos na revisão foram publicados em revistas específicas da área da enfermagem. Os estudos apresentados nesses artigos foram realizados por enfermeiros, envolvendo especialistas, mestres e doutores, e as pesquisas foram desenvolvidas em unidades de atenção primária à saúde.

Quanto à metodologia dos artigos investigados, verifica-se que três são do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, um é exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, e um é qualitativo.

Os referenciais teóricos não estão explicitados em quatro estudos e um tem como referencial teórico a fenomenologia. Nos artigos em que não foi explicitado o referencial teórico, foi possível perceber que são abordadas, para além da atividade técnica, questões humanísticas, como

integralidade, escuta qualificada, necessidade de interação com o idoso.

A pergunta de pesquisa está descrita em apenas dois estudos e aborda: as perspectivas do idoso com relação à enfermagem; a percepção do idoso e dos enfermeiros quanto aos comportamentos de cuidado de enfermagem.

Todos os estudos apresentam os objetivos gerais, que condizem com as perguntas de pesquisa e/ou contexto do estudo, e são descritos de maneira clara e coerente. Além disso, dois estudos apresentam também os objetivos específicos da pesquisa em questão. Os sujeitos de pesquisa foram enfermeiras que atuavam na Atenção Primária à Saúde e/ou idosos que frequentavam as Consultas de Enfermagem ou recebiam cuidados de enfermagem no domicílio.

DISCUSSÃO

Na Enfermagem, age-se de acordo com um método, seguindo um modelo. Mesmo que isso ocorra de forma dinâmica e inconsciente, esse método visa organizar e direcionar as atividades. Um modelo de assistência embasado cientificamente leva ao fazer reflexivo, buscando sempre a melhoria do cuidado prestado (CARRARO, 2003).

A forma com que a Consulta de Enfermagem é realizada advém normalmente das necessidades do serviço e grande parte dos enfermeiros não segue uma sistemática ou teoria norteadora. O que ocorre é que muitas vezes as bases teóricas e pressupostos metodológicos não estão explícitos neste cuidado (PORTO, 2007).

O cuidado de enfermagem, para ser mais efetivo precisa se basear em referenciais teórico-metodológicos que norteiem a prática. Nesta busca na literatura não se encontrou estudos que descrevessem o uso de referenciais para guiar a consulta de enfermagem ao idoso.

Evidenciou-se a necessidade de o enfermeiro, para realizar uma assistência com qualidade ao idoso, ter conhecimento acerca do envelhecimento. Entretanto, percebe-se uma falta de sintonia entre as demandas crescentes da população idosa e a formação dos profissionais de saúde. A qualidade de vida na velhice tem estreita relação com a formação de recursos humanos qualificados em gerontologia, porém ainda é incipiente a abordagem dessa temática nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil. Recomenda-se que o conteúdo sobre o cuidado ao idoso sadio tenha destaque sobre os aspectos negativos da velhice, visando dessa forma minimizar os estereótipos relacionados à pessoa idosa (DIOGO, 2004).

Todos os estudos analisados nesta revisão reforçam a necessidade

de se estabelecer um vínculo enfermeiro-idoso e, destacam que o enfermeiro deve preocupar-se para que o cuidado prestado seja oferecido de acordo com as demandas e necessidades de saúde do idoso.

O cuidado apresenta diversas formas de expressão, e a família parece ser um ponto em comum a todas, pois é a geradora e responsável por este cuidado (SANTOS, 2003). É no ambiente familiar que as pessoas aprendem os rituais de cuidado, cujas experiências levam em consideração a cultura dos membros desta família.

O cuidado exige a formação de uma rede familiar, onde o ato de cuidar do idoso pode ser uma experiência compartilhada, na qual os vínculos afetivos se fortalecem (FLORES, et al., 2010). A importância da família no processo de cuidar do idoso é apontada em dois dos estudos analisados, principalmente no que se refere ao cuidado domiciliar, no qual se observou que a atenção de enfermagem é direcionada quase que exclusivamente ao idoso, excluindo, muitas vezes, os familiares e cuidadores.

A análise de estudos sobre cuidadores familiares brasileiros aponta que estes necessitam de treinamentos e orientações para que possam realizar os cuidados no domicílio, bem como de um suporte especializado que os acompanhe e esclareça dúvidas durante o processo de cuidar. Essas pesquisas reforçam a necessidade urgente de capacitação dos profissionais da área de saúde para atender às demandas da população idosa e de sua família (SANTOS, 2003).

O enfermeiro da Atenção Primária à Saúde tem condições de dar esse suporte para a família cuidadora, uma vez que está próximo da realidade vivenciada pelo idoso e sua família, conhece a rede de apoio existente no território, tem possibilidade de realizar a atenção domiciliária, bem como de estabelecer a vinculação dos envolvidos com o serviço de saúde, proporcionando uma assistência contextualizada e integral.

Os profissionais também necessitam de treinamento e prática sobre modelos capacitadores de assistência que reconheçam as qualidades dos idosos e os estimulem a manter atitudes independentes, mesmo quando debilitados. Os princípios e abordagens básicos no cuidado de idosos são essenciais para o treinamento dos estudantes da área da saúde. Os profissionais precisam estar informados sobre o processo de envelhecimento e as formas para otimizar o envelhecimento ativo (OPAS, 2005).

O enfermeiro desempenha, além de suas atividades exclusivas, uma série de outras atribuições, como coordenação de equipe, planejamento de atividades, mediação com a gestão e equipe, gerência e

administração do serviço. Este acúmulo de atividades o sobrecarrega, impossibilitando-o de se dedicar às atribuições específicas de sua categoria profissional, como a consulta de enfermagem (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

A Consulta de Enfermagem deve possibilitar a interação idoso-enfermeiro, e permitir a coleta de dados quanto ao processo saúde/doença e envelhecimento, além de servir como subsídio para a aplicação de assistência de enfermagem com conhecimentos específicos em geriatria (TAVARES; SANTORO, 1999).

Outro ponto relevante destacado nos artigos analisados é o fato de a assistência de enfermagem encontrar-se, muitas vezes, centrada na tarefa, o que prejudica a obtenção de resultados de acordo com as necessidades dos idosos, uma vez que estes esperam ações não técnicas da enfermagem como ações de saúde. Percebe-se que, dependendo do contexto dos estudos, estas ações são mais, ou menos, valorizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se, diante dos achados, que a produção científica acerca da Consulta de Enfermagem ao idoso no contexto da Atenção Primária à Saúde ainda é incipiente. Mesmo fazendo uma busca abrangente dessa temática, pouco se achou publicado, fato preocupante, uma vez que a população idosa é, proporcionalmente, a que mais cresce no Brasil.

A Consulta de Enfermagem, considerada efetivamente como uma atividade privativa do enfermeiro, poderia ampliar a autonomia profissional no desenvolvimento do cuidado ao idoso e família. No entanto, percebeu-se a inexistência de pressupostos teórico-metodológicos próprios da enfermagem no desenvolvimento desta prática, o que dificulta a continuidade das ações de cuidado.

Como a Consulta de Enfermagem ao idoso possibilita uma melhor interação idoso-enfermeiro, a realização de um cuidado de qualidade, pautado em referenciais teórico-metodológicos, é importante para que a mesma seja realizada na prática da Atenção Primária à Saúde, a fim de que ocorra uma assistência integral e de qualidade a esta população.

No que se refere à seleção dos artigos, destaca-se uma limitação: a inexistência do descritor Consulta de Enfermagem, fato que pode ter levado à escolha inapropriada de descritor similar, tornando-se difícil encontrar os artigos procurados por meio dessas ferramentas.

Frente às lacunas apontadas e aos resultados da análise dos

artigos incluídos nesta revisão integrativa, sugere-se intensificar esforços para o desenvolvimento de pesquisas acerca da Consulta de Enfermagem ao idoso.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C., et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1924-1930, 2007.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**, 2010: Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>>. Acesso em: 16 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, 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 de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: Cadernos de Atenção Básica - nº 19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192 p.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Texto para discussão nº 858. IPEA: Rio de Janeiro. 31 pg. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2011.

CAMARGO, Itza Leiliana; CARO Clara Virginia. Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la actualización profesional. Provincia de Coclé, Panamá **Av. enferm**, Panamá, v.27, n.1, p.48-59, 2009.

CARRARO, Telma Elisa. **De sua essência aos modelos de assistência.** In: WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Editora, 2003.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498/86.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 25 mai. 2011.

_____. **Decreto nº 94.406/87.** Regulamenta a Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em> <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4173>>. Acesso em: 25 mai. 2011.

_____. **Resolução nº 159/93.** Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>>. Acesso em: 25 mai. 2011.

DIOGO, Maria José D'Elboux. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v.12, n.2, p.280-282,2004.

FLORES, Gisela Cataldi, et al. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 31, n. 3, p.467-474, 2010.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health,** v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

LIMA, Cristina Alves de; TOCANTINS Florence Romjin. Necessidade de saúde para o idoso: perspectivas para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 62, n. 3, p.367-73, 2009.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; TAVARES, Darlene Mara Dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.774-781, 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization**; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n. 2, p.265-271, 2009.

PEREIRA, Esperança do Gago Alves; COSTA, Maria Arminda Mendes. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 408-416, 2007.

PORTO, Graziela Beck. **Do corredor ao consultório: diversidade e multifuncionalidade da consulta de enfermagem na Atenção Básica de Porto Alegre/RS**. 2007.125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ROCHA, Francisca Cecília Viana, et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.186-91, 2011.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2003. 230p.

TAVARES, S.; SANTORO, A. C. Consulta de enfermagem geriátrica e gerontológica: uma necessidade. **Acta Paulista Enfermagem**, São

Paulo, v.12, n. 1, p.78-85, 1999.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, usando uma abordagem convergente assistencial. A coleta de dados ocorreu em dois momentos distintos, utilizando-se de técnicas de entrevistas semiestruturada e oficinas temáticas.

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) está orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e ou introdução de inovações nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

Esse tipo de pesquisa compromete-se com a melhoria do contexto social pesquisado, bem como adota a perspectiva de que o pesquisador deve se envolver com a realidade juntamente com os sujeitos. O trabalho de investigação ocorre à medida que se busca na reflexão de situações vivenciadas as alternativas de soluções para problemas detectados na prática profissional.

A entrevista é uma técnica amplamente utilizada no processo de pesquisa. A entrevista qualitativa fornece informações básicas para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação (GASKELL, 2007). Dentre os vários tipos de entrevistas existentes, escolhi a entrevista semiestruturada. Esse tipo de entrevista é usado quando o pesquisador possui tópicos ou questões amplas que devem ser abordadas durante a entrevista. O entrevistador tem a função de encorajar os participantes a falarem sobre todos os tópicos listados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Pensando em uma das principais características da PCA, que é o envolvimento dos sujeitos no espaço da pesquisa, optei por incluir na estratégia para coleta de dados discussões em grupo, a partir de oficinas temáticas. De acordo com Flick (2004), um dos objetivos das discussões em grupo é a análise de processos comuns de solução de problemas, bem como o estímulo ao debate como fonte central de conhecimento.

3.1 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no Município de Florianópolis/SC, junto aos enfermeiros de um DS da Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis conta com 50 CS divididos em cinco DS: Norte, Centro, Sul, Leste e Continente. Além dos CS o município

tem em sua estrutura de serviços de saúde quatro policlínicas, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um para atendimento de adultos e o outro para atendimento de crianças e adolescentes, e dois CAPS Álcool e Drogas (CAPS/AD).

No quadro abaixo apresento a divisão dos DS por CS no Município de Florianópolis/SC.

Quadro 2: Divisão dos DS por CS no Município de Florianópolis/SC

Distrito Sanitário	Centros de Saúde
Centro	Agrônômica, Centro, Monte Serrat, Prainha e Trindade
Continente	Abraão, Balneário, Capoeiras, Coloninha, Continente, Estreito, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Morro da Caixa, Sapé, Vila Aparecida e Coqueiros
Leste	Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Córrego Grande, Costa da Lagoa, Itacorubi, João Paulo, Lagoa da Conceição, Pantanal e Saco Grande
Norte	Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieira, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Ratonas, Rio Vermelho, Santinho, Santo Antonio de Lisboa, Vargem Grande e Vargem Pequena
Sul	Alto Ribeirão, Armação, Caeira da Barra do Sul, Campeche, Carianos, Costeira do Pirajubaé, Fazenda do Rio Tavares, Morro das Pedras, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Rio Tavares, Saco dos Limões e Tapera

Fonte: Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude>>. Acesso em: 11 out. 2012.

Florianópolis, em relação ao envelhecimento populacional, aproxima-se da tendência nacional, conta com uma população total de 421.240 habitantes, e, destes, 48.334 são idosos, representando 11,49% da população. No DS Centro está localizada a maior concentração de idosos 12.595, seguido do DS Continente, que tem 12.364 idosos residentes, representando 13,58 % da população total, fato que chama a atenção, uma vez que está acima da média do Estado de Santa Catarina (10,51%) e do próprio Município de Florianópolis (IBGE, 2010).

A pesquisa foi realizada no DS Continente. A escolha se deu pelo fato da grande concentração de idosos residentes neste DS e por eu trabalhar há quatro anos em um CS desse distrito e, por essa razão, conhecer bem de perto a experiência dos enfermeiros com relação aos cuidados prestados aos idosos e famílias. Na PCA o espaço físico para a

pesquisa é aquele onde foi identificado o problema a ser solucionado ou mudanças a serem feitas (TRENTINI; PAIM, 2004).

A seguir apresento a distribuição da população total e população idosa residente no DS Continente por CS. O CS de Coqueiros, por ter sido inaugurado recentemente, ainda não tem população definida por censo.

Quadro 3: Distribuição da população total e população idosa do DS Continente, Município de Florianópolis/SC, de acordo com CS

Centro de saúde	População	População idosa	% população idosa
Abraão	18.519	2.802	15,13
Balneário	6.982	1.364	19,53
Capoeiras	8.790	1.059	12,04
Coloninha	7.530	1.085	14,40
Coqueiros	-	-	-
Continente	7.350	1.132	15,40
Estreito	11.583	1.976	17,05
Jardim atlântico	5.095	692	13,58
Monte cristo	12.528	753	6,01
Morro da caixa	3.607	282	7,81
Sapé	4.835	552	11,41
Vila aparecida	4.178	427	10,22

Fonte: Censo Demográfico IBGE 2010

3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

No DS Continente atuavam, no momento da coleta de dados, 35 enfermeiros. Destes, 26 compunham equipes da ESF. Foram convidados para participar do estudo todos os enfermeiros que atendiam os seguintes critérios:

Critérios e inclusão: ser enfermeiro do DS Continente; compor equipe da ESF e estar desenvolvendo atividades assistenciais no município há no mínimo seis meses.

Critérios de exclusão: enfermeiros que no momento da pesquisa estiverem envolvidos com atividades de gestão no distrito ou mesmo nos CS (coordenadores); enfermeiros que não compõem equipes da ESF por desenvolverem atividades em outros serviços, como o CAPS e a Policlínica; enfermeiros com menos de seis meses de atividades na ESF

no município.

Desta forma o grupo de sujeitos deste estudo foi configurado por 20 enfermeiras, que serão apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 4: Caracterização das enfermeiras participantes do estudo.

Enfermeira	Sexo	Idade	Tempo de Formação	Pós-Graduação	Tempo de atuação na ESF
E1	F	30	6 anos	Especialização Saúde da Família	6 anos
E2	F	30	3 anos	Especialização Saúde da Mulher	3 anos
E3	F	34	7 anos	Especialização Obstetrícia	4 anos
E4	F	26	1 ano e 8 meses	Especialização Saúde da Família	1 ano e meio
E5	F	40	2 anos	Especialização Gestão Saúde Pública	1 ano e meio
E6	F	29	3 anos	Especialização Saúde da Família	1 ano e meio
E7	F	54	10 anos	-----	3 anos
E8	F	34	10 anos	Especialização Saúde Pública	10 anos
E9	F	51	22 anos	Mestrado	11 anos
E10	F	28	5 anos	Especialização Saúde da Família	5 anos
E11	F	26	3 anos	Especialização Saúde da Família	3 anos
E12	F	39	10 anos	Especialização Saúde da Família	10 anos
E13	F	49	26 anos	Mestrado	1 ano
E14	F	30	6 anos	Especialização Saúde da Família	6 anos
E15	F	30	8 anos	Especialização Saúde da Família	8 anos
E16	F	37	13 anos	Especialização Obstetrícia	13 anos
E17	F	26	4 anos	Especialização Saúde da Família	2 anos
E18	F	26	3 anos	Especialização Terapia Intensiva	3 anos
E19	F	31	9 anos	Especialização Saúde da Família	9 anos
E20	F	30	5 anos	Especialização Atendimento Pré-Hospitalar	2 anos e meio

Fonte: Roteiro de entrevista

3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Como primeira estratégia para captar os sujeitos em potencial para esta pesquisa, apresentei a proposta de estudo na reunião mensal dos enfermeiros do DS Continente. Nesse momento, expliquei os objetivos e os procedimentos para coleta dos dados da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos na pesquisa, os aspectos éticos, e esclareci dúvidas acerca da proposta. Todos os presentes manifestaram interesse em participar da pesquisa, e combinou-se que faria contato telefônico ou por *e-mail* para agendamentos das entrevistas. Na mesma época, a Coordenadora da Atenção Básica do distrito apresentou, em reunião de Coordenadores dos CS, a proposta de minha pesquisa, solicitando apoio dos Coordenadores, uma vez que o DS já havia liberado os enfermeiros interessados em participar.

Constituído o grupo de sujeitos da pesquisa, partiu-se para a coleta dos dados propriamente dita, que aconteceu em duas etapas, entre os meses de maio e junho de 2012, conforme detalhamento que se segue.

3.3.1 Primeira etapa

Refere-se à coleta de dados que foi realizada a partir de entrevistas individuais com os enfermeiros da APS de um Distrito Sanitário que compõem equipes da ESF, a fim de compreender os motivos pelos quais os mesmos não realizam a Consulta de Enfermagem ao idoso.

As entrevistas foram previamente agendadas com os sujeitos de estudo e realizadas no local de trabalho dos mesmos, por preferência dos participantes. Para realização das entrevistas utilizei um guia (Apêndice A) composto por três partes. A primeira se referia à caracterização dos sujeitos do estudo, a segunda foi relativa a informações sobre a CE e a terceira referente à assistência de enfermagem ao idoso.

Antes de iniciar a coleta de dados expliquei novamente os objetivos do estudo e verifiquei com cada sujeito se possuía alguma dúvida. Em seguida solicitei que o mesmo fizesse a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), para então dar início à entrevista, que foi gravada e posteriormente transcrita por mim. No total foram realizadas 20 entrevistas com

enfermeiras de 11 CS diferentes.

3.3.2 Segunda etapa

Esta etapa refere-se à realização de oficinas temáticas que visavam refletir com os enfermeiros sobre as necessidades de cuidados da população idosa a partir da promoção da saúde e prevenção de agravos. Tendo como meta atingir o objetivo de propor estratégias que contribuam para a implementação da CE ao idoso no contexto da APS.

Inicialmente pretendia-se realizar três encontros, porém, após a realização da primeira oficina, avalei junto com minha orientadora que mais um encontro seria suficiente para atingir o objetivo proposto, apresentei essa percepção para o grupo, que concordou com a modificação na proposta. Diante disso, fiz alterações no planejamento da segunda oficina, conforme será descrito em seguida.

As oficinas aconteceram no auditório do CS Coloninha, local onde normalmente são realizadas as reuniões do DS Continente, por ser o maior espaço disponível para atividades em grupo. As oficinas foram desenvolvidas em quatro etapas:

1ª etapa: Acolhimento dos participantes – essa etapa consistiu em preparar o ambiente para receber os participantes, bem como na realização de uma dinâmica para integrar o grupo.

2ª etapa: Foco no tema de discussão – nessa etapa foram realizadas atividades de grupo que possibilitassem a exposição de ideias sobre o tema foco da oficina. Os temas foco foram os seguintes:

Envelhecimento populacional e necessidade de cuidado do idoso;

A CE ao idoso na Atenção Básica à Saúde deve ter como pilares...

3ª etapa: Momento de síntese e encaminhamento – nessa etapa eu fiz uma síntese das discussões e propostas feitas pelo grupo. Estimulei o grupo a refletir e propor soluções para os problemas levantados.

4ª etapa: Avaliação – essa etapa foi destinada para avaliação da oficina pelo grupo.

Ao término de cada oficina foi oferecido um lanche aos participantes, visando proporcionar um momento descontração.

A seguir apresento a operacionalização das oficinas de acordo com as etapas descritas acima.

Oficina 1:

A primeira oficina temática teve duração de três horas, ocorreu no dia 5 de junho de 2012, e contou com a participação de nove enfermeiros.

Primeira atividade (acolhimento): Foi entregue para cada participante uma pasta contendo resumo da proposta de trabalho, uma cópia do TCLE, papéis e caneta para anotações. Como o grupo de enfermeiros já se conhecia, utilizei uma dinâmica que visou à integração dos presentes e à sensibilização para a proposta do trabalho coletivo. Para isso propus a dinâmica de grupo “a construção coletiva do rosto” (TOGNETTA, 2009), onde cada participante foi convidado a desenhar uma parte de um rosto, e o último participante deu personalidade ao desenho final. Após o término do desenho fiz uma relação da construção coletiva do rosto com a proposta de trabalho das oficinas.

Segunda atividade (tema foco): Pretendendo refletir com os enfermeiros sobre o “envelhecimento populacional e necessidade de cuidados do idoso”, propus a realização de leitura de artigos científicos. Expliquei a atividade sobre a leitura dos textos, orientando para que fizessem destaque em pontos que chamassem a atenção e que tivessem significado para eles. Pedi que se separassem em duplas, para que após a leitura pudessem discutir, e em um segundo momento apresentassem os destaques da forma que quisessem ao grande grupo. Sugeri que as duplas se formassem com pessoas que não trabalhavam no mesmo CS. Como o número de participantes era ímpar, se constituíram três duplas e um trio. Após a distribuição dos textos, percebi que as participantes optaram em realizar a leitura de forma individual e à medida que iam acabando a leitura conversavam com o colega. Em seguida os textos foram apresentados para o grande grupo pelas pessoas responsáveis, e após as apresentações ocorreu uma discussão sobre os destaques e leituras realizadas dos textos.

Terceira atividade (momento de síntese): Fiz um apanhado geral da discussão do grande grupo e apresentei de forma resumida os dados demográficos da população idosa no Brasil, no Município de Florianópolis (em cada DS e em cada CS). Tentei estimular cada participante a pensar sobre a assistência à população idosa de acordo com sua realidade e com os dados demográficos apresentados.

Quarta atividade (avaliação): Solicitei que os presentes fizessem avaliação oral da oficina e que, se assim quisessem, fizessem sugestões para as próximas. As avaliações foram positivas, manifestaram-se sobre o local acolhedor, a escolha adequada dos textos e a possibilidade de refletir sobre a prática profissional e trocar de experiências com os

colegas.

Oficina 2:

A segunda oficina teve duração de três horas e meia, ocorreu no dia 13 de junho de 2012, contou com a participação de nove enfermeiros. Destes, seis participaram da primeira oficina e três estavam participando das oficinas pela primeira vez.

Primeira atividade (acolhimento): Com a perspectiva de estimular o grupo a pensar sobre a realização da CE ao idoso de forma diferente, iniciei a segunda oficina com um vídeo do livro “O frio pode ser quente?” (Jandira Mansur). Após, sugeri que se separassem em duplas e trocassem experiências sobre a CE ao idoso. Em seguida, entreguei tarjetas para que individualmente escrevessem seus pressupostos acerca da CE ao idoso. À medida que iam terminando de escrever, eu colava as tarjetas em um mural, reunindo as ideias semelhantes.

Segunda atividade (tema foco): Sugeri que os participantes se dividissem em dois grupos para que participassem da atividade que intitulei “Feira de Conhecimento”, onde disponibilizei material para consulta (Caderno de Atenção Básica 19; Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; PNSPI; Protocolo Municipal da Saúde do Idoso; Pacto pela Vida), para cada grupo. Estimulei que, a partir dos pressupostos levantados, definissem os pontos fundamentais que deve conter a CE ao idoso. Deixei à disposição dos grupos materiais para confecção de cartazes. Cada grupo construiu um cartaz e apresentou no final da atividade.

Terceira atividade (momento de síntese): Após a apresentação de ambos os grupos, fiz uma retomada dos pressupostos levantados e dos pontos fundamentais que devem nortear a CE ao idoso, provocando os participantes a pensarem na inclusão da CE ao idoso na prática assistencial. Para fechamento da oficina, propus a dinâmica “tempestade de ideias”, onde cada participante foi estimulado a sugerir uma solução para o problema “a não realização da CE ao idoso”. As enfermeiras foram bastante participativas e lançaram várias ideias que podem auxiliar a implantação da CE ao idoso.

Quarta atividade (avaliação): Pedi que os presentes realizassem avaliação por escrito dos encontros. Novamente as avaliações foram positivas, destacaram estarem sentindo-se mais sensibilizados para trabalhar com a população idosa, a importância de discutir o processo de trabalho e de espaço para troca de experiência com os colegas.

Ao término da oficina, ofereci um lanche para os participantes e durante esse momento de descontração percebi que as enfermeiras

continuavam conversando acerca da temática da oficina.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados, tanto das entrevistas como das oficinas, foi realizada segundo os preceitos da PCA, que se baseiam na proposta de Morse e Field (apud TRENTINI; PAIM, 2004), a qual é composta pelos seguintes passos:

Processo de apreensão: Iniciou-se com a coleta dos dados, provinda das entrevistas e das oficinas temáticas. As informações resultantes dos encontros foram lidas sucessivas vezes para aproximação dos conteúdos das falas. A seguir, as informações foram concentradas em grupos determinados pelos temas mais frequentes, iniciando o processo de codificação dos relatos.

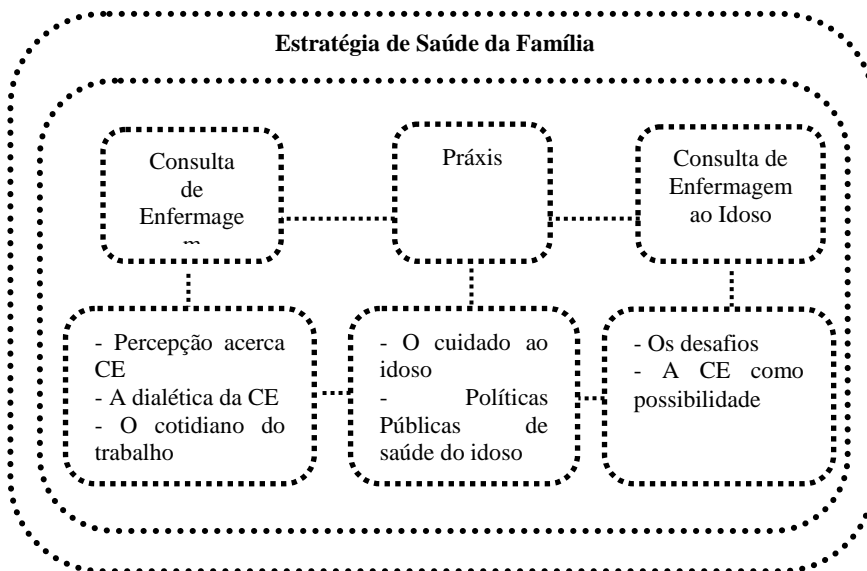
Processo de síntese: Nesta etapa as informações encontradas na fase de apreensão foram analisadas subjetivamente, buscando associações e variações dessas informações a fim de codificá-las. Os códigos foram reagrupados por semelhança e este processo resultou em cerca de 20 diferentes agrupamentos, que após minuciosa leitura e análise originaram sete categorias, que agrupadas sustentaram três eixos temáticos.

Processo de teorização: Esta fase ocorreu à medida que se buscou interpretar os achados à luz da literatura e do referencial teórico que sustenta este estudo.

Processo de transferência: É a etapa final do processo analítico, consiste em dar significado a achados e descobertas procurando contextualizá-los em situações similares, visando à socialização dos resultados.

Para dar real sentido às descobertas teve-se a intenção de responder às perguntas de pesquisas, ao mesmo tempo em que, priorizando os princípios da PCA, se proporcionou aos enfermeiros oportunidade para refletir acerca da assistência prestada à população idosa, buscando soluções para problemas enfrentados na prática.

Figura 1: Diagrama apresentando os eixos temáticos e suas categorias



3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Tendo preocupação em manter todas as questões éticas, o estudo respeitou os quatro referenciais básicos citados na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que são: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação e aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo aprovado por Parecer Consubstanciado sob nº 21532 (Anexo A).

No momento que as enfermeiras foram convidadas para participar da pesquisa, manteve-se o direito de participar ou não, e de desistir em qualquer fase do processo de pesquisa, bem como a garantia de seu anonimato e sigilo das informações. As participantes foram identificadas com a letra E, da palavra "enfermeira", seguida de número arábico sequencial.

Solicitou-se que realizassem a leitura e assinatura do TCLE em

duas vias, uma para arquivo da pesquisadora e outra para a participante.

As entrevistas e as oficinas foram gravadas, com a autorização das participantes, e posteriormente transcritas. Ao término da pesquisa todo o material foi arquivado, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados no formato de três manuscritos, elaborados de acordo com a Instrução Normativa 10/PEN/2011. Cada eixo temático apresentado nesta pesquisa sustenta um manuscrito, descritos conforme se segue.

No primeiro manuscrito, “A Consulta de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família”, contextualizo o desenvolvimento da CE no âmbito da ESF. No segundo manuscrito, “A Práxis do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família e o Cuidado ao Idoso”, apresento o cotidiano do trabalho do enfermeiro da ESF e a relação deste com o cuidado que está sendo realizado ao idoso. Ambos os manuscritos trazem elementos para dar respostas ao primeiro objetivo da pesquisa, que foi compreender os motivos pelos quais os enfermeiros da ESF de um DS não realizavam a CE ao idoso.

Já a resposta ao segundo objetivo, propor estratégias que contribuam com a implementação da CE ao idoso no contexto da APS, está contemplada no terceiro manuscrito, “A Consulta de Enfermagem ao Idoso na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades”.

4.1 MANUSCRITO 2: A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Este manuscrito será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP.

A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

THE NURSING CONSULTATION ON FAMILY HEALTH STRATEGY

LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Kelly Maciel Silva

Silvia Maria Azevedo dos Santos

RESUMO: Relato de uma pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, cujo objetivo foi: Compreender os motivos pelos quais os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário, do Município de Florianópolis/SC não realizavam a consulta de enfermagem ao idoso e identificar junto aos mesmos aspectos que contribuam para a implementação dessa consulta. Os dados foram coletados entre maio e junho/2012 através de entrevista estruturada e oficinas temáticas com 20 enfermeiras. Análise envolveu processos de apreensão, síntese, teorização e transferência, fazendo emergir três eixos temáticos, sendo que neste artigo será discutido um deles – A consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. Os resultados demonstram que a consulta de enfermagem é uma importante ferramenta de educação em saúde, que favorece o vínculo entre o profissional e o usuário. As discussões apontaram aspectos do cotidiano do trabalho do enfermeiro e a realização da consulta de enfermagem para outros segmentos da população.

DESCRITORES: Enfermagem. Prática Profissional. Programa Saúde da Família

ABSTRACT: Report of a qualitative study, converging-assistential, which goal was: understand the reasons why the nurses of Primary Health Attention of a Sanitary District of Florianópolis Municipality (SC) did not execute the nurse appointment with the elderly, and identify among them, aspects that contribute to implementing such appointment. The data were collected between May and June/2012 through structured interviews and theme workshops with 20 nurses. The analysis involved processes of apprehension, synthesis, theorization and transference where there themes have emerged from. In this article one of them will be discussed – The nurse appointment on the Family Health

Strategy. The results show that the nurse appointment is an important health education tool, which enhances a link between professional and user. Discussions pointed aspects of nurse daily work and execute the nurse appointment to other population segments.

DESCRIPTORS: Nursing. Professional Practising. Family Health Program

RESUMEN: Reporte de una investigación cualitativa, convergente - asistencial, cuyo objetivo fue: Comprender los motivos por las cuales los enfermeros de Atención Primaria a la Salud de un Distrito Sanitario del Municipio de Florianópolis / SC no realizaban la consulta de enfermería al anciano y identificar a junto a los mismos aspectos que contribuyen para la implementación de consulta. Los datos fueron recolectados entre mayo y Junio /2012 a través de entrevistas estructuradas y talleres temáticos con 20 enfermeras. El análisis involucró procesos de aprehensión, síntesis, teorización y transferencia, dando lugar a tres ejes temáticos, siendo que en este artículo será discutido uno de ellos – Los resultados demuestran que la consulta de enfermería es una herramienta importante de educación de la salud, que promueve la relación entre profesionales y usuarios. Las discusiones señalaron los aspectos del cotidiano del trabajo del enfermero y la realización de la consulta de enfermería para otros segmentos de la población.

DESCRIPTORES: Enfermería. Práctica Profesional. Programa de Salud Familia

INTRODUÇÃO

A consulta de Enfermagem (CE) é uma atividade específica do enfermeiro, podendo ser considerada uma importante ferramenta de educação em saúde utilizada prioritariamente para promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Foi definida pelo Comitê de Consulta de Enfermagem como sendo a “atividade diretamente prestada pela enfermeira ao cliente, onde são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implementadas medidas que contribuam com a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do cliente” (COMITÊ DE CONSULTA DE ENFERMAGEM, 1979, p.407).

A realização da CE tem seu arcabouço legal sustentado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498/86, que a legitima como sendo uma atividade privativa do enfermeiro, ou seja, está entre as

atividades que somente podem ser executadas pelo enfermeiro, não podendo ser delegada para a equipe de enfermagem (COFEN, 1986).

O termo “Consulta de Enfermagem” surgiu, no Brasil, nos anos de 1960. Até então, desde a década de 20, atividades similares eram desenvolvidas como atividades pré ou pós-consulta médica. Inicialmente, a CE foi dedicada às gestantes e crianças sadias e, posteriormente, estendida para todos os grupos etários da população (CASTRO, 1975; MACIEL, ARAÚJO, 2003).

A consolidação do trabalho do enfermeiro na área da saúde pública, principalmente após a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como proposta de reorganização da atenção primária à saúde e consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), foi fator fundamental para a implementação da CE no Brasil (MACIEL; ARAÚJO, 2003). A realização da CE está entre as atribuições mínimas específicas do enfermeiro da ESF, e essa prática associada à adoção de protocolos de saúde possibilita que o enfermeiro desenvolva seu trabalho de forma mais autônoma e resolutiva. A importância da CE destaca-se através de um conjunto de ações desenvolvidas de modo sistemático, dinâmico, privativo e independente, expressando possibilidade visível do saber e do fazer do enfermeiro, que tem como foco central o cuidado do ser humano, com sua singularidade (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo discutir a prática da consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. Este é um tema emergente da pesquisa intitulada: “Consulta de enfermagem ao idoso no contexto da Atenção Primária à Saúde”, que teve como objetivo compreender os motivos pelos quais os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário não realizavam a consulta de enfermagem ao idoso e identificar junto aos mesmos aspectos que contribuam para a implementação da consulta de enfermagem ao idoso.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, com adoção do método convergente-assistencial, cujo cenário foi o Distrito Sanitário Continente, pertencente à rede de atenção básica do Município de Florianópolis/SC. A escolha pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) foi pelo fato de a mesma estar orientada para a resolução ou minimização de problemas que na prática o enfermeiro enfrenta, nas possibilidades de mudanças e de introdução de inovações nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

Este tipo de pesquisa compromete-se com a melhoria do contexto social pesquisado, bem como adota a perspectiva de que o pesquisador deve se envolver com a realidade juntamente com os sujeitos. O trabalho de investigação ocorre à medida que se busca, na reflexão de situações vivenciadas, as alternativas de soluções para problemas detectados na prática profissional.

Participaram deste estudo 20 enfermeiras que compõem as equipes da ESF em 11 Centros de Saúde (CS), perfazendo o total de enfermeiros que estavam atuando na assistência durante o período de coleta de dados, entre os meses de maio e junho de 2012, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro do Distrito Sanitário Continente; compor equipe da ESF; e estar desenvolvendo atividades assistenciais no município há no mínimo seis meses. Para obtenção dos dados utilizaram-se as técnicas de entrevista estruturada e oficinas temáticas. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho das participantes mediante consentimento prévio. No momento da entrevista solicitou-se às informantes que fizessem a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo uma cópia para arquivo da pesquisadora e outra para a participante. Garantiram-se o anonimato e o sigilo das informações. As participantes foram identificadas com a letra E, da palavra “enfermeira”, seguida de número arábico sequencial. Posteriormente às entrevistas foram realizadas duas oficinas temáticas no auditório de um dos CS, onde normalmente são realizadas as reuniões do Distrito Sanitário Continente, devido a ser o maior espaço disponível para atividades em grupo.

Os resultados foram submetidos aos passos de análise qualitativa sugeridos pela PCA, que são apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004). Através de leituras e releituras dos textos gerados das transcrições das entrevistas e das oficinas surgiram as unidades de significado que deram origem ao processo de codificação inicial. Prosseguindo na análise, depurou-se o processo de codificação que guiou a elaboração das categorias, que sustentam os três eixos temáticos. Ressalta-se que neste artigo estamos analisando e discutindo apenas um deles.

A pesquisa cumpriu as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996). Sendo o projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada conforme o Parecer Consubstanciado nº 21532.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil das 20 participantes, observou-se que todas eram funcionárias públicas efetivas e tinham idades entre 26 e 54 anos, sendo que a média de idade do grupo era de 34 anos. De acordo com o tempo de formação na graduação, o grupo tinha média de 8,5 anos, variando entre um e 26 anos. Com relação à formação de pós-graduação, apenas uma não possuía tal formação; duas tinham mestrado; 10, especialização em Saúde da Família; cinco, especialização em áreas afins, sendo duas em Saúde Pública e três em Saúde da Mulher. Outras duas enfermeiras possuíam especialização em outras áreas (Unidade de Terapia Intensiva e Emergências pré-hospitalares). Já a atuação das informantes na ESF apresentou uma média de 5,6 anos, variando entre um e 13 anos.

A discussão do eixo temático “a consulta de enfermagem na ESF”, que será apresentado neste artigo, retrata quão importante é a realização da CE na configuração do trabalho do enfermeiro da ESF. Envolve as questões do trabalho do enfermeiro da ESF e a prática da CE, derivando as seguintes categorias: percepção do enfermeiro acerca da CE; a dialética da CE entre os membros da equipe da ESF e o usuário; o cotidiano do trabalho.

Percepção dos enfermeiros acerca da CE

Ao exteriorizar sua percepção acerca da CE, observa-se que as informantes consideraram ter um diferencial em sua formação, o qual lhes conferia competência para desenvolver ações de educação em saúde, onde a CE é um espaço propício para essa atividade, conforme evidenciado no conjunto de falas a seguir:

A CE é um momento em que o enfermeiro pode aproveitar o papel de educador, orientar sobre diversas questões de prevenção, promoção da saúde, adesão ao tratamento [...] damos orientações que nenhum outro profissional vai dar. (E17); A nossa formação é diferente da dos outros profissionais, fizemos mais orientações. (E1); Trocamos mais informações do que a consulta médica, explicamos mais coisas. (E11); A CE é voltada para orientação, educação em saúde e troca de conhecimentos. (E8); O consultório também é um espaço para estar fazendo educação em saúde. (E13).

Historicamente o enfermeiro desempenha um papel importante na questão da educação em saúde. Desde o surgimento da enfermagem moderna no Brasil, o profissional enfermeiro tem seu trabalho vinculado a uma dimensão educativa, uma vez que as enfermeiras, na época, foram formadas na finalidade de suprir a falta de um profissional envolvido com as atividades educativas sanitárias, iniciadas por médicos sanitaristas na década de 1920 (LIMA, 1996).

Atualmente as ações educativas em saúde se constituem em uma ferramenta bastante utilizada pela enfermagem. Para se efetivar as ações de educação em saúde, como medida de intervenção no processo saúde/doença e estabelecer uma prática educativa satisfatória, é necessário conhecer a realidade dos indivíduos com os quais se deseja realizar uma ação educativa, bem como suas potencialidades e suscetibilidades avaliadas em um âmbito holístico (SILVA, 2004). Nesse sentido, a ESF tem um espaço que possibilita tais ações, onde se percebe que o trabalho do enfermeiro está se voltando muito para os aspectos educativos do cuidado.

Além desse espaço para educação em saúde, as enfermeiras pesquisadas sinalizaram que a CE potencializa a vinculação com os usuários, favorecendo o acesso dos mesmos ao sistema de saúde, conforme se constata nas falas a seguir:

A CE possibilita a criação de vínculo com o paciente. (E5), (E6), (E11); Já estamos fazendo isso há bastante tempo na comunidade, tem uns que vem direto nos procurar, às vezes trazem a receita médica e perguntam o que tu acha, isso é vínculo. (E16); A CE é extremamente necessária para criação de vínculo, acompanhamento de respostas [...]. (E18); Resolvemos muitos problemas de pessoas que não tinham espaço e através da CE conseguiram acesso. Na CE as pessoas têm mais tempo para tirar dúvidas, estamos mais disponíveis para a escuta. (E19). O primeiro profissional que o paciente procura no CS é o enfermeiro, acaba sendo a referência dele. (E15).

Saber fazer uma escuta atenta e interessada das queixas do usuário desperta no mesmo o sentimento de que ele é importante, aumentando a confiança no profissional e, conseqüentemente, isso facilita a formação do vínculo (MONTEIRO; FIGUEIREDO;

MACHADO, 2009). A disponibilidade para a escuta presente no atendimento das enfermeiras pesquisadas demonstra respeito e compromisso com a comunidade. Esse fato, somado à maior resolutividade dos problemas da população, a partir da CE, favorece a confiança da população no enfermeiro, tornando-se este, muitas vezes, o profissional de referência para o usuário no CS.

Nessa ótica, a CE pode ser considerada um elemento indispensável para a criação de vínculo na ESF, uma vez que estreita as relações entre o enfermeiro e o sujeito atendido. Essa aproximação pode favorecer o desenvolvimento das ações propostas na CE, bem como garantir laços de confiança e corresponsabilidade entre os envolvidos. Conforme se desprende das falas a seguir, ao realizar a CE a enfermeira sente-se realizando uma atividade importante, de valoração profissional, em que pode desenvolver sua independência e autonomia profissional.

Realizando a CE me sinto assumindo meu papel de enfermeira [...], fazendo o que nos compete, que é esse atendimento mais diferenciado. (E7); É o que gosto realmente de fazer, me sinto importante na minha profissão. (E2); A CE é importante para valorizar nossa profissão. (E14); Temos um espaço muito bom na ESF para exercer a autonomia profissional, principalmente na CE. (E13); A CE ajudou a gente a ter um espaço na equipe de saúde, acho que a gente subiu vários degraus. (E9).

Nessa perspectiva, a CE é entendida como um espaço para práticas profissionais autônomas, permitindo a explicitação de um espaço físico próprio em que a relação profissional-cliente ocorre sob a orientação única do enfermeiro, tornando-o detentor do atendimento das necessidades da clientela (GOMES; OLIVEIRA, 2010).

A CE, por ser uma atividade privativa do enfermeiro, traz ao profissional um valor bastante significativo do seu trabalho. Conforme estudo que buscou conhecer a percepção do enfermeiro sobre a realização da CE na prática dos serviços de atenção básica, evidenciou-se que o enfermeiro valoriza a CE como um instrumento que facilita o vínculo entre o usuário e o profissional, ao mesmo tempo em que possibilita avaliar e compreender melhor as necessidades do ser humano que está assistindo, para assim traçar um planejamento mais adequado do cuidado (SANTOS et al., 2008).

A percepção das enfermeiras a respeito da concepção dos outros

membros da ESF e dos usuários acerca da CE sustenta a segunda categoria, conforme descrito a seguir.

A dialética da CE entre os membros da equipe da ESF e os usuários

A CE de enfermagem foi bem-vista pela maioria dos membros da equipe da ESF, demonstrando a necessidade de atendimento multiprofissional e em equipe para dar conta das necessidades dos usuários, como se evidencia nos relatos que seguem:

Tem muitos médicos e outros profissionais que trabalham junto com o enfermeiro, encaminhando para nós, dando importância para o que é feito na CE. (E2), (E5); O médico sozinho não dá conta (E19); Os profissionais de nível superior respeitam nossa posição na equipe, encaminham pacientes, discutem casos. (E7), (E9), (E12); Estamos fazendo esse trabalho conjunto onde um complementa o outro. (E15); os médicos, os profissionais do NASF pedem para a gente atender em CE [...] estão valorizando bastante. (E16).

Essa forma de trabalho vai ao encontro das propostas da ESF, que propõe, entre as características do processo de trabalho das equipes, a prática do trabalho interdisciplinar, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações (BRASIL, 2011).

Em contraponto a essa aceitação, destacaram a resistência de alguns membros da equipe de enfermagem no que se refere à dedicação do enfermeiro à CE.

Na prática percebo que os técnicos não têm muita noção do que é a CE [...] eles acham que o enfermeiro deve ficar no serviço braçal. (E3); Às vezes o pessoal do nível médio não compreende a CE, chegam a falar que a consulta demorou muito [...] percebo no olhar deles que eles não conhecem nossa consulta. (E1); Alguns técnicos acham que fazendo a CE nós estamos fugindo do serviço, do serviço deles, é claro, eles não fazem o nosso, mas acham que a gente deve ajudar a fazer o deles. (E7).

Nessas falas fica evidente o conflito no processo de trabalho com

a equipe de enfermagem, onde alguns técnicos de enfermagem não aceitavam a diferenciação de atribuições entre seu trabalho e o trabalho do enfermeiro. Muitos desses conflitos são heranças da divisão interna do trabalho da enfermagem, que deu origem a várias modalidades de trabalho, uma vez que a enfermagem, no Brasil, atualmente é exercida por três categorias profissionais, o enfermeiro com nível superior, o técnico e auxiliar de enfermagem com nível médio.

Essa forma de divisão e organização do trabalho reproduz a fragmentação taylorista, onde a coordenação do trabalho, dentro do grupo profissional, é feita pelo profissional de nível superior, que delega atividades aos trabalhadores de nível médio. A hierarquia de trabalho e saberes fica evidente nas relações de trabalho, resultando em conflitos, explícitos ou não, entre os diversos agentes (PIRES, 2009).

Para superar esses conflitos a equipe de enfermagem precisa compreender que suas ações são complementares e interdependentes, sendo fundamental a comunicação entre os sujeitos acerca das relações que se estabelecem na divisão do trabalho, bem como a construção de um projeto comum para a enfermagem (MARQUES; SILVA, 2004).

Na relação com os usuários, as enfermeiras referiram uma boa aceitação da CE por parte da maioria, destacaram que percebem a diminuição da resistência dos mesmos à medida que conhecem o trabalho do enfermeiro, como se evidencia nas falas a seguir:

Percebo uma boa aceitação dos usuários. (E5); (E7); (E11); (E13); (E16); (E17); (E19); Principalmente esses que damos seguimento, essa clientela programada. (E6); A resistência era mais inicial, pois estavam centrados no médico, depois que conhecem nosso trabalho aceitam bem. (E4); Há 10 anos tinham mais resistência, agora percebo as pessoas mais abertas para a CE [...] acho que o PSF deslanchou melhor isso. (E8); A população vem te procurar, perguntam se podemos ajudar, antigamente eles vinham querendo o médico, eram mais resistentes [...] hoje em dia eu noto que mudou. (E9). É importante ter outro profissional de referência que não seja o médico. (E8).

Essas falas revelam que o enfermeiro, ao desenvolver a CE, assume atribuições e características que torna conhecida e legitimada a sua prática profissional, e a aceitabilidade de sua atuação pela população

vem se mostrando de maneira ampliada na ESF. Por outro lado, ainda aparece no discurso de algumas enfermeiras a percepção de incompreensão por parte dos usuários da importância da CE, como se constata nas falas que se seguem:

Acho que ainda algumas pessoas não conseguem perceber a importância da CE (E20); A população não procura muito a CE (E1); Ainda tem resistência [...] acham que consulta é só com médico, com a enfermeira é só uma conversa (E2); Muitos pacientes vêm para a CE e não sabem direito o que vai ser feito [...] parece que não dão muita importância (E3).

Constata-se que os usuários que conhecem a consulta de enfermagem consideram o enfermeiro um profissional de referência nos serviços de saúde, porém essa prática necessita ser mais socializada. A ESF aparece como um importante espaço para ampliação da visibilidade do trabalho do enfermeiro, no entanto, percebe-se a necessidade do empoderamento político do enfermeiro acerca de sua práxis, de maneira que participe ativamente e reflita criticamente acerca de seu processo de trabalho.

Esse movimento contribui para a substituição do modelo medicocentrado, conforme proposto pela ESF.

O cotidiano do trabalho

Na ESF o enfermeiro tem um campo amplo de atuação, onde encontra espaço para desempenhar suas competências assistenciais, educativas e gerenciais. No cotidiano do trabalho na ESF, as enfermeiras pesquisadas descreveram a realização de consultas programadas, atendimento da demanda espontânea, atividades coletivas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, supervisão do trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem e atividades administrativas.

Na realização de suas atividades privativas, como a consulta de enfermagem, as enfermeiras que participaram deste estudo referiram que organizavam o atendimento a partir de agenda programada por grupo de atenção, onde a assistência de enfermagem à saúde da mulher está sendo priorizada, como pode ser observado nas emissões abaixo:

O que mais atendo é saúde da mulher. (E1); É mais saúde da mulher. (E4); Teve uma época que conseguia atender até os hipertensos e diabéticos, mas agora priorizamos as gestantes, puérperas e

preventivo. (E19); Nós enfermeiras só temos um consultório para atender, então priorizamos a saúde da mulher (E10).

Como uma das justificativas a essa prioridade, está o fato dos atendimentos serem organizados de acordo com a disponibilidade de consultórios, onde frequentemente falta consultório para o enfermeiro realizar consulta de enfermagem a todos os grupos de atenção. O que foi explicitado por diversos informantes, como exposto a seguir:

Temos problemas de espaço, pois são três enfermeiras e um único consultório. (E6); Nós enfermeiras só temos um consultório para atender. (E10), (E19); Às vezes não temos sala para atender. (E11), (E20); Tenho apenas quatro períodos na semana de consultório, não dá para atender todo mundo. (E17).

Apesar da Política Nacional de Atenção Básica orientar como infraestrutura necessária à realização de ações na Atenção Básica a presença de consultório de enfermagem, na prática percebe-se um aumento do número de equipes sem a adequada estrutura física dos CS (BRASIL, 2011). Essa realidade compromete o trabalho assistencial do enfermeiro na ESF e contribui para a baixa produção de consultas de enfermagem. Fato preocupante para a profissão, uma vez que a diminuição das consultas de enfermagem pode significar um recuo da clínica no trabalho do enfermeiro (PIRES, 2011).

Como as metas relacionadas à saúde da mulher são, muitas vezes, mais cobradas pelo gestor municipal, esse atendimento acaba destacando-se, mesmo que esse grupo populacional não seja o que mais demande atenção no território. As metas deveriam ser pactuadas em nível local considerando a realidade do território, a capacidade instalada e necessidades de enfrentamento. Porém, o que se verifica na realidade é que as equipes não possuem espaços de escuta e discussão, sendo consideradas, muitas vezes, meras executoras das ações (CUBAS, 2011).

Outro aspecto destacado pelas informantes deste estudo foi a grande quantidade de atividades burocráticas desenvolvidas pelas enfermeiras, que aparece como um empecilho para realização de atividades assistenciais e privativas, como a consulta de enfermagem, conforme se evidencia nas seguintes falas:

A gente tem que fazer diversas coisas que não são nossas funções, [...] ficamos muito no administrativo (E1); Temos que preencher muitos relatórios. (E14); Se ficamos muito na assistência os relatórios ficam todos atrasados, esses relatórios tem data para entregar. (E7); [...] temos diversas reuniões, fica complicado abrir uma agenda. (E10); O enfermeiro é muito tarefeiro, muito burocrático. (E17).

Percebe-se que as enfermeiras estavam sobrecarregadas com tarefas administrativas, reproduzindo concepções arraigadas da dimensão gerencial do trabalho da enfermeira que não condizem com a ESF (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010). A divisão dessas tarefas normalmente não ocorre de maneira equiparada entre os membros da equipe, onde usualmente o médico fica em uma situação mais confortável, mantendo pouco envolvimento com as atividades administrativas e de sistemas de informação.

Outro ponto que fomenta a discussão acerca da forma de agir do enfermeiro em “fazer de tudo um pouco” é a frequente falta de outros profissionais e a postura do enfermeiro em assumir a função destes. Isso gera uma instabilidade que prejudica a atuação profissional do enfermeiro na ESF, uma vez que diminui o tempo que teria para realizar atividades específicas da profissão. Os depoimentos demonstram que não concordavam com a situação, mas assumiam posição passiva ao lidar com essas contradições, como se constata nos relatos a seguir:

A gente tem que ficar cobrindo todo mundo e ninguém cobre a gente [...] sempre tem que cobrir algum setor por falta de profissionais. (E6); Falta alguém na recepção, o enfermeiro vai lá e cobre, falta um técnico, o enfermeiro tem que assumir a função, falta alguém na farmácia, temos que ir, falta o Coordenador, é o enfermeiro que chamam para tudo [...] (E18). O enfermeiro substitui todo mundo, isso não acontece com os outros profissionais, só falta cobrirmos o pessoal da limpeza. (E8). Acaba faltando tempo para fazer a consulta de enfermagem (E11).

Essas falas revelam a conduta flexível das enfermeiras, que, de forma geral, aceitam assumir atividades de competência de outros

profissionais em detrimento de sua prática privativa. Comportamento desse tipo contribui para o surgimento e manutenção de equívocos acerca do processo de trabalho do enfermeiro, bem como contribuem para a não visibilidade da profissão. O enfermeiro deve ater-se em exercer a enfermagem de acordo com a Lei do Exercício Profissional (COFEN, 1986), ou seja, realizar, com autonomia, as atividades para as quais possui competência técnica e legal, e não destinar seu tempo de trabalho realizando funções que competem a outro profissional.

Diante desse cenário, se discute a necessidade do enfermeiro adotar um posicionamento efetivo perante os outros profissionais de saúde e a sociedade no que se refere à reorganização de sua prática assistencial, tornando-se presença constante e significativa nas ações de cuidado à saúde da população (SILVA et al., 2010).

O enfermeiro, por ser o responsável pelas atividades de enfermagem desenvolvidas no CS, fica em situação de sobrecarga quando ocorre o absenteísmo de membros da equipe de enfermagem, onde muitas vezes tem que deixar de fazer suas atividades privativas para dedicar-se às atividades de competência dos técnicos de enfermagem. No cotidiano das enfermeiras pesquisadas isso era uma constante.

Uma alternativa para minimizar esse problema é monitorar os índices de ausência dos profissionais de enfermagem e garantir um quantitativo de pessoal adicional para cobertura dessas ausências, evitando a sobrecarga de trabalho dos outros profissionais, bem como garantindo a segurança e qualidade da assistência prestada (SANCINETT et al., 2011).

Percebe-se que o desvio de função, a falta de espaço físico, o trabalho multifacetado do enfermeiro e a burocratização do cuidado são elementos deteriorantes da CE na ESF, e tais situações nos levam a refletir sobre as condições inadequadas de trabalho enfrentadas pelas enfermeiras no cotidiano do trabalho.

Pesquisa realizada em município do sul do Brasil, com objetivo de analisar a influência das condições de trabalho nas atividades dos enfermeiros da ESF, aponta o abismo existente entre as orientações prescritivas que constam nas políticas públicas de saúde e as condições concretas de trabalho disponibilizadas para sua realização. Onde a precarização do trabalho, para os enfermeiros, acarreta sobrecarga física e psíquica, além de desvio de função e redução da realização das atividades de acordo com os parâmetros profissionais como, por exemplo, o uso de metodologias de sistematização da assistência de enfermagem (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

CONSIDERAÇÕES

A CE é uma importante ferramenta para o desenvolvimento de ações de educação em saúde que pode propiciar melhoria na qualidade de vida dos usuários. É reconhecida pelos enfermeiros como um instrumento de fortalecimento de vínculo entre o profissional e o usuário, bem como um espaço para desenvolvimento da autonomia e independência profissional.

As considerações dialéticas entre os membros da equipe e os usuários acerca da CE trazem à tona os conflitos internos na divisão do trabalho com a equipe de enfermagem, mas também apontam o espaço que o enfermeiro vem conquistando a partir do trabalho desenvolvido na ESF.

Os resultados desta pesquisa mostram que os enfermeiros encontram situações adversas no cotidiano do trabalho que limitam a realização de suas práticas privativas. Esse fato, aliado à diversidade de atividades não específicas da enfermagem desenvolvidas pelo enfermeiro na ESF, compromete sua identidade e a atuação profissional.

Diante desses resultados considera-se que a enfermagem, como categoria profissional, deve reivindicar condições adequadas de trabalho e intensificar a realização da CE, uma vez que essa prática pode fortalecer a identidade profissional do enfermeiro na ESF. Além de contribuir para as respostas às necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. . Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 25 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BERTONCINI, Judite Hennemann; PIRES, Denise Elvira Pires de; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, (supl 1), p. 157-173, 2011.

CASTRO, Ieda Barreira. Estudo Exploratório sobre a Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 28, p.76-94, 1975.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498/86**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 25 mai. 2011

COMITÊ DE CONSULTA DE ENFERMAGEM (Brasil). Comitê de Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 32, p.407-408, 1979.

CUBAS, Marcia Regina. Desafios para a enfermagem no alcance das metas da Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 45, (Esp 2), p. 1758-62, 2011.

FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; KOVACS, Maria Helena; SARINHO, Silvia Wanick. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 520-27, 2010.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n. 4, p. 608-15, 2010.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Educação em saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p.87-91, 1996.

MACIEL, Isabel Cristina Filgueira; ARAÚJO, Thelma Leite de. Consulta de Enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p.207-214, 2003.

MARQUES, Dalvani; SILVA, Eliete Maria. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p.545-550, 2004.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo da implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v.43, n. 2, p. 358-364, 2009.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p.739-744, 2009.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Limites de possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 45, (Esp 2), p.1710-1715, 2011.

SANCINETTI, Tania Regina et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 4, p.1007-1012, 2011.

SANTOS, Sueli Maria dos Reis et al. A consulta de enfermagem no

contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n. 1, p.124-130, 2008.

SILVA, Márjori. Plano Educativo. In: OLIVEIRA, José Egidio Paulo de; MILECH, Adolpho. **Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004.362 p.

SILVA, Sandra Honorato da et al. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na Rede Básica de Curitiba - PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p.68-75, 2010.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004. 144 p.

4.2 MANUSCRITO 3: A PRÁXIS DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO AO IDOSO.

Este manuscrito será submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem.

A PRÁXIS DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO AO IDOSO

NURSE PRACTISING OF FAMILY HEALTH STRATEGY AND THE ELDERLY CARE

LA PRAXIS DEL ENFERMERO DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA Y LA ATENCIÓN AL ANCIANO

Kelly Maciel Silva
Sílvia Maria Azevedo dos Santos

RESUMO: Trata-se de pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, cujo objetivo foi: Compreender os motivos pelos quais os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário, do Município de Florianópolis/SC, não realizam a consulta de enfermagem ao idoso e identificar junto aos mesmos aspectos que contribuam para implementação da consulta de enfermagem ao idoso. Os dados foram coletados entre maio e junho/2012 através de entrevista e oficinas temáticas com 20 enfermeiras. A análise envolveu processos de apreensão, síntese, teorização e transferência, fazendo emergir três eixos temáticos, sendo que neste artigo será discutido um deles – A práxis do enfermeiro e o cuidado ao idoso. Os resultados sustentam discussões sobre a necessidade de aproximação entre o trabalho do enfermeiro e as propostas das políticas públicas de atenção à saúde do idoso. Recomenda-se educação permanente para os profissionais já inseridos nos serviços, para que possam lidar com os desafios do envelhecimento populacional.

DESCRITORES: Enfermagem. Saúde do Idoso. Prática Profissional. Programa Saúde da Família

ABSTRACT: It is a qualitative study, converging-assistential, which goal was: understand the reasons why the nurses of Primary Health Attention of a Sanitary District of Florianópolis Municipality (SC) do not execute the nurse appointment with the elderly, and identify among them, aspects that contribute to implementing the elderly nurse appointment. The data were collected between May and June/2012 through interviews and theme workshops with 20 nurses. The analysis involved processes of apprehension, synthesis, theorization and transference where there themes have emerged from. In this article one of them will be discussed – The nurse practising and the elderly care.

The results sustain discussions about the need of connecting the nurse work and proposal of government policies to the elderly health care. It is strongly recommended permanent education to the professionals already in service, so they can deal with the challenges of population aging.

DESCRIPTORS: Nursing. Elderly Health. Professional Practising. Family Health Program

RESUMEN: Se trata de investigación cualitativa, convergente-asistencial, cuyo objetivo fue: Comprender los motivos por los cuales los enfermeros de la Atención Primaria a la salud de un Distrito Sanitario, del Municipio de Florianópolis/SC, no realizan la consulta de enfermería al anciano e identificar juntos a los mismos aspectos que contribuyen para implementación de consulta de enfermería al anciano. Los datos fueron recolectados entre Mayo y Junio 2012, a través de entrevistas y talleres temáticos con 20 enfermeras. El análisis involucró procesos de aprehensión, síntesis, teorización y transferencia, dando lugar a tres ejes temáticos, siendo que en este artículo será discutido uno de ellos - La praxis del enfermero y el cuidado al anciano. Los resultados sustentan discusiones sobre la necesidad de aproximación entre el trabajo del enfermero y las propuestas de políticas públicas de atención a la salud del anciano. Se recomienda educación permanente para los profesionales que ya trabajan en los servicios, a fin de que puedan hacer frente a los desafíos del envejecimiento de la población.

DESCRIPTORES: Enfermería. Salud del Anciano. Práctica Profesional. Programa de Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) propõe a reorganização da atenção primária à saúde e a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa proposta iniciou-se com o Programa de Saúde da Família (PSF), apresentado em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de realizar ações de promoção e proteção à saúde de indivíduos, famílias e comunidades através do trabalho de equipes multiprofissionais. A partir de 2006, por meio da Portaria nº 648/06, o PSF passou a denominar-se ESF por se tratar não apenas mais um programa entre outros propostos pelo Ministério da Saúde, mas sim um eixo estruturante do SUS (BRASIL, 1996; 2006a).

A ESF deve ter, em sua configuração mínima, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários

de saúde (ACS), onde essa equipe tem sob sua responsabilidade o acompanhamento de no máximo quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes, dos quais passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde (BRASIL, 2011).

Com a crescente expansão da ESF em todo território nacional, ela passou a ser um campo de atuação importante para os enfermeiros, possibilitando maior autonomia profissional, bem como maior visibilidade ao seu trabalho.

Na ESF o Ministério da Saúde aponta como atribuição mínima específica do enfermeiro a assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases de desenvolvimento humano, ou seja, da infância à terceira idade; realizar consulta de enfermagem; supervisionar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem e participar do gerenciamento da Unidade de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Nas ações referentes à saúde da pessoa idosa, o enfermeiro da ESF tem como competência específica:

- a) realizar atenção integral às pessoas idosas; b) realizar assistência domiciliar quando necessário; c) realizar consulta de enfermagem, incluindo avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares; solicitar exames complementares e prescrever medicações, se necessário, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; d) supervisionar e coordenar o trabalho do ACS e da equipe de enfermagem; e) realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe; f) orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos (BRASIL, 2006b, p.28).

Diante do acelerado processo de envelhecimento populacional que o Brasil está vivenciando e das crescentes demandas de cuidados à população idosa, a ESF, como porta de entrada ao SUS, tem um grande desafio para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional. Reportando-nos à atenção à saúde da pessoa idosa e a todas as especificidades do processo de envelhecimento, faz-se extremamente necessária a realização da assistência de enfermagem ao idoso nos serviços de saúde.

Nesse sentido, este artigo propõe discutir a práxis do enfermeiro da ESF relacionada às ações de cuidado dirigidas ao idoso. Este é um tema emergente da pesquisa intitulada: “Consulta de enfermagem ao idoso no contexto da Atenção Primária à Saúde”, que teve como objetivo compreender os motivos pelos quais os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário, do Município de Florianópolis/SC, não realizam a consulta de enfermagem ao idoso e identificar junto aos mesmos aspectos que contribuam para a implementação da consulta de enfermagem ao idoso.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial, com adoção das técnicas de entrevista estruturada e oficinas temáticas para obtenção de dados. A opção pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) é pelo fato de estar orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

O estudo foi desenvolvido no Município de Florianópolis/SC, junto aos enfermeiros de um Distrito Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis conta com 50 Centros de Saúde (CS) divididos em cinco Distritos Sanitários: Norte, Centro, Sul, Leste e Continente. A coleta de dados ocorreu no Distrito Sanitário do Continente, por apresentar grande concentração de idosos residentes e ser o cenário de prática assistencial da pesquisadora principal. Na pesquisa convergente-assistencial o espaço físico para a pesquisa é aquele onde foram identificados o problema a ser solucionado ou mudanças a serem feitas (TRENTINI; PAIM, 2004).

Participaram deste estudo 20 enfermeiras que compõem equipes da ESF em 11 CS, perfazendo o total de enfermeiros que estavam atuando na assistência durante o período de coleta de dados. Para seleção dos sujeitos utilizaram-se os seguintes critérios: ser enfermeiro do Distrito Sanitário Continente; compor equipe da ESF; e estar desenvolvendo atividades assistenciais no município há no mínimo seis meses. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2012.

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996). Sendo submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa

Catarina, aprovada por Parecer Consubstanciado sob nº 21532.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho das participantes mediante consentimento prévio. No momento da entrevista solicitou-se às informantes que realizassem a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo uma cópia para arquivo da pesquisadora e outra para a participante. Garantiu-se o anonimato das participantes e o sigilo das informações. As participantes foram identificadas com a letra E, da palavra “enfermeira”, seguida de número arábico sequencial. Posteriormente às entrevistas foram realizadas duas oficinas temáticas no auditório de um dos CS, onde normalmente são realizadas as reuniões do Distrito Sanitário Continente, devido a ser o maior espaço disponível para atividades em grupo.

A análise dos dados seguiu os passos de análise qualitativa sugeridos pela PCA, que são apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004). Através de leituras e releituras dos textos gerados das transcrições das entrevistas e das oficinas surgiram as unidades de significado que deram origem ao processo de codificação inicial. Prosseguindo na análise, depurou-se o processo de codificação que guiou a elaboração das categorias, que sustentam os três eixos temáticos. Vale lembrar que neste artigo estamos analisando e discutindo apenas um deles.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que concerne às características do grupo de enfermeiras que fizeram parte deste estudo, todas eram funcionárias públicas efetivas e tinham idades entre 26 e 54 anos, sendo que a média de idade do grupo era de 34 anos. De acordo com o tempo de formação na graduação, o grupo tinha média de 8,5 anos, variando entre um e 26 anos. Com relação à formação de pós-graduação, apenas uma não possuía tal formação; duas tinham mestrado; 10, especialização em Saúde da Família; cinco, especialização em áreas afins, sendo duas em Saúde Pública e três em Saúde da Mulher. Outras duas possuíam especialização em outras áreas (Unidade de Terapia Intensiva e Emergências pré-hospitalares). Já a atuação das informantes na ESF apresentou uma média de 5,6 anos, variando entre um e 13 anos.

O eixo temático “a práxis do enfermeiro da ESF”, foco deste artigo, envolve as questões relacionadas com a atenção à saúde da população idosa e está amparado nas seguintes categorias: o cuidado ao idoso; e políticas públicas de saúde ao idoso.

O cuidado ao idoso

Os idosos eram vistos pelas enfermeiras pesquisadas como o grupo populacional que mais frequentava o CS, ficando difícil garantir a prioridade do atendimento diante da grande demanda dessa população, conforme se observa nos discursos que seguem:

[...] é a população que mais frequenta a Unidade, temos até dificuldade de atender todo mundo. (E1); [...] nossa população é bastante idosa, parece que a maioria da população é idosa. (E4); O idoso deve ter prioridade no atendimento, mas como vou dar prioridade se 90% que está esperando é idoso? (E7); Tem bastante idoso. (E5), (E6), (E9), (E11), (E13), (E14), (E15), (E16); [...] nós quase não temos crianças, nós temos mais população idosa mesmo. (E7); É uma população bem grande. (E8); [...] a maioria com mais de 80 anos, muitos idosos de 90 anos. (E20).

O aumento da população idosa que vem ocorrendo de forma rápida e progressiva torna-se um grande desafio para o SUS, uma vez que doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar mais expressão no conjunto da sociedade, resultando numa procura maior dos idosos por serviços de saúde, que muitas vezes não estão preparados para o atendimento dessa população (VERAS, 2009).

Os profissionais da ESF enfrentam desafios no cuidado à saúde da crescente população idosa e sua problemática específica, competindo por atenção com crianças, gestantes, homens e mulheres em idade fértil, num contexto epidemiológico de doenças crônico-degenerativas e infecciosas, agravadas por problemas sociais (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

As informantes relataram que percebiam um aumento progressivo de usuários idosos mais idosos que muitas vezes ainda preservam independência e autonomia, por outro lado, é o segmento que mais apresenta doenças crônicas e tem tendência a fragilizar-se, conforme se constata nas seguintes falas:

Tenho muitos idosos saudáveis. (E1); A maioria é independente. (E2), (E3), (E7), (E11), (E12); [...] bastante idosos acima de 80 anos bem ativos. (E4); [...] muitos acamados, mas a maioria independente. (E5); [...] a maioria independente, mas muitos dependentes que demandam mais da

Unidade. (E8); [...] tem aqueles de 90 anos que estão por aí independentes, mas também tem muitos acamados. (E9); [...] os mais idosos são mais dependentes. (E13); [...] alguns com idades mais avançadas estão acamados. (15); [...] muita demanda para essa população. (E16); A grande maioria é hipertenso e diabético. (E17).

Os idosos em sua maioria estão em boas condições físicas de saúde, porém, à medida que envelhecem, tornam-se mais propensos a se debilitarem e necessitarem de ajuda para o autocuidado. Para lidar com o idoso faz-se necessário entender a velhice não como uma doença, mas sim como um processo de vida das pessoas (COSTA; CIOSAK, 2010).

Apesar das falas acima revelarem que, na percepção das enfermeiras, a maioria dos idosos era saudável e independente, o cuidado de enfermagem, de maneira programada, é focado na doença, para os idosos que se encontram acamados e para os hipertensos e diabéticos. A atenção para a demanda espontânea era feita a partir do acolhimento, mas descreviam esse atendimento como rápido, pontual e muitas vezes centrado na queixa, como se observa nos relatos a seguir:

Atendemos os idosos dentro dos programas de hipertensão e diabetes e nas visitas domiciliares. (E5); O atendimento ao idoso é como marcador (hipertensão e diabetes), mas não faço um atendimento com as questões específicas do idoso. (E10); [...] é mais focado nas condições crônicas. (E15), (E11). Atendo o idoso no acolhimento, pois não temos agenda programada para o idoso e na visita domiciliar. (E1), (E4), (E7), (E8), (E12), (E14), (E17); Atendemos o idoso naquela coisa pontual, na queixa, não estamos fazendo promoção da saúde. (E16); [...] tem muita demanda para essa população, o atendimento no acolhimento torna-se muito rápido. (E10), (E19).

Percebe-se que a prática dessas enfermeiras reproduz o modelo biomédico de atendimento. Essa forma de atenção é destoante da proposta da ESF, que orienta a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de enfermidades e incapacidades. As propostas de promoção, assistência e reabilitação da saúde da pessoa idosa devem ir além do tratamento e controle de doenças específicas. Como a maioria dos

idosos, na percepção das informantes, encontrava-se em boas condições de saúde, o foco de atenção para essa população deveria ser a manutenção da capacidade funcional e a detecção precoce de agravos, além do monitoramento das condições crônicas (VERAS, 2009).

É sabido que, devido ao processo de transição demográfica e à consequente transição epidemiológica que vive o país, frequentemente as doenças crônico-degenerativas acometem a população idosa (SCHMIDT et al., 2011). Tais condições associadas à longevidade, muitas vezes, geram dependências e incapacidades, demandando maiores necessidades de cuidados, tanto da família como dos serviços de saúde.

De acordo com os relatos, o atendimento domiciliar fazia parte do cotidiano do trabalho das enfermeiras da ESF, as informantes referiram que o principal motivo para a realização de visita domiciliar para a população idosa era o grande número de idosos acamados.

A assistência domiciliar é inerente ao processo de trabalho das equipes da ESF, tem como objetivo responder às necessidades de saúde da população que se encontra com perdas funcionais e dependências para a realização das atividades da vida diária (BRASIL, 2006b).

O envelhecimento com dependência torna-se um grande desafio para a práxis da enfermeira da ESF, ao mesmo tempo em que se deve tentar evitá-la ou postergá-la, se terá que lidar com a dependência já instalada. Para tanto, é imprescindível que o enfermeiro se aproprie de conhecimentos gerontogeríatricos.

Neste estudo, o despreparo para a atenção à população idosa é apontado pelas enfermeiras, que sinalizaram lacunas desde o processo de formação até a inexistência de educação continuada nos serviços. O discurso das enfermeiras avanta a necessidade de melhor preparo para lidar com as especificidades do envelhecimento. Nessas falas, exteriorizaram ainda o reconhecimento de que não estavam fazendo a assistência ao idoso como achavam que deveriam, como pode ser constatado nos seguintes depoimentos:

Na graduação não tive quase nada sobre envelhecimento. (E7); Fui preparada para atender a mulher, o idoso não. (E14); Nossa formação é voltada para a questão maternoinfantil, percebemos essas limitações no atendimento ao idoso. (E15); Tenho pouco conhecimento sobre o envelhecimento. (E12); Se fosse para atender o idoso como deveria, vamos precisar de treinamento. (E16); [...] precisamos de capacitação para fazer na prática melhor do

que temos feito. (E2); Acho que preciso melhorar. (E13); Acho que poderia fazer melhor do que tenho feito, mas não sei como. (E6). Precisamos de formação continuada e revisão dos protocolos com os profissionais. (E10).

Essa percepção de necessidade de conhecimento em gerontologia é justificada, em pesquisa recente realizada por Kletemberg e Padilha (2011), com enfermeiras pesquisadoras pioneiras no estudo do processo de envelhecimento, pela realidade da transição demográfica que impacta a prática assistencial nos serviços e impõe à enfermagem uma necessidade de formação específica para o atendimento ao idoso.

Estudo atual realizado por Motta, Aguiar e Caldas (2011) aponta que a capacitação dos profissionais de saúde na ESF é insuficiente para lidar com o desafio do envelhecimento. Os conteúdos de geriatria e gerontologia têm pouco peso na formação profissional de saúde.

Desse modo, torna-se essencial que esses profissionais, já inseridos no processo de trabalho, participem de espaços de educação permanente. Uma vez que a educação permanente pode motivar a transformação pessoal e profissional, possibilitando a minimização dos desafios existentes no cotidiano dos serviços de saúde (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Políticas públicas de saúde ao idoso

Do ponto de vista organizacional, as políticas públicas de saúde são orientações gerais a serem consideradas na estruturação dos serviços de saúde e na dinâmica dos processos de trabalho dos profissionais de saúde. No que se refere à saúde do idoso, destaca-se o Pacto pela Saúde, publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde, como um novo modelo de gestão que envolve as três esferas de governo. Esse modelo contempla três dimensões, que são: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS. Nesse documento, dentre as seis prioridades pactuadas nas três esferas de governo, destacam-se três que se relacionam diretamente com o planejamento de saúde para a população idosa: saúde do idoso, promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006c).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi atualizada, tendo como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos a partir de medidas coletiva e individuais de saúde (BRASIL, 2006d).

Porém, nos discursos das enfermeiras, apresentados a seguir, evidencia-se o seu distanciamento das políticas públicas de atenção à saúde do idoso:

A PNSPI eu sei que existe, mas intimidade com ela não tenho. (E1); Já li quando estudei para o concurso, mas confesso que não lembro. (E3), (E6), (E19); Conheço muito pouco. (E9); A PNSPI eu conheço, já as diretrizes relacionadas ao idoso do pacto de Saúde desconheço. (E11); Como não estou praticando o atendimento específico para o idoso, você acaba lendo pouco, dá prioridade no que você está fazendo. (E12); Alguns direitos eu conheço. (E14); Nunca li a PNSPI nem a parte do idoso do Pacto. (E15), (E16), (E17).

Ao exteriorizarem o desconhecimento acerca da PNSPI, as enfermeiras anulam a possibilidade de organizar seu processo de trabalho a partir do proposto nesse documento, fato este que dificulta a implementação de ações de promoção à saúde do idoso. O mesmo acontece quando as enfermeiras assumem que não utilizam subsídios técnicos específicos, que se encontram disponíveis, em relação à saúde da pessoa idosa, conforme veremos a seguir:

O caderno de atenção básica do idoso eu não tenho, eu uso o da mulher e o da criança. (E1); Não uso, pois o atendimento no acolhimento é muito rápido. (E4), (E19); Não utilizo. (E5), (E6), (E11), (E15), (E16), (E17), (E18), (E20); Recebemos o protocolo do município há pouco tempo, mas não temos tempo de parar e ler. (E7); Sei que o protocolo do idoso chegou, mas ainda não vi. (E8); o protocolo do idoso deveria ser discutido com os profissionais (E3); [...] os protocolos vêm de cima para baixo, são impostos. (E12).

O Caderno da Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa foi construído pelo Ministério da Saúde em 2006, sendo um aporte técnico para a prática diária dos profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2006b). Além desse dispositivo, o Município de Florianópolis conta com um protocolo específico para a Atenção à

Saúde do Idoso, o qual foi revisado recentemente. A assistência de enfermagem gerontogeriátrica é orientada, nesse documento, a partir da promoção do envelhecimento ativo e saudável; compensação de limitações e incapacidades; provisão de apoio, tratamento, controle e cuidados no curso do envelhecimento; tratamento e cuidados específicos em síndromes geriátricas; e facilitação do processo de cuidar (FLORIANÓPOLIS, 2011, p. 99).

O uso de protocolos tem contribuído para a efetivação do modelo de atenção proposto pelo SUS. Porém, para que tenham significado no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde, eles devem ser discutidos, problematizados e adequados às necessidades de saúde da população e ao processo de trabalho das equipes da ESF (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Já a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa pode ser considerada um instrumento importante para identificar idosos frágeis ou em processo de fragilização. Para os profissionais de saúde, essa caderneta possibilita o planejamento e organização das ações destinadas aos idosos, bem como um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população (BARROS; MAIA; PAGLIUCA, 2011).

Esta perspectiva do uso da caderneta se contrapõe ao discurso das enfermeiras, que a percebiam como sendo um instrumento pouco utilizado. Mesmo sendo disponível no município uma caderneta, elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde, mais completa que a caderneta disponibilizada pelo Ministério da Saúde, uma vez que, além de informações sobre as condições de saúde do idoso, disponibiliza espaço para orientações em saúde que incluem sexualidade, alimentação saudável, prevenção de quedas, saúde bucal, exercício físico, uso adequado de medicamentos, entre outras. Além de dispor de um campo destinado para registro de observações dos agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros (FLORIANÓPOLIS, 2012).

Apesar desta caderneta ter sido distribuída no município, e ainda estar disponível para distribuição, os profissionais reconheciam que não estimulavam o uso, conforme evidencia-se nas falas das enfermeiras:

É pouco utilizada, não lembro de cobrar. (E3); Não temos o hábito de utilizar e os idosos não trazem. (E5), (E6), (E11), (E12); Acho que na nossa percepção a caderneta de saúde é importante para a criança e não para outro grupo populacional. (E10); Eu preencho quando posso, mas vejo pouco preenchida pelos profissionais. (E13); É mais um documento para a gente

registar (E18), (E20); É um instrumento difícil de ser implantado, distribuímos muitas cadernetas, mas eles não trazem e os profissionais não estão estimulando o uso. (E1), (E7), (E8), (E16), (E19).

Esses instrumentos podem ser considerados estratégias para a implementação das políticas de saúde do idoso, quando utilizados facilitam a prática diária dos profissionais da ESF, bem como auxiliam na escolha de condutas mais apropriadas às demandas da população idosa. Contudo, os depoimentos mostram a ausência de articulação entre a organização do trabalho do enfermeiro da ESF e os conteúdos das políticas públicas de saúde do idoso. Tal situação aponta a necessidade de atividades de atualização que aproximem os campos teóricos e ações práticas do cuidado ao idoso na ESF.

CONCLUSÕES

Apesar do novo modelo de saúde se propor a atender a demanda de cuidados da população idosa de forma integral e contínua, o que se observa é que, de maneira geral, a prática ainda é insatisfatória. Mesmo que possamos contar com uma legislação referente aos cuidados da população idosa bastante avançada, o grande desafio é colocar em prática as ações referentes ao envelhecimento presentes no arcabouço jurídico. Neste estudo, ficou evidente o distanciamento entre o trabalho do enfermeiro da ESF e as propostas das políticas públicas de saúde do idoso.

Os resultados desta pesquisa mostram que os enfermeiros da ESF ainda desenvolvem sua prática profissional sob forte influência do modelo biomédico. Este fato, aliado ao despreparo em relação ao processo de envelhecimento, contribui para que a assistência de enfermagem ao idoso esteja insatisfatória.

Diante desses resultados, considera-se que há necessidade de a enfermagem se aproximar de práticas de promoção da saúde do idoso, uma vez que segmentar a atenção ao idoso por patologias reforça o modelo curativo que focaliza a doença e não o ser humano. Além disso, essa forma de agir não contribui com a consolidação dos princípios que direcionam as ações da ESF e do SUS.

Torna-se essencial que o enfermeiro da ESF inclua em sua práxis metodologias de trabalho que contemplem a avaliação multidimensional da pessoa idosa, que possibilitem o planejamento de uma assistência à

saúde que vise à manutenção da funcionalidade, à independência e à autonomia tanto quanto possível, bem como um envelhecimento ativo e saudável. Visto que tais ações vão ao encontro das premissas das políticas de atenção à saúde do idoso.

As informações também indicam a necessidade de primar-se por uma educação permanente em serviço, que contemple discussão com os trabalhadores acerca das novas demandas de cuidados vivenciadas a partir do crescente envelhecimento populacional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 2 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 25 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM**, 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 de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: Cadernos de Atenção Básica - nº 19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Brasília (DF): MS; 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 10 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília(DF): MS, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BARROS, Terezinha Barbosa de; MAIA, Evanira Rodrigues; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p.732-741, 2011.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; CIOSAK, Suely Itsuko. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.437-444, 2010.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso.** Tubarão: Copiart, 2011. 128 p.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Caderneta de Saúde do Idoso.** Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

KLETEMBERG, Denise Faucz; PADILHA, Maria Itayra. A autonomia da enfermagem gerontológica no Brasil, segundo as pioneiras (1970-1996). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p.709-716, 2011.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.779-786, 2011.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; TAVARES, Darlene Mara Dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.774-781, 2010.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p. 61-74, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004. 144 p.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p.548-554, 2009.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolos de cuidado à saúde e a organização do serviço**. Minas Gerais (BH): Coopmed, 2009. 88 p.

4.3 MANUSCRITO 4: CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Este manuscrito será submetido à Revista Ciência, Cuidado e Saúde.

A CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

THE NURSE APPOINTMENT TO THE ELDERLY ON FAMILY HEALTH STRATEGY: CHALLENGES AND POSSIBILITIES

LA CONSULTA DE ENFERMERÍA AL ANCIANO EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA: DESAFÍOS Y POSIBILIDADES

Kelly Maciel Silva
Silvia Maria Azevedo dos Santos

RESUMO: Este artigo objetivou compreender os motivos pelos quais os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário, do Município de Florianópolis/SC, não realizavam a consulta de enfermagem ao idoso e identificar junto aos mesmos aspectos que contribuam para implementação da consulta de enfermagem ao idoso. Trata-se de pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, cujos dados foram coletados entre maio e junho/2012 através de entrevistas e oficinas temáticas com 20 enfermeiras. A análise envolveu processos de apreensão, síntese, teorização e transferência, fazendo emergir três eixos temáticos, sendo que neste artigo será discutido um deles – A Consulta de Enfermagem ao idoso. Os resultados apontam os desafios em lidar com as demandas de cuidados apresentadas pela crescente população idosa e traz discussão acerca da Consulta de Enfermagem ao idoso como uma possibilidade para dar respostas a essas necessidades de cuidados.

DESCRITORES: Enfermagem. Saúde do idoso. Programa Saúde da Família. Prática profissional.

ABSTRACT: This article aims to understand the reasons why the nurses of Primary Health Attention of a Sanitary District of Florianópolis Municipality (SC) do not execute the nurse appointment with the elderly, and identify among them, aspects that contribute to implementing the elderly nurse appointment. It is a qualitative study, converging-assistential, which data were collected between May and June/2012 through interviews and theme workshops with 20 nurses. The analysis involved processes of apprehension, synthesis, theorization and transference where there themes have emerged from. In this article one of them will be discussed – The Nurse Appointment to the Elderly. The results point out the challenges in dealing with the demanding care presented by the growing elderly population and brings up discussion about the nurse appointment to the elderly as a possibility to answer these care needs.

DESCRIPTORS: Nursing. Elderly Health. Family Health Program. Professional Practicing.

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo comprender los motivos por las cuales los enfermeros de la Atención Primaria a la Salud de un Distrito Sanitario, del Municipio de Florianópolis/SC, no realizan consulta de enfermería al anciano e identificar junto a mismo aspectos que contribuyen para implementación de la consulta de enfermería al anciano. Se trata de una investigación cualitativa, convergente-asistencial, cuyos datos fueron recolectados entre mayo y Junio /2012 a través de entrevistas y talleres temáticos con 20 enfermeras. El análisis involucró procesos de aprehensión, síntesis, teorización y transferencia, dando lugar a tres ejes temáticos, siendo que en este artículo será discutido uno de ellos -La consulta de Enfermería al anciano. Los resultados apuntan los desafíos para hacer frente a las demandas de cuidados presentadas por la creciente población de ancianos y trae la discusión sobre la Consulta de Enfermería al anciano como una posibilidad para dar respuestas a esas necesidades de atención.

DESCRIPTORES: Enfermería. Salud del anciano. Programa de Salud Familiar. Práctica profesional.

INTRODUÇÃO

O acelerado crescimento da população idosa já pode ser considerado um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). Uma vez

que paralelamente à transição demográfica ocorre a transição epidemiológica, que é a mudança nos padrões de morbimortalidade, onde diminui a mortalidade por doenças infecciosas e aumentam os agravos crônico-degenerativos, principalmente na população idosa.

De maneira muito rápida, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de mortalidade típica de países longevos, ou seja, com doenças crônicas e múltiplas, de longa duração e com exigências complexas e onerosas de cuidados. Uma das consequências dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde (VERAS, 2009).

Mesmo que o envelhecimento não necessariamente esteja relacionado com doenças e incapacidades, estudo atual realizado por Schmidt et al. (2011) nos mostra que doenças crônico-degenerativas frequentemente são encontradas nesta faixa etária. Por outro lado, outros estudos apontam que as doenças crônicas, e suas incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento, sendo a prevenção efetiva em qualquer nível, mesmo nos estágios mais avançados da vida (DUCA, SILV,; HALLAL, 2009; VERAS, 2011).

Diante disso, vê-se a necessidade de uma assistência à saúde para essa população que vise a atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, tendo como meta a manutenção da funcionalidade, a independência e a autonomia tanto quanto possível, bem como um envelhecimento ativo e saudável.

No que se refere às políticas públicas de saúde para a população idosa, no cenário nacional, destaca-se o Pacto pela Saúde, publicado em 2006 pelo Ministério da Saúde; entre as ações pactuadas nas três esferas de governo, a saúde do idoso aparece como uma das prioridades (BRASIL, 2006).

Numa direção mais específica, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foi atualizada em outubro de 2006, passando a chamar-se Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), tendo como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b). A partir daí, fica definido que a atenção à saúde da população idosa terá como porta de entrada a Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Mais recentemente, a promoção do envelhecimento ativo aparece como uma das principais ações do eixo da Promoção da Saúde que consta no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Esse plano define e prioriza as ações e os investimentos necessários para o

enfrentamento das DCNTs nos próximos 10 anos. Dentre as ações relacionadas ao envelhecimento ativo está a capacitação das equipes da ESF para atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas (BRASIL, 2011).

Dentre as atividades do enfermeiro da ESF está a realização da Consulta de Enfermagem (CE). A atenção à saúde do idoso por meio da CE é uma oportunidade ampla de desenvolvimento de práticas cuidativas, tais como: fortalecimento do vínculo, educação em saúde, avaliação multidimensional, identificação precoce de idosos frágeis ou em processo de fragilização, entre outras. Frente a isso, acredita-se que o enfermeiro da ESF tem papel fundamental nas respostas às necessidades de saúde da população idosa na Atenção Básica, e a CE aparece como uma estratégia de cuidado, além de um espaço de promoção da saúde e prevenção de agravos deste segmento da população.

Nesse sentido, este artigo se propõe a discutir os desafios e as possibilidades para a realização da CE ao idoso na ESF. Este é um tema emergente da pesquisa intitulada: “Consulta de enfermagem ao idoso no contexto da Atenção Primária à Saúde”, que teve como objetivo compreender os motivos pelos quais os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário, do Município de Florianópolis/SC, não realizavam a consulta de enfermagem ao idoso e identificar junto aos mesmos aspectos que contribuam para a implementação da consulta de enfermagem ao idoso.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial, conduzida entre os meses de maio e junho de 2012, no Município de Florianópolis/SC, junto aos enfermeiros de um Distrito Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde.

A opção pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) é pelo fato de estar orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e ou introdução de inovações nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

O Município de Florianópolis conta com 50 Centros de Saúde (CS) divididos em cinco Distritos Sanitários: Norte, Centro, Sul, Leste e Continente. A coleta de dados ocorreu no Distrito Sanitário do Continente, por apresentar grande concentração de idosos residentes e ser o cenário de prática assistencial da pesquisadora principal. Na pesquisa convergente-assistencial o espaço físico para a pesquisa é aquele onde foi identificado o problema a ser solucionado ou mudanças

a serem feitas (TRENTINI; PAIM, 2004).

Participaram deste estudo 20 enfermeiras que compõem equipes da ESF em 11 CS, perfazendo o total de enfermeiros que estavam atuando na assistência durante o período de coleta de dados. Para seleção dos sujeitos utilizaram-se os seguintes critérios: ser enfermeiro do Distrito Sanitário Continente; compor equipe da ESF; e estar desenvolvendo atividades assistenciais no município há no mínimo seis meses.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho das participantes mediante consentimento prévio. No momento da entrevista solicitou-se às informantes que realizassem a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo uma cópia para arquivo da pesquisadora e outra para a participante. Garantiram-se o anonimato das participantes e o sigilo das informações. As participantes foram identificadas com a letra E, da palavra “enfermeira”, seguida de número arábico sequencial. Posteriormente às entrevistas foram realizadas duas oficinas temáticas no auditório de um dos CS, onde normalmente são realizadas as reuniões do Distrito Sanitário Continente, devido a ser o maior espaço disponível para atividades em grupo.

Quanto ao desenvolvimento das oficinas, estas foram organizadas em quatro etapas. 1) Acolhimento dos participantes: consistiu no preparo do ambiente para receber os participantes, bem como realização de uma dinâmica para integrar o grupo. 2) Foco no tema de discussão: nesta etapa foram realizadas atividades de grupo que proporcionaram a exposição de ideias sobre o tema foco da oficina. O tema foco da primeira oficina foi “Envelhecimento populacional e necessidade de cuidado do idoso”, e o da segunda oficina foi “a CE ao idoso na ESF deve ter como pilares...”. 3) Momento de síntese e encaminhamentos: nesta etapa a pesquisadora mediadora da oficina fez uma síntese das discussões e propostas feitas pelo grupo, estimulando o grupo a propor soluções para os problemas levantados. 4) Avaliação: etapa foi destinada para avaliação da oficina pelo grupo.

A análise dos dados seguiu os passos de análise qualitativa sugeridos pela PCA, que são apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004). Através de leituras e releituras dos textos gerados das transcrições das entrevistas e das oficinas surgiram as unidades de significado que deram origem ao processo de codificação inicial. Prosseguindo na análise, depurou-se o processo de codificação que guiou a elaboração das categorias, que sustentam os três eixos temáticos. Sendo que, neste artigo, estamos analisando e

discutindo apenas um deles.

A pesquisa atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996). Sendo submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovada por parecer consubstanciado sob o nº 21532.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As enfermeiras que fizeram parte deste estudo eram todas funcionárias públicas efetivas e tinham idades entre 26 e 54 anos, sendo que a média de idade do grupo era de 34 anos. De acordo com o tempo de formação na graduação, o grupo tinha média de 8,5 anos, variando entre um e 26 anos. Com relação à formação de pós-graduação, apenas uma não possuía tal formação; duas tinham mestrado; 10, especialização em Saúde da Família; cinco, especialização em áreas afins, sendo duas em Saúde Pública e três em Saúde da Mulher. Outras duas possuíam especialização em outras áreas (Unidade de Terapia Intensiva e Emergências pré-hospitalares). Já a atuação das informantes na ESF apresentou uma média de 5,6 anos, variando entre um e 13 anos.

O eixo temático “a CE ao idoso”, que será discutido neste artigo, retrata os desafios e as possibilidades de realizar a CE ao idoso no contexto da ESF. Está amparado nas seguintes categorias: Os desafios e a CE como Possibilidade.

Os desafios no cuidado ao idoso

As novas demandas de cuidados apresentadas pela população idosa foram percebidas pelas enfermeiras que participaram do estudo, onde apontaram os desafios em lidar com as doenças crônicas, que frequentemente acometem essa população, e simultaneamente trabalhar a prevenção de agravos e promoção da saúde, como se observa nas falas a seguir:

[...] atender as doenças crônicas você está na apagar o fogo de uma demanda que já está acontecendo. (E13); Temos que buscar estratégias para minimizar as complicações das doenças crônicas (E5); Trabalhamos muito em cima das condições crônicas, não conseguimos fazer uma avaliação mais global, a promoção de saúde. (E15).

Essas falas revelam que, apesar de focarem seu cuidado nas condições crônicas, as enfermeiras pesquisadas reconheceram a necessidade de incluir no atendimento aos idosos ações de prevenção e promoção da saúde para aqueles que ainda mantêm a capacidade funcional preservada. Tal fato foi destacado pelas informantes como algo recorrente, uma vez que percebiam essa condição na maioria dos idosos assistidos. Como necessidade de cuidado as enfermeiras destacaram a orientação em saúde, uso adequado dos medicamentos e prevenção de quedas, como relatado a seguir:

A maior parte é independente, precisam de uma orientação em relação aos cuidados, medicações, hábitos saudáveis de vida [...] (E10); Trabalhar melhor a prevenção de quedas, pois a maioria dos idosos é bem ativa (E2); A questão do autocuidado deveria ser melhor trabalhada, para que eles vivam mais da melhor forma (E12); A prioridade deveria ser a promoção da saúde, educação em saúde (E5).

O distanciamento do enfermeiro das práticas de promoção da saúde do idoso pode comprometer os avanços e a estabilização já conquistados na ESF. Tal conduta parece estar pautada ainda na lógica curativa e só serve para reforçar a cultura do deixar de promover saúde para continuar tratando doentes. Faz-se necessário que o enfermeiro adote estratégias de cuidados que visem a atitudes mais propositivas diante das condições crônicas de saúde, independente do grau de comprometimento da saúde do idoso (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012). Um grande desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que, apesar das limitações que possam ocorrer, ela possa descobrir possibilidades de viver com qualidade (CIOSAK et al., 2011).

Outro importante desafio para responder às demandas de cuidados de saúde dos idosos é a atenção domiciliária. Neste estudo, a necessidade de ampliar a assistência domiciliar foi apontada pelo grupo de enfermeiras, uma vez que, com o aumento da longevidade, muitos idosos encontram-se dependentes de cuidados nos domicílios. A visita domiciliar (VD), de forma programada, era realizada por elas em um único período, uma vez na semana. As enfermeiras relataram que nestas condições não conseguem realizar acompanhamento domiciliar para todos os idosos que se encontram restritos nos domicílios, e apontaram como principais dificuldades a falta de carro e a grande demanda de

atendimento nos Centros de Saúde, conforme se desprende das falas:

A visita domiciliar deixa a desejar, não conseguimos fazer o acompanhamento de todos os acamados [...] a assistência domiciliar deveria aumentar (E14); Falta carro para a visita domiciliar para atender todos os dependentes, além do carro temos dificuldade de sair do Posto, devido os atendimentos, para fazer visita. (E9); A maior dificuldade é tempo para a VD, público idoso para assistência não falta, o problema é o tempo (E8).

Estudo recente realizado por Ursine, Cordeiro e Moraes (2011) investigou a prevalência de idosos restritos no domicílio, adscritos a uma unidade de saúde da família, e constatou que cerca de 1/5 dos idosos daquela comunidade se referiram a serem restritos ao domicílio, onde essa prevalência era bastante superior, quando comparada aos estudos provenientes de inquéritos internacionais. Uma das principais justificativas apontadas para essa diferença é a de que grande parte dos idosos brasileiros apresenta condições precárias de vida, com escassez de recursos financeiros aliados à multiplicidade de patologias e dificuldade de acesso aos serviços de saúde mais complexos. Além da dificuldade nos serviços de infraestrutura urbanos, que prejudica ainda mais a autonomia do idoso.

Diante da transição demográfica e epidemiológica, e das consequências que acarretam, a VD pode ser uma ferramenta estratégica para o enfrentamento do problema, uma vez que deve ser um importante pilar de ação na ESF para intervenção no processo saúde/doença da população em processo de envelhecimento ou envelhecida.

A prática da VD realizada pelo enfermeiro é uma oportunidade para realizar a CE ao idoso de forma mais abrangente, uma vez que, além da avaliação do idoso, questões que determinam e condicionam o processo saúde/doença podem ser trabalhadas considerando o indivíduo inserido na família, no espaço doméstico e na comunidade (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012).

As enfermeiras deste estudo perceberam que o cuidado do idoso no domicílio recai prioritariamente sobre a família. Em algumas situações, como as descritas a seguir, a família não estava dando conta desses cuidados:

[...] vejo que a família tem que ser bastante trabalhada, no cuidado, nas relações afetivas,

acho muito precária, muito fragilizada (E13); [...] vejo que eles se esforçam, mas precisam de orientação. (E8); Percebo necessidade de orientação para cuidadores, para a família [...] vejo bastante dificuldade, às vezes as famílias não querem cuidar, vão empurrando com a barriga. (E18).

Embora já se realizem alguns cuidados à família, outro desafio que se apresenta para a enfermagem é considerar a família como unidade a ser cuidada. Uma vez que uma família que possui um dos seus membros dependentes requer uma avaliação familiar por parte da enfermagem, para que se conheça o impacto que o indivíduo dependente acarreta no sistema familiar, bem como identificar as necessidades de apoio para dar respostas às demandas de cuidados (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Outro ponto exposto pelas informantes foi o desafio em lidar com a violência contra o idoso. O tipo de violência mais relatado foi a violência intrafamiliar, conforme descrito em seguida:

A gente fica com medo de denunciar maus-tratos, pois tem medo de não ter sigilo, isso é bem difícil [...] (E11); Assim a gente acaba pensando o que podemos fazer, pois as negligências, os maus-tratos, as agressões muitas vezes ocorrem pelo familiar que é o único cuidador [...] então a gente fica naquela dúvida do que fazer, né, vai ser melhor ou vai ser pior a gente fazer esse tipo de denúncia, ou de que forma ele vai poder ser ajudado, então fica em nossas mãos a decisão, é difícil (E10); A gente fica meio sem saber o que fazer [...] essa parte é bem complicada. (E6).

Mesmo sendo uma exigência legal a notificação de violência contra o idoso, o que se percebe é que na prática essa ocorrência ainda é muito subnotificada. A proximidade com a família, que a ESF possibilita, e a atenção ao idoso por meio da VD favorecem a identificação de fatores de risco para a saúde do idoso, bem como a percepção de situações de violência intrafamiliar. Porém esta mesma proximidade gera no profissional o medo da denúncia, uma vez que se sente vulnerável a represálias por parte do agressor, além do receio de

que a denúncia interfira nas relações com a família do agressor.

Estudo realizado por Shimbo, Labronici e Mantovani (2011), que objetivou identificar as formas de reconhecimento de violência intrafamiliar contra idosos referidos pela ESF, em Curitiba, verifica que os profissionais da ESF têm poucas alternativas para intervir no problema da violência, sendo necessário o papel das redes de apoio e suporte social.

Diante de toda a complexidade das questões que envolvem a violência intrafamiliar, o enfermeiro não deve trazer para si a responsabilidade de solucioná-la, mas sim buscar apoio de equipe multiprofissional, como os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para que de maneira conjunta façam a avaliação, notificação e encaminhamentos, além do suporte necessário ao idoso agredido, bem como através da intersetorialidade, por meio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e entidades de defesa aos direitos do idoso.

O preenchimento da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências pode subsidiar o planejamento e execução de políticas públicas para redução da morbimortalidade decorrente das violências (BRASIL, 2011). Embora, em um primeiro momento, o ato de notificar a violência contra o idoso possa não parecer prioritário, pois a notificação não se caracteriza como denúncia, o registro das ocorrências e o conhecimento dos fatores relacionados à violência intrafamiliar contra o idoso pode auxiliar nas medidas de prevenção à violência.

Permeando todos os desafios apontados pelas enfermeiras em lidar com as necessidades de cuidados da crescente população idosa, está a necessidade de qualificação profissional acerca de conteúdos de geriatria e gerontologia. As enfermeiras pesquisadas sinalizaram insegurança em realizar a CE ao idoso, sentindo-se despreparadas e referindo necessidade de aprimoramento profissional para dar conta das lacunas já existentes desde a graduação, como pode ser constatado nos seguintes depoimentos:

A CE para o idoso está bem esquecida, já na graduação a gente não teve CE para o idoso, é claro que a gente vê a saúde do idoso, mas não a CE em si, como a CE para a criança e a gestante que aprendemos o passo a passo (E11); Não tive formação para trabalhar com idoso [...] CE para a criança e gestante a gente aprende bem (E6); Se fosse para a gente fazer a CE ao idoso, vamos

precisar de um treinamento mesmo (E16).

As falas revelam que as enfermeiras estavam abrindo mão de incluir a CE na assistência prestada à população idosa, e atribuíam esse fato ao déficit de conhecimento em gerontologia, porém demonstravam postura passiva frente a essa situação. Atitudes como essas comprometem a autonomia profissional, bem como demonstram o recuo da clínica do enfermeiro no cuidado ao idoso.

Pesquisa realizada por Kletemberg e Padilha (2011) com enfermeiras pesquisadoras pioneiras no estudo do processo de envelhecimento identificou quatro componentes como constituintes da autonomia da enfermagem na assistência ao idoso e seus familiares, sendo eles: o conhecimento, a postura profissional, a sistematização da assistência e a delimitação do papel na equipe multidisciplinar. Na opinião das entrevistadas, o saber científico é capaz de instrumentalizar a enfermagem para o desenvolvimento da assistência com competência e autonomia, porém não basta somente o conhecimento, é necessário que o enfermeiro assuma uma postura pessoal para enfrentamento e posicionamento frente à aplicação desse saber em benefício da população idosa.

Nessa perspectiva, a CE aparece como uma possibilidade de dar respostas aos desafios apresentados, o que será abordado de forma mais ampla na categoria a seguir.

A CE como possibilidade

A realização das duas oficinas temáticas propiciou o processo reflexivo sobre a necessidade de realização da CE ao idoso, bem como estimulou o grupo de enfermeiras a propor estratégias que contribuíssem com a implementação da CE ao idoso no município.

Na primeira oficina as participantes foram divididas em pequenos grupos e se propôs a leitura de textos que tratavam do envelhecimento populacional e das necessidades de cuidado do idoso. Posterior à leitura, cada grupo apresentou os destaques considerados importantes no texto, possibilitando a discussão no grande grupo. Ao término da primeira oficina, as enfermeiras relataram que estavam mais sensibilizadas para o trabalho com o idoso, conforme se verifica nas seguintes falas:

[...] acho que sensibilizou para a questão da gente pensar um pouco mais no idoso, ficamos mais preocupadas com as crianças e com as

gestantes e no dia a dia o idoso é esquecido (E11); eu senti que serviu para eu refletir mesmo, ver o que posso melhorar na minha prática, eu não estou olhando direito esse público, então vou procurar melhorar isso (E2); esse espaço de discussão achei o mais importante [...] para um pouco para refletir, para discutir, para pensar [...] (E15); teve uma sequência em termos de discussão da realidade [...] quais nossos desafios, nossas dificuldades, cabe a nós refletir, não como angústia, mas como um desafio mesmo, ver caminhos [...] (E13).

Para conhecer as crenças e as ideias que as enfermeiras tinham sobre a CE ao idoso, na segunda oficina foi proposto que colocassem em tarjetas seus pressupostos em relação à CE ao idoso. O conjunto de pressupostos acerca da CE levantados pelo grupo será apresentado em seguida:

Quadro 1: Pressupostos das enfermeiras acerca da CE ao idoso

<p>A CE irá proporcionar momentos de escuta, troca de saberes, educação em saúde. Promoção da saúde, prevenção de agravos, escuta qualificada e formação de vínculo entre o profissional e idoso; Deve ser focada no ouvir, no compartilhar informações e saberes em saúde; [...] verifica problemas onde a enfermagem pode atuar; Contribui com a diminuição de complicações nos crônicos e diminuição de internações.</p>

Fonte: Oficina temática nº 2 (2012)

A CE ao idoso na ESF, apesar de não estar sendo realizada pelas enfermeiras pesquisadas, foi vista pelas mesmas como uma possibilidade para dar respostas às crescentes demandas de cuidado da população idosa. Percebe-se que os pressupostos apresentados se aproximam do paradigma da promoção da saúde, considerando o idoso como sujeito ativo no processo saúde/doença e não exclusivamente como portador de patologias.

A partir dos pressupostos elaborados, o grupo foi estimulado a definir os pontos fundamentais que deve conter na CE ao idoso, ou seja, os pilares norteadores para a CE ao idoso na ESF, e o resultado será apresentado como se segue:

Quadro 2: Pontos fundamentais que devem ser abordados na CE ao idoso, de acordo com as enfermeiras

Consulta de Enfermagem ao Idoso

- Histórico de Enfermagem (dados pessoais; constituição familiar; situação socioeconômica; escolaridade; hábitos alimentares; crenças/religião; atividade física; ocupação; uso de medicamentos e/ou métodos alternativos; histórico familiar e individual de morbidades; lazer; sexualidade; eliminações fisiológicas; uso de próteses e órteses; acuidade visual e auditiva; imunização; histórico de quedas; autocuidado; uso de álcool e outras drogas; investigação cognitiva).
- Aplicação de instrumentos de acordo com a necessidade: rede de suporte social; Pentáculo de estilo de vida; questionário de quedas; Escala de atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD); Miniexame do estado mental (MEEM).
- Exame físico completo.
- Avaliação e diagnóstico de enfermagem.
- Prescrição, orientações, plano de cuidado e encaminhamentos (grupos, NASF, VD, sala de vacina, retorno com enfermeiro, odontologia, consulta médica).

Fonte: Cartaz elaborado na Oficina temática n° 2 (2012)

Os pontos fundamentais sugeridos pelas enfermeiras para a CE ao idoso na ESF vão ao encontro dos conteúdos das políticas de atenção à saúde do idoso. Onde é recomendado um modelo de atenção que contemple uma avaliação global com ênfase na funcionalidade, incluindo a investigação da história de vida do idoso. Sendo que é por meio dessa avaliação que se fará um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis, para assim propor um plano de cuidado.

Após a apresentação dos pontos fundamentais que deve contemplar a CE ao idoso e a retomada dos pressupostos, o grupo foi instigado a pensar na resolução do problema da não realização da CE ao idoso. As principais ideias lançadas serão apresentadas a seguir:

Quadro 3: Sugestões apresentadas pelas enfermeiras para solucionar o problema da não realização da CE ao idoso

Capacitação em saúde do idoso; Necessidade de formação continuada; Discussão do Protocolo de Saúde do Idoso com os profissionais; Instrumentalização para aplicação de escalas geriátricas; Divulgação da função do enfermeiro e importância da CE; Garantia de suporte da geriatra por meio de matriciamento; Garantia de espaço físico adequado para realização da CE; Postura profissional do enfermeiro em priorizar suas atividades privativas; Divisão das atividades burocráticas com outros membros da equipe para que o enfermeiro tenha mais tempo para assistência.

Fonte: Oficina temática n° 2 (2012)

Percebe-se que os entraves para a realização da CE ao idoso vão além da necessidade de capacitação, melhora na formação e educação continuada nos serviços. Estes, com certeza, são elementos fundamentais, mas a postura profissional do enfermeiro em ser proativo, autônomo e independente na realização da assistência de enfermagem ao idoso é imprescindível para que a CE ao idoso realmente seja uma possibilidade.

CONSIDERAÇÕES

O crescimento da população idosa e as mudanças dos padrões de morbimortalidade tornam-se um grande desafio para o enfermeiro da ESF, uma vez que aumentam as necessidades de cuidados dos idosos. Ao mesmo tempo em que tem que estar preparado para lidar com doenças crônicas, que frequentemente acometem essa população, o enfermeiro da ESF deve primar pelo envelhecimento saudável e ativo, dando ênfase na manutenção da funcionalidade.

A atenção domiciliar é vista como uma estratégia importante para dar resposta às necessidades de cuidados dos idosos que se encontram restritos no domicílio, porém, com o aumento expressivo de idosos nessa situação, as enfermeiras da ESF percebiam que não estavam conseguindo dar conta dessa demanda, e a falta de carro para realização da VD e a organização do trabalho nos CS também contribuíam para que a assistência domiciliar estivesse insuficiente.

Diante disso, os resultados desta pesquisa apontam a necessidade de ampliar a assistência domiciliar à população idosa, bem como incluir a família como foco do cuidado. O presente estudo demonstrou, ainda, que a não realização da CE ao idoso pelas enfermeiras pesquisadas era resultante de diferentes fatores, incluindo a falta de conhecimento científico, falta de autonomia e identidade profissional. Ao proporcionar o processo reflexivo acerca dessas questões, espera-se que este estudo tenha contribuído com a melhoria da assistência de enfermagem ao idoso, pelo menos no Distrito Sanitário onde as enfermeiras pesquisadas desenvolviam sua atuação profissional. Almeja-se também que este seja o início de um processo de mudança na assistência de enfermagem ao idoso na ESF do município.

Por fim, se defende a CE ao idoso como uma possibilidade de ampliar a atuação do enfermeiro da ESF na atenção à saúde da pessoa idosa. Além de contribuir com a promoção da saúde deste segmento populacional tão expressivo e com tantas especificidades.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Isabel; PAÚL, Constança; MARTINS, Manuela. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 4, p.869-875, 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Viva:** instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 72 p. (II).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 25 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Brasília (DF): MS; 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 10 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília(DF): MS; 2006d.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 45, esp.2, p.1763-1768, 2011.

DUCA, Giovâni Firpo Del; SILVA, Marcelo Cozzensa da; HALLAL, Pedro Curi. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, v. 43, n. 5, p.796-805, 2009.

KLETEMBERG, Denise Faucez; PADILHA, Maria Itayra. A autonomia da enfermagem gerontológica no Brasil, segundo as pioneiras (1970-1996). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p.709-716, 2011.

PINHEIRO, Gleide Magali Lemos; ALVAREZ, Angela Maria; PIRES, Denise Elvira Pires de. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p.2105-2115, 2012.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p.61-74, 2011.

Disponível em:

<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2012

SHIMBO, Adriano Yoshio; LABRONICI, Liliana Maria; MANTOVANI, Maria de Fátima. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela Equipe da Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.506-510, 2011.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. 2ª Florianópolis: Insular, 2004. 144 p.

URSINE, Priscila Guedes Santana; CORDEIRO, Hésio de Albuquerque; MORAES, Claudia Leite. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p.2953-2962, 2011.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p.548-554, 2009.

VERAS, Renato P. Estratégias para o enfrentamento de doenças: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.779-786, 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de provocar mudanças no local onde realizo minha prática assistencial foi um tanto desafiadora. Destaco o grande desafio de colocar em prática os objetivos propostos neste estudo, uma vez que, para compreender os motivos pelos quais as enfermeiras da ESF não realizavam a CE ao idoso, eu tive que adentrar na discussão do processo de trabalho do enfermeiro, e este era um tema que me causava certo desconforto, uma vez que já imaginava que viriam à tona fragilidades presentes no cotidiano do nosso trabalho na ESF.

À medida que fazia as primeiras entrevistas, percebi que muitos colegas queriam me justificar o motivo da não realização da CE ao idoso e, pelo o fato de eu fazer parte daquele universo, compartilhar muitas de suas angústias e dificuldades, considero que isso me aproximou dos sujeitos, possibilitando a abertura para um diálogo franco.

No que tange à realização das oficinas, considero que foi uma excelente estratégia para provocar, no grupo de enfermeiras, o processo reflexivo acerca do cuidado à pessoa idosa. As trocas de experiências, as discussões em grupo, o pensar sobre o fazer para refazer nos mostrou que a construção do conhecimento pode ser feita desta maneira. Através das reflexões em grupo percebi que as enfermeiras sentiram-se fortalecidas para mudanças em sua práxis, além de sensibilizadas para as necessidades de cuidados apresentadas pela crescente população idosa.

Outro desafio enfrentado para o desenvolvimento deste estudo foi o fato de eu trabalhar, como enfermeira assistencial em um CS, oito horas diárias. Após um dia inteiro de trabalho, conseguir administrar tempo para os estudos foi uma experiência que exigiu de mim muita disciplina e dedicação. Ter escolhido a PCA me estimulava a seguir em frente e acreditar que enfermeiras assistenciais também podem fazer pesquisas acadêmicas, e através destas, contribuir com melhorias na prática assistencial.

A escolha das políticas públicas de saúde de relevância para a população idosa para suporte teórico se deu por acreditar que o trabalho na ESF é organizado conforme as políticas públicas e os princípios do SUS. Porém, o desvelar dos dados nos mostra um abismo muito grande entre o trabalho do enfermeiro e as orientações prescritivas das políticas de saúde à população idosa. O idoso está sendo visto unicamente como um doente crônico e a atenção a essa população está sendo direcionada a programas que se referem a patologias, e que têm protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde. Percebe-se que os enfermeiros não priorizam

a atenção à saúde da população idosa, como fazem com outros grupos populacionais, mas que essa conduta também é reflexo das prioridades elencadas pela gestão municipal.

Os eixos temáticos discutidos nos manuscritos apresentados neste relatório de pesquisa respondem aos objetivos do estudo. Sendo que os motivos da não realização da CE ao idoso, na ótica das enfermeiras, é consequência de vários fatores, desde o processo de formação do enfermeiro até mesmo as condições de trabalho e a postura profissional. A implementação da CE ao idoso é vista como uma possibilidade, mas para isso o enfermeiro da ESF deve estar disposto a enfrentar muitos desafios que o envelhecimento populacional provoca, além das dificuldades impostas pelo cotidiano do trabalho. Contudo, reafirmei minhas crenças na CE ao idoso como possibilidade de contribuição com a melhoria da qualidade de vida dessa população.

Para finalizar, quero apresentar alguns pontos que acredito serem contribuições deste estudo para melhoria da prática de enfermagem no que se refere ao cuidado à população idosa na ESF. Esta pesquisa salientou a necessidade de proporcionar aos enfermeiros da ESF momentos de discussão sobre suas práticas profissionais e as dificuldades enfrentadas no cuidado à população idosa. Na assistência destaca-se a necessidade de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na população idosa, manutenção da funcionalidade e promoção do envelhecimento ativo e saudável. Além da ampliação da assistência domiciliar e inclusão da família como elemento a ser cuidado. No ensino de graduação em enfermagem os conteúdos de geriatria e gerontologia precisam ser aprofundados, bem como o exercício da prática da CE ao idoso nas atividades teórico-práticas. Também aponto a necessidade de mais pesquisas acerca desta temática, uma vez que pouco se encontrou na literatura científica.

Por tudo isso, esta pesquisa contribuiu com a reflexão/conscientização relativas a necessidades de mudanças na prática assistencial dos enfermeiros da ESF no que se refere à população idosa, tornando-se imprescindível que as ações de saúde planejadas para esse grupo estejam em consonância com as projeções demográficas e as mudanças dos padrões epidemiológicos. Sugere-se que a CE, como atividade privativa do enfermeiro, deva ser desenvolvida de forma mais efetiva na ESF, para a população em todo ciclo vital. E que o enfermeiro assuma seu papel, com autonomia e independência, como membro da ESF no que lhe compete ao cuidado da população idosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.142/90, de 28 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990 b.

_____. **Lei nº. 8.842/94, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em: <<http://www.leidireto.com.br/lei-8842.html>>. Acesso em: 14 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 25 jan. 2012.

_____. **Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, 13 de Dezembro de 1999. Seção I,n.237-E,p. 20-4.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 10 de outubro de**

2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília(DF): MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Brasília (DF): MS; 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: Cadernos de Atenção Básica - nº 19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 192 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, 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 de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília(DF): MS, 2006d.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico, 2010:** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>>. Acesso em: 16 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BASSO, Eliana; VEIGA, Eugenia Velludo. Consulta de Enfermagem: evolução histórica, definição e uma proposta de modelo para sua realização em Programas de Hipertensão Arterial. **Rev. Soc. Cardiol.** Est São Paulo, v. 8, n. 2, supl A, p. 7-14, mar./abr. 1998.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004, 604p. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 25 mai. 2010.

CARVALHO, Maria Clotilde Barbosa Nunes. **O diálogo intergeracional entre idoso e crianças**: projeto "era uma vez... atividades intergeracionais". 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado) - PUC, Rio de Janeiro, 2007.

CASTRO, Ieda Barreira. Estudo Exploratório sobre a Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 28, p.76-94, 1975.

COMITÊ DE CONSULTA DE ENFERMAGEM (Brasil). Comitê de Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 32, p.407-408, 1979.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498/86**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>> acesso em: 25 mai. 2011.

_____. **Resolução nº 159/93**. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Disponível em <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>>. Acesso em: 25 mai. 2011.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do idoso**. Tubarão: Copiart, 2011. 128 p.

FLORIANOPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção Primária**. Apresenta o Programa Capital Idoso. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude>. Acesso em: 12 ago. 2012.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GASKELL, George. **Entrevistas individuais e grupais**. IN: BAURER, Martin W. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p.570-577, 2006.

MACIEL, Isabel Cristina Filgueira; ARAÚJO, Thelma Leite de. Consulta de Enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p.207-214, 2003.

NARSI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Eisntein**, v.6, supl. 1, p.4-6, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. A saúde pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels. **História, Ciências e Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, 2003.

PORTO, Graziela Beck. **Do corredor ao consultório**: diversidade e multifuncionalidade da consulta de enfermagem na Atenção Básica de Porto Alegre/RS. 2007.125 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2007.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl T; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** método, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004

SANTOS, Beatriz Regina Lara dos; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Consulta de Enfermagem: sistematização do cuidado. In: TASCIA, Angela Maria. et al. **Cuidado ambulatorial:** consulta de enfermagem e grupos. Rio de Janeiro: EPUB, 2006.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p.61-74, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

TAVARES, Selma; SANTORO, Andrea Claudia. Consulta de enfermagem geriátrica e gerontologica: uma necessidade. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v.12, n. 1, p.78-85, 1999.

TOGNETTA, Luciene Regina Paulino. **A Construção da Solidariedade e a Educação do sentimento na Escola**. Campinas: Mercado de Letras, 2009.2 64p.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004. 144 p.

VANZIN, Arlete Spencer, NERY, Maria Elena da Silva. **Consulta de Enfermagem: uma necessidade social?** 2. ed. Porto Alegre: RM&L, 2000. 193p.

VERAS, Renato Peixoto. Considerações acerca de um jovem país que

envelhece. **Cadernos de Saúde Pública**, v.4, n.4, p. 382-397, 1988.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p.548-554, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – GUIA PARA ENTREVISTA GUIA PARA A ENTREVISTA

1 - Identificação

Nome: _____

Idade: _____

Maior Titulação: _____

Tempo de Formação: _____ Tempo de atuação na ESF: _____

Vínculo empregatício: _____

Tempo de trabalho na PMF: _____

2 - Dados sobre a Consulta de Enfermagem

1. Que clientela é atendida por você?
2. Fale-me como você organiza sua agenda semanal para atender essa clientela, que atividades você faz junto a eles.
3. Fale-me o que você pensa acerca da CE.
4. Como você se sente ao fazer ou não fazer a CE.
5. Fale-me que aspectos você pensa serem necessários para realizar a CE (do ponto de vista teórico e metodológico).
6. Fale-me como você pensa ou percebe que os demais membros da equipe de ESF consideram a CE realizada pelo enfermeiro. E os usuários.

3 - Assistência ao Idoso

1. Como você caracteriza a população idosa de sua área de abrangência?
2. Quais as necessidades de cuidados você apontaria como prioritárias para esta população?
3. Fale-me como normalmente você realiza a assistência de enfermagem à população idosa de sua área de abrangência. De acordo com a sua experiência, quais os aspectos são mais fáceis nessa assistência e os mais difíceis.
4. Você no desenvolvimento da assistência ao idoso conhece/consultou o Caderno de AB em Envelhecimento. Você costuma utilizar ou já utilizou algum instrumento (escalas geriátricas; pentáculo) para auxiliar na avaliação desta população? Se sim quais?
5. Fale-me como você percebe a Caderneta de Saúde do Idoso. Você costuma usá-la.
6. Você conhece a PNSPI e as diretrizes relacionadas à saúde do idoso que constam no Pacto pela Saúde?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar do projeto de pesquisa “**Consulta de Enfermagem ao Idoso no Contexto da Atenção Primária à Saúde**”. Este projeto pretende compreender os motivos pelos quais os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário não realizam a Consulta de Enfermagem ao idoso e identificar junto aos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário aspectos que contribuam para a implementação da Consulta de Enfermagem ao idoso. Serão realizadas entrevistas e oficinas temáticas para coletar os dados. Isso não traz riscos e desconfortos, mas esperamos que traga benefícios relacionados a melhoria da assistência de enfermagem ao idoso. Esse estudo é de autoria da mestranda Kelly Maciel Silva, sob orientação da professora doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos. Será garantido que seu nome e qualquer outro dado que o (a) identifique serão mantidos em sigilo e que o (a) Sr.(a) terá liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Após ler o presente Termo de Consentimento e aceitar participar da pesquisa, pedimos que o assine. Qualquer informação adicional, ou esclarecimentos, a respeito da pesquisa poderá ser obtido com as pesquisadoras.

Prof^a Dra. Silvia M^a Azevedo dos Santos – Pesquisadora Responsável
Fones: 48 37219480 / 48 96086836

Mestranda Kelly Maciel Silva – Pesquisadora Colaboradora
Fones: 48 32572056/ 99895381

Eu,
abaixo assinado, declaro, através deste instrumento, meu consentimento para participar como sujeito da pesquisa: “**Consulta de Enfermagem ao Idoso no Contexto da Atenção Primária à Saúde**”. Declaro, ainda, que estou ciente de seus objetivos e método, bem como de meu direito de desistir a qualquer momento. Autorizo o uso de gravador durante coleta de dados.

Nome: _____

Assinatura: _____

RG: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Florianópolis, ____ de _____ 2012.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

PROJETO DE PESQUISA

Título: CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

CAAE: 01433512.9.0000.0121

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 21532

Data da Relatoria: 14/05/2012

Apresentação do Projeto:

Nas últimas décadas, constata-se um aumento significativo do envelhecimento populacional, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde os idosos representam o segmento que mais cresce na população. Os resultados do Censo de 2010 revelam que os idosos com 60 anos ou mais formam o grupo que mais cresceu na última década. Assim, em 2000 o Brasil possuía 14,5 milhões de idosos, o que representava 8% da população total. Hoje, o Brasil tem 18 milhões de pessoas com 60 ou mais anos de idade, o que representa 12% da população brasileira (IBGE, 2010). Simultaneamente à transição demográfica ocorre a transição epidemiológica que é a mudança nos padrões de morbimortalidade, uma vez que diminui a mortalidade por doenças infecciosas e aumenta os agravos crônico-degenerativos, principalmente na população mais idosa. Desta forma, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar da longevidade, apresentam mais doenças crônicas que os tornam mais vulneráveis e ampliam suas possibilidades de maior incapacidade funcional. Frente ao exposto, vê-se a necessidade de efetivar uma assistência à saúde para esse segmento da população que vise à manutenção da funcionalidade, à independência e à autonomia tanto quanto possível, bem como um envelhecimento ativo e saudável. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde, que tem como característica principal constituir-se a porta de entrada do serviço, é responsável por atender a esse segmento da população respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde: equidade, integralidade e resolutividade. Especialmente, considerando-se que a grande maioria dos idosos vive com suas famílias no contexto das comunidades o enfermeiro tem na Atenção Primária à Saúde um amplo espaço de desenvolvimento para sua atuação profissional, quer seja através da consulta de enfermagem, no consultório ou no domicílio, como através de atividades de educação em saúde que podem ser realizadas em nível individual ou coletivo.

Objetivo da Pesquisa:

1. Compreender os motivos pelos quais os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário não realizam a CE ao idoso.
2. Identificar junto aos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um Distrito Sanitário aspectos que contribuam para a implementação da CE ao idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação na pesquisa não envolve riscos para os participantes e o processo reflexivo sobre a prática assistencial de enfermagem ao idoso decorrente deste estudo trará como benefícios a possibilidade de implementação da Consulta de enfermagem ao idoso na Atenção Primária à Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de Dissertação de Mestrado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Será efetuada uma pesquisa qualitativa, usando uma abordagem convergente assistencial, cuja coleta de dados ocorrerá em dois momentos distintos, utilizando-se de técnicas de entrevistas e oficinas temáticas. A Pesquisa Convergente Assistencial está orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e ou introdução de inovações nas práticas de saúde. Este tipo de pesquisa compromete-se com a melhoria do contexto social pesquisado, bem como adota a perspectiva de que o pesquisador deve se envolver com a realidade juntamente com os sujeitos. O projeto está devidamente instruído, TCLE adequado e de fácil compreensão aos sujeitos da pesquisa, estando portanto, em conformidade com a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando todos os seus princípios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Recomendamos a sua aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações neste projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 14 de Maio de 2012

Assinado por:

Washington Portela de Souza