

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

GLEIDE MAGALI LEMOS PINHEIRO

**PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO
AO IDOSO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

GLEIDE MAGALI LEMOS PINHEIRO

**PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO
AO IDOSO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ângela Maria Alvarez

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

P654p Pinheiro, Gleide Magali Lemos
Processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso
no âmbito da Estratégia de Saúde da Família [tese] / Gleide
Magali Lemos Pinheiro ; orientadora, Ângela Maria Alvarez. -
Florianópolis, SC, 2011.
169 p.: il., quadros

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Família - Programas de saúde. 3. Atenção
Primária à Saúde. 4. Idosos. 5. Trabalho. 6. Enfermeira e
paciente. 7. Pesquisa Qualitativa. I. Alvarez, Angela Maria.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

GLEIDE MAGALI LEMOS PINHEIRO

**PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO
À SAÚDE DO IDOSO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 14 de fevereiro de 2011, atendendo as 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

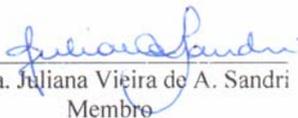
Banca Examinadora:



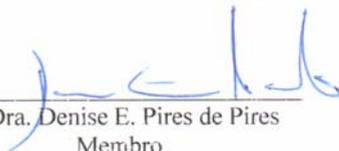
Dra. Ângela Maria Alvarez
Presidente



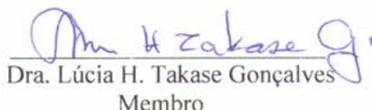
Dra. Célia Pereira Caldas
Membro



Dra. Juliana Vieira de A. Sandri
Membro



Dra. Denise E. Pires de Pires
Membro



Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves
Membro

*Ao Aroldo (**in memoriam**), por tudo que
um pai pode representar.*

*À Zélia, minha mãe, pelo amor
incondicional, pelo exemplo de vida, de
força e de superação....*

*Às minhas irmãs, Lizandre e Kátia, e
aos meus irmãos, Charles e Aroldinho,
pela certeza de que, independente do
“**sabor da experiência**”, sempre
poderemos contar uns com os outros!!!*

*Às sobrinhas, Veida, Letícia e Larissa, e
aos sobrinhos, Luiz Fernando e Lucas
(filhotinho), pelas alegrias que me
proporcionam a cada encontro...*

Agradecimento Especial

À Professora Dra. Ângela Maria Alvarez, orientadora deste estudo, que, soube conduzir, com sabedoria, minhas energias para realizá-lo, estimulando-me a não me afastar do objeto de estudo inicial.

Pelo encorajamento nos momentos de incertezas, conduzindo-me para a descoberta de possíveis formas de olhar o trabalho da enfermeira com o idoso na ESF.

Agradeço pela paciência, por entender minhas necessidades de silêncio, pelas orientações sempre valiosas e oportunas, e, sobretudo, pelo afetuoso acolhimento!

Agradecimentos

Às enfermeiras/os que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Florianópolis/SC, informantes deste estudo, pela receptividade e pela disponibilidade em contribuir com a materialização da minha pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, representada pela enfermeira Francisca Daussy (Departamento de Integração Ensino/Serviço) e pela médica Márcia Palumbo (Coordenação do Capital Idoso), pelas informações necessárias à condução deste estudo.

À Edmeia Campos Meira, companheira de trabalho na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), por iniciar-me no mundo encantador dos estudos sobre o envelhecimento humano e que, juntamente com a Professora Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, incentivou-me para a realização do doutorado.

À Helenice Scortegagna, parceira e amiga querida! Agradeço pela receptividade, pela oportunidade de produzir frutos científicos, por compartilhar ansiedades e vitórias, e, sobretudo, pelos “preciosos” momentos de lazer.

À Adriana Nery, que neste período de afastamento da UESB, demonstrou ser a procuradora mais eficiente que alguém pode desejar! Valeu, amiga!!!

Ao querido amigo Gond's, pelo incentivo nesta caminhada...

À amiga Candinha (Lyra Cândida) que, mesmo distante, sempre encontrou formas de demonstrar carinho e cuidado comigo.

Aos colegas e professores do Grupo de Estudos Sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas – GESPI no período de 2007 a 2010, especialmente ao Jeferson Rodrigues por partilhar ansiedades, dúvidas e conquistas, e, à Juliana Girondi, pelas dicas imprescindíveis para meu ingresso no campo de pesquisa.

Às colegas da turma de doutorado 2007, especialmente a Fabiane Ferraz e a Angélica Salazar, com as quais compartilhei momentos ímpares de estudo e companheirismo.

Às professoras doutoras Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Denise Elvira Pires de Pires e Sílvia Maria Azevedo dos Santos, pelas importantes contribuições por ocasião da qualificação do projeto de pesquisa.

Aos professores e funcionários da PEN pela atenção e competência na condução desta etapa do meu processo de descoberta do conhecimento, especialmente a Cláudia Crespi Garcia, pelo apoio logístico nos inquietantes momentos de finalização desta tese.

Aos amigos que encontrei em Florianópolis, principalmente àqueles que tornaram suave a minha estada na “Ilha da Magia”: Tarcísio, Machado, Fausto, João de Bem, Nivaldo e Leni, integrantes do Grupo de Ajuda Mútua às pessoas com Parkinson; ao Michel Grande, pelo alívio do estresse com nossas caminhadas noturnas à Beiramar Norte; à Aline da Rosa e Teresinha da Rosa, pelo carinhoso acolhimento!

À “grande família” baiana que sempre torceu pelo meu sucesso, tias, tios, primos, primas, cunhado, cunhadas e agregados... é bom saber que sempre posso contar com o carinho de vocês!!!

Aos integrantes do Departamento de Saúde e do Curso de Enfermagem da UESB, por possibilitarem este crescimento pessoal e profissional.

Às professoras doutoras Célia Pereira Caldas, Juliana Vieira de Araújo Sandri, Denise Elvira Pires de Pires, Adriana Alves Nery, Lúcia Hisako Takase Gonçalves e Sílvia Maria Azevedo dos Santos, membros da banca de defesa, por aceitarem contribuir com o meu estudo integrando seu processo de avaliação final.

À “bruxa” do português, pela revisão final deste relatório, pelas conversas regadas a cafés deliciosos, pelos puxões de orelha, pelos afagos e pelas preciosas dicas de português. Muito bom encontrar você Lia Rosa Leal!

PINHEIRO, Gleide Magali Lemos. **Processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da Estratégia de Saúde da Família**. 2011. 169 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Ângela Maria Alvarez

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

RESUMO

Estudo com objetivo de conhecer o processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tratou-se de um estudo exploratório/descritivo com abordagem qualitativa, cujo cenário foi a rede de atenção básica do município de Florianópolis/SC. Teve como sujeitos 16 enfermeiras e 1 enfermeiro, que desenvolvem atividades com o idoso na ESF, selecionados por interesse em contribuir com a pesquisa. A coleta de dados ocorreu nos locais de trabalho de cada informante em encontros agendados previamente, utilizando-se a técnica da entrevista narrativa orientada por tópicos abertos, sobre os quais os sujeitos discorreram com base em suas percepções e experiências cotidianas. As entrevistas foram gravadas e, após transcritas, encaminhadas para validação. O estudo cumpriu todas as recomendações da Resolução 196/1996. Os resultados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo obedecendo aos estágios de pré-análise, constituição do *corpus*, seleção das unidades de significância e classificação e agregação em temas, dando origem a três categorias: *A Configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso; O Desafio de lidar com a violência intrafamiliar contra o idoso e O ideário da enfermeira acerca da promoção da saúde do idoso*. Os resultados demonstraram que o processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da ESF vem conformando-se a partir de estruturas diferenciadas nas quais se observa uma adequação de papéis à medida que as demandas surgem, porquanto não se identificou um trabalho sistematizado voltado para esse grupo no âmbito da ESF. O discurso das enfermeiras evidenciou que o lidar cotidiano com o envelhecimento populacional no *locus* do estudo vem ocorrendo de forma assimétrica, por meio de práticas por vezes contraditórias às

propostas pela ESF. Os desafios que emergem nesse contexto encaminham a enfermeira para a busca de apoios disponíveis na rede de atenção básica, por carecer de ações que extrapolam sua competência profissional, embora muitas vezes ela precise desempenhar esse papel para resolver situações emergenciais. Entretanto, as informantes acreditam nas possibilidades de aperfeiçoamento e percebem que, mesmo timidamente, o trabalho da enfermeira com o idoso tem-se modificado em função das necessidades e exigências das demandas advindas desse grupo etário. Essa situação coloca a enfermeira frente ao desafio de rever sua prática, repensar os modos de operar o processo de trabalho e desenvolver metodologias e instrumentos com base em conhecimentos socialmente instituídos para manejar velhos e novos problemas relacionados à promoção da saúde do idoso. A existência de contradições na dinâmica do trabalho da enfermeira na ESF pode servir como um convite à reflexão acerca das possibilidades de conquistar e demarcar seu espaço no campo da saúde coletiva. Por constituir-se numa prática socialmente estabelecida, o trabalho da enfermeira deve incorporar, além das prescrições legais, os desafios sanitários e sociais que surgem cotidianamente nos espaços de materialização da ESF.

Descritores: Enfermagem; Programa de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Idoso; Trabalho; Pesquisa Qualitativa.

PINHEIRO, Gleide Magali Lemos. **Process of nursing in elderly care under the Family Health Strategy**. 2011. 169 f. Theory (Doctor's degree in Nursing) – Postgraduation in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Advisor: Dra. Ângela Maria Alvarez

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

ABSTRACT

This study aims to understand the process of nursing in elderly care under the Family Health Strategy. This was an exploratory-descriptive study of qualitative nature, that took place in the primary health care network in the city of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. There were 16 female nurses and one male nurse who developed activities with the elderly in the Family Health Strategy, who volunteered to participate in the survey. Data collection occurred in the workplace of each participant in previously scheduled meetings, using the technique of narrative interviews guided by open-ended topics in which they discoursed on the basis of their perceptions and daily experiences. The interviews were recorded, transcribed and sent for validation. The study met all the recommendations of Resolution 196/1996. The results were subjected to Content Analysis technique and complied with the stages of pre-analysis, formation of *corpus*, selection of significance units and classification and aggregation into themes, resulting in three categories: *The configuration of the nursing work in elderly care*; *The challenge of dealing with domestic violence against the elderly* and *The ideals of the nurse about elderly health promotion*. The results showed that the work process of nursing in elderly care under the Family Health Strategy consolidates from differentiated structures in which happens an adjustment of roles as the demands arise, inasmuch as it was not identified a systematic study directed towards this group under the Family Health Strategy. The speech of the nurses showed that the everyday life dealing with the aging population in the study *locus* is occurring in an asymmetrical way, through practices sometimes contradictory to those proposed by the Family Health Strategy. The challenges that emerge in this context lead the nurses to seek assistance available in the primary health care network, for lack of actions that go

beyond their professional competence, despite they often need to play this role to solve emergency situations. However, the participants believe in the possibilities of improvement and realize that the nursing work with the elderly has been modified according to the needs and requirements from the demands of this age group. This situation challenges nurses to review their practice, rethink the ways to operate their work process and develop methodologies and tools based on socially established knowledge to handle old and new problems related to elderly health promotion. The existence of contradictions in the nursing work under the Family Health Strategy can serve as an invitation to reflect on the possibilities of winning and demarcating the nursing space in the public health field. As a socially established practice, the nurse's work must incorporate, in addition to legal requirements, health and social challenges that daily arise in the consolidation spaces of the Family Health Strategy.

Keywords: Nursing; Family Health Program; Primary Health Care; Elderly; Work; Qualitative Research.

PINHEIRO, Gleide Magali Lemos. **Proceso de trabajo de la enfermera en la atención al anciano en el ámbito de la Estrategia de Salud de la Familia.** 2011. 169 p. Tesis (Doctorado en Enfermería). Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Ângela Maria Alvarez

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y adolecer.

RESUMEN

Estudio con objetivo de conocer el proceso de trabajo de la enfermera en la atención al anciano en el ámbito de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Se trató de un estudio exploratorio/descriptivo con abordaje cualitativo, cuyo escenario fue la red de atención básica del municipio de Florianópolis/SC. Tuvo como sujetos 16 enfermeras y 1 enfermero, que desarrollan actividades con el anciano en la ESF, seleccionados por interés en contribuir con la investigación. La recolección de datos ocurrió en los locales de trabajo de cada informante en encuentros programados previamente, utilizándose la técnica de la entrevista narrativa orientada por tópicos abiertos, sobre los cuales los sujetos discurren con base en sus percepciones y experiencias cotidianas. Las entrevistas fueron grabadas y, después transcritas, enviadas para validación. El estudio cumplió todas las recomendaciones de la Resolución 196/1996. Los resultados fueron sometidos a la técnica de Análisis de Contenido obedeciendo a los etapas de preanálisis, constitución del *corpus*, selección de las unidades de significado y clasificación y agregación en temas, dando origen a tres categorías: *La Configuración del trabajo de la enfermera en la atención al anciano*; *El Desafío de lidiar con la violencia intrafamiliar contra el anciano* y *El ideario de la enfermera acerca de la promoción de la salud del anciano*. Los resultados demostraron que el proceso de trabajo de la enfermera en la atención al anciano en el ámbito de la ESF vienen conformándose a partir de estructuras diferenciadas en las cuales se observa una adecuación de papeles a la medida que las demandas surgen, por cuanto no se identificó un trabajo sistematizado orientado para ese grupo en el ámbito de la ESF. El discurso de las enfermeras evidenció que el lidiar cotidiano con el envejecimiento poblacional en el *locus* del estudio viene ocurriendo de forma asimétrica, por medio de prácticas a veces

contradictorios a las propuestas por la ESF. Los desafíos que emergen en ese contexto dirigen a la enfermera a la búsqueda de apoyos disponibles en la red de atención básica, por carecer de acciones que extrapolan su competencia profesional, aunque muchas veces ella precise desempeñar ese papel para resolver situaciones de emergencia. Entretanto, las informantes acreditan en las posibilidades de perfeccionamiento y perciben que, así tímidamente, el trabajo de la enfermera con el anciano se ha modificado en función de las necesidades y exigencias de las demandas provenientes de ese grupo etario. Esa situación coloca a la enfermera frente al desafío de revalorizar su práctica, repensar los modos de operar el proceso de trabajo y desarrollar metodologías e instrumentos con base en conocimientos socialmente instituidos para manejar viejos y nuevos problemas relacionados a la promoción de la salud del anciano. La existencia de contradicciones en la dinámica del trabajo de la enfermera en la ESF puede servir como un convite a la reflexión acerca de las posibilidades de conquistar y demarcar su espacio en el campo de la salud colectiva. Por constituirse en una práctica socialmente establecida, el trabajo de la enfermera debe incorporar, además de las prescripciones legales, los desafíos sanitarios y sociales que surgen cotidianamente en los espacios de materialización de la ESF.

Palabras-clave: Enfermería; Programa de Salud de la Familia; Atención Primaria a la Salud; Anciano; Trabajo; Investigación Cualitativa.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica à Saúde
AD – Álcool e Drogas
ACD – Atendente de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CE – Consulta de Enfermagem
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CIEPE – Centro Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento
CS – Centro de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
DS – Departamento de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GREPE – Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Envelhecimento
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPS – Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO – Pan American Health Organization (Organização Pan-Americana de Saúde)
PAME – Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento
PEN – Pós-Graduação em Enfermagem
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNI – Política Nacional do Idoso
PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RENADI – Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência Social
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

VPN – Virtual Private Network

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Expansão das Equipes de Saúde da Família – 1998/setembro de 2010..... **43**
- Figura 2:** Diagrama representacional da conformação do trabalho da enfermeira com o idoso na ESF **83**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estruturação dos distritos sanitários do município de Florianópolis/SC.	75
Quadro 2: Distribuição populacional no município de Florianópolis/SC por Distrito Sanitário.....	76

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	19
LISTA DE FIGURAS	21
LISTA DE QUADROS	23
APRESENTAÇÃO.....	27
1 INTRODUÇÃO	29
1.1 TESE E OBJETIVOS.....	36
1.1.1 Tese.....	36
1.1.2 Objetivo geral.....	36
1.1.3 Objetivos específicos	36
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	37
2.1 DIMENSÃO POLÍTICO-ORGANIZATIVA DA SAÚDE NO BRASIL.....	37
2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL	45
2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	51
3 METODOLOGIA	73
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	73
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	74
3.2 ATORES SOCIAIS	76
3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	77
3.3.1 Técnicas de coleta de dados	77
3.3.2 Aspectos éticos	81
3.3.3 Técnica de análise dos dados	81
4 RESULTADOS.....	85
4.1 MANUSCRITO 1: A CONFIGURAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO AO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	85
4.2 MANUSCRITO 2: A ENFERMEIRA E O DESAFIO DE LIDAR COM A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO.....	105
4.3 MANUSCRITO 3: O IDEÁRIO DA ENFERMEIRA ACERCA DA PROMOÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	122
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	141

REFERÊNCIAS.....	147
APÊNDICES	155
ANEXOS.....	163

APRESENTAÇÃO

Esta tese foi estruturada de acordo com as orientações contidas na Instrução Normativa da Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) n° 06/PEN/2009, que regulamenta a formatação de trabalhos de conclusão dos cursos de pós-graduação (Anexo A).

Trata-se de estudo descritivo/exploratório com abordagem qualitativa, inserido na linha de pesquisa “O cuidado no processo de viver, ser saudável e adoecer”, organizado de acordo descrição a seguir.

O estudo é composto de: introdução, que discorre acerca de minha aproximação com o objeto de estudo e as inquietações que me motivaram a realizá-lo; tese e objetivos; sustentação teórica, elaborada com base na triangulação de temas relacionados ao objeto de estudo, englobando as políticas públicas de promoção da saúde, o envelhecimento populacional e o processo de trabalho da enfermeira com ênfase na atenção básica.

Ao final da sustentação teórica, apresento uma revisão de literatura, cujo propósito foi fazer uma reflexão sobre os temas emergentes na produção científica acerca da atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família, elaborada em forma de artigo, encaminhado à Revista Latino-Americana de Enfermagem (ESF). Posteriormente seguem a abordagem metodológica e a apresentação e discussão dos resultados na forma de três artigos.

O primeiro artigo trata da configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na ESF e será submetido à revista Ciência & Saúde Coletiva. O segundo artigo apresenta uma reflexão sobre o desafio de lidar com a violência intrafamiliar contra o idoso na óptica das enfermeiras, e será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública. O terceiro artigo discute as percepções da enfermeira acerca do seu trabalho na atenção ao idoso no âmbito da ESF e será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem.

Por fim, nas considerações finais faço uma reflexão a respeito das contribuições do estudo para o processo de trabalho da enfermeira com o idoso na ESF.

1 INTRODUÇÃO

Aproximar os temas *Saúde da Família* e *Saúde do Idoso* numa época em que ambos se apresentam bastante evidenciados constitui o principal desafio deste estudo, visto que ele busca conhecer algumas questões acerca do processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da ESF¹ no município de Florianópolis, Estado de Santa Catarina (SC).

As ideias iniciais para realizar um estudo envolvendo tais temáticas tiveram origem em experiências vivenciadas ao longo de minha vida profissional, durante o desenvolvimento de atividades acadêmicas no Departamento de Saúde (DS) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), quando acompanhava discentes matriculados na disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, oferecida no VIII semestre do curso de Graduação em Enfermagem. As atividades eram desenvolvidas na rede de serviços de Atenção Básica (AB), especificamente em Centros de Saúde (CS) e Unidades de Saúde da Família (USF).

Durante o semestre letivo, cumpria 42 períodos de cinco horas diárias na supervisão de discentes na referida disciplina, situação essa que permitiu maior aproximação com o contexto no qual o Sistema Único de Saúde (SUS) se desenvolvia com a implementação da Atenção Básica de Saúde (ABS), considerada como a principal porta de entrada desse sistema. Grande parte de minha carga horária era destinada à supervisão de atividades na ESF, acompanhando o discente em ações de prevenção, controle e manutenção da saúde do ser humano em todas as fases do ciclo de vida, com base em procedimentos de competência profissional da enfermeira.

O interesse em discutir a promoção da saúde do idoso na ESF foi, também, influenciado por aproximações com estudos que desde os anos de 1990 demonstravam os possíveis impactos do envelhecimento humano no sistema de saúde. Posteriormente, na década de 2000, observou-se um aumento substancial de publicações científicas enfocando a saúde do idoso que, entre outros objetivos, também buscavam chamar a atenção do governo e da sociedade para a necessidade de elaborar políticas públicas voltadas para o perfil demográfico que estava por vir. No campo da saúde, gradualmente

¹ A denominação Estratégia de Saúde da Família será utilizada neste estudo em conformidade com o disposto na Política Nacional de Atenção Básica à saúde no Brasil. (BRASIL, 2006).

emergiram estudos que demonstravam a necessidade de implantar ações que contribuíssem para um envelhecimento saudável e para prevenir as complicações decorrentes das doenças próprias da velhice.

Em 2006 comecei a contribuir com as atividades do Centro Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento da UESB e me integrei ao Grupo de Estudos e Pesquisa do Envelhecimento (GREPE/UESB). Tais fatos, além de me aproximarem de conteúdos no campo da gerontologia, instigaram-me a olhar mais atentamente para a abordagem do idoso na ESF.

Empiricamente, vinha percebendo que as ações de atenção ao idoso realizadas pela enfermeira na ESF se concretizavam no âmbito dos programas instituídos no interior dessa estratégia, principalmente nos programas de controle de hipertensão arterial e do diabetes (Hiperdia), visando apenas cumprir os protocolos desses programas, sem considerar as peculiaridades e necessidades desse grupo populacional.

Acredito que, durante o atendimento ao idoso, torna-se essencial que as ações de promoção da saúde sejam permeadas pela compreensão de que o envelhecimento se caracteriza por alterações específicas, exigindo habilidades profissionais para lidar com a diversidade de situações apresentadas por essa demanda, levando em conta a experiência de vida acumulada pelo idoso, bem como seus direitos e deveres. O lidar cotidiano com o idoso no âmbito da ESF deve buscar a superação do olhar biomédico centrado nas queixas, partindo para o entendimento de saúde como resultado das condições de vida, conforme disposto na Constituição Federal vigente. (BRASIL, 1988).

Estudos populacionais realizados no Brasil revelam que pelo menos 85% dos idosos apresentam uma doença crônica, dos quais cerca de 10% têm, no mínimo, cinco enfermidades. (BRASIL, 2002a). Entretanto, entende-se que o fato de ser acometido por uma doença não significa necessariamente a possibilidade de desenvolver uma incapacidade funcional e tornar-se dependente, daí a importância de desenvolver ações de promoção à saúde que estimulem a manutenção da independência e da autonomia. Para tanto, torna-se imprescindível aproximar-se dos contextos históricos e sociais que balizam o cotidiano do idoso e apropriar-se das orientações contidas nas políticas de saúde no território brasileiro.

Esses resultados sinalizam para a necessidade de reorganizar os serviços de saúde, no que se refere aos espaços de produção da saúde e estruturação do processo de trabalho na atenção ao idoso, situação essa que exige mudanças reais em função das demandas atuais e futuras. Tal circunstância encaminha usuários, profissionais e gestores do SUS para

uma aproximação com as políticas de promoção da saúde na perspectiva de vislumbrar soluções conjuntas para problemas prioritários. Conceitualmente, a promoção da saúde se relaciona “ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (OMS, 1986, p.1).

Desse modo, nota-se que o foco da atenção não deve prender-se apenas aos problemas e dificuldades, mas também, e sobretudo, às potencialidades, valorizando o complexo sociocultural de aprendizagem do idoso ao longo de sua vida. A atenção à saúde do idoso, na perspectiva de fornecer subsídios para um envelhecimento saudável em conformidade com as diretrizes políticas em níveis mundial e nacional, constitui-se num desafio a ser incorporado ao processo de trabalho dos profissionais que integram equipes da ESF.

A ESF nasceu e vem materializando-se como possibilidade de (re)orientar o modelo de atenção à saúde e consolidar o SUS com base na transformação de práticas e de maior aproximação entre profissionais de saúde e comunidade, norteados pelos princípios e diretrizes do acesso universal, da integralidade da assistência, da equidade, da resolutividade, do vínculo e da integração equipe/família e comunidade.

É importante compreender que a ESF deve incentivar relações mais efetivas com a população adstrita de forma que a equipe possa perceber os condicionantes e determinantes envolvidos no processo saúde-doença em níveis individuais e coletivos. No que tange à atenção ao idoso, o processo de trabalho deve primar por ações que contribuam para a promoção da saúde e do bem-estar e para a prevenção e o controle de problemas decorrentes das doenças prevalentes na velhice.

Portanto, é necessário que o trabalho da equipe da ESF se volte para a criação de alternativas de promover saúde, cujos princípios se pautem na visão integral do indivíduo e da família com o intuito de facilitar a aproximação usuário/equipe/serviço de saúde, incentivando o desenvolvimento de ações com (co)responsabilização social. Assim, o trabalho dos profissionais da ESF deve priorizar a atenção integral à saúde do indivíduo nas várias fases do ciclo vital considerando os cenários familiar e social.

No que tange à promoção da saúde do idoso no território brasileiro, sociedade e profissionais de saúde contam com algumas leis, decretos e portarias que regulamentam e orientam a organização de serviços sociais e de saúde que possam contribuir para um envelhecimento saudável. Em janeiro de 1994 foi publicada a Lei 8.842,

que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e, em seu Capítulo IV, inciso II, discorre sobre as ações governamentais na promoção de um envelhecimento saudável, quando no item b aponta a necessidade de “prevenir, promover e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas”. (BRASIL, 1994, p. 3).

Numa direção mais específica, em dezembro de 1999 foi publicada a Portaria nº 1.395 que instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), atualizada em outubro de 2006 pela Portaria nº 2.528, na qual foi denominada de Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Diante de tais fatos, é possível afirmar que a atenção à saúde desse grupo etário passa a exigir das autoridades e profissionais de saúde um olhar mais específico, culminando com a publicação nº 19 dos Cadernos de Atenção Básica à Saúde. (BRASIL, 1999, 2006a, 2006b).

É importante observar que a maioria dos estudos realizados no campo da promoção da saúde da pessoa idosa revela a necessidade de que os espaços sociais nos quais as ações da ESF se materializam estejam impregnados pela pluralidade cultural apresentada pela população adstrita, de modo que se possa oportunizar a interação dos saberes técnico/científico com o saber popular.

Nessa direção, a ideia primordial é que a estruturação do processo de trabalho no âmbito da ESF contribua para criar situações próximas da realidade na qual a população está inserida, de modo que o idoso possa refletir e, a partir daí, ressignificar suas práticas, posturas, valores e atitudes em relação ao cuidado de si.

O cenário da velhice que se vislumbra para um futuro próximo em nosso país exige que as práticas de promoção da saúde direcionadas para pessoas idosas sejam permeadas por situações que preparem o idoso para enfrentar as várias realidades que se apresentarão no decorrer da vida, de maneira que tais práticas estejam pautadas num olhar crítico e emancipador, conduzindo-os para uma velhice bem-sucedida. (BOTH, 2006).

Rodrigues e Rauth (2002) comentam que, junto ao discurso do desafio da promoção da saúde para o idoso, está a preocupação com a estrutura e o funcionamento dos serviços na rede pública. Estas autoras chamam a atenção para a necessidade de se considerar a tendência mundial de aumento da longevidade na organização dos serviços e planejamento das ações. Destacam, ainda, a importância de investir na prevenção de doenças para que, mesmo com 80 anos ou mais, as pessoas consigam distinguir as características peculiares da velhice das de uma patologia.

Desse modo, torna-se necessário que as políticas de atenção ao

idoso considerem os fatores condicionantes e determinantes para uma velhice saudável, estabelecendo um olhar para questões cruciais, como as questões nutricionais insatisfatórias, precariedade nas condições de habitação, de prestação de assistência e de trabalho, desemprego, analfabetismo e aposentadorias incompatíveis com as necessidades emergentes. “Esses fatores vêm corroendo cada vez mais a qualidade de vida do brasileiro”. (RODRIGUES; RAUTH, 2002, p. 108).

A temática *qualidade de vida* tem sido explorada por pesquisadores de várias ciências e vem tornando-se pauta no cotidiano dos serviços de saúde, pois o acréscimo de anos à vida se reflete nas condições de saúde e, conseqüentemente, no perfil de morbidade. Para estudiosos do envelhecimento, a preocupação principal deve girar em torno da manutenção da capacidade funcional no intuito de preservar a autonomia dos idosos pelo maior tempo possível.

Ramos (2003) salienta que o fato de os idosos portarem uma doença crônica não lhes limita a vida, e controlando os problemas resultantes da doença, podem viver normalmente e com satisfação. O mesmo autor ressalta ainda que o importante na velhice é “a preservação da autonomia, ou seja, da capacidade de determinar os próprios desígnios”, independentemente da idade cronológica. (RAMOS, 2003, p. 794).

O tema *longevidade* remete a uma reflexão acerca das possibilidades de condições dignas de vida, e com qualidade. Chachamovich, Trentini e Fleck (2007, p. 61) afirmam que “a qualidade de vida é reconhecida como um dos objetivos centrais do atendimento em saúde”. Numa revisão de literatura e em pesquisas de campo sobre qualidade de vida de idosos realizadas por esses autores, o tema *saúde* é abordado como um dos fatores determinantes para melhor qualidade de vida.

Existe uma forte tendência em associar qualidade de vida e envelhecimento saudável. Segundo Callahan e McHorney (2003), a saúde é apontada como o componente mais importante do envelhecimento saudável. Entretanto, a compreensão de qualidade de vida não deve restringir-se unicamente à saúde, pois “o termo abrange significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes [...]”, conferindo-lhe uma noção de natureza histórica e contextualizada, marcada por uma construção social. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8).

Vale frizar que a questão da qualidade de vida da pessoa idosa

tem sido amplamente discutida no campo teórico, embora se depare com algumas dificuldades práticas. Observa-se que o governo e a sociedade de um modo geral, incluídos aí os profissionais de saúde, não têm encontrado instrumentos necessários para enfrentar problemas que emergem ao longo do processo de envelhecimento de modo a permitir o redimensionamento de práticas que propiciem melhor qualidade de vida ao idoso.

Diante do conceito abrangente de saúde usado nos documentos oficiais do Brasil, percebe-se que no cenário da ESF as ações de promoção da saúde trazem várias possibilidades de contribuir para um envelhecimento saudável com práticas que estimulem a formação de pensamentos críticos e comportamentos mais independentes. Tais práticas devem incluir o incentivo para resgatar e desenvolver habilidades para criar e modificar estilos e modos de vida que resultem no bem-estar individual e coletivo, para que o idoso, junto à sua família, seja capaz de tomar decisões que contribuam para um envelhecimento saudável.

Estudos realizados em âmbito nacional demonstram que a operacionalização da ESF vem ocorrendo de maneira distinta em todo o território brasileiro, porquanto a expectativa de superar o modelo biologicista e hospitalocêntrico, considerado hegemônico, requer a implantação de ações condizentes com as necessidades sociais da demanda, aliadas a efetivas transformações no processo de trabalho e nas práticas de saúde. Disso surge o interesse na realização da presente pesquisa no município de Florianópolis, cujo desafio reside em voltar o olhar para espaços sociais de promoção da saúde do idoso em cenários distintos daqueles nos quais exerço a minha prática como docente de graduação de enfermagem.

É consenso entre os estudiosos e pesquisadores das políticas de saúde do Brasil que a mudança no modelo de atenção à saúde, com a superação da biomedicina, deve ser acompanhada de reestruturação dos serviços e do processo de trabalho. É imprescindível envolver a comunidade e formar uma boa articulação entre os equipamentos sociais disponíveis no território, visando a intersetorialidade, bem como, o acesso aos diversos níveis de complexidade, com vistas a alcançar a resolutividade dos problemas.

Os princípios estruturantes da ESF deixam evidente a importância de um serviço organizado, cujo processo de trabalho estimule a materialização de relações mais flexíveis, mas, não menos complexas entre profissionais e usuários, especificamente o idoso e sua família.

No que se refere à flexibilidade e à dinamicidade do trabalho em

saúde, Merhy (2007) observa que o profissional convive com a perspectiva de usar a criatividade para “inventar novos processos de trabalho e mesmo para abri-lo em direções não-pensadas”. (MERHY, 2007, p. 100).

Uma leitura mais atenta de alguns autores que discutem o processo de trabalho em saúde me fez refletir sobre a organização do processo de trabalho da enfermeira no âmbito da ESF no sentido de vislumbrar algumas respostas para o seguinte questionamento: *Como se dá a conformação do processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da ESF?*

Esse questionamento decorre do fato de eu acreditar que as ações de promoção da saúde da população idosa desenvolvidas pela enfermeira na ESF não estão pautadas unicamente nas prescrições legais, já que tal trabalho se materializa num campo no qual ocorrem encontros e desencontros de diversificadas experiências e de múltiplos interesses.

Nessa direção, a equipe de saúde deve pensar em ações que atendam a multiplicidade e complexidade de fatores decorrentes das necessidades de saúde que surgem com o envelhecimento populacional, daí meu interesse em focalizar o processo de trabalho da enfermeira da ESF no decorrer da implantação e implementação das ações de atenção à saúde do idoso no município de Florianópolis/SC.

Conforme Pires (2008), o trabalho da enfermagem é parte integrante do trabalho em saúde e, como outros trabalhos do setor de serviços, é consumido no ato em que se realiza. As situações e necessidades apresentadas pela demanda em que o profissional deve agir podem ser diversificadas e inesperadas, dificultando um planejamento considerando exclusivamente as normas prescritas.

Na realidade, acredito que, por constituir-se numa prática socialmente estabelecida, o trabalho da enfermeira deve incorporar, além das prescrições legais, os desafios sanitários e sociais que surgem cotidianamente nos espaços de produção da saúde. Desse modo, é possível afirmar que o presente estudo parte da necessidade de “dar voz” às enfermeiras que atuam na ESF no município de Florianópolis/SC para compreender o processo de trabalho da enfermeira na ESF com base nas práticas construídas cotidianamente.

1.1 TESE E OBJETIVOS

1.1.1 Tese

Conduzida pelas reflexões estabelecidas até aqui, neste estudo defendo a seguinte tese: O processo de trabalho da enfermeira da ESF na atenção ao idoso no município de Florianópolis/SC vem estruturando-se por meio de suas interações com o idoso, sua família e comunidade, fundamentado em suas percepções acerca das políticas de saúde dirigidas para esse grupo etário.

1.1.2 Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa é conhecer o processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da ESF no município de Florianópolis/SC.

1.1.3 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- descrever o processo de trabalho da enfermeira da ESF na atenção ao idoso;
- identificar os desafios que emergem no contexto da ESF para concretizar o trabalho da enfermeira na atenção ao idoso;
- apresentar as percepções e expectativas da enfermeira da ESF acerca da promoção da saúde do idoso na atenção básica;
- analisar o processo de trabalho da enfermeira na atenção à saúde do idoso na ESF, com vistas a compreender a conformação do seu trabalho dirigido a esse grupo etário.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DIMENSÃO POLÍTICO-ORGANIZATIVA DA SAÚDE NO BRASIL

Entre as décadas de 1970 e 1980, mesmo sob o regime da ditadura, o cenário político brasileiro foi marcado por embates políticos e ideológicos entre vários setores sociais. Na saúde, por exemplo, é importante destacar o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que discutia principalmente a criação de um sistema de saúde com princípios e diretrizes que primassem pelo acesso universal, pela equidade e pela saúde como direito de todos. Tal movimento buscava, sobretudo, construir possibilidades de corrigir injustiças de décadas de silêncio e perseguição na arena sociopolítica nacional.

A década de 1970 foi marcada pela crise estrutural do capitalismo, resultando numa recessão generalizada na economia mundial, cujo maior impacto foi percebido na queda da produção industrial, que também atingiu as grandes potências mundiais, assinalando, assim, a dificuldade de os países financiarem o desenvolvimento. Dessa forma, a necessidade de conter gastos passa a ser a prioridade das políticas econômicas em nível mundial, culminando em pressões para a economia de recursos em vários setores, incluindo aí o de saúde, no qual se observava um aumento substancial dos custos médicos em relação a períodos anteriores. (ALMEIDA, 1997).

O crescente déficit público vivido pelos governos conduzia à redução nos investimentos sociais, gerando um processo de declínio nas condições de vida da população, com significativo aumento da pobreza e, conseqüentemente, da demanda dos serviços de saúde pública.

No final da década de 1980, o povo brasileiro vivenciou o processo de transição democrática, do regime autoritário a um pacto de desenvolvimento estruturado para o país, que culminou com a convocação da Assembleia Nacional Constituinte para a elaboração da nova constituição, promulgada em 1988. Os princípios constitucionais contidos entre os artigos 126 e 200 instituem o sistema de saúde e afirmam a saúde como um patrimônio público, defendida como direito de cidadania, voltado para a defesa da vida individual e coletiva, cuja responsabilidade de promoção é dada ao Estado. (MERHY, 1991).

A trajetória histórica das políticas de saúde no Brasil demonstra

que a consolidação do SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.880 e 8.142 de 1990, estimulou a descentralização administrativa dos serviços de saúde, conferindo maior autonomia e responsabilidade aos governos municipais no que concerne ao planejamento e implementação de ações condizentes com as necessidades locais. (BRASIL, 1988; 1990a; 1990b).

A RSB e a implantação do SUS foram significativas para o campo da saúde, garantindo legalmente o resgate da cidadania do povo brasileiro quando vislumbram um sistema de saúde fundamentado nos princípios da **Universalidade**, da **Integralidade**, da **Equidade**, da **Resolutividade** e da **Participação Social**. (BRASIL, 1990a).

Durante a construção do SUS, os vários movimentos organizados para reafirmar a democratização da saúde, como, por exemplo, as Conferências de Saúde, convergiram para a necessidade de estabelecer diálogos com a sociedade, permitindo interação constante de trabalhadores de saúde, governantes e comunidade, entre o saber científico e o saber popular, no intuito de promover mudanças condizentes com realidade da população.

De acordo com as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), o processo de descentralização das ações de promoção da saúde deverá ser estruturado em nível local, atendendo às necessidades apresentadas pela população. Nesse sentido, emerge a necessidade da implantação de serviços na perspectiva de proceder a uma racionalização dos recursos destinados ao SUS, sem comprometer a qualidade da atenção, proporcionando a democratização das ações de saúde com base no incentivo à participação comunitária. (BRASIL, 1996a; 2001; 2002b).

No final da década de 1990, a sociedade brasileira assistiu a uma significativa transformação na dimensão, na estrutura e na própria concepção do que constitui a promoção da saúde e melhor qualidade de vida de seu povo. Assim, a implantação da ESF decorreu do entendimento de que, com a descentralização das ações de saúde e implantação do SUS, emergia a necessidade de mudanças no modelo de atenção e, conseqüentemente, no processo de trabalho em saúde, com a implantação de práticas profissionais pautadas nos dispositivos éticos de solidariedade e do compromisso social, estimulando a participação e o controle social.

Anteriormente, essas possibilidades foram apontadas na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata (União Soviética), no ano de 1978, sob a responsabilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS). Dessa conferência

emergiram significativas discussões acerca da Atenção Primária da Saúde (APS), cujo relatório final denominado de “Declaração de Alma-Ata” instituiu diretrizes com a finalidade de orientar o planejamento e a estruturação das ações de promoção à saúde por meio dos cuidados primários, definindo-os como:

[...] essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento [...]. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 1).

Várias são as discussões em torno da APS. Para Starfield (2002), embora a proposta de APS tenha sido pensada para a aplicação em nível mundial, existem especificidades que impedem a aderência a determinados sistemas de saúde. Salienta que as barreiras surgem naqueles sistemas “baseados na tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de medicina que estão sob o controle dos que trabalham em hospitais”, porque o conceito de APS enfatiza “a proximidade entre as pessoas”. (STARFIELD, 2002, p. 31).

A APS comporta vertentes diferenciadas que podem ser empregadas de acordo com as especificidades de cada país em consonância com a estrutura do sistema de serviços de saúde. Levando em conta as perspectivas conceituais, Mendes (2002) chama a atenção para o fato de vários países adotarem a estratégia da APS para organizar e ordenar recursos do sistema de saúde, processo no qual a APS tem sofrido variações em sua interpretação em consequência do modo como

se conformou e evoluiu conceitualmente. Para o mencionado autor, as várias vertentes conceituais da APS resultam da ambiguidade contida nos documentos internacionais que conduzem a interpretações diferenciadas.

O autor destaca três interpretações da APS: atenção primária à saúde seletiva, atenção primária à saúde como primeiro nível do sistema de serviços de saúde e atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Esta última é apontada como a opção “mais correta” tecnicamente, por ser compatível com países com o estágio de desenvolvimento social semelhante do Brasil. (MENDES, 2002).

No cenário da saúde mundial, a APS pode ser caracterizada como uma estratégia de organização e estruturação do sistema de saúde, visto que ela pode ser compreendida como uma maneira singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população. (MENDES, 2002).

Cabe destacar que outros encontros internacionais ocorridos no final do último século tiveram um grande impacto sobre a promoção da saúde em âmbito mundial, tais como a Conferência de Otawa, em 1986, cujo relatório destacou a necessidade de se investir na APS a fim de promover a equidade em saúde, reconhecendo que “a promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma”. (OMS, 1986, p. 2).

Na América Latina, em 1992, aconteceu a Conferência de Bogotá, na Colômbia, que reuniu 550 representantes de 21 países, entre eles o Brasil, com o objetivo de definir o significado da APS na América Latina, cujas “conclusões [...] respondem aos problemas específicos das nações latino-americanas e incorporam significativamente resultados de reuniões internacionais anteriores e experiências na promoção da saúde de outras nações do mundo”. (OPS, 1992, p. 1).

Em linhas gerais, os relatórios dessas conferências chamam a atenção para a necessidade de organizar um projeto social com corresponsabilidade entre governo, profissionais de saúde, instituições e comunidade. Ressaltam que as estratégias de promoção da saúde devem respeitar os hábitos culturais, reorientando assim a estrutura e a organização dos serviços de saúde com modificações no processo de trabalho e nas relações interpessoais envolvendo profissionais, usuários e comunidade.

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, destacou-se como um divisor de águas no cenário da saúde, considerando que as propostas contidas no relatório final instituíram um conceito ampliado de saúde, colocando-a como resultante das condições de vida, atrelada ao acesso a alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, emprego, liberdade, posse de terra e acesso aos serviços de saúde. Tais propostas foram incorporadas pela Constituição de 1988. (BRASIL, 1986, 1988).

Foi no contexto dessas discussões que surgiu a ESF, cujos pilares se fundamentam na medicina comunitária, baseada numa proposta de reativação do sistema de Saúde Pública, com vistas a promover a equidade.

A ESF teve origem nas experiências exitosas com o trabalho de agentes comunitários de saúde no Paraná e no Mato Grosso do Sul e com o Programa de Agentes de Saúde implantado pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará em 1987 para reduzir a mortalidade infantil, que na época se apresentava com altos índices. Diante dos resultados positivos, em 1991 o Ministério da Saúde (MS) ampliou essa proposta para todo o país com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o principal objetivo de fortalecer as relações entre serviços de saúde e comunidade, com base na mobilização social. (VANZIN; DAL POZ, 2005).

Em 1994, a ESF foi lançada pelo MS como política oficial de APS e como proposta de reorganização das ações de saúde na atenção básica. Mendes (2002) chama a atenção para o fato de que, ressaltando as peculiaridades, a ESF brasileira foi influenciada pelos modelos de “Promoção à Saúde” (Canadá) e “Médico da Família” (Cuba).

Considerada pelo MS como a principal porta de entrada para o SUS, a ESF tem a responsabilidade de contribuir para a reorientação do modelo assistencial com base no desenvolvimento de ações de atenção à saúde na rede básica de serviços, levando em conta os princípios e diretrizes do SUS. Por prever a estruturação de um sistema de financiamento específico para o setor saúde, a NOB/1996 (BRASIL, 1996a), pode ser tida como uma das molas propulsoras da grande expansão da ESF no território brasileiro.

A ESF surge e se consolida como possibilidade de substituir o modelo hegemônico médico-assistencial privatista, cuja atenção está centrada em nível terciário, no qual o hospital é eleito como principal instância de desenvolvimento das práticas de saúde. Nesse sentido, ela é apontada como estratégia de reorganização da ABS, porquanto seus

princípios indicam que as ações devem centrar-se preferencialmente, nas necessidades e potencialidades das famílias que residem na área de abrangência, e não apenas na cura de doenças.

As diretrizes nacionais elaboradas pelo MS foram definidas de forma a permitir a implantação de modelos de acordo com as características municipais e até locais; as três esferas de governo têm responsabilidades na gestão da ABS, e apesar de serem distintas, apresentam interdependência para um bom funcionamento do sistema. Conforme definição do MS (BRASIL, 2009a), essas responsabilidades são:

1. Esfera Federal: elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; co-financiar o sistema de atenção básica; ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica; manter as bases de dados nacionais.

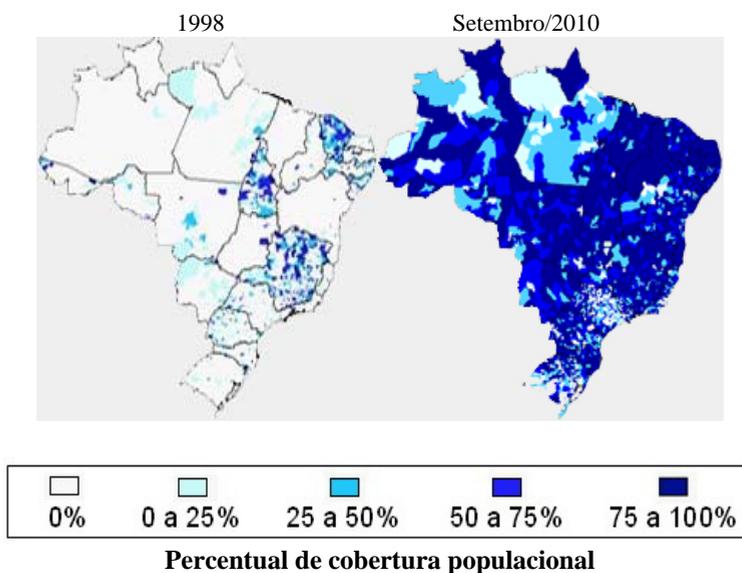
2. Esfera Estadual: acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; regular as relações intermunicipais; coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; co-financiar as ações de atenção básica; auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

3. Esfera Municipal: definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); co-financiar as ações de atenção básica; alimentar os sistemas de informação; avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

No que se refere à sua organização, a equipe básica da ESF é composta por um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) “em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS”. (BRASIL, 2006c, p. 23). A equipe ampliada conta com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Cada equipe é responsável por até 4.000 pessoas, e a atuação profissional deve ocorrer

na unidade de saúde e nos domicílios, visando à mobilização da comunidade e estimulando o controle social.

O processo de implantação da ESF vem expandindo-se em todo o território brasileiro. Ao analisar a situação entre os anos de 2003 e 2010, pelos dados disponíveis no site do MS em fevereiro de 2011, observa-se que: o número de Equipes de Saúde da Família implantado saltou de 19.000 para 30.328; o total de municípios, de 4.400 para 5.251 e, a cobertura populacional, de 35,7%, que correspondia a 62,3 milhões de pessoas, para 60,9% da população brasileira, o que representa 115,4 milhões de pessoas. (BRASIL, 2009a). A figura a seguir demonstra a expansão da cobertura entre o ano de 1998 e o mês de setembro de 2010, na qual se observa maior concentração de municípios com cobertura entre 50 e 100%.



Fonte: Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas>>. Acesso em: 01 dez. 2010.

Figura 1: Expansão das Equipes de Saúde da Família – 1998/setembro de 2010.

As mudanças ocorridas no contexto da saúde ao longo dos últimos anos revelam que a saúde vem caracterizando-se como um

campo de promoção de práticas socialmente estruturadas. Mesmo observando que a cultura de valorização do modelo de saúde médico-centrado ainda está presente no sistema de saúde brasileiro, cada vez mais se percebe uma sensibilização quanto ao entendimento de que a promoção da saúde exige intervenções multiprofissionais com práticas interdisciplinares. A interlocução dos saberes desses profissionais deve propiciar a interação do conhecimento técnico/científico com o saber popular, considerando a multiplicidade de fatores imbricados no processo saúde/doença.

Há muito tempo a sociedade brasileira convive com problemas que influenciam a rotina dos serviços de saúde, problemas esses que levam a equipe de saúde a um sentimento de incapacidade para responder às necessidades da demanda, principalmente no tocante à inserção da comunidade na rotina dos serviços de saúde para estimular a (co)responsabilização.

Em 2006 a Portaria 648-MS de 28 de março, aprovou e regulamentou a Política Nacional de Atenção Básica² (PNAB), que estabelece a revisão de diretrizes e normas e elege a ESF como estratégia prioritária para organizar a AB no território brasileiro. Esse documento aponta algumas áreas estratégicas que devem compor a AB ao mesmo tempo em que considera a possibilidade de outras prioridades definidas em âmbitos regionais por meio das pactuações. Dispõe, ainda, sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da AB, orientando, inclusive, sobre o processo de trabalho nesse âmbito na ESF e regulamentando as atividades que devem ser realizadas por todos os membros da equipe.

Na ESF, como membro da equipe mínima, a enfermeira pode desenvolver atividades na unidade de saúde, relacionadas aos procedimentos específicos de sua categoria profissional com ações diretamente voltadas para a atenção a população, como a Consulta de Enfermagem (CE), a Visita Domiciliar (VD) e o trabalho com grupos. Atua também em atividades de apoio e supervisão ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do técnico ou auxiliar de

² A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006c).

enfermagem, podendo ainda assumir a gerência da unidade de saúde.

Especificamente na promoção da saúde da pessoa idosa na AB, são atividades de competência da enfermeira:

a) Realizar atenção integral às pessoas idosas; b) Realizar assistência domiciliar, quando necessário; c) Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observando 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).

Considerando as configurações social e política do contexto no qual a ESF foi gestada, fica clara a necessidade de investir em práticas de saúde que contribuam para o deslocamento de ações centradas no corpo biológico para aquelas centradas nos corpos sociais. Enquanto prática social, historicamente o trabalho da enfermeira sempre teve o cuidado humano como núcleo de sua competência e a pessoa como foco de sua atuação, condições estas que favorecem a inserção de seu trabalho nessa estratégia.

Na ESF, existem inúmeras possibilidades de que a atuação dos profissionais possa transpor a rigidez do trabalho hierarquizado e verticalizado, construindo possibilidades de melhor interação entre os profissionais pautada em um planejamento horizontal, flexível e democrático, envolvendo toda a equipe e se deslocando para o usuário, a família e a comunidade.

2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL

Em todo o mundo, observa-se que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo de forma acelerada, levando à constatação

de que o envelhecimento populacional se constitui num fenômeno global caracterizado por um crescimento gradual que vem resultando numa vida cada vez mais longa. Em estudo que apresenta reflexões acerca da longevidade e suas implicações para o setor da saúde, Veras (2001, p. 12) demonstra que, “enquanto a população brasileira estará crescendo em 5 vezes, o grupo de idosos estará se ampliando em 16 vezes”, situação essa que demanda por investimento em ações de promoção de saúde visando ao controle de causas, de riscos e de danos em todas as fases do ciclo vital, com vistas a uma velhice com qualidade.

Os avanços científicos e tecnológicos, como o incremento de exames diagnósticos e a descoberta de medicamentos mais eficazes, tiveram forte influência nesse prolongamento da vida. Entretanto, o estilo de vida, o ambiente e a herança genética também têm participação decisiva no envelhecimento humano. Vive-se hoje um fenômeno em escala mundial, o qual, por um lado, representa um triunfo da ciência, e por outro, uma preocupação e um desafio social, pois o aumento da expectativa de vida resultou na longevidade do ser humano, que veio acompanhada das implicações quando essa se amplia.

Hayflick (1997) salienta que o progresso casou impacto sobre a longevidade humana, mas não aumentou o tempo máximo que o ser humano pode viver nem aumentou a possibilidade de qualidade a esse período expandido. Para esse autor, é mais importante considerar a expectativa de vida saudável, ativa ou funcional, que determina o número de anos que se espera viver com boa saúde, a buscar saber quantos anos a pessoa ainda vai viver.

A principal preocupação dos gerontologistas concentra-se não apenas em estender o tempo de vida, mas em acrescentar vida aos anos que se sucedem, uma vez que o fenômeno do envelhecimento nos encaminha para a necessidade de estabelecer reflexões e discussões nos campos social e econômico.

Nesse aspecto, Camarano e Pasinato (2004) chamam a atenção para o fato de que nos países desenvolvidos o envelhecimento populacional foi privilegiado por uma situação socioeconômica que estimulou a ampliação e consolidação de uma rede de amparo social, ao contrário do que vem ocorrendo nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse fenômeno, observado a partir de 1990, coincidiu com uma fase em que o país conviveu com um período prolongado de crises conjuntural e fiscal, influenciando negativamente o processo de consolidação de políticas públicas para a população em geral e para os idosos em particular.

É preciso mencionar que o aumento da população idosa no Brasil vem ocorrendo desde a década de 1970, em que a faixa etária acima de 60 anos de idade é a que mais cresce em termos proporcionais, alcançando 9% da população geral (BRASIL, 2000); estudos de projeção dão conta de que em 2025 o Brasil terá uma população de 34 milhões de idosos, alcançando a sexta posição mundial. Na prática, observa-se um descompasso entre tais projeções e a organização dos serviços de saúde, incluindo aí a sensibilização dos profissionais.

No Brasil, no ano 2000 o número de idosos era de 14,5 milhões, 8,6% da população total, e no censo de 2010 esse número alcançou o total de 18 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, representando 12% da população brasileira. (BRASIL, 2000, 2010). Esses dados vão ao encontro das observações de Camarano (2006), ao comentar que o envelhecimento da população brasileira “[...] mais que dobrou nos últimos 50 anos: passou de 4% em 1940 para 8,6 em 2000. Projeções recentes indicam que esse segmento poderá ser responsável por 15% da população brasileira no ano de 2020 [...]. (CAMARANO, 2006, p. 90).

Tal assertiva remete à compreensão de que o aumento da população idosa deveria ser precedido de políticas públicas que propiciassem condições favoráveis de vida para essa parcela populacional, com vistas a estimular um envelhecimento ativo numa perspectiva mais ampla. O envelhecimento ativo deve ser entendido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. (OMS, 2005, p. 13).

O cenário da velhice que se delinea para um futuro próximo no Brasil requer que as práticas de promoção da saúde voltadas para o idoso sejam permeadas por situações que contribuam para prepará-lo para enfrentar as várias realidades que se apresentarão no decorrer de sua vida. Desse modo, a estruturação da atenção à saúde do idoso deve primar pela materialização de práticas pautadas em referenciais críticos, com um olhar mais emancipador, conduzindo para uma velhice bem-sucedida. (BOTH, 2006).

No Brasil, as políticas públicas referentes ao envelhecimento surgiram, especificamente no campo da aposentadoria, com a publicação da Lei Eloy Chaves, em 1923, tendo como marco legal o Sistema Previdenciário. Mas só em 1994, com a publicação da Lei 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, há realmente uma alavancagem mais direcionada.

Entre os marcos históricos que delineiam essa temática, destacam-se:

- em 1977 - criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que unificou a assistência previdenciária; (CABRAL, 2004).
- em 1982 - realização da Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Viena, que elaborou diretrizes do Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento (PAME), considerado importante ponto de referência para as políticas sociais destinadas ao idoso; (SAAD, 2001).
- em 1986 - realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que propôs a democratização das ações de saúde, criando um sistema nacional de saúde e ampliando seu acesso a toda a população; (BRASIL, 1986).
- em 1988 - promulgação da nova Constituição, que abarca as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, garantindo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; (BRASIL, 1988).
- em 1996 - regulamentação da Lei 8.842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, objetivando “assegurar os direitos sociais do idoso”, e orienta sobre a criação de condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade; (BRASIL, 1996c, p. 1).
- em 1997 - a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Jacarta, Indonésia, incluiu a atenção ao idoso como uma das prioridades em sua pauta de discussões; (BRASIL, 2002b).
- em 1999 - publicação da Política Nacional de Saúde do Idoso, que define linhas e diretrizes essenciais para um envelhecimento saudável; (BRASIL, 1999).
- em 2002 - realização da II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Madri, que elencou três áreas prioritárias: 1) *os idosos e o processo de desenvolvimento*; 2) *a promoção da saúde e do bem-estar para todo o ciclo da vida* e 3) *a criação de contextos propícios e favoráveis, que promovam políticas orientadas para a família e a comunidade como base para um envelhecimento seguro*, originando aí o Plano Internacional para o Envelhecimento; (BRASIL, 2003).
- em 2003 - realização da Conferência Intergovernamental

sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, no Chile, em que se elaboraram metas e estratégias para alcançar as propostas acordadas em Madri. Nessa conferência ficou acordado que os países participantes deveriam criar condições que favorecessem um envelhecimento saudável e digno, de acordo com a realidade de cada um. Na saúde, a meta principal foi garantir o acesso a serviços de saúde integrais e adequados às necessidades da população idosa, de maneira a garantir melhor qualidade de vida com manutenção da funcionalidade e da autonomia; (OMS, 2005).

- em 2004 - a regulamentação da Lei 10.741/2003, que trata do Estatuto do Idoso, assegurando os direitos do idoso; (BRASIL, 2004).
- em 2006 - com os seguintes fatos:

- Realização da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, na qual se discutiram e se aprovaram deliberações por eixos temáticos com vistas a garantir e ampliar os direitos do idoso, com a criação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI. (BRASIL, 2009b).

- Publicação da Portaria 399/GM, que divulga o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e elege a saúde do idoso como uma de suas prioridades. (BRASIL, 2006d).

- Publicação da Portaria nº 2.528, que atualiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, considerando as orientações do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e a pactuação da Comissão Intergestores Tripartite. (BRASIL, 2006a).

- Publicação da Portaria nº 648, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e para o Programa de Saúde da Família. (BRASIL, 2006c).

- Publicação do nº 19 dos Cadernos de Atenção Básica, que oferece subsídios técnicos de orientação ao processo de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na promoção do envelhecimento saudável. (BRASIL, 2006b).

Uma leitura mais atenta desse arcabouço jurídico permite refletir e ponderar acerca do avanço teórico que hoje se vivencia em relação às políticas de promoção de um envelhecimento saudável. Entretanto, os profissionais de saúde, a sociedade e o governo se deparam com sérios desafios contextuais para encontrar os modos e os meios de implementar ações que contribuam para materializar as propostas; o grande desafio

reside em superar as diferenças sociais, econômicas e culturais, historicamente arraigadas na sociedade brasileira.

O processo de envelhecimento fez emergir uma grande diversidade de demandas sociais, incluindo as necessidades de saúde, para o desenvolvimento de uma atenção efetiva às necessidades desse grupo populacional. A ESF tem o desafio de somar esforços para desenvolver ações de saúde que contribuam para a manutenção da autonomia e da independência do idoso, levando em conta que a atenção ao idoso requer uma estrutura de serviços específica em que a organização do processo de trabalho em saúde apresente características que atendam o perfil desse grupo, facilitando e estimulando o acesso.

É preciso compreender que o processo de envelhecimento apresenta várias dimensões que devem ser consideradas na abordagem ao idoso. Nesse sentido, as ações de atenção às pessoas desse grupo populacional, com base em políticas de saúde oficiais, devem ter como meta a manutenção do idoso na família e na comunidade de forma digna e confortável.

O processo de trabalho em saúde deve desenvolver ações de atenção à saúde que contribuam para o envelhecimento saudável. Nesse processo é imprescindível refletir acerca da revisão das ferramentas de trabalho utilizadas na atenção básica que, de algum modo, auxiliem a propor ações individuais e coletivas com caráter mais resolutivo, integral, universal, equânime, participativo e que considerem as necessidades de saúde da população. (MERHY, 2007).

Nessa perspectiva, o processo de trabalho em saúde se caracteriza como um campo no qual se localizam as possibilidades de emergir ações que, de alguma forma, contribuam para estimular o idoso a manter sua capacidade de autocuidado. Concordo com Veras (1999, p. 105) quando ele afirma que:

a população brasileira vive um processo de envelhecimento inexorável, que transformou substancialmente, nas últimas décadas, o seu perfil de morbidade e de mortalidade, tornando imprescindível a adoção de estratégias preventivas de saúde voltadas para esse segmento da população. Tais estratégias devem buscar desenvolver ações nos níveis primário, secundário e terciário, através de programas específicos de vacinação, quimioprofilaxia e aconselhamento de hábitos de vida saudável. (...). Toda essa atividade tem por objetivo o prolongamento e a melhora da qualidade de vida, buscando aumentar o período

de vida ativa, prevenindo perdas funcionais e recuperando incapacidades.

Diante do exposto, é necessário considerar que, quando se trabalha com a possibilidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, torna-se essencial estimular o desenvolvimento de atitudes de autocuidado no decorrer da vida, propiciando situações que garantam um envelhecimento cada vez mais saudável.

No cenário das práticas de saúde no Brasil, a ESF se apresenta como um campo propício para emergir possibilidades e oportunidades que estimulem o idoso a tomar decisões de forma mais autônoma e independente, considerando a multiplicidade de valores éticos, culturais e pessoais que estão embutidos no processo de viver.

Dessa forma, com a construção de um modelo voltado para a promoção da saúde e da qualidade de vida do idoso, cujo espaço de tratamento não se limita ao serviço de saúde, o profissional se depara com a necessidade de criar novas práticas que sensibilizem a comunidade para a mudança de posturas e atitudes acerca da saúde e da doença, uma vez que a sua participação é essencial para o sucesso desse novo paradigma.

As práticas de cuidado desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde na perspectiva de melhorar a qualidade de vida do idoso devem consistir em ferramentas que estimulem a possibilidade de encontrar caminhos para enfrentar a multiplicidade de fatores que envolvem o processo saúde/doença, com vistas a propiciar mudanças reais. Assim, convém salientar que essas práticas devem ser representadas, orientadas e justificadas com base nos pressupostos teórico-filosóficos que norteiam o processo de envelhecimento, bem como as políticas públicas que são palco dessas discussões.

2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

As últimas décadas foram marcadas por profundas transformações em vários setores da sociedade, incluindo aí as modificações demográficas, que resultaram no envelhecimento populacional, acompanhado da longevidade, que, conseqüentemente, vem exigindo mudanças nos serviços de saúde em relação à estrutura e aos processos de produção das ações.

No Brasil, a mudança do modelo de atenção à saúde exige a reestruturação do processo de trabalho nesse setor, cujo enfoque principal deve desviar-se do tratamento e da cura de doenças para a promoção da saúde.

O trabalho existe desde o surgimento do homem e está relacionado à produção e reprodução da vida. Vários pesquisadores têm desenvolvido estudos sobre as transformações no mundo do trabalho e suas repercussões na vida cotidiana, que, enquanto ação humana, não estiveram sempre relacionados ao mercado. O trabalho, como hoje está posto, é, majoritariamente, uma invenção da modernidade, já que se transformou em atividade remunerada, com valor social, que se realiza na esfera pública e possibilita ao ser humano a aquisição de uma identidade social. (GORZ, 2003).

Para Marx (2003, p. 211), “[...] o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. O trabalho humano se concretiza num processo orientado para um fim com a utilização de instrumentos de trabalho visando à transformação de um objeto. Marx (2003, p. 212) afirma ainda que o homem “não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade”.

Segundo Pires (2008), desde o início das civilizações a humanidade padece de problemas de saúde ao longo do seu ciclo vital, e a atenção à saúde dos doentes sempre exigiu um trabalho “diferenciado” com conhecimentos e capacidades específicas, reconhecida socialmente. As transformações que vêm ocorrendo no setor saúde são concebidas como resultantes do processo de desenvolvimento das sociedades, que, de certo modo, encaminha a humanidade para um cotidiano com necessidades plurais e complexas. Tal cenário exige um novo olhar para o ser humano, para os modos de vida, para os espaços de promoção da saúde e para o processo de trabalho nesse setor.

Ao longo da história, o processo de trabalho em saúde sofreu diversificadas transformações e forte influência da racionalidade positivista para compreender as doenças, resultando em um progresso excepcional do conhecimento. A expansão da complexidade dos problemas também impulsionou a produção do conhecimento, a formação de especialidades e o surgimento de diversas profissões, que caracterizam hoje o trabalho coletivo na área da saúde.

Por conseguinte, o processo de trabalho em saúde é hoje coletivo,

constituído por diversos profissionais de saúde e trabalhadores habilitados, que deveriam relacionar-se trocando informações técnicas para uma avaliação global do indivíduo assistido. Contudo, essa relação entre profissionais é insuficiente, e por vezes inexistente. (PIRES, 2008).

Com o processo de implantação da ESF surgiu a necessidade de reorganizar a estrutura e o funcionamento dos serviços a partir da territorialização, adstrição da população, acolhimento, estabelecimento de vínculos e comunicação, dentre outros aspectos, em oposição ao autoritarismo ao qual profissionais de saúde e comunidade estavam habituados.

Nessa nova configuração, o processo de trabalho em saúde pressupõe uma divisão horizontal, exigida pela complexidade dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde, e outra vertical, que exige a cooperação entre aqueles que executam o trabalho e o conhecimento técnico para a resolutividade das ações e garantia da integralidade do atendimento. (NOGUEIRA, 2000).

Teoricamente, a ESF prima pela construção de uma maneira diferenciada de operar os processos de trabalho de modo que possa contribuir para a reorganização da atenção básica, desencadeando mudanças nos outros níveis do sistema, assegurando assim a resolutividade. Essa nova configuração se materializa sob a forma de um trabalho coletivo envolvendo profissionais e comunidade. Segundo Campos (1997, p. 155):

a ideia de processo de trabalho em equipes objetivaria também facilitar a superação da inércia e da indiferença burocrática, marca registrada do serviço público de saúde. O resgate de um certo profissionalismo, da capacidade de iniciativa e a superação da tradicional alienação do profissional de saúde de seu objetivo e dos instrumentos de trabalho poderiam ser alcançados por meio da instituição de um radical processo de descentralização, que delegasse a cada um desses grupos ampla autonomia para organizar seu processo de trabalho e estabelecer seus próprios objetivos e metas.

O trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade de trabalho coletivo que se concretiza na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas dos profissionais de diferentes áreas que

buscam articular as ações e facilitar a cooperação em equipe por meio da comunicação. Essa nova configuração de trabalho requer uma concepção diferenciada por parte dos profissionais e dos gestores no que se refere aos meios e aos fins; uma concepção diferenciada de trabalho pressupõe a recomposição de diferentes processos que permitam a flexibilização do trabalho, preservando suas peculiaridades técnicas. (PEDUZZI, 2000).

Os debates em torno das necessidades e problemas da população com vistas a fundamentar a reorganização dos serviços de saúde têm sido a tônica de encontros científicos em várias áreas do conhecimento humano. De acordo com a perspectiva da Nova Promoção da Saúde discutida por Santos (1994), não são apenas os conflitos e problemas que fazem parte do cotidiano: nesse âmbito estão incluídos os potenciais, as alternativas, as soluções criativas. Para esse autor, “[...] o tempo e o espaço que contêm a variedade das coisas e das ações também incluem a multiplicidade infinita de perspectivas”. Complementa, comentando que o espaço de promoção da saúde deve transitar de uma percepção reducionista “como simples materialidade, isto é, o domínio da necessidade”, para outra mais ampliada, percebida “como teatro obrigatório da ação, isto é, o domínio da liberdade”. (SANTOS, 1994, p. 39).

O trabalho exerce uma função psicológica de especificidade peculiar, é um campo essencial do desenvolvimento humano, uma vez que fornece ao trabalhador a possibilidade de “sair de si”, dirigir-se ao outro e, assim, desenvolver-se como ser humano. O trabalhador sempre acrescenta algo de seu, pessoal e coletivamente, ao trabalho realizado. (CLOT, 2006).

Esse novo desenho do processo de trabalho em saúde orientado pelos princípios da APS exige a associação de conhecimentos técnicos, de configurações tecnológicas inovadoras e novas micropolíticas com base em reflexões acerca da reestruturação produtiva e da transição tecnológica. Numa discussão a respeito da tecnologia e organização social do trabalho, Mendes-Gonçalves (1994, p. 32) coloca que a tecnologia não é um instrumento material, mas um “conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”. O referido autor afirma ainda que a tecnologia “é algo que se constitui dentro dos processos de trabalho, e só dentro deles, apontando ao mesmo tempo para suas dimensões técnicas e sociais”. (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 126).

O trabalho pretendido na APS busca superar práticas

fragmentadas e individualizadas. Ele nasce de observações sobre o que deve ser descartado e o que pode ser potencializado, reestruturado, criado e reinventado para acompanhar a evolução das necessidades de saúde contemporâneas, sempre considerando as regulamentações políticas. Essas colocações podem ser reafirmadas nas concepções de Schwartz (2000), ao afirmar que o trabalho é precedido de “normas antecedentes”, como as prescrições oficiais e as regras propostas ao longo da história pelos coletivos que figuram no mundo do trabalho.

Para Merhy (2007), no trabalho em saúde o profissional tem como instrumentos as tecnologias leves – entre as quais estão os tipos de abordagem utilizados pelos profissionais de saúde nos “espaços de interseções”, como o acolhimento, a vinculação, a responsabilização e outros; as tecnologias leve-duras – constituídas pelos saberes estruturados dos diferentes profissionais e diferentes categorias; e as tecnologias duras – que são apoios diagnósticos, materiais médico-hospitalares etc. Para esse autor, o modelo assistencial desenvolvido em determinado sistema de saúde se expressa a partir da utilização e gestão dessas tecnologias.

O avanço do conhecimento teórico/prático sobre as condições de vida das populações mediante investigações científicas tem contribuído para a estruturação de um aparato de conteúdos que capacitam os profissionais de saúde para a materialização de processos de trabalho mais condizentes com as necessidades sociais reais e potenciais. Convém salientar que a saúde se caracteriza como um campo de práticas sociais, e entre as profissões que figuram em tal cenário está a enfermagem, que se constitui como parte de um processo que deve estabelecer relações internas e externas nessa dinâmica social.

Na prática, a enfermeira que atua na ESF se depara com realidades inesperadas, necessitando desenvolver habilidades para lidar com a complexidade do processo de trabalho para auxiliar na resolução de problemas variados, uma vez que as questões apresentadas pela demanda vão além da doença e exigem um instrumental diferenciado na tomada de decisões. Na ESF, o modo de operar os processos de trabalho para promover uma vida saudável deve estar alinhado à possibilidade de enfrentar as desigualdades das condições de vida das pessoas, incluindo o acesso a bens e serviços que contribuem para uma boa qualidade de vida.

Pires (2008, p. 243) diz:

Compartilho da ideia de que os serviços de saúde devem estar voltados para o atendimento das necessidades da população, devem ser de

qualidade e acessíveis a todos, envolver todos os níveis de complexidade, respeitar o homem na sua individualidade e integralidade e como ser social, não apenas como corpo biológico; contar com profissionais qualificados, valorizados e bem remunerados, conscientes de suas responsabilidades e que potencializem as suas especificidades profissionais num eficaz, criativo e solidário trabalho em equipe.

As ideias contidas nessa citação mostram compatibilidade com as propostas da APS, e mais especificamente com os pressupostos que fundamentam a organização do processo de trabalho em saúde na ESF. A reorganização da atenção básica permite o desencadeamento de mudanças substanciais em todo o sistema de saúde, daí as possibilidades de contribuição para a mudança do modelo de atenção à saúde.

A ESF traz em seu bojo uma proposta de trabalho com intervenções coletivas alicerçadas no acolhimento e no vínculo com a demanda por meio de uma relação dialógica pautada no reconhecimento do usuário como um ser histórico, com vivências e experiências que podem contribuir para mudanças no contexto da saúde. Desse modo, os princípios e diretrizes dessa estratégia pressupõem o desenvolvimento de práticas coletivas que, na essência, são práticas privilegiadas por proporem um cuidado diferenciado e interativo que se caracteriza por potentes “espaços” geradores de autonomia no processo de trabalho.

A estrutura de trabalho no âmbito da ESF tem o propósito de ir contra uma assistência à saúde fragmentada, compartimentada, que considera o usuário como mero objeto de intervenção; propõe-se horizontalizar o processo de trabalho com base em práticas democráticas, descentralizadoras, criativas e emancipatórias, nas quais o indivíduo é visto como sujeito.

Promoção da saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família: revisitando a literatura

Elderly Health Promotion in the Family Health Strategy: reviewing the literature

Promoción de la salud del anciano en la Estrategia de Salud de la Familia: revisando la literatura

Gleide Magali Lemos Pinheiro³
Ângela Maria Alvarez⁴
Lúcia Hisako Takase Gonçalves⁵

Resumo: Este estudo objetivou identificar temas emergentes na produção científica sobre a promoção da saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF) com base na análise dos objetivos, dos referenciais teóricos e das recomendações contidas nos artigos selecionados nas bases de dados oficiais. O material selecionado foi submetido à Técnica de Análise de Conteúdo, dando origem a quatro categorias: *dimensão política*; *dimensão biológica*; *dimensão social e dimensão profissional*. A produção científica analisada apresentou reflexões acerca da necessidade de uma abordagem multidimensional ao idoso, conforme orientações contidas nas políticas de saúde. Entretanto, observou-se que os aspectos biológicos ocupam lugar de destaque nas discussões apresentadas nesses textos, permeando, inclusive, a abordagem dos demais aspectos. Tal fato demonstra que a prática profissional na ESF ainda se fundamenta em paradigmas que dificultam a transição para conceber um cuidado ao idoso de forma integral e integrada.

Descritores: Saúde do Idoso; Programa de Saúde da Família; Promoção da Saúde.

³Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Prof^ª Assistente do Depto de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (DS/UESB). Membro do Grupo de Pesquisa e Estudos do Envelhecimento (DS/UESB). gleidemlp@gmail.com.

⁴Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pelo PEN/UFSC. Prof^ª do PEN/UFSC. Coordenadora do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC). Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). alvarez@ccs.ufsc.br.

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EESP/USP. Prof^ª aposentada do PEN/UFSC. Pesquisadora do CNPq. Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). Florianópolis/SC. Itakase@gmail.com.

Abstract: This study aimed to identify emerging issues of the scientific literature about health promotion for the elderly in the Family Health Strategy from the analysis of objectives, theoretical frameworks and recommendations contained in the articles selected from the official databases. The selected material was subjected to Content Analysis Technique, what led to four categories: *political dimension*; *biological dimension*, *social dimension* and *professional dimension*. The analyzed scientific literature showed reflections about the need for a multidimensional approach to the elderly, according to guidelines of health policies, however, the biological aspects figure prominently in the discussions presented in these texts, permeating even the approach of the other aspects. This shows that the professional practice in the Family Health Strategy still relies on paradigms that hinder the transition to design an elderly care in an integral and integrated way.

Key words: Health of the Elderly; Family Health Program; Health Promotion.

Resumen: Este estudio objetivó identificar temas emergentes en la producción científica sobre la promoción de la salud del anciano en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) a partir del análisis de los objetivos, de los referenciales teóricos y de las recomendaciones contenidas en los artículos seleccionados en las bases de datos oficiales. El material seleccionado fue sometido a la Técnica de Análisis de contenido, dando origen a cuatro categorías: *dimensión política*; *dimensión biológica*; *dimensión social* y *dimensión profesional*. La producción científica analizada presentó reflexiones acerca de la necesidad de un abordaje multidimensional al anciano, conforme orientaciones contenidas en las políticas de Salud, entretanto, se observó que los aspectos biológicos ocupan lugar de destaque en las discusiones presentes en esos textos, permeando, inclusive, el abordaje de los demás aspectos. Tal hecho demuestra que la práctica profesional en la ESF todavía se fundamenta en paradigmas que dificultan la transición para concebir un cuidado al anciano de forma integral e integrada.

Descriptor: Salud del Anciano; Programa de Salud Familiar; Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a Constituição Federal de 1988 estimularam importantes debates sobre a saúde do povo brasileiro ao proporem a criação de um sistema de saúde

com bases democráticas, garantindo legalmente o resgate da sua cidadania ao determinar a implantação de um sistema de saúde fundamentado nos princípios da Universalidade, da Integralidade, da Equidade, da Resolutividade e da Participação Social⁽¹⁾. A RSB defende a reestruturação do sistema de saúde com base no entendimento de que as ações de promoção da saúde se apresentam como estratégia única para dar conta das complexidades dos problemas de saúde que afetam as populações humanas⁽²⁾.

Após mais de 30 anos de discussão acerca da promoção da saúde das populações, os países em desenvolvimento ainda convivem com profundas desigualdades na oferta dos serviços de saúde e no seu acesso, no perfil epidemiológico, na distribuição de renda, no baixo nível de escolaridade e nas condições precárias de moradia e de trabalho. A Carta de Otawa se caracteriza como um dos documentos que mais contribuíram para a concepção atual de promoção da saúde, porquanto a associa a “um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, dentre outros”⁽³⁾.

No contexto das reformas em saúde com vistas a estimular o desenvolvimento de ações para promovê-la, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge no Brasil como uma das principais possibilidades de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) com características peculiares no que se refere a ampliação do acesso e estímulo à equidade. Em relação aos espaços de produção da saúde e organização do processo de trabalho, à ESF coube a responsabilidade de contribuir para reestruturar o modelo de atenção à saúde, objetivando reorganizar a prática assistencial, integrar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com base no conhecimento dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença⁽⁴⁾.

Paralelamente a essas mudanças no sistema de saúde, a sociedade brasileira começa a conviver com as alterações na pirâmide etária, em que se eleva gradualmente a expectativa de vida, com repercussão no perfil epidemiológico, emergindo novas necessidades sociais e de saúde que exigem um olhar diferenciado por parte dos profissionais da área. Esse novo cenário requer uma reestruturação do processo de trabalho em saúde em todos os níveis de atenção, embora seja na atenção básica que se concentre a maior responsabilidade de instituir ações que restaurem a saúde e estimulem o autocuidado na expectativa de contribuir para um envelhecimento saudável.

Estudos epidemiológicos vêm apontando que as doenças e as

limitações consequentes ao envelhecimento não são totalmente inevitáveis, mas o acesso aos serviços preventivos que estimulam a adoção de hábitos saudáveis contribui para resultados mais favoráveis à vida e à saúde do idoso. Desse modo, é essencial desenvolver estratégias que permitam o conhecimento da multiplicidade de fatores relacionados ao processo saúde/doença que orientem as ações de promoção da saúde direcionadas à população que envelhece.

No cenário mundial, discussões acerca da promoção da saúde do idoso foram inseridas como prioridade na Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1997 em Jacarta, Indonésia. Posteriormente, na Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde realizada em Genebra, Suíça, no ano de 1998, temas acerca das mudanças demográficas voltaram a ser abordados⁽³⁾.

No Brasil, as discussões em torno da promoção de um envelhecimento saudável vêm ganhando espaços cada vez maiores nas conferências de saúde e nos encontros científicos. No que se refere à regulamentação de ações que encaminhem para esse fim, a Lei 8.842/1994 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). No Capítulo IV, inciso II, essa lei dita as ações governamentais para promover um envelhecimento saudável, quando, no item b, prevê a necessidade de “prevenir, promover e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas”⁽⁴⁾. Com a regulamentação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) em 1999, e com sua atualização por meio da Portaria que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), podemos afirmar que a atenção à saúde do idoso passa a exigir das autoridades e profissionais de saúde um olhar mais específico, culminando com a publicação n° 19 dos Cadernos de Atenção Básica à Saúde⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

No âmbito da Atenção Básica⁶, a ESF foi eleita como estratégia prioritária para organizar os serviços de promoção da saúde no território brasileiro. fato que nos estimulou a realizar uma pesquisa bibliográfica. Para tanto, objetivamos identificar os principais temas emergentes na produção científica sobre a atenção à saúde do idoso na Estratégia de

⁶ A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca promover saúde, prevenir e tratar doenças e reduzir danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável⁽⁸⁾.

Saúde da Família com base na análise dos referenciais teóricos, das considerações finais e das recomendações contidas nos artigos publicados nas bases de dados nacionais e internacionais entre os anos de 1994 e 2009.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A opção por realizar um estudo bibliográfico focalizando esse tema justificou-se porque esse método propicia a análise de pesquisas científicas de forma ordenada, possibilitando acessar o conhecimento publicado com uma temática de interesse. Uma revisão de literatura, independente da sua modalidade, tem como objetivo principal sintetizar o conhecimento da literatura publicada para melhor avaliar o fenômeno estudado. De modo geral, esse método permite incorporar uma ampla variedade de finalidades, como: definir conceitos, revisar teorias e evidências e analisar metodologicamente determinado tópico⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Autores que tratam da tipologia das revisões de literatura recomendam determinados critérios e passos metodológicos a fim de reduzir o risco de erros. Neste estudo, seguimos os seguintes passos: elaboração da questão relacionada ao fenômeno a ser estudado; escolha de descritores em conformidade com as bases de dados nacional e internacional; seleção da questão temática; estabelecimento de critérios para seleção da amostra; representação das características da pesquisa original, análise dos dados, interpretação dos resultados e discussão⁽⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁾.

Os bancos de dados foram acessados gratuitamente por meio do sistema Virtual Private Network (VPN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que possibilita acessar resumos e recuperar textos em várias bases de dados a partir do site da Biblioteca Universitária.

O período de busca selecionado compreendeu o ano de 1994, porquanto coincide com a implantação da ESF e a publicação da PNI, até o mês de junho de 2010, que corresponde ao período de seleção de materiais para o estudo. A revisão foi feita nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde da BIREME, especificamente o SciELO (Scientific Electronic Library Online), na Lilacs Express, no Portal de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e publicações do Ministério da Saúde (MS).

Critérios de inclusão: artigos que impreterivelmente apresentassem os descritores ou expressões “Estratégia de Saúde da Família” ou “Programa de Saúde da Família” e “Saúde do Idoso” e/ou

“Idoso” e/ou “Envelhecimento”; artigos de pesquisas qualitativas e/ou quantitativas, revisão de literatura, ensaios, relatos de experiência e reflexão teórica publicados em periódicos das bases de dados nacionais e internacionais.

Critérios de exclusão: duplicidade de publicações, cartas, editoriais, resumos em anais de eventos ou periódicos e publicações em outros idiomas que não fossem inglês, espanhol e português.

Foram selecionados 48 artigos pelo título e 31 pelo teor dos resumos, dos quais 24 compuseram a amostra deste estudo⁷. Os textos selecionados apresentaram as seguintes características: 52% de base epidemiológica e 48% descritivo/exploratório; observou-se maior número de publicações a partir de 2000, com expressiva concentração nas regiões Sudeste e Sul; quanto à autoria das publicações, a enfermagem foi responsável por 48%, seguida de estudos multidisciplinares com 40%, dos quais a medicina participou com 30%, seguida da enfermagem com 27%. Nos estudos multidisciplinares, percebemos a participação de profissionais da área da saúde, das ciências sociais e da educação, evidenciando certa pluralidade de abordagens nas quais o fenômeno do envelhecimento se inscreve.

O material foi submetido à técnica de Análise de Conteúdo (AC), obedecendo aos estágios de: pré-análise, constituição do corpus, seleção das unidades de significância (USs), classificação, codificação e categorização⁽¹²⁾. Com análise do conjunto de materiais selecionados, identificamos os discursos contidos na literatura científica produzida acerca da promoção da saúde do idoso no âmbito da ESF. Esses discursos foram classificados em Unidades de Significado (USs) e agrupados por similaridade de conteúdos em quatro categorias empíricas: 1) Dimensão Política; 2) Dimensão Biológica 3) Dimensão Social e 4) Dimensão Profissional.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A categoria **Dimensão Política** emergiu das seguintes USs: Política Nacional de Saúde do Idoso; efetividade na oferta; modelo tradicional; promoção da saúde; acesso a medicamentos; utilização de serviços de saúde; indicadores de saúde; saúde do idoso; medidas preventivas; redução de desigualdades em saúde; gestores de saúde; planejamento dos serviços; treinamento; capacitação; adequação às necessidades; desigualdade de acesso a medicamentos; ampliação do

⁷ Os textos que compuseram a amostra deste estudo estão disponíveis nas referências bibliográficas⁽¹⁷⁻⁴⁰⁾.

acesso; baixa resolutividade; recuperação; efetividade; oferta insuficiente; modelo de atenção; padrões de utilização dos serviços; consolidação do SUS; instrumentalização das equipes e da ESF; nova lógica de atenção; atendimento à demanda; perfil de saúde; situação de saúde/doença.

O termo “dimensão política” é muito utilizado no âmbito das políticas públicas e geralmente é definido como uma esfera que “[...] requer a atuação dos governos na garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades”⁽³⁾. Na área da saúde, desde meados da década de 1980 esse termo passou a figurar nos discursos que fundamentam a reestruturação do sistema de saúde no Brasil.

Assim, é possível afirmar que as unidades que compõem essa categoria também se caracterizam como eixos prioritários dos documentos oficiais que tratam da promoção da saúde da população no Brasil e no mundo. Desencadeada na década de 1970, uma ordem mundial de investir nas ações de promoção a saúde continua em curso; e, considerando as projeções demográficas que preveem um aumento considerável do número de idosos, discussões sobre a promoção da saúde para esse grupo etário têm-se tornando foco de muitos estudos.

Quando se fala na promoção da saúde para um envelhecimento saudável, imediatamente se evidencia a qualidade de vida. A partir dos anos de 1970, estudos acerca da qualidade de vida no processo de envelhecimento apresentam-se de forma recorrente. Muitas pesquisas têm revelado a saúde como um dos componentes mais importantes para a concretização de um envelhecimento saudável⁽¹³⁾.

Discussões em torno das ações de promoção da saúde comumente abordam a melhoria das condições de vida como uma das suas finalidades. Essa temática tem sido explorada por pesquisadores de várias ciências e já se incorporaram ao cotidiano dos serviços de saúde, considerando que o acréscimo de anos à vida reflete as condições de saúde, repercutindo no perfil de morbidade. Para estudiosos do envelhecimento, a preocupação principal deve girar em torno da manutenção da capacidade funcional com o intuito de preservar a autonomia do idoso pelo máximo de tempo possível.

Nos textos analisados emergiram preocupações em estabelecer uma aproximação com a população idosa na intenção de priorizar uma atenção planejada para os problemas reais e potenciais, com vistas a desenvolver ações de promoção da saúde consentâneas com o perfil socioepidemiológico identificado.

Estudos que tratam da promoção da saúde na velhice apontam a necessidade de avaliação e intervenção multidimensional com o usuário idoso; mas, nos textos analisados, foi na questão biológica que se concentrou a maior preocupação dos autores. O envelhecimento traz consigo o declínio da capacidade fisiológica, processo inerente ao envelhecimento celular. Questões com essa abordagem foram observadas nos estudos analisados, dando origem à categoria **Dimensão Biológica**.

Essa categoria englobou as USs: problemas de saúde; consumo/utilização de medicamentos; prevalência de morbidades; capacidade funcional; condições funcionais; hipertensão; diabetes mellitus; saúde mental; fatores associados à doença; padrão de locomoção; sexo; idade/faixa etária; integridade da pele; necessidades crônicas; vacinação; riscos de queda; prevalência de AVC; características epidemiológicas; doenças crônicas; classes medicamentosas; medicamentos prescritos; cura; reabilitação; limitações graduais; limitações fisiológicas; características patológicas; mobilidade física prejudicada; sono perturbado; manutenção ineficaz da saúde; reparação tecidual; fatores de risco; riscos intrínsecos; múltiplas patologias; equilíbrio e marcha prejudicados; prevalência de morbidades; dependência; associação de patologias; dependências diversas; comorbidade; múltipla medicação; automedicação; doença articular; higidez e tecido tegumentar.

Essas USs demonstram a frequência de problemas que acometem o idoso ao longo do processo de viver-envelhecer que poderiam ser adiados ou atenuados com uma intervenção multiprofissional em cooperação com familiares e outros atores sociais que integram o contexto no qual o idoso está inserido. A ideia primordial é que o trabalho com o idoso no âmbito da ESF tenha como finalidade uma expectativa de vida saudável, ativa e/ou funcional.

Mesmo considerando a importância das questões biológicas no envelhecimento, o foco da atenção não deve restringir-se a esses fatores: a atenção deve ser multidimensional e exige a remodelação do processo de trabalho com sensibilização dos membros da equipe quanto à importância de “promover saúde”, considerando o complexo sociocultural do idoso construído ao longo da vida.

A **Dimensão Social** “[...] inclui a maneira pela qual normas, costumes e processos sociais afetam a saúde”⁽³⁾. Essa dimensão englobou USs que tratavam das relações e eventos sociais que interferem na saúde dos idosos, tais como: percepção de saúde; condições/alterações cognitivas; condições afetivas; características

demográficas; características socioeconômicas; apoio/suporte social; melhoria da qualidade de vida; violência física; prevenção; condições de saúde; manutenção do estado de saúde; vida ativa, autônoma, independente e funcional; perfil de vida e saúde dos idosos; contexto social; alimentação; atividades educativas; socialização; erradicar preconceito; inatividade; piso escorregadio; escadas/degraus; calçados inadequados; dependência; vulnerabilidades estilo de vida; apoio dos familiares e contexto familiar.

A valorização do componente social nos estudos sobre envelhecimento é importante fator para promover a saúde desse grupo etário. Numa proposta de saúde preventiva, integral, equitativa e constituída de coletivos, o aspecto social não pode ser subestimado. Na trajetória desta investigação, observou-se a preocupação dos autores em alinhar o envelhecimento ao contexto social e cultural.

Ao olhar atentamente as USs dessa categoria, percebe-se a importância de maior investimento na reorganização dos serviços com base nos pressupostos paradigmáticos do novo modelo de atenção, valorizando o saber do senso comum, percebendo o cliente e a família como coparticipantes do processo de cuidado. Nessa direção, a proposta de reengenharia do sistema de saúde reforça a importância de valorizar o autocuidado e a atenção voltada para serviços sociais incentivando o fortalecimento do processo de democratização do setor saúde ⁽¹⁴⁾. Para tanto, são imprescindíveis alguns movimentos no interior do sistema.

Os estudos analisados revelam a possibilidade de um planejamento horizontalizado com fundamento na interação com usuários em bases metodológicas que valorizam a coletividade, reconhecendo que essas metodologias propiciam a interação e a geração de vínculos entre profissionais e a comunidade.

A categoria **Dimensão Profissional** englobou USs que tratam da atuação profissional para desenvolver ações de promoção da saúde do idoso no âmbito da ESF, tais como: competências; habilidades; atribuições; ações implementadas pela equipe; valorização/importância dispensada ao idoso pela equipe; planejamento de ações; cuidados domiciliares; ações individuais e coletivas; gestão do cuidado de enfermagem; ações de melhorias para o cuidado; cuidado de enfermagem; percepção de profissionais; perspectivas dos profissionais; orientação oportuna; instrumentalizar as equipes; educar a família; atendimento sistemático; avaliação global; linguagem acessível; percepção positiva da saúde; adequação da equipe; atenção da enfermeira; cuidado mais efetivo; intervenções pertinentes; qualidade do

desempenho; contato entre indivíduos e profissionais; estabelecer vínculo; ações individuais e coletivas; atuação interdisciplinar e intersetorial; trabalho centrado na família; consultas médicas; acompanhamento sistemático; ações educativas; diagnósticos de enfermagem.

Os temas abordados nas publicações analisadas que deram origem a essa categoria conduzem a uma reflexão acerca do trabalho, considerando as recomendações da ESF, que se constitui numa estratégia extremamente rica em recursos e possibilidades, estimulando o desenvolvimento de práticas numa perspectiva mais socializadora e emancipatória. Para tanto, torna-se essencial perceber que “a formação de recursos humanos em gerontologia diz respeito diretamente à qualidade de vida na velhice, uma vez que essa decorre da relação entre as condições físicas, competências comportamentais do idoso e as condições ambientais, mantendo relação direta com o bem-estar percebido”.^(15:281)

Considerando as recomendações legais acerca do processo de trabalho na ESF, a equipe, em parceria com a comunidade e interagindo com os equipamentos sociais disponíveis na área de atuação, deve pensar em desenvolver práticas de saúde que melhor contribuam para atender a população idosa. O conhecimento das condições de vida da população funciona como o fio condutor do processo de trabalho na ESF e permite estabelecer nova configuração, cuja recomposição se alinha à necessidade de utilizar diferentes tecnologias. Em sua essência, a ESF é permeada por uma proposta de trabalho coletivo com intervenções baseadas no acolhimento e no estabelecimento de vínculos por meio de uma relação dialógica.

O trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade que se materializa coletivamente na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e interações de profissionais de diferentes áreas que buscam articular as ações e facilitar a cooperação em equipe por meio da comunicação. Isolado, com conhecimento e ações específicas, o profissional não têm como responder à “complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral”^(16:152).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno da longevidade aumentou o número de pessoas com afecções crônicas, exigindo adaptações nos serviços de saúde e adequação do processo de trabalho de modo que as ações de promoção

da saúde contribuam para manter pessoas idosas ativas e participantes na família e na comunidade tão longamente possível, gozando de melhor qualidade de vida até o final de suas existências.

O conhecimento das condições de vida e saúde, incluindo aí os perfis socioeconômico e epidemiológico, constitui importante ferramenta para planejar ações de promoção da saúde do idoso em áreas de abrangência da ESF envolvendo a família e a comunidade. O reconhecimento dessa multiplicidade de fatores possibilitará a instituição de formas inovadas e expandidas de cuidar.

Nos estudos analisados percebemos uma priorização de temas que privilegiam os aspectos biológicos e as questões demográficas e epidemiológicas num cenário que tem como carro chefe ações de atenção primária à saúde, como a ESF; entendemos a necessidade de conhecer esses fatores, mas é importante considerar que a ESF se caracteriza como um rico espaço de produção de práticas de saúde no qual a utilização de tecnologias leves pode favorecer maior mobilização da própria equipe e da comunidade a partir do momento em que se incorporem ao papel dos sujeitos ativos determinantes de processos de mudança.

Nos textos analisados, as mudanças ocorridas na saúde do idoso com a implementação das ações da ESF foi pouco explorada, aparecendo de forma tímida nos textos elaborados por enfermeiras. Enquanto prática social focalizada no cuidado ao ser humano, a enfermagem deve repensar a promoção da saúde do idoso numa perspectiva mais ampla, englobando os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença no planejamento das ações com vistas a estimular o processo de um envelhecimento ativo e saudável.

Entretanto, não se pode perder de vista a proposta de intervenção multidisciplinar que a ESF traz em seu bojo; e, considerando as dimensões aqui apresentadas, entende-se que a melhor alternativa para promover a saúde do idoso é desenvolver práticas com perspectivas interdisciplinares. A literatura analisada apresentou reflexões e recomendações sobre a necessidade de uma abordagem multidimensional e efetiva ao usuário idoso por equipe multiprofissional, conforme disposto nas políticas de promoção da saúde. O discurso dos profissionais de saúde e dos pesquisadores ainda é centrado nos aspectos biológicos, demonstrando a necessidade de um salto de mudança paradigmática de uma visão biomédica para uma visão holística, integral e integrada do processo de viver humano.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986.
2. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Rev Ciência & Saúde Coletiva 2000; 5(1); 163-77.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Cartas da Promoção da Saúde. Brasília; 2002.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde, 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica n. 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: DF; 2006.
6. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=18541&word=idoso>> Acesso em: 07 abr 2009.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>
8. Ministério da Previdência Social (BR). Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Aprova a Política Nacional do Idoso. Brasília: Ministério da Previdência Social, 1994.
9. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafelz KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p. 231-50.
10. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health 1987 Mar; 10 (1):1-
11. Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 457-94.

12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 4 ed. Porto: Edições 70 – Reimpressão; 2009.
13. Callahan CM, McHorney CA. Successful aging and the humility of perspective. *Annals of Internal Med* 2003;139:389-90.
14. Mendes EV, organizador. *A saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec; 1998.
15. Diogo MJD. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. *Rev Latino-am Enferm*. 2004 mar-abr; 12(2):280-2.
16. Peduzzi M. A inserção da enfermeira na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: Secretaria do Estado da Saúde. *Seminário (SP). A enfermeira no Programa de Saúde da Família*. São Paulo: SES; 2000.
17. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pub*. 2003; 19(3): 839-847.
18. Vasconcelos FF, Victor JF, Moreira TMM, Araújo TL. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza – CE. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(12): 178-83.
19. Fernandes CL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela utilização coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4): 595-603.
20. Farinasso ALC, Marques S, Rodrigues MA, Haas VJ. Capacidade funcional e morbidade referidas em idosos de uma área de abrangência do PSF. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2006; 27(1):45-52.
21. Pacheco RO, Santos SSC. Avaliação global de idosos em PSF. *Textos sobre envelhecimento* 2004; 7(2).
22. Feliciano AB, Moraes Sade, Freitas ICM. O perfil de idosos de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6); 1575-85.
23. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(2); 267-80.
24. Castro MR, Vargas LA. A interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. *PHYSIS Rev de Saúde Coletiva* 2005; 15(2):329-51.

25. Araújo, LAO, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem do padrão mover em idosos em uma comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Escola de Enferm. USP.* 2005; 39(1): 53-61.
26. Souza LM, Morais EP, Barth QCM. Características demográfica, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, Brasil. *Rev latino-am Enferm.* 2006;14(6).
27. Resende DM, Bachion MM, Araújo AMO. Integridade de pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2005; 19(2); 168-73.
28. Picchini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS et al. Necessidades de Saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência Saúde Col.* 2006; 11(3); 657-66.
29. Pinto JLG, Garcia ACO, BocchiSCM, Carvalhães MABL. Características de apoio social a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência Saúde Col.* 2006; 11(3)753-64.
30. Cabral MHP. A Campanha Nacional de Vacinação de Idosos como estratégia de entrada do Programa de Saúde da Família em uma área programática de saúde do município do Rio de Janeiro – Planejamento, implementação e execução. *Cad Saúde Col.* 2006; 14(3); 425-34.
31. Marin MJS, Castilh NC, Myazato JC, Ribeiro PC, Candido DV. Características dos riscos para quedas entre idosos de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Mineira Enferm.;* 11(4); 369-74.
32. Pereira ABCNG, Alvarenga H, Pereira Júnior RS, Barbosa MTS. Prevalência de Acidente Vascular Cerebral em idosos do município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa de saúde da Família. *Cad Saúde Públ.* 2009; 25(9):1929-26.
33. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características de idosos em área de abrangência do Programa de Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para gestão do cuidado da enfermagem. *Saúde Sociedade* 2007; 16(1); 69-80.

34. Victor JF, Vasconcelos FdeF, Araújo ARde, Ximenes LB, Araújo TLde. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Rev Escola Enferm. USP* 2006;41(4):724-30.
35. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas. *Rev Saúde Públ.* 2009; 43(4): 604-12.
36. Ribeiro EE, Veras RP, Viegas K, Caldas CP, Maia-Ribeiro EA, Rocha MIUM et al. Projeto Idoso na Floresta: indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS) de Manaus-AM, Brasil. *Rev Bras de Geriatr Gerontol.* 2008. 11(3).
37. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, Roceti L C. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Públ.* 2006; 24(7): 1545-55.
38. Marin MJS, Marques APMF, Feres BOM, Saraiva AKH, Druzian S. Atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas profissionais. *Rev Bras. Geriatr. Gerontol.* 2008; 11(2).
39. Moraes CL, Aparatto Júnior PC, Reichenheim ME. Ropendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2008; 24(10): 2289-300.
40. Aires M, Paz AA. Necessidade de cuidados aos idosos no contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008; 29(1): 83-89.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Segundo Minayo (2010, p. 54), “o conhecimento científico se produz pela busca da articulação entre teoria e realidade empírica”: a realidade informa à teoria que a antecede em um movimento constante de distanciamento e aproximação. O ato de pesquisar é uma atividade que possibilita uma aproximação sucessiva da realidade, a qual, pelo fato de ser dinâmica, nunca se esgota, favorecendo uma combinação pertinente entre os dados coletados e a teoria, que de algum modo contribui para a ressignificação de conhecimentos e práticas.

Assim, ao realizar uma pesquisa social, o pesquisador se coloca à disposição para questões inconclusas. Concordo com Minayo (2010, p. 40) quando menciona que as pesquisas sociais da atualidade precisam “compreender a simultaneidade das diferentes culturas e dos diferentes tempos num mesmo espaço, como algo real e que enriquece a humanidade”.

É possível afirmar que as mudanças de concepções no campo da saúde estão relacionadas com as rupturas paradigmáticas ocorridas em nível mundial, em que se observa a necessidade de superar as convicções reducionistas, admitindo a produção do conhecimento científico a partir de uma aproximação com as realidades objetivas e subjetivas do fenômeno pesquisado. Nesse sentido, a presente pesquisa se caracteriza como estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa. Segundo Wood e Haber (2001, p. 125):

a pesquisa qualitativa é particularmente bem adequada ao estudo da experiência humana sobre saúde, uma preocupação fundamental da enfermagem. Como os métodos qualitativos concentram-se no todo da experiência humana e no sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência, esses métodos permitem uma compreensão mais ampla e um *insight* mais profundo a respeito dos comportamentos humanos (...).

Complementando tal assertiva, Gil (1999) salienta que os estudos

exploratórios têm a finalidade principal de contribuir para o desenvolvimento, o esclarecimento e a modificação de conceitos e ideias para formular problemas mais precisos ou hipóteses que possam ser elucidadas por meio de pesquisas posteriores. Comenta ainda que “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.” (GIL, 1999, p. 42).

A opção por essa modalidade de pesquisa decorre do fato de entender que tal abordagem facilitaria uma aproximação com o fenômeno selecionado para estudo, considerando as lentes dos informantes e o fato de estarem imbuídos de crenças, valores e de toda uma subjetividade característica de quem vivencia acontecimentos em um determinado espaço socio-histórico.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A escolha do cenário para desenvolver uma investigação científica deve ser guiada pelo entendimento de que ele se configura num espaço potencialmente rico de experiências. As interações dos diversos atores sociais que ali figuram cotidianamente encaminham para a possibilidade de aproximação de saberes e experiências teórico/práticos que podem conduzir a uma reflexão acerca dos nossos modos de pensar e fazer a saúde.

Mesmo o município de Florianópolis/SC apresentando uma realidade de saúde distinta da existente na região na qual atuo, desde o início da pós-graduação demonstrei interesse em conhecer a dinâmica da ESF nessa cidade, acreditando que daí poderia emergir a possibilidade de estabelecer relações com as práticas que se materializam nos cenários nos quais estou inserida profissionalmente.

Capital do Estado de Santa Catarina, o município de Florianópolis está localizado na região centro-leste do Estado, banhado pelo Oceano Atlântico. Com 97,23% do seu território situado na Ilha de Santa Catarina, sua área total, compreendendo ilha e continente, é de 436,5 km², na qual viviam em 2010 421.203 habitantes. (BRASIL, 2010).

No que se refere à estrutura organizacional dos serviços de saúde, o município de Florianópolis conta com 49 Centros de Saúde (CSs) distribuídos em cinco Distritos de Saúde: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. Além dos CSs, o município dispõe de quatro policlínicas

para atendimento médico e odontológico especializado; duas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) que prestam atendimento 24h de urgência e emergência médica e odontológica; dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento de adultos, um CAPS Álcool e Drogas (CAPS/AD) e um CAPS para atendimento de crianças e adolescentes⁸.

A estruturação dos distritos sanitários ocorreu em junho de 2002, com a função de estabelecer um gerenciamento da rede de saúde em âmbito regional. Dessa forma, cada Distrito Sanitário conta com uma equipe com a seguinte configuração: um coordenador regional, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e um auxiliar administrativo. O quadro abaixo apresenta os distritos sanitários e suas respectivas unidades⁹:

DISTRITOS SANITÁRIOS	CENTROS DE SAÚDE
Centro	Agronômica, Centro, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi), Farmácia Escola UFSC/PMF, Monte Serrat, Policlínica Centro, Prainha e Trindade.
Continente	Abraão, Balneário, Capoeiras, Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), Coloninha, Continente, Estreito, Jardim Atlântico, Laboratório, Monte Cristo, Morro da Caixa, Policlínica Continente, Sapé e Vila Aparecida.
Leste	Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Centro de Controle de Zoonoses, Costa da Lagoa, Córrego Grande, Itacorubi, João Paulo, Lagoa da Conceição, Pantanal e Saco Grande.
Norte	Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Policlínica Norte, Ponta das Canas, Rationes, Rio Vermelho, Santo Antônio de Lisboa, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Norte da Ilha, Vargem Grande e Vargem Pequena.
Sul	Alto Ribeirão, Armação, Caieira da Barra do Sul, Campeche, Carianos, Costeira do Pirajubaé, Fazenda do Rio Tavares, Morro das Pedras, Policlínica Sul, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Rio Tavares, Saco dos Limões, Tapera e UPA Sul da Ilha.

Quadro 1: Estruturação dos distritos sanitários do município de Florianópolis/SC.

⁸ Dados obtidos através da *webpage* da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude>>. Acesso em: 10 outubro 2010.

⁹ Dados obtidos através da *webpage* da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude>>. Acesso em: 02 setembro 2010.

Em relação ao envelhecimento, o município segue as tendências nacionais. O quadro a seguir demonstra a distribuição populacional no município de Florianópolis por Distrito Sanitário¹⁰:

POPULAÇÃO RESIDENTE				
DISTRITO	TOTAL	COM 60 anos e +		
		TOTAL	HOMENS	MULHERES
Centro	92377	10544	4066	6478
Continente	104846	9790	4017	5773
Leste	62441	3764	1604	2160
Norte	65467	4298	1992	2306
Sul	77215	5370	2356	3014
TOTAL	402346	33766	14035	19731

Quadro 2: Distribuição populacional no município de Florianópolis/SC por Distrito Sanitário.

Considerando as informações contidas neste quadro, optei por realizar o estudo nos Distritos Sanitários do Centro e do Continente, porquanto esses distritos agregam maior número de pessoas com idade de 60 anos e mais, classificadas como idosas pela legislação específica no Brasil.

3.2 ATORES SOCIAIS

Mesmo compreendendo que o trabalho na ESF e a atenção à saúde da pessoa idosa exigem o desenvolvimento de ações multidisciplinares com a intervenção de uma equipe, o presente estudo priorizou as informações de enfermeiras que atuam na ESF como assistentes.

Participaram deste estudo 17 profissionais, 16 enfermeiras e um enfermeiro que desenvolvem atividades com idosos. Para compor a amostra, a proposta do estudo foi apresentada em reunião mensal da categoria e posteriormente foi encaminhado convite via e-mail e feito contato telefônico para agendamento da entrevista. Desse modo, a amostra foi composta pela quantidade de profissionais que aceitaram

¹⁰ Dados obtidos através da *webpage* da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude>>. Acesso em: 23 outubro 2010.

participar do estudo de forma espontânea, perfazendo 70% dos profissionais que estavam atuando na ESF durante o período da coleta, entre os meses de fevereiro e maio de 2010.

Como principais características dos sujeitos, em relação à formação complementar à graduação, sete são especialistas em Saúde da Família e sete são especialistas em áreas afins, sendo quatro em Saúde da Mulher, dois em Gerenciamento de Serviços de Saúde e três em Educação em Saúde. Os demais não referiram esse tipo de formação. No que concerne ao tempo de formação na graduação, o grupo tem uma média de 9,2 anos, variando entre 1 e 20 anos. Em relação ao tempo de atuação na ESF, apresentou a média de 2,5, variando entre 1 e 11 anos. Das 17 informantes, 16 são efetivas e apenas uma tem contrato temporário.

3.3 PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

3.3.1 Técnicas de coleta de dados

As informações foram coletadas usando as técnicas de Análise Documental, de Observação Simples e de Entrevista Narrativa. A opção pela triangulação de técnicas decorreu da crença de que essa combinação possibilitaria resultados mais próximos dos da realidade a ser investigada. A seguir, passarei a tecer algumas considerações acerca de cada uma dessas técnicas para justificar a opção metodológica.

3.3.1.1 Análise Documental

Moreira (2005) ensina que a análise documental caracteriza-se pelo levantamento, verificação e interpretação de documentos tendo como objetivo um fim predeterminado. Nesse sentido, concordo com Lüdke, ao afirmar que “a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”. (LÜDKE, 1986, p. 38).

Nessa fase da coleta de dados, analisei documentos municipais direta e indiretamente relacionados à saúde do idoso:

- portarias, resoluções e deliberações;
- Plano Municipal de Saúde;
- relatórios;
- outros documentos institucionais relativos à atenção à saúde do idoso.

A análise documental precedeu a entrada no campo de investigação e teve a função de me aproximar da realidade a ser pesquisada, familiarizando-me com os serviços que englobam a atenção ao idoso no âmbito da AB no município pesquisado.

A análise documental revelou a existência de uma política específica de atenção ao idoso vinculada à APS, denominada Capital Idoso¹¹, e de outras estratégias de apoio que atendem à demanda de idosos, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que, entre outros profissionais de saúde, conta com a inserção do médico geriatra para atender no matriciamento, e o programa Floripa Ativa, que oferece atividades físicas regulares ao grupo de idosos portadores de doenças crônicas.

Nessa fase, resgatei documentos no *site* da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, no endereço eletrônico <<http://www.pmf.sms.gov.br>>, e posteriormente entrevistei a coordenadora do Capital Idoso para esclarecimentos e aquisição de documentos não disponíveis no *site*. Essa entrevista foi gravada com autorização da entrevistada, mas não teve a finalidade de integrar o *corpus* de análise do estudo.

Cumprе salientar que as informações obtidas nessa etapa foram de extrema importância para o meu entendimento acerca do fluxo de atenção ao idoso na ESF no município de Florianópolis.

3.3.1.2 Observação Simples

Para Cooper e Schindler (2003), a observação simples faz parte de praticamente todos os estudos de pesquisa, realizada no cenário da pesquisa e sem exigir padronização de procedimentos, devendo ser considerada como fase exploratória, de descoberta e acumulação de

¹¹ Documento fornecido pela coordenação do programa Capital Idoso, no qual consta o Relatório 2006-2009. Florianópolis/SC, março 2010.

conhecimentos.

A técnica de observação simples possibilita ao pesquisador um contato direto e uma visão mais ampla do objeto a ser pesquisado, na realidade cultural e social na qual esse objeto está inserido. Gil (1999) enfatiza que o pesquisador deve ficar atento à possibilidade de que sua presença pode provocar mudanças de comportamento nas pessoas, diminuindo o realismo, para evitar interferências em situações que comprometam a coleta de dados. A principal vantagem dessa técnica é que o próprio pesquisador percebe diretamente os eventos, sem necessidade de intermediários, o que reduz a subjetividade na compreensão dos acontecimentos. (GIL, 1999).

Esse momento se caracterizou como oportunidade de aproximação do lócus da pesquisa, no qual pude observar os espaços disponíveis para materialização de ações da enfermeira na atenção ao idoso, identificando as variáveis que podem interferir nessas ações, com vistas a fornecer subsídios para a etapa seguinte, que foi a entrevista narrativa.

Nessa etapa, percebi que a estrutura disponível para o processo de trabalho da enfermeira na ESF guarda características distintas, passando por polos extremos, como, por exemplo, a existência de CSs que não dispõem de consultórios para a enfermeira atender, até aqueles que os têm em excesso, situação também observada quanto à sala de espera e sala de reuniões.

Aspecto digno de consideração é a localização dos CSs, que, devido à topografia do município de Florianópolis, compromete o acesso físico do idoso à unidade, demandando excessivo número de Visitas Domiciliares por todos os profissionais da equipe.

No que se refere à oferta dos serviços, as equipes organizam a agenda em consonância com o perfil da demanda; a marcação de consulta pode ocorrer semanalmente ou mensalmente. Em minhas visitas às unidades, observei a enfermeira atuando no acolhimento junto a um técnico ou auxiliar de enfermagem, realizando atividades no consultório e ações gerenciais para aqueles que acumulam a função de enfermeira da ESF e coordenadora da unidade. Dos oito CSs, dois têm horário ampliado, funcionando das 8 às 22 horas, porque oferecem serviços de Pronto Atendimento (PA). Alguns CSs disponibilizam atendimento médico especializado em Pediatria e Ginecologia continuamente.

3.3.1.3 Entrevista Narrativa

A entrevista narrativa “é classificada como um método de pesquisa qualitativa [...]. Ela é considerada uma forma de entrevista não-estruturada, de profundidade, com características específicas”. (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2005, p. 96). A essência da entrevista narrativa é reconstruir acontecimentos sociais com base na perspectiva do informante.

Em entrevistas qualitativas, a maior parte da fala não é narrativa, mas trocas de perguntas e respostas, argumentos e outras formas de discurso. Para Rosaldo (1993), as narrativas frequentemente moldam a ação e a conduta humanas, pois incorporam motivos, sentimentos, aspirações, intenções e objetivos. Uma vez atuadas, “fazem” eventos e “fazem” história, contribuindo para a construção da realidade dos participantes. Nos discursos, nas narrativas, também se demonstram e formam opiniões, percepções são moldadas; a fala, o discurso, além de expressivos, são também produtivos.

A coleta de dados na pesquisa qualitativa pode oportunizar maior interatividade entre pesquisador e informante. A opção por esse tipo de entrevista decorreu do meu interesse em olhar o fenômeno a ser desvelado sob a óptica do sujeito que está inserido no contexto em que a questão pesquisada se materializa, tendo em vista que a narrativa possibilita uma análise dos processos sociais e suas consequências mais aproximados da realidade. (TURNER, 1981).

Essa etapa foi realizada durante os meses de fevereiro, março, abril e maio de 2010, apresentando um roteiro com tópicos abertos sobre os quais as enfermeiras deveriam discorrer com base em suas percepções e opiniões acerca de suas práticas cotidianas (Apêndice A).

As entrevistas foram gravadas e, depois de transcritas, foram entregues pessoalmente às informantes para validação, acompanhadas de um ofício protocolado (Apêndice B) explicando os procedimentos necessários para validá-las. Considerando o número de páginas de cada entrevista, estabeleci um prazo de 15 dias, com aquiescência das informantes, para devolução dos textos validados ou não, conforme julgamento das informantes.

3.3.2 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu à Resolução 196/1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos. Submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, foi aprovada mediante parecer exarado no processo protocolado sob o nº 595/2010 (Anexo b).

A entrevista foi realizada com autorização de cada informante, que, ao concordar em participar de forma voluntária, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice C) em duas vias, sendo uma cópia do informante e outra da pesquisadora. Foi garantido que os dados não seriam utilizados de forma indevida, respeitando-se a individualidade de cada um. Sendo assim, optei por codificar cada informante com a letra “E”, da palavra “entrevista”, seguida do número de ordem de sua realização.

3.3.3 Técnica de análise dos dados

Os dados coletados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, que, segundo Bardin (2009, p. 44), é:

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

De acordo com essa autora, a clássica definição de análise de conteúdo surgiu no final dos anos 1940-1950 com Berelson, auxiliado por Lazarsfeld, afirmando que a análise de conteúdo “é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”. (BARDIN, 2009, p. 20). Em 1977, Bardin publicou o livro *L'analyse de contenu*, considerada importante obra que ainda hoje serve como referência para pesquisas que utilizam essa técnica.

Laville & Dionne (1999) comentam que a análise de conteúdo

pode ser aplicada a uma diversidade de áreas e de materiais com a vantagem de permitir a análise da diversidade do objeto em estudo, associando fatores como atitudes, valores, representações, mentalidades, ideologias etc.

A técnica de análise de conteúdo emerge como importante ferramenta para compreender significados que os informantes exteriorizam nos discursos e pode ser aplicada a textos extraídos de diversos tipos de documentos. Nessa técnica, deve-se tentar aprofundar a análise e desvendar o conteúdo latente, buscando revelar ideologias e tendências que caracterizam o fenômeno estudado. Nesta pesquisa a técnica de análise de conteúdo obedeceu aos estágios propostos: pré-análise, descrição analítica e interpretação do material.

Realizada por meio da leitura flutuante, a pré-análise consiste na fase da organização dos dados e tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais com vistas a estabelecer o *corpus* do estudo, que é o material a ser analisado.

A descrição analítica se constitui na fase mais longa. Exige um trabalho criterioso por parte do pesquisador, considerando que diz respeito a operações de codificação, classificação e categorização que resultará na elaboração das subcategorias e das categorias. Nessa etapa o pesquisador deve estar atento às qualidades que devem guiar a estruturação de uma categoria, no intuito de torná-la forte e coerente com os objetivos do estudo. Para Bardin (2009), uma categoria representativa em relação ao objeto de estudo deve ter como qualidades: *exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade*.

A terceira etapa é a interpretação dos dados brutos de modo que sejam significativos e válidos, representando o produto final da pesquisa.

No intuito de fornecer uma visualização global dos modos como o trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na ESF se conforma no município pesquisado, elaborei um diagrama disponível a seguir.



Figura 2: Diagrama representacional da conformação do trabalho da enfermeira com o idoso na ESF

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa no formato de três artigos científicos elaborados segundo as normas dos periódicos selecionados para submetê-los.

A seleção dos temas para elaboração dos artigos contempla a tese e objetivos propostos neste estudo, possibilitando aproximação com o processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da ESF, conforme segue:

Proposto no primeiro objetivo específico, a descrição do processo de trabalho da enfermeira que atua na ESF na atenção ao idoso foi contextualizada no primeiro artigo, intitulado de *A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na estratégia de saúde da família*.

No segundo artigo, *A enfermeira frente ao desafio de lidar com a violência contra o idoso*, apresento a resposta ao segundo objetivo específico, que foi identificar os desafios que emergem no contexto da ESF para concretizar o trabalho da enfermeira na atenção ao idoso.

O terceiro artigo, *O ideário da enfermeira acerca da promoção da saúde do idoso na estratégia de saúde da família*, contempla o terceiro objetivo específico que pretendeu apresentar as percepções e expectativas da enfermeira da ESF acerca da promoção da saúde do idoso na atenção básica.

O quarto objetivo específico proposto, que foi analisar o processo de trabalho da enfermeira na atenção à saúde do idoso na ESF, com vistas a compreender a conformação do trabalho dessa profissional voltado para esse grupo etário, aparece nos três artigos do presente relatório.

4.1 MANUSCRITO 1: A CONFIGURAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO AO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Manuscrito será submetido à revista *Ciência & Saúde Coletiva*, elaborado conforme as instruções para autores desse periódico, disponíveis em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>, acessado em fevereiro de 2011.

A CONFIGURAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO AO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

THE CONFIGURATION OF NURSING WORK IN ELDERLY CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Gleide Magali Lemos Pinheiro^{*}

Ângela Maria Alvarez[†]

Denise Elvira Pires de Pires[‡]

Resumo: Este artigo teve origem na pesquisa da tese intitulada “Processo de Trabalho da Enfermeira na Promoção da Saúde do Idoso no Âmbito da Estratégia de Saúde da Família” e tem como objetivo descrever a configuração do trabalho da enfermeira com o idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando as ações nas quais se concentram a sua atuação. Caracterizou-se como um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa, que teve como informantes enfermeiras que atuam na ESF do município de Florianópolis/SC. As informações foram coletadas por meio da entrevista narrativa, e os resultados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, originando três categorias temáticas e suas respectivas subcategorias: *O cuidado individual: a consulta de enfermagem com o idoso (Consulta Centrada na Doença e Consulta Centrada no Idoso)*; *O cuidado coletivo: a atuação em grupos (Grupos Internos e Grupos Externos)*; e *O Cuidado no domicílio: a visita como espaço de atuação*. Os resultados demonstraram que o trabalho da enfermeira na promoção da saúde do idoso na ESF vem estruturando-se em consonância com as demandas que emergem no cotidiano da população, apresentando algumas contradições em relação ao modelo de

^{*} Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (GREPE/DS/UESB). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa e Estudos do Envelhecimento (DS/UESB). Jequié/BA. gleidemlp@gmail.com.

[†] Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pelo PEN/UFSC. Prof^a do Depto de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC). Pesquisadora do Grupo de Estudos Sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). Florianópolis/SC. alvarez@ccs.ufsc.br.

[‡] Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais. Pós-doutorado na University of Amsterdam. Professora do PEN/UFSC. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Saúde, Cidadania e Enfermagem – PRAXIS/PEN/UFSC. piresdp@yahoo.com.

atenção em curso, situação que a coloca diante do desafio de revisar suas práticas e repensar os modos de operar o trabalho na atenção ao idoso, com vistas a desenvolver instrumentos e metodologias fundamentados em conhecimentos políticos e socialmente instituídos no intuito de conquistar e demarcar seu espaço de atuação no campo da saúde coletiva.

Descritores: Pesquisa Qualitativa; Saúde do Idoso; Promoção da Saúde; Programa Saúde da Família; Enfermagem.

Abstract: This article originated in research thesis entitled "Working Procedure of the Nurse in Promoting Health of the Elderly within the Family Health Strategy and aims to describe the configuration of nursing work with the elderly at the Family Health Strategy, highlighting situations where they would concentrate their activity. Characterized like exploratory and descriptive qualitative, this study had like informers nurses working with FHS the city of Florianópolis/SC. Data were collected through narrative interviews and the results were subjected to content analysis technique, resulting in three thematic categories and their subcategories: Personal care: the nursing consultation with the elderly (Query Centered Disease and Consultation Elderly); The collective care: acting in groups (Internal Groups and External Groups); and Care at home: the visit as performance space. The results showed that nurses' work in promoting the health of the elderly in the FHS is being structured in accordance with the demands that emerge in daily population, presenting some contradictions regarding the care model in progress, a situation that puts forward to the challenge of reviewing their practices and rethink ways to operate the work in elderly care, aiming to develop tools and methodologies based on political knowledge and socially established in order to gain and demarcate their sphere of action in the field of health.

Descriptors: Qualitative Research; Health of the Elderly; Health Promotion; Family Health Program; Community Health Nursing.

Introdução

Os debates políticos ao longo da década de 1980 deram origem a importantes acontecimentos no cotidiano do povo brasileiro, com significativas repercussões nos setores sociais. No campo da saúde, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a promulgação da Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantiram a todo cidadão brasileiro o livre acesso às ações de

saúde em níveis de promoção, proteção, recuperação e reabilitação^{1,2}.

Gestado no âmbito da RSB, O SUS caracteriza-se como um avanço para o setor da saúde ao propor a materialização de ações que concorrem para o resgate da cidadania do povo brasileiro, por meio de práticas fundamentadas nos princípios da Universalidade, da Integralidade, da Equidade, da Resolutividade e da Participação Social.

Dada a sua importância no cenário da saúde, a RSB é considerada importante fato no campo social, por indicar possibilidades de mudanças no modelo de atenção com base em ideais democratizantes e inclusivos com vistas a alcançar a equidade entre as diversas classes populacionais. Esse novo modelo trouxe como novidades a criação de um sistema nacional de saúde, a descentralização da gestão do sistema com a ampliação do conceito de gestão, incluindo a participação dos prestadores, trabalhadores, gestores e usuários, e a reformulação da atenção à saúde com base na superação das ações individuais centradas na doença, com amplas modificações nas práticas profissionais³.

Com essas mudanças, a sociedade brasileira passou a conviver com dois fatos que influenciaram o panorama da saúde: as mudanças na pirâmide etária – na qual se vem observando significativa redução das taxas de fecundidade e de natalidade, resultando na diminuição da população jovem e no aumento da população idosa – e a transição epidemiológica – que passou a apresentar forte predomínio das doenças crônico-degenerativas, demandando intervenções contínuas e superespecializadas, onerando sobremaneira o sistema de saúde.

A transição epidemiológica caminhou e caminha junto com o envelhecimento populacional. O fato de se conviver com uma multiplicidade de problemas, que cada vez mais exigem intervenções especializadas, e, conseqüentemente, oneram os cofres públicos, conduziu à necessidade de políticas públicas com enfoque mais preventivo, sem se distanciar do tratamento e da reabilitação.

Com a criação das leis que regulamentam o SUS, a Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde, e a Lei 8.142, que trata das questões relativas ao Controle Social, o SUS começou a ser implementado e, a partir daí, o Ministério da Saúde (MS) deu início à publicação de uma série de atos administrativos em forma de portarias, decretos, resoluções e normas, como instrumentos de regulação do sistema de saúde, cujo objetivo principal é regulamentar e orientar a consolidação do SUS^{4,5}.

Baseado em experiências progressivas de atuações positivas, com a atuação de agentes de saúde nos estados do Paraná, do Mato Grosso do Sul e do Ceará, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado no

âmbito nacional pelo MS como principal política de estruturação do SUS. Inicialmente concebido como programa, durante o seu desenvolvimento o PSF começou a perder esse caráter e passou a ser entendido como estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde e como alternativa de substituição do modelo dominante; em 1996 foi oficialmente descrito como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Enquanto estratégia de reorganização da Atenção Básica, a ESF recebeu o desafio de reafirmar os princípios do SUS, com base em nova modelagem nas práticas profissionais³.

No que tange à promoção da saúde do idoso no território brasileiro, conta-se com algumas leis, decretos e portarias que, em linhas gerais, orientam a organização de serviços sociais e de saúde que possam contribuir para o envelhecimento saudável. Em janeiro de 1994 foi publicada a Lei 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), que em seu Capítulo IV, inciso II, prevê as ações governamentais para promover um envelhecimento saudável, quando, no item b, aponta a necessidade de “prevenir, promover e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas”^{6:3}.

Numa direção mais específica, em 1999, a Portaria n° 1.395, de 10 de dezembro que regulamentou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) sendo atualizada em outubro de 2006, por meio da Portaria n° 2.528, passando a chamar-se Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A partir daí, a atenção à saúde desse grupo etário passou a exigir das autoridades e profissionais de saúde um olhar mais específico, fato que culminou com a publicação n° 19 dos Cadernos de Atenção Básica à Saúde, que trata da promoção da saúde da pessoa idosa no âmbito da ESF^{7,8,9,10}.

Estudos realizados no campo da atenção à saúde da pessoa idosa indicam a necessidade de que os espaços de promoção da saúde para esse grupo etário considerem a pluralidade cultural que emerge das experiências contextuais. A ideia primordial é que a estruturação do processo de trabalho na ESF contribua para criar situações próximas da realidade na qual o idoso está inserido, de modo que estimule reflexões acerca da necessidade de ressignificar práticas, valores e atitudes.

Em nosso país, o cenário da velhice que se delineia para um futuro próximo, exige que as práticas de promoção da saúde do idoso sejam permeadas por situações que contribuam para prepará-lo para enfrentar várias realidades que se apresentarão no decorrer da vida, de maneira que tais práticas estejam pautadas num olhar crítico e emancipador, conduzindo-o para uma velhice bem-sucedida¹¹.

As experiências em torno do processo de trabalho na ESF permitem caracterizá-lo como dinâmico, por permitir a remodelação constante das práticas; criativo, por suscitar possibilidades diferenciadas de intervenção; e democrático, ao propor o envolvimento do usuário, da família e da comunidade como corresponsáveis nas ações de promoção da saúde.

Na ESF, enquanto membro da equipe mínima, a enfermeira pode desenvolver atividades na unidade de saúde, como os procedimentos específicos de sua categoria profissional na assistência com ações voltadas para todos os grupos populacionais, como: Consulta de Enfermagem (CE), Visita Domiciliar (VD), participação em grupos na unidade ou na comunidade, atividades de apoio e supervisão ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do técnico ou auxiliar de enfermagem, podendo ainda assumir a gerência da unidade de saúde.

Especificamente na promoção da saúde da pessoa idosa, são atividades de competência da enfermeira: “a) Realizar atenção integral às pessoas idosas; b) Realizar assistência domiciliar, quando necessário; c) Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares; se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observando 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”^{10:28}.

Considerando a configuração sociopolítica do contexto no qual a ESF foi gestada, fica clara a necessidade de investir em práticas de saúde que contribuam para o deslocamento de ações centradas no corpo biológico para aquelas centradas nos corpos sociais. Enquanto prática social e historicamente constituída, o trabalho da enfermeira sempre teve o cuidado humano como núcleo de sua competência e a pessoa como foco de sua atuação, condições que favorecem a inserção de seu trabalho nessa estratégia.

Na ESF existem inúmeras possibilidades de que a atuação dos profissionais possa transpor a rigidez do trabalho hierarquizado e verticalizado, construindo possibilidades de melhor interação a partir de um planejamento horizontal, flexível e democrático, envolvendo toda a equipe e se deslocando para o usuário.

Nesse sentido, o presente texto teve como objetivo descrever a

configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família.

Método

Trata-se de estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, cujo cenário foi a rede de atenção básica do município de Florianópolis, que conta com 49 Centros de Saúde (CSs) com ESF implantada, distribuídos em cinco distritos de saúde: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. A coleta de dados deste estudo ocorreu nos distritos sanitários do Centro e do Continente, por apresentarem maiores números de pessoas idosas.

Participaram deste estudo 17 profissionais (16 enfermeiras e um enfermeiro) que desenvolvem atividades com o idoso. Para compor a amostra, a proposta do estudo foi apresentada em reunião mensal da categoria e, posteriormente, foi encaminhado convite via e-mail e realizado contato telefônico para agendamento da entrevista. A amostra foi composta pela quantidade de sujeitos que aceitaram participar do estudo, perfazendo 70% dos profissionais que atuavam na ESF durante os meses em que ocorreu a coleta.

A pesquisa obedeceu à Resolução 196/1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos. Submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovada por parecer exarado no processo protocolado sob o n° 595/2010¹².

A entrevista foi realizada no local de trabalho de cada informante com sua autorização. Ao concordar em participar de forma voluntária, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma cópia do informante e outra da pesquisadora. Foi garantida às informante que os dados não seriam usados de forma indevida, respeitando-se a individualidade de cada uma. Desse modo, optou-se por codificar cada informante com a letra E, da palavra “entrevista”, seguida do número de ordem na sequência cronológica da entrevista.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de fevereiro, março e maio de 2010, utilizando-se a técnica de entrevista narrativa, seguindo um roteiro com tópicos abertos sobre os quais as informantes deveriam discorrer com base em percepções e opiniões acerca de suas práticas cotidianas. As entrevistas foram gravadas e, depois de transcritas, foram encaminhadas aos informantes para validação.

No que concerne às principais características das informantes, em

relação à formação complementar à graduação, sete são especialistas em Saúde da Família e sete em áreas afins, sendo quatro em Saúde da Mulher, duas em Gerenciamento de Serviços de Saúde e três em Educação em Saúde; duas não referiram esse tipo de formação. De experiência profissional, o grupo tem em média 9,2 anos, variando entre 1 e 20 anos, e em relação ao tempo de atuação na ESF, a média de 2,5 anos, variando entre 1 e 11 anos. Das 17 informantes, 16 são efetivas e apenas uma tem relação empregatícia regida por contrato temporário.

Os resultados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo (AC), que possibilitou resgatar elementos que descrevem o trabalho da enfermeira com o idoso na ESF. A AC obedeceu aos estágios de pré-análise, constituição do *corpus*, seleção das Unidades de Significância (USs), classificação e agregação em núcleos temáticos, dando origem a três categorias e suas respectivas subcategorias: *O cuidado individual: a consulta de enfermagem com o idoso (Consulta Centrada na Doença e Consulta Centrada no Idoso)*; *O cuidado coletivo: a atuação em grupos (Grupos Internos e Grupos Externos)*; e *O Cuidado no domicílio: a visita como espaço de atuação*.

Resultados e discussão

A categoria *O cuidado individual: a consulta de enfermagem com o idoso* englobou as USs que abordaram o cuidado como ação exclusivamente direcionada ao idoso, que se vem materializando na prática da enfermeira que atua na ESF, relacionando-o à Consulta de Enfermagem (CE) referida nas falas dos informantes como a ação de atender indivíduos em consultórios na unidade de saúde.

A CE se caracteriza como oportunidade de instituir uma relação de ajuda em busca por aprendizagens significativas que possam concorrer para o bem-estar das pessoas envolvidas, cujo objetivo final deve centrar-se na promoção da saúde. A CE está prevista na Lei N° 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional da enfermeira no Brasil e no Decreto Regulamentador N° 94.406, de 8 de junho de 1987, no artigo 8, alínea “e”^{14,15}.

Na mesma direção, a Portaria N° 1.625, de 10 de julho de 2007, que alterou as atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família contidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em seu artigo 1º, alínea “II”, dispõe sobre as ações privativas da enfermeira na Atenção Básica (AB), incluindo a CE entre as demais atividades de competência dessa profissional. Convém salientar que as atividades a serem realizadas pela enfermeira na ESF, dispostas na PNAB, estão sujeitas às regulamentações por governos estaduais e municipais¹⁶.

Enquanto um dos instrumentos do processo de trabalho da enfermeira, a CE abrange um conjunto de ações que devem seguir uma sequência ordenada de atividades nas quais a enfermeira deve utilizar variadas técnicas com vistas a coletar informações que possibilitem “conhecer, compreender e explicar a situação de saúde” da pessoa para ter maior clareza e segurança quanto às recomendações necessárias, seja por meio de prescrição própria ou de encaminhamentos^{17:53}.

As informantes deste estudo evidenciaram situações opostas nas quais a CE com o idoso se materializa na ESF: uma se reporta à CE centrada na doença e tem os programas de controle de hipertensão e de diabetes como espaços únicos de materialização, e outra na qual a CE é centrada no idoso, cujo atendimento é realizado no intuito de acompanhá-lo, independentemente de ter ou não um problema de saúde, conforme podemos observar no quadro a seguir.

Categoria 1: O cuidado individual: a consulta de enfermagem com o idoso	
Subcategorias	Unidades de Significância
Consulta Centrada na Doença	<i>Não temos agenda específica para consulta do idoso, temos vagas disponíveis nos programas de controle da hipertensão e da diabetes. (E3) [...] marcamos consulta para o idoso que é hipertenso ou diabético. (E4) Atendo o idoso nos programas de controle de hipertensão e diabetes. (E10) Realizamos consulta de enfermagem a idosos nos programas de controle de hipertensão e diabetes. (E11) A consulta de enfermagem é para o portador de diabetes ou de hipertensão e tem muito idoso cadastrado no Hiperdia. (E12) Realizamos consultas individuais com o idoso no atendimento ao hipertenso e ao diabético [...]. (E14) Só recebemos os idosos para consultas nos programas de Hipertensão e de Diabetes. (E16) [...] geralmente não é consulta do idoso, é do hipertenso que é idoso, é do diabético que é idoso. (E17)</i>
Consulta Centrada no Idoso	<i>Faço consulta de enfermagem direcionada ao idoso [...]. (E1) Estamos começando a resgatar a consulta voltada para o idoso. (E2) Quando o paciente vem na primeira consulta, eu sempre marco consultas intercaladas do médico e da enfermeira. (E5) [...] fazemos consulta do idoso com aquele idoso que identificamos que precisa porque é uma consulta que leva quase uma hora, e não são todos que precisam. (E6) [...] faço consultas de enfermagem com o idoso. (E7) [...] também atendemos o idoso quando ele não tem nenhuma doença, não é porque ele não é hipertenso ou diabético que não vai ser atendido. (E8) O idoso está inserido no dia a dia da unidade, geralmente eles vêm aqui para verificar a PA, isso é bem rotineiro e nós aproveitamos e já fazemos uma consulta, abordando outros aspectos. (E15)</i>

As USs que compõem a subcategoria *Consulta Centrada na Doença* sugerem que a prática da enfermeira na ESF ainda tem suas ações fundamentadas no modelo biomédico, situação que não atende às recomendações contidas nos documentos oficiais que regulamentam a implantação e o funcionamento da ESF.

Desde 2006, o município onde ocorreu a coleta de dados vem implementando uma política específica de promoção da saúde do idoso, denominada Capital Idoso. Essa política surgiu da “finalidade primordial de promover, manter e recuperar a saúde, a autonomia e a independência da pessoa idosa, reduzir comorbidades e mortes prematuras, resultando, assim, em qualidade de vida para o idoso e familiar”,^{18:1}.

As linhas de ação contidas nessa política incluem: Gerontocultura, Assistência Clínica, Média Complexidade e Apoio ao Cuidador. Por ocasião da coleta de dados deste estudo, o protocolo em vigor para essa política não contemplava a CE com o idoso. Porém, nos demais programas, como o Hiperdia, a CE está prevista, situação que pode comprometer a atuação da enfermeira na promoção da saúde do idoso, uma vez que o atendimento no Hiperdia é destinado a monitorar as alterações das patologias englobadas pelo programa, cabendo ao profissional imprimir outras nuances de intervenção.

Ao analisar o discurso de tal subcategoria, observa-se que a enfermeira atende ao idoso no Hiperdia com base em uma CE voltada para as queixas que ele apresenta, com uma proposta que focaliza a doença e não o ser humano. Embora se fale de saúde integral e no cuidado integrado na ESF, percebe-se que na prática ainda persiste um atendimento centrado na doença e, portanto, na proposta curativa, evidenciando as fragilidades do trabalho da enfermeira na ESF, além dos desafios para consolidar um espaço de atuação desse profissional no campo da saúde coletiva.

A dificuldade de se aproximar de práticas de promoção da saúde do idoso pode comprometer a estabilização e o avanço do trabalho da enfermeira na ESF, além de contribuir para fortalecer a cultura de deixar de promover saúde para continuar tratando de doentes.

Torna-se essencial que a enfermeira empreenda esforços para identificar e interpretar processos políticos nos quais sua inserção provoque mudanças com a utilização de metodologias de trabalho que auxiliem no redirecionamento das estratégias de cuidados com vistas a incentivar a adoção de atitudes positivas diante de doenças e condições crônicas de saúde, independentemente do grau de comprometimento da saúde do idoso.

Nessa categoria, verifica-se que algumas enfermeiras se afastam do referencial/paradigma da promoção da saúde ao investir na remodelação de suas práticas, pois ainda se mantêm fieis a modelos institucionalizados pela biomedicina, segmentando a atenção ao idoso por patologias. Essa situação pode implicar a estagnação das suas práticas, limitando suas possibilidades de contribuir com a construção dos conhecimentos na saúde coletiva, na área da enfermagem e com a consolidação dos princípios que regem a ESF e o SUS.

A relação assimétrica observada entre os dois núcleos temáticos dessa categoria indica possibilidades de consolidação de uma CE voltada para a promoção da saúde do idoso, conforme se observa nas falas da subcategoria *Consulta Centrada no Idoso*. As falas dos informantes guiam para a ideia de um atendimento que pretende caminhar em consonância com os discursos das políticas de promoção da saúde do idoso.

A CE voltada para promover a saúde do idoso na ESF deve proporcionar orientação de medidas adequadas objetivando estimular a adoção de posturas pertinentes com as necessidades peculiares desse grupo populacional. Desse modo, deve estar centrada em metodologias que estimulem continuamente a integração do idoso ao contexto familiar e social, premissa esta que vai ao encontro dos conteúdos das políticas de atenção ao idoso no Brasil.

As diretrizes políticas que regulamentam a atenção ao idoso indicam a necessidade de um modelo de atenção que contemple uma avaliação global, incluindo a investigação sistemática da história de vida do idoso, com ênfase nos problemas recorrentes nesse grupo populacional e direcionando a consulta para o problema identificado que deverá ser mais bem avaliado. Observa-se, no conjunto de falas sobre a CE centrada no idoso, que as enfermeiras reconhecem essa orientação e estão atuando de acordo com tais recomendações, quando referem que, por ser demorada, a CE ao idoso só é realizada com aqueles que precisam¹⁰.

Devido aos “modelos” de ESF que se vêm estruturando no Brasil, a enfermeira deve apropriar-se de conhecimentos específicos e preservar os espaços nos quais possa realizar as ações recomendadas nos documentos oficiais, consolidando, assim, o seu campo de atuação nessa estratégia. Entende-se que uma CE voltada à promoção da saúde do idoso na ESF se constitui num valioso momento de interlocução profissional/usuário, por oferecer possibilidades de monitoramento das condições de saúde do idoso, permitindo a detecção precoce de

problemas reais e potenciais. Desse modo, a enfermeira deve primar por uma CE que possa contribuir para uma assistência mais eficaz, conferindo melhor qualidade ao atendimento e valor à sua categoria profissional.

O discurso da subcategoria *Consulta Centrada no Idoso* aponta para interpretações que se aproximam dos princípios da ESF. De um modo geral, as enfermeiras que estão conduzindo a CE para esse foco demonstram que estão buscando possíveis caminhos para atuar na promoção da saúde do idoso.

Nessa perspectiva, a CE deve ser entendida como “um processo de interação entre o profissional enfermeiro e o assistido, na busca da promoção da saúde, da prevenção de doenças e limitação do dano”¹⁹. A CE com o idoso se caracteriza como uma das atividades previstas no campo da saúde coletiva e está incorporada à PNAB e à ESF com o objetivo de que a enfermeira possa abordar o idoso de forma integral contemplando suas necessidades reais e potenciais, bem como suas relações com os fatores condicionantes e determinantes da saúde e da doença, aproximando-se do ambiente dele.

Se por um lado a CE emergiu neste estudo como atividade estruturada e engessada pelas normas prescritas pelo MS, por outro verifica-se a concretização de atividades que inovam o processo de trabalho da enfermeira, contribuindo para construir práticas voltadas à promoção da saúde do idoso. A categoria *O cuidado coletivo: a atuação em grupos* englobou falas que retratam a atuação da enfermeira em grupos nos quais a ênfase das ações recai nas práticas de educação em saúde que se vêm materializando no interior da unidade de saúde, com a formação de grupos internos, cujos conteúdos discutidos são voltados para as patologias mais frequentes, e de grupos externos, que são os grupos de convivência de idosos, denominados pelos informantes deste estudo como “grupos comunitários”. Nesses grupos, as enfermeiras desenvolvem atividades de forma pontual.

Os grupos de convivência integram o Programa Viver Ativo, da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) de Florianópolis, por meio do Programa de Apoio aos Grupos de Convivência, que conta com 105 grupos cadastrados, dos quais 33 na Região Centro e 29 na Região Continente, locais de realização deste estudo²⁰.

A estratégia de trabalho em grupo pode ser entendida como uma alternativa complementar ao tratamento tradicional, porque pode constituir-se numa esfera de atenção para além da clínica ao propor a problematização de questões que afetam os participantes a partir da socialização de seus relatos.

Conceitualmente, o grupo pode ser compreendido “como um lócus que articula as várias dimensões da vida humana: social, porque aproxima, agrega, compartilha e/ou divide interesses e expectativas, constrói pessoas (sujeitos históricos), que constroem comunidades e estas, por sua vez, constroem os sujeitos; subjetiva, caracterizada pelos afetos, emoções, intelecto e cognição que também são conformados na realidade sócio-histórica da existência individual e coletiva das pessoas; e a biológica, que sintetiza no processo saúde/doença as múltiplas determinações constitucionais e genéticas, as relacionadas ao ambiente, além da atitude pessoal de cada um, na forma como interage com o meio interno, físico e psíquico, e externo”^{21: 145}.

Conforme se observa na subcategoria *Grupos Internos*, disposta no quadro abaixo, os grupos em funcionamento na unidade estão ligados às patologias que acometem o idoso, e alguns deles vinculam a dispensação do medicamento à frequência do idoso às reuniões. Essa modalidade de grupo integra e reforça as propostas do modelo biomédico, no qual a metodologia do trabalho grupal está ancorada numa proposta pedagógica considerada como tradicional.

Categoria 2: O cuidado coletivo: a atuação em grupos	
Subcategorias	Unidades de Significância
Grupos Internos	<i>[...] temos grupos de idosos voltados para idosos portadores de doenças crônicas. (E5) [...] temos grupos para idosos com diabetes e hipertensão [...]. (E7) Têm os grupos específicos de hipertensos e diabéticos que tem muito idoso. (E8) [...] estamos iniciando a formação de um grupo de hipertensos, diabéticos e idosos [...]. (E9) Temos um grupo de hipertensos e diabéticos que é coordenado por uma das enfermeiras daqui e tem muito idoso [...]. (E10) Aqui na unidade tem um grupo de hipertensos e diabéticos e esse tem uma grande participação, porque é um dos requisitos para que o paciente receba a fita para realização da glicemia para fazer o teste em casa. (E12)</i>
Grupos Externos	<i>Os grupos de idosos na comunidade são espaços favoráveis porque fazemos algumas articulações com eles. (E1) Ter grupos organizados na comunidade possibilita uma aproximação com os idosos. (E2) Participamos dos grupos comunitários que têm aqui na comunidade. (E3) Não temos um cronograma fechadinho ali com eles, mas nos programamos para realizar alguma atividade de mês em mês ou a cada dois meses. (E4) [...] alguns grupos já estão constituídos e eles funcionam quase que por si só, só com a nossa colaboração com atividades de educação em saúde. (E6) Quando os grupos têm alguma necessidade na área de</i>

<p><i>saúde, eles nos solicitam, aí vamos lá e fazemos. (E11) [...] são espaços que podemos contar quando precisamos realizar alguma atividade. (E13) Não discutimos saúde do idoso, diabetes ou hipertensão, nada de doenças, é um grupo de vida saudável na comunidade. (E14) [...] eles têm encontros semanais e aí fica mais fácil o desenvolvimento do trabalho com eles do que formar um grupo específico aqui na unidade. (E15)</i></p>
--

A estruturação de um grupo geralmente é guiada por situações comuns conforme se observa nos discursos que compõem a subcategoria *Grupos Internos*, e deve buscar certa similaridade nas necessidades dos participantes com vistas a estimular o aprendizado com base nas experiências que eles socializam.

A formação de grupos por afinidade de problemas relacionados à saúde, por faixa etária e por interesses semelhantes tem sido uma prática corriqueira na ESF, que se concretiza em consonância com o surgimento das demandas. “Na modalidade grupal o indivíduo tem a oportunidade de perceber que as pessoas vivenciam situações de saúde-doença com manifestações clínicas, angústias e preocupações parecidas [...]”^{21:123}. A identificação e o reconhecimento do seu problema no outro se destacam como fatores de maior adesão aos grupos.

Considerando a necessidade de buscar maior integração profissional/usuário, o trabalho com grupos desponta como valiosa estratégia nessa direção. Entretanto, é preciso compreender que a busca pela superação das práticas instituídas no modelo tradicional deve estar atrelado ao trabalho com grupos na ESF.

Desse modo, a orientação é que, mesmo se tratando de um grupo voltado para idosos com determinadas patologias, o foco do trabalho seja permeado pela problematização das situações que cotidianamente influenciam o processo de viver dos participantes, estimulando inclusive a socialização das conquistas pessoais de cada com base nas mudanças de hábitos impostas pelas doenças.

De forma assimétrica, o discurso que emerge da subcategoria *Grupos Externos* aparece como fator de facilitação para o trabalho da enfermeira na ESF, pois são constituídos e funcionam com apoio da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) local, totalmente independentes da unidade, constituindo-se em organizações sociais espontâneas, com a finalidade de criar espaços para cultivar a sociabilidade entre idosos.

Devido a essa questão, nem todos os informantes desenvolvem

um trabalho regular nesses grupos. Entretanto, o fato de alguns buscarem aproximar-se deles demonstra importante iniciativa na busca por novos espaços de inserção de sua prática profissional, uma vez que favorece a interlocução do seu trabalho com os equipamentos sociais disponíveis na área de abrangência da ESF na qual atua.

A inserção do trabalho da enfermeira nos grupos de convivência pode contribuir na efetivação de ações de promoção da saúde do idoso à medida que buscar agregar práticas de intervenção ao perfil de necessidades dos membros do grupo por meio de um processo educativo que possa estimular a aproximação e convivência das pessoas, contribuindo com o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais na valorização da saúde, na utilização dos recursos disponíveis e no exercício da cidadania²².

O grupo pode representar um agente facilitador do exercício de independência e de autonomia pelo fato de funcionar como uma rede de apoio que mobiliza as possibilidades de resgate da autoestima e o acesso a informações oportunas acerca de questões peculiares ao processo de envelhecimento, aspectos importantes na redução das vulnerabilidades a partir de ações de prevenção.

A tendência atual é de que, com o envelhecimento populacional crescente, a redução do tamanho das famílias e a necessidade de promover a inserção social constante do idoso, os grupos de convivência, enquanto política de incentivo à socialização, sejam cada vez mais ampliados na sociedade brasileira.

Mesmo que os grupos de idosos clamem por uma intervenção multiprofissional, a enfermeira deve envidar esforços para identificar e afirmar seu espaço de intervenção no trabalho com grupos de idosos de modo a contribuir para a consolidação dessa importante atividade no âmbito na ESF.

Considerando a variabilidade de ações implementadas nos grupos de convivência de idosos, é natural que a enfermeira encontre resistências internas para desenvolver um trabalho específico de promoção da saúde, daí a necessidade de inserí-la no grupo com vínculo mais contínuo e não ocasional, de modo que possa integrar ações mais específicas à proposta de trabalho do grupo sem interrupção.

Na realidade, participando mais efetivamente, a enfermeira poderá identificar os espaços nos quais discussões acerca da saúde podem ser introduzidas nas rotinas dos grupos de convivência. O fato de buscar a correlação das atitudes e posturas que determinam e condicionam os problemas de saúde dos membros do grupo pode

despontar como uma rica possibilidade de direcionar debates nesse campo, em vez de realizar trabalhos pontuais por ocasião das campanhas propostas pelas diversas instâncias políticas.

A terceira categoria, denominada de *O Cuidado no domicílio: a visita como espaço de atuação*, evidencia um discurso no qual observa-se que a visita domiciliar vem constituindo-se como um espaço para que a enfermeira desenvolva ações de promoção da saúde do idoso de forma integral, ao se preocupar em acessar informações necessárias para a prevenção de problemas reais e potenciais, conforme podemos observar no quadro a seguir.

Categoria 3: O Cuidado no domicílio: a visita como espaço de atuação	
Unidades de Significância	<i>Na visita questionamos sobre o uso do medicamento, hábitos de vida, sobre alimentação, hidratação, eliminações. (E1) [...] verifico as condições em que ele vive, verificamos PA, fazemos controle de glicemia, orientamos sobre alimentação, sobre higiene e cuidados gerais. (E3) Faço uma abordagem mais ampla e direciono para a questão da patologia que ele tem. (E5) [...] observo o ambiente, a higiene, se o local onde ele dorme é arejado, se bate sol, se tem ventilação, vejo o estado geral dele, verifico sinais vitais [...]. (E8) [...] observo as relações dele com a família, com o cuidador. (E10) [...] fazemos uma abordagem integral, desde questões sobre medicamentos, alimentação, higiene, estado geral, moradia, aspectos familiares e a equipe sempre foca na educação em saúde, visando à melhoria da qualidade de vida. (E11) [...] avalio o estado geral, faço exame físico, sigo todos os passos da consulta de enfermagem. (E12) [...] avalio o ambiente, o contexto, observo as pessoas que moram na casa, as pessoas que estão ao lado. (E13) [...] avalio as condições gerais do paciente, pele, higiene, aparência, vejo se está sendo bem cuidado, até para evitar a formação de escaras, oriento sobre a movimentação, mudança de posição, banho de sol. (E15)</i>

A realização da Visita Domiciliar (VD) pela enfermeira no Brasil foi introduzida em 1918, quando Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, incentivou a criação de cursos e escolas, entre elas a de Enfermeiras Visitadoras, fundada com apoio da Fundação Rockefeller em 1923²³.

Historicamente, a VD tem-se caracterizado como importante estratégia de intervenção dos profissionais de saúde, considerando as possibilidades de aproximação do contexto social e familiar, incluindo as questões objetivas e subjetivas que contribuem para o adoecimento.

Com a implantação da ESF, a VD é reintroduzida como estratégia de atuação coletiva, na qual os profissionais de saúde podem priorizar situações que necessitam de olhares específicos, mas totalizadores. Como um dos instrumentos da intervenção da enfermagem no campo da saúde pública, a VD tem a família como alvo de sua atenção e pode ser conceituada como “um conjunto de ações com aspectos educativos que traz em seu bojo atuações que priorizam orientações para o autocuidado, manutenção e promoção da saúde, monitoramento dos agravos, situações específicas, temporárias ou não, e acompanhamento das situações presentes nos contextos familiar e social”^{24:670}.

Com a reorientação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS e a adoção da ESF como principal política da atenção básica, a VD pode ser apontada como um eixo transversal às demais ações de promoção da saúde, que contribui para uma atenção mais universal, integral e com equidade.

Desse modo, como ação essencial em seu leque de atividades, a ESF resgata a prática da VD como atividade comum a todos os membros da equipe, resguardando a competência de cada um em relação às necessidades do usuário e família que carecem da visita.

Os fatores que levam as informantes a realizarem a VD vão desde o elevado número de idosos acamados ou semiacamados que não podem ir à unidade até a topografia das áreas de abrangência das unidades de saúde, que, por estarem localizadas em áreas de morro, na maioria das vezes se tornam de difícil acesso para o idoso, devido ao grande número de ladeiras e degraus no percurso.

No intuito de consolidar sua atuação no campo da saúde coletiva, o resgate da VD emerge como importante instrumento de intervenção da enfermeira, pois, conforme se observa no discurso dessa categoria, é a oportunidade de realizar uma CE integral e abrangente, considerando que no domicílio, além de avaliar o idoso, olha para questões que determinam e condicionam o processo saúde/doença.

A prática da VD pela enfermeira no campo da saúde coletiva emerge como oportunidade ímpar para executar ações direcionadas ao indivíduo inserido na família e na comunidade, situação que se reforçou com a implantação da ESF, que incentiva as ações extramuros como imprescindíveis para intervir no processo saúde/doença da população.

Neste estudo, a VD ao idoso despontou como importante espaço de atuação da enfermeira, em virtude da melhor aceitabilidade pela demanda e das inúmeras possibilidades de desenvolver ações que concorram para o controle de causas, de riscos e de danos que podem

comprometer o bem-estar do idoso, demonstrando ser um instrumento essencial no processo de trabalho da enfermeira na ESF.

CONCLUSÃO

Considerando a dinamicidade que os profissionais de saúde devem imprimir ao processo de trabalho na ESF, percebe-se a necessidade de redefinir as concepções acerca da promoção da saúde. Para a enfermeira está posto o desafio de rever sua prática, repensar os modos de operar o trabalho e desenvolver metodologias e instrumentos com base em conhecimentos socialmente instituídos.

O fato de existirem contradições na dinâmica do trabalho da enfermeira no âmbito da ESF pode servir como convite à reflexão a respeito das possibilidades de conquistar e demarcar seu espaço de atuação no campo da saúde coletiva.

Acreditamos que, durante o atendimento ao idoso, torna-se essencial que as ações da enfermeira sejam permeadas pela compreensão de que o envelhecimento se caracteriza por alterações específicas, exigindo habilidades profissionais para lidar com a diversidade de situações apresentadas por essa demanda, levando em conta os direitos e deveres da pessoa idosa, bem como sua experiência de vida acumulada.

O lidar cotidiano com o idoso no âmbito da ESF deve buscar a superação do olhar biomédico centrado nas queixas, partindo para o entendimento de saúde como resultado das condições de vida, conforme disposto na Constituição Federal.

Desse modo, notamos que o foco da atenção não deve prender-se apenas aos problemas e às dificuldades, mas também, e sobretudo, às potencialidades, valorizando o complexo sociocultural de aprendizagem ao longo da vida do idoso. A atenção à saúde do idoso, na perspectiva de fornecer subsídios para um envelhecimento saudável em conformidade com as diretrizes políticas no âmbito nacional e mundial, constitui-se num desafio a ser incorporado ao processo de trabalho das equipes da ESF.

É importante compreender que a ESF deve possibilitar maior aproximação com a população adscrita de forma que a equipe possa perceber os condicionantes e determinantes envolvidos no processo saúde/doença individual e coletivamente. No que tange à atenção à pessoa idosa, a enfermeira deve primar por ações que contribuam para promover a saúde e o bem-estar e para prevenir e controlar problemas decorrentes das doenças prevalentes na velhice e, conseqüentemente, consolidar o processo de trabalho dessa categoria profissional com a

sistematização de suas ações.

Portanto, é necessário que o trabalho da equipe da ESF se volte para a criação de alternativas de promover saúde, cujos princípios se pautem na visão integral do indivíduo e da família com o intuito de facilitar a aproximação usuário/equipe/serviço de saúde, incentivando o desenvolvimento de ações de corresponsabilização. O trabalho dos profissionais da ESF deve priorizar a atenção integral à saúde do indivíduo nas várias fases do ciclo vital considerando o cenário familiar e social.

Independentemente da função que ocupa, a enfermeira deve buscar o desenvolvimento de ações condizentes com o perfil da população adscrita, operando processos de trabalho que possibilitem o aperfeiçoamento contínuo do pessoal que está sob sua supervisão, visando à manutenção das condições para um cuidado mais eficiente.

Observa-se que, mesmo desenvolvidas em momentos diferenciados, as atividades da enfermeira na atenção ao idoso estão interligadas e são interdependentes. Todas elas são realizadas a partir de uma programação pontual, com base na análise das condições da população em acessar ou não a unidade, da disponibilidade da profissional e do apoio logístico da Secretaria Municipal de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. VIII Conferência Nacional da Saúde. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
2. Constituição da República Federativa do Brasil. In: Oliveira J, organizador. *Série Legislação Brasileira*. São Paulo: Saraiva; 1989.
3. Viana NAD, Dal Poz, MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o PSF. *Rev Physis* 2005; 15 (suplemento): 225-64.
4. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, 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. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
5. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá Outras Providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.

6. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.
7. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
8. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
9. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
10. Cadernos de Atenção Básica à Saúde – nº 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
11. Both A. Longevidade e educação: fundamentos e práticas. In: Freitas EV *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1446-1455.
12. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
14. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. 25 jun.
15. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. 08 jun.
16. Portaria nº 1.625, de 10 de julho de 2007. Altera as atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. 10 jul.
17. Vanzin AS, Nery MES. *Consulta de enfermagem: uma necessidade social?* Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996.
18. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. *Programa de Saúde do Idoso – Capital Idoso*. No prelo 2010.

19. Machado MT, Leitão GCM, Holanda FUX. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13 (5).
20. Secretaria Municipal de Assistência Social de Florianópolis. *Programa Viver Ativo*. [acessado 2010 Out 12]. Disponível em: <http://portal.pmf.sc.gov.br/>.
21. Alonso ILK. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. *Texto contexto – enferm*. 1999; 8(1): 122-32.
22. Sobreira NR. *Enfermagem comunitária*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1981.
23. Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enferm* 2009 out/dez; 14(4):667-74.
24. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. *Cogitare Enferm* 2006 maio/ago; 11(2):143-9.

4.2 MANUSCRITO 2: A ENFERMEIRA E O DESAFIO DE LIDAR COM A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

Manuscrito será submetido aos Cadernos de Saúde Pública, elaborado conforme as instruções para autores da revista disponíveis em <http://www4.ensp.fiocruz.br/csp/>, em fevereiro de 2011.

A ENFERMEIRA E O DESAFIO DE LIDAR COM A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

THE NURSE AND THE CHALLENGE TO DEAL WITH THE VIOLENCE AGAINST THE AGED ONE

Gleide Magali Lemos Pinheiro[‡]
Ângela Maria Alvarez[§]

Resumo: Este artigo objetivou discutir as práticas apontadas pela enfermeira no lidar cotidiano com as situações de violência intrafamiliar contra o idoso em áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de estudo exploratório/descritivo de natureza qualitativa, que teve como informantes enfermeiras que atuam na ESF do município de Florianópolis/SC. As informações foram coletadas por meio da entrevista narrativa, e os resultados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo (AC), resultando três categorias temáticas: Principais Manifestações, Medidas Preventivas e Sentimentos de Impotência. Esses resultados demonstram que a atuação da enfermeira na ESF possibilita maior agilidade na identificação de problemas que requerem soluções imediatas e eficazes. O sentimento de impotência que acomete a enfermeira não neutraliza seu interesse em buscar apoio nos serviços disponíveis no município, demonstrando o empenho e o compromisso social e ético esperado da enfermeira. Considerando as especificidades da ESF, a enfermeira depara-se com desafio de revisar sua prática diante de novos e antigos problemas, reconfigurando o seu processo de trabalho com vistas a incorporar práticas condizentes com a prevenção da violência intrafamiliar contra o idoso.

Descritores: Saúde do Idoso; Programa Saúde da Família; Enfermagem; Violência Doméstica.

Abstract: This article had origin in the intitled thesis “Process of Work of the Nurse in the Attention to Aged in the scope of the Strategy of

[‡]Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Prof^a Assistente do Depto de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (DS/UESB). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa e Estudos do Envelhecimento (GREPE/DS/UESB). Jequié/BA. gleidemlp@gmail.com.

[§] Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pelo PEN/UFSC. Prof^a do Depto de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC). Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). Florianópolis/SC. alvarez@ccs.ufsc.br.

Health of the Family” (ESF) and the objective to argue the challenges identified for this professional in dealing with situations of violence against the aged one in areas of coverage of the ESF. One is about descriptive and exploratory study of qualitative nature, that had as informing nurses who act in the ESF of the city of Florianópolis/SC. The information had been collected by means of the interview narrative and the results had been submitted to the technique of Analysis of Content (AC), originating three thematic categories: Relationary causes, Writs of prevention and Feelings of Impotence. The results demonstrate that the performance in the ESF makes possible greater agility in the identification of problems that require immediate and efficient solutions. The impotence feeling that affects the nurse does not neutralize its interest in searching supports in the available services in the city, thus demonstrating, the interest and inherent the social commitment to the health professional. Considering the specificity of the ESF, for the nurse it is rank the challenge to revise practical its of ahead new and old problems, reconfiguring the processes of work by means of the incorporation of practical consistent with the reality in which it acts.

Descriptors: Health of the Elderly; Family Health Program; Nursing; Domestic Violence.

Introdução

A saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é tema de interesse crescente, considerando a demanda por investimentos oportunos em ações de promoção visando ao controle de causas, de riscos e de danos à saúde desse grupo etário. Tais ações, dentre outros objetivos, buscam contribuir para reduzir e adiar as possibilidades de instalação das fragilidades que acometem o idoso no transcorrer da vida.

Estudos epidemiológicos demonstram que as doenças e as limitações inerentes ao envelhecimento não são totalmente inevitáveis, mas o acesso aos serviços preventivos que estimulem a adoção de hábitos saudáveis contribui para resultados mais favoráveis à vida e à saúde do idoso. Desse modo, é essencial o desenvolvimento de estratégias que permitam conhecer a multiplicidade de fatores relacionados ao processo saúde/doença para nortear as ações de promoção da saúde direcionadas à população que envelhece.

Como proposta de reorientação do modelo de atenção, a ESF trouxe consigo formas diferenciadas de materialização do trabalho, estimulando o estabelecimento de vínculos, a democratização das ações com corresponsabilidade da demanda e o fortalecimento do

compromisso profissional/usuário, além de maior aproximação com as questões que emergem na área de atuação.

Enquanto estratégia que prima por desenvolver ações de promoção da saúde, a ESF deve agregar atividades voltadas a todos os grupos populacionais com base em orientações específicas e em consonância com as necessidades apresentadas pelo homem no processo de viver-envelhecer. Desde a publicação da Política Nacional do Idoso (PNI) em 1994, esse grupo etário vem despertando novos olhares por parte da sociedade brasileira. Entretanto, somente com a publicação do Estatuto do Idoso em 2003 o tema violência foi abordado de forma clara nos artigos 4 e 19, recomendando ao profissional de saúde a notificação obrigatória aos órgãos competentes em casos de suspeitos ou confirmados^{1,2}.

Nessa mesma direção, o número 19 dos Cadernos de Atenção Básica, que trata da saúde do idoso, contempla o tema prevenção da violência como uma das responsabilidades da equipe de saúde, exigindo um olhar mais específico na atenção a esse grupo por parte dos profissionais inseridos na ESF³.

A ESF inaugurou uma nova forma de conceber e organizar o trabalho na atenção à saúde, cuja atuação individualizada deve ser substituída pela intervenção multiprofissional, resguardando-se cada competência profissional, de modo a implementar ações que contribuam para a integralidade dos cuidados direcionados ao ser humano.

Se por um lado a possibilidade de atuação em um território delimitado oportuniza a aproximação da equipe ao contexto sociocultural no qual o usuário está inserido, por outro, coloca a equipe diante de desafios outrora desconhecidos e que clamam por intervenções diferenciadas daquelas com as quais os profissionais estavam familiarizados, como, por exemplo, as situações de violência.

A violência é caracterizada como fenômeno social e histórico que tem uma relação íntima com a cultura, a classe social e o local onde ocorre; enquanto fenômeno que permeia a vida e as relações humanas, apresenta compreensões complexas envoltas por uma pluralidade de fatores que tem fortes repercussões nas relações interpessoais agressor/agredido. “Fundamentalmente, a violência é percebida como exercício da força física e da coação psíquica para obrigar alguém a fazer alguma coisa contrária a si, contrária aos seus interesses e desejos, contrária ao seu corpo e à sua consciência, causando-lhe danos profundos e irreparáveis, como a morte, a loucura, a autoagressão ou a agressão aos outros”^{4:432}.

Enquanto problema de saúde pública a violência tem sido alvo de

diversos estudos e pesquisas nacionais e internacionais, com a finalidade de caracterizar esse fenômeno nos diversos grupos etários. No Brasil, entre os anos de 1989 e 1998, a mortalidade por causas externas, como as diversas formas de violência direcionadas a idoso, ocupava o sexto lugar, destacando-se óbitos por acidentes de trânsito e de transporte, quedas e homicídios⁵.

Com a identificação de outras formas de violência e suas repercussões sobre o estado de saúde do agredido, esse fenômeno foi incorporado ao leque de objetos de intervenção do Sistema Único de Saúde (SUS), responsabilizando os profissionais pela denúncia a órgãos competentes de acordo com a faixa etária da vítima, com vistas a contribuir com providências judiciais cabíveis, bem como para prevenir futuros episódios. Atualmente, a violência interpessoal, notadamente a violência intrafamiliar contra crianças, adolescentes, mulheres e, mais recentemente, idosos vem adquirindo maior visibilidade social no Brasil.

O aumento da expectativa de vida, acompanhado da longevidade, trouxe a possibilidade de maior convivência com alterações próprias da velhice, como as fragilidades decorrentes das doenças prevalentes nessa fase da vida. Para estudiosos da violência contra idosos, a fragilidade que contribui para uma situação de vulnerabilidade tem-se apresentado como um dos principais fatores de risco para esse fenômeno.

A Rede Internacional para a Prevenção de Maus Tratos Contra o Idoso define esse tipo de violência como um ato único ou repetido ou em omissão que lhe cause dano ou aflição na qual exista expectativa de confiança⁶, caracterizando os tipos de violência mais comuns:

Abuso físico, maus tratos físicos ou violência física que se caracteriza pelo uso da força física para obrigar os idosos a realizarem determinado ato contra a sua vontade, podendo provocar ferimentos, dor, incapacidade ou morte.

Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos relacionados às agressões verbais com vistas a causar temor, humilhar, cercear sua liberdade, isolando-o do convívio social.

Abuso sexual, violência sexual refere-se ao ato sexual com pessoas idosas por meio de violência física ou ameaças.

Abandono diz respeito à violência que se manifesta pela omissão ou ausência de responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa com necessidade de proteção.

Negligência consiste na recusa ou omissão de cuidados básicos necessários aos idosos, pela família ou instituições.

Abuso Financeiro e econômico caracterizado pela exploração imprópria e utilização não consentida dos recursos financeiros e patrimoniais da pessoa idosa.

Autonegligência conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, devido à recusa de cuidar de si mesma.

No Brasil, a evolução das políticas públicas voltadas para o idoso tem possibilitado a organização de serviços conveniados ao SUS que, em seu conjunto formam uma rede de apoio, conferindo amparo legal aos idosos vítimas de violência e aos profissionais de saúde que identificam tais situações. Entretanto, a preocupação central deve girar em torno das possibilidades de instrumentalizar o idoso, a família, a comunidade e os profissionais de saúde quanto às possibilidades de prevenir atitudes e posturas de agressão ao idoso.

Devido às especificidades do processo de trabalho, profissionais que integram equipes da ESF, apresentam melhores condições de atuar precocemente nos casos de violência, seja na prevenção ou na intervenção imediata. Desse modo, é necessário reconhecer que, para a equipe da ESF é cada vez mais frequente o desafio de revisar práticas diante de novos e antigos problemas, bem como a necessidade de criar novas formas de operar o processo de trabalho, incorporando instrumentos e conhecimentos distintos⁷.

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo discutir práticas apontadas pela enfermeira no lidar com situações de violência contra o idoso com base no estudo realizado sobre Processo de trabalho da enfermeira na promoção saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família

Metodologia

Trata-se de estudo exploratório/descritivo de abordagem qualitativa, cujo cenário foi a rede de atenção básica do município de Florianópolis, que conta com 49 centros de saúde (CSs) com ESF implantada, distribuídos em 5 distritos de saúde: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. A coleta de dados deste estudo ocorreu nos distritos sanitários do Centro e do Continente por apresentar maior população idosa.

Participaram deste estudo 17 profissionais (16 enfermeiras e 1 enfermeiro) que desenvolvem atividades com o idoso. Para compor a amostra, a proposta do estudo foi apresentada em reunião mensal da categoria, com posterior convite via e-mail e contato telefônico para agendar a entrevista. Desse modo, a amostra foi composta pela quantidade de sujeitos que aceitaram participar do estudo, perfazendo

70% dos profissionais que atuavam na ESF durante os meses da coleta.

A entrevista foi realizada no local de trabalho da enfermeira que, ao concordar em participar de forma voluntária, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma cópia da informante e outra da pesquisadora. Foi garantido à informante que os dados não seriam usados de forma indevida, respeitando-se a individualidade de cada uma. Desse modo, optou-se por codificar cada informante com a letra E, da palavra “entrevista”, seguida do número de ordem na sequência cronológica da entrevista.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de fevereiro, março e abril de 2010, utilizando-se a técnica de entrevista narrativa com a apresentação de um roteiro com tópicos abertos sobre os quais os informantes deveriam discorrer com base em percepções e opiniões acerca de suas práticas cotidianas. As entrevistas foram gravadas e, depois de transcritas, foram encaminhadas aos informantes para validação.

Os dados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo (AC)⁸ que possibilitou identificar situações que desafiam o trabalho da enfermeira com o idoso na ESF. A AC obedeceu aos estágios de: pré-análise, constituição do corpus, seleção das Unidades de Significância (US), classificação e agregação em núcleos temáticos, dando origem a três categorias: *Principais Manifestações, Medidas Preventivas e Sentimentos de Impotência*.

A pesquisa cumpriu todas as determinações da Resolução 196/1996⁹, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos. Submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, foi aprovada por parecer exarado no processo protocolado n° 595/2010.

Resultados e Discussões

O fenômeno da violência contra o idoso é um problema complexo que sempre esteve presente nas sociedades humanas, em diferentes graus, também relacionado às questões culturais. Nas duas últimas décadas, estudos que discutem essa temática fazem uma importante reflexão acerca das situações que têm contribuído para aumentar os casos de violência dirigidos às pessoas com 60 anos e mais com maior incidência nos idosos mais idosos.

Questões como a instalação de incapacidades e de fragilidades, que levam a um maior grau de dependência e demandam a presença de um cuidador em tempo integral, aparecem como um dos fatores de risco

para a violência contra o idoso no ambiente doméstico. Considerando que “a família predomina como alternativa no suporte informal aos idosos”,^{10:776}, em muitas situações o cuidador aparece como principal responsável por distintos atos de violência contra o idoso.

Aliados a essa questão, existem outros fatores socioculturais que podem concorrer para esse tipo de atitude no domicílio, como, por exemplo, o fato de o idoso ser, em algumas famílias, a única fonte de renda por ser aposentado, e situações de extrema pobreza e de dependência química de algum membro da família, parecem concorrer para a incidência do problema. Intervir no ambiente familiar requer muita perspicácia dos profissionais de saúde, por se tratar de um espaço permeado por sentimentos difusos, como o medo, a insegurança, os conflitos parentais e as relações afetivas peculiares a uma família. O fato é que situações de violência trazem consequências objetivas e subjetivas que requerem intervenções contínuas por parte da equipe de saúde.

A categoria *Principais Manifestações* agrupou as unidades de significância denotativas das principais causas de violência identificadas pelos informantes e suas relações com o ambiente no qual a agressão ocorre e com o agressor:

A questão da violência está muito ligada com a falta de cuidado da família. (E1); Geralmente pegam o idoso que é aposentado e colocam no cantinho sem os cuidados necessários. (E5); Identificamos casos de idosos com a higiene comprometida. (E6); [...] teve um caso no qual o idoso ficou dois dias sem receber alimentação. (E8); Tem aqueles casos da violência velada [...] você chega à visita e aparentemente está tudo bem, mas, quando começa a conversar as coisas vão aparecendo. (E9); Tem as queixas de privação de alimento, de isolamento pela família [...]. (E11); Tem questões voltadas para a negligência porque o cuidador não quer cuidar. (E12); Temos duas áreas de interesse social e temos alguns casos de negligência com idosos. (E13); Tem sempre alguém que é dependente de drogas e usa o dinheiro do idoso para suprir seu vício. (E17).

Essas falas revelam que a violência contra o idoso na óptica das enfermeiras tem forte relação com a questão do cuidado no domicílio e do uso indevido dos recursos financeiros que provêm da aposentadoria do idoso. De acordo a tipologia apresentada anteriormente, essas formas de violência são consideradas como negligência e abusos financeiros ou econômicos, sendo passíveis de denúncia aos órgãos competentes.

A instalação progressiva das fragilidades decorrentes do processo

de envelhecimento na qual gradualmente o idoso vai perdendo a capacidade de realizar atividades sozinho, passando a necessitar de auxílio por um período de tempo cada vez mais longo, tem sido apontada como uma das causas de violência contra esse grupo etário.

Nessas falas, a enfermeira identifica a violência com o cuidado prestado ao idoso no ambiente doméstico, tanto na forma quanto na qualidade. Na realidade brasileira, o cuidador informal se destaca por ser um membro familiar que assume essa responsabilidade em virtude de uma prática cultural que tradicionalmente induz os idosos à expectativa de serem cuidados por sua prole¹¹. Por outro lado, assumir a responsabilidade pelo cuidado de um idoso dependente demonstra ser tarefa difícil para a família, que geralmente se depara com mudanças substanciais tanto na dinâmica familiar quanto na adequação do espaço físico, gerando situações de estresse¹².

Na prática, tem-se observado que geralmente o cuidador desenvolve suas atividades sem capacitação técnica, valendo-se das experiências empíricas e do sentimento de solidariedade, assumindo um conjunto de atividades árduas que, muitas vezes, resulta na negação do cuidado de si e na anulação de sua individualidade para cuidar do outro¹³.

Cuidar do idoso doente no domicílio requer um aprendizado constante que se vai constituindo de acordo com o grau de necessidades afetadas e o nível de dependência do idoso ao longo do seu processo de envelhecimento. Desse modo, cuidar do idoso fragilizado por uma condição crônica, com algum grau de dependência, requer habilidade física e emocional para lidar com os conflitos interpessoais que emergem no ambiente familiar, com vistas a proporcionar um cuidado efetivo visando evitar ações de violência.

A falta de suporte social ao cuidador familiar tem-se destacado como uma das limitações para executar o cuidado, pois na maioria das vezes os cuidadores não têm acesso a informações oportunas e estão sob o risco de se tornarem pacientes dentro do sistema¹⁴. À enfermeira da ESF cabe investir em ações que contribuam para capacitar o cuidador e, conseqüentemente, qualificar o cuidado prestado. É necessário que esse profissional inclua em seu processo de trabalho práticas de atenção à saúde da pessoa que cuida do idoso, bem como, esclarecimentos sobre as necessidades afetadas pelo envelhecimento e as possíveis alternativas de cuidado.

A intervenção da enfermeira com o cuidador e a família com vistas a prevenir ações de violência deve ter como base superar

dificuldades e limitações que emergem no contexto das relações. Prover o cuidador de informações sobre o autocuidado parece ser uma forma de sensibilizá-lo para cuidar de terceiros. Outro aspecto importante no processo de trabalho da enfermeira na prevenção da violência doméstica contra o idoso é esclarecer a comunidade quanto ao impacto desse problema na estrutura emocional familiar, por sua magnitude psicológica e social para o agressor, a família e o idoso.

A segunda categoria, *Medidas Preventivas*, engloba os discursos que demonstraram os caminhos que a enfermeira tem buscado para prevenir e atenuar situações de violência contra o idoso. Essa categoria é composta por duas subcategorias: *Soluções Internas*, que contempla as falas alusivas à resolutividade do problema na área de abrangência da ESF, envolvendo equipe, família e comunidade; e *Soluções Externas*, que se relaciona às falas que expressam necessidade de recorrer às instâncias disponíveis no município para essa finalidade.

Embora seja um fenômeno antigo, a frequência com que tem emergido no contexto da ESF caracteriza a violência como um fato inusitado para a enfermeira, situação que a leva a perceber a importância de uma atuação contínua, colocando-se disponível para encontrar soluções no contexto familiar, conforme se observa nos discursos da subcategoria *Soluções Internas*:

Tiveram situações de violência nas quais sentamos e trabalhamos com a família, identificamos outro membro da família para cuidar. (E1); quando precisamos de uma intervenção, não acaba ali, nós que estamos na comunidade continuamos a acompanhar estas pessoas. (E3); [...] continuamos acompanhando os casos, não nos excluimos do cuidado, pelo contrário! (E4); Para contribuir na resolução do problema, inicialmente tenho uma conversa com a família e nunca vou diretamente ao assunto. (E5); [...] às vezes identificamos certo descuido e chamamos logo a família e conversamos. (E10); Penso que a denúncia é uma coisa muito pesada e para mim, a melhor saída é tentar dialogar, tentar convencer que o melhor lugar para o idoso é perto dos familiares. (E12).

A família é uma criação do ser humano que necessita de relações de reciprocidade entre os diferentes membros e gerações¹⁵, e, quando está em desequilíbrio, pode causar conflitos e gerar situações de violência. Geralmente os fatores de risco de violência intrafamiliar contra o idoso emergem nos espaços nos quais o cuidado se contextualiza, exigindo da família posturas de organização que

concorram para um cuidado efetivo.

O Ministério da Saúde usa o termo violência intrafamiliar para se referir a qualquer ação ou omissão por parte de outro membro da família que possa prejudicar o bem-estar, a integridade física ou psicológica do indivíduo, bem como a sua liberdade e o pleno direito de desenvolvimento³.

As falas acima demonstram a preocupação da enfermeira em desenvolver ações que estimulem a integração eficiente do idoso ao seio familiar, em consonância com a legislação brasileira que recomenda o convívio familiar como melhor opção para o desenvolvimento do cuidado ao idoso. Essa orientação é fortalecida pelos princípios da ESF, que elege o núcleo familiar como sujeito de intervenção.

A possibilidade de garantir a permanência do idoso no domicílio pode favorecer a manutenção dos vínculos afetivos e a memória do cuidador e de quem é cuidado. A preservação da permanência do idoso na família tem representado um desafio à sociedade contemporânea, na medida em que as famílias estão cada vez mais reduzidas e ocupadas com muitas atividades fora de casa, resultando na indisponibilidade de membros para acompanhar o idoso^{14,16}.

Na intenção de evitar a recorrência de situações de violência, a enfermeira lança mão de estratégias variadas, conforme evidenciadas na falas que se seguem:

Uma forma de ajudar é intensificando as visitas para ter um controle maior da situação do idoso (E6); O ACS vai uma ou duas vezes por semana como forma de mostrar à família que a equipe está atenta (E7); Vou ao domicílio com maior frequência para ver a situação do idoso (E9); Geralmente conseguimos resolver, porque entra em jogo a possibilidade de tirar o dinheiro da aposentadoria caso o idoso vá para uma instituição, e isso é algo que pesa muito (E13); Quando identifico essas situações eu quero resolver e vou atrás das possibilidades de solução. (E15).

A possibilidade de atuar numa área adstrita, com um número limitado de famílias cadastradas e acompanhadas, permite que a enfermeira se familiarize com as rotinas instituídas pela comunidade. Nas falas acima, a enfermeira se reporta ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) demonstrando a importância do trabalho dessa categoria profissional como integrante da equipe. De fato, dada a magnitude do problema, soluções com vistas a prevenir a violência

contra o idoso devem contar com a atuação de toda a equipe, principalmente daqueles membros que têm as microáreas como espaços de desenvolvimento de suas práticas, como é o caso do ACS.

A visita domiciliar se destacou como importante instrumento no processo de trabalho da enfermeira na perspectiva de atuar frente à violência intrafamiliar contra o idoso por permitir a inserção do profissional no *locus* do problema, enfatizando a preocupação em resolvê-lo. Na ESF a visita domiciliar é concebida como importante tecnologia no cuidado da saúde, constituindo-se num instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde. Além de representar significativo meio de inserção e oportunidade de conhecimento das condições reais de vida da população, possibilita criar e fortalecer vínculos profissional/comunidade, bem como, compreender aspectos importantes da dinâmica das relações familiares^{17,18}.

A subcategoria *Soluções Externas* é composta pelo conjunto de unidades de significância que retratam a necessidade de buscar apoio em órgãos externos devido à gravidade do problema ou a ineficácia das intervenções da equipe. A existência de uma rede de proteção ao idoso implantada no município, dentre as quais se identificou o Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa (CIAPREVI), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Conselho Municipal do Idoso (CMI) e o Ministério Público, deixa a enfermeira mais confortável nos casos não resolvidos no âmbito da unidade de saúde.

Em parceria com estas organizações, a enfermeira consegue dar o devido encaminhamento para a resolução do problema da violência contra o idoso:

Tiveram experiências exitosas com a interferência da assistente social e da psicóloga que trabalharam com a família que conseguiu se organizar e se dividir no cuidado com o idoso (E1); [...] às vezes acompanhamos o caso por mais de um ano e aí quando não dá mesmo é que acionamos o serviço social (E2); [...] temos alguns casos de negligência e, às vezes precisamos acionar o Conselho do Idoso (E4); Acionamos o Serviço Social da Prefeitura quando as questões de violência estão além da nossa capacidade de solução (E5); [...] nos casos de violência, maus-tratos, acionamos o serviço social da PMF e solicitamos apoio (E6); [...] sempre que identificamos uma violência, encaminhamos para o CIAPREVI e acionamos também o Ministério Público (E7); Em casos de maus tratos e de negligência contamos com os apoios como o CRAS (E8).

A busca por soluções externas só acontece em situações extremas e quando as possibilidades de intervenção por parte da equipe se esgotam, até porque a enfermeira considera que uma atuação multiprofissional pode ser mais eficiente considerando as especificidades e competências peculiares a cada profissão. Nessa questão, a enfermeira reconhece que a intervenção de outros profissionais se torna tão eficaz quanto necessária, uma vez as possibilidades de solução por parte da equipe foram esgotadas.

Os discursos demonstram certo cuidado da enfermeira em, inicialmente, buscar soluções internas e só acionar os órgãos externos quando verifica que não tem condição de conduzir o problema até a solução, seja pelo insucesso das tentativas ou pela sua gravidade. Outro aspecto que leva ao encaminhamento para órgãos de apoio relaciona-se ao receio de afetar as relações da equipe com a comunidade e mais diretamente com a família do idoso agredido:

Buscamos apoios externos porque para nós, na unidade, fazer uma denúncia é complicado (E12); A denúncia faz parte do nosso papel, mas é muito complicado (E14); Esse envolvimento direto do profissional com a denúncia pode deixá-lo muito exposto (E15); Denunciar é complicado porque a nossa área de abrangência é caracterizada por conflitos sociais, mas é necessário (E16).

Mesmo reconhecendo que a denúncia deixa a equipe em situação delicada diante da comunidade, a enfermeira entende a importância de atuar no fenômeno da violência doméstica contra o idoso com vistas a erradicar tais práticas, entendendo esse que se afina com as orientações contidas no Artigo 52 do Código de Ética da Enfermagem ao considerar infração ética *provocar, cooperar ou ser conivente com maus tratos*¹⁹.

A violência intrafamiliar contra o idoso é permeada por dimensões de origens variadas, e além de ser tratada como problema de saúde pública pelas suas repercussões no estado de saúde do agredido, deve implicar num maior engajamento da equipe da ESF, no sentido de atuar preventivamente, identificando as famílias e as situações que têm maior potencial para tais práticas. Dessa forma, é essencial que esse tema seja pauta de discussão permanente no âmbito da ESF como forma de sensibilizar equipe e comunidade para medidas preventivas.

A terceira categoria, *Sentimentos de impotência*, no conjunto de falas reporta certa frustração por parte da enfermeira em não conseguir

resolver determinadas situações de violência intrafamiliar contra o idoso. Atos de violência na família são permeados por vários fatores, destacando-se aqueles relacionados à intimidade familiar, que pode resultar numa barreira que impeça o profissional de conhecer o problema e propor soluções adequadas, daí a necessidade de a enfermeira poder contar com outros profissionais com conhecimentos e habilidades mais específicas:

Às vezes identificamos alguma violência e acho muito difícil lidar com isso. (E1); A violência contra o idoso exige ações que vão além do que tu podes resolver. (E2); São situações que limitam o meu processo de trabalho. (E3); Tem situações que me sinto limitada como a questão da violência. (E5); É uma situação que me deixa frustrada, porque na maioria das vezes não consigo resolver sem apoio de outros órgãos. (E8); [...] temos que fazer essa articulação, meio que ser um pouco assistente social. (E11); Sabemos que temos que fazer alguma coisa, mas não temos mais autonomia, não temos como fazer [...]. (E13); Chega um ponto em que você não consegue mais caminhar com os recursos da unidade. (E14); São situações frustrantes, minha atuação com o idoso é muito focada na violência, isso me assusta! (E17).

Mesmo reconhecendo a impossibilidade de resolver o problema da violência sem apoio de órgãos externos, esses discursos demonstram a preocupação da enfermeira em não ocultar tais situações. Como mencionado anteriormente, a violência é uma questão extremamente complexa e, pelo fato de causar danos de diversas ordens, necessita de intervenção multiprofissional.

É importante que a enfermeira reconheça que a violência não é apenas um problema de segurança pública e de justiça; é, também de assistência à saúde, daí a necessidade de que os profissionais de saúde estejam preparados para oferecer um cuidado que tenha impacto efetivo na saúde das vítimas. Via de regra, o tema prevenção da violência, apesar de sua magnitude, não ocupa lugar de destaque na formação da enfermeira, tampouco nos cursos de atualização e aperfeiçoamento. Muitas enfermeiras aprendem a lidar com tais situações à medida que se materializam no cotidiano de sua prática.

O despreparo referido pela enfermeira para lidar com a violência intrafamiliar contra o idoso não a impede de buscar as soluções possíveis ao reconhecer que necessita de apoio externo e empenhar-se para que a situação se resolva, visto que tais situações interferem negativamente no seu processo de trabalho com o idoso e sua família.

Percebe-se que reconhecer suas limitações estimula a enfermeira a buscar recursos extraordinários para combater a violência contra o idoso, todavia pode tornar-se um processo lento e burocrático, deixando na enfermeira sentimento de impotência e até de frustração.

Considerações Finais

A violência intrafamiliar contra o idoso nas áreas de abrangência da ESF no município de Florianópolis tem desafiado a enfermeira no plano profissional, a buscar formas de solução e de prevenção, e no plano pessoal pelo sentimento de impotência diante das tentativas frustradas.

O fato de o Código de Ética de Enfermagem prever a intervenção da enfermeira em situações de maus tratos impõe-lhe o dever de buscar formas de identificá-los precocemente para atuar de modo preventivo, por entender que a denúncia é uma ação extrema que pode prejudicar as relações da equipe com o usuário e com a comunidade.

Outra questão para se pensar é o lidar com o idoso agredido, considerando que as consequências tanto físicas quanto emocionais demandam um trabalho multiprofissional e, na maioria das vezes exigem tempo e dedicação. Mesmo considerando a violência um problema de saúde pública, a enfermeira não pode responsabilizar-se sozinha pelos encaminhamentos necessários para saná-lo, cabendo-lhe discernimento para julgar as situações que necessitam do auxílio de órgãos externos, como retratados nos dados deste estudo.

A notificação da violência intrafamiliar contra o idoso tem sido importante instrumento no processo de trabalho da enfermeira por contribuir para dimensionar o problema e eleger ações de intervenção no ambiente familiar, apontado, também pelas enfermeiras, como o local ideal para a permanência do idoso.

Instrumentalizar o idoso, a família e a comunidade para sensibilizá-los quanto à prevenção da violência pode contribuir para uma ação mais efetiva da enfermeira na prevenção precoce, contribuindo para um envelhecimento seguro, digno e com melhor qualidade. Sem dúvida, a necessidade de qualificação profissional para lidar com situações de violência emergiu como um aspecto inquestionável na formação continuada da enfermeira

O sentimento de impotência que acomete a enfermeira não neutraliza seu interesse em buscar apoio nos serviços disponíveis no município, demonstrando o empenho e o compromisso social e ético que dela se espera. Devido a sua inserção no contexto familiar, a enfermeira

da ESF, deve estar preparada para identificar as situações reais e potenciais de violência intrafamiliar contra o idoso, atuando preventivamente nas eventuais demandas visando o cuidado integral ao idoso.

Colaboradores

G. M. L. Pinheiro participou da concepção do artigo e de todas as fases até a redação final. A. M. Alvarez colaborou na concepção do artigo e na revisão da redação final.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [internet]. 1994 [cited 2010 Mar 15]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.
2. Brasil. *Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [internet]. 2004 [cited 2010 Dez 16]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>.
3. Brasil. *Cadernos de Atenção Básica à Saúde – nº 19*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Chauí M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática; 2000.
5. Cavalcanti MLT, Souza ER. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2010. 15(6); 2699-2708.
6. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.
7. Villas Boas LMF, Araújo MBS, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Cien Saúde Colet* 2008. 13(4):1355-1360.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
9. Brasil. Resolução 196/96. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

10. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (3): 733-781.
11. Caldas CP. Contribuição para a construção de redes de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. *Textos Envelhecimento*. 2002; 4(8): 39-56.
12. Pelzer MT; Fernandes MR. Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência. *Texto contexto - enfermagem*. 1997;6 (2):339-44.
13. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev Elet Enferm*. 2004; 6(2): 254-271.
14. Garrido R; Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(6):835:841.
15. Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte IAO. Violência contra idosos: uma questão nova? *Saude soc* 2008. 17(3): 90-100.
16. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Acta Scie Health Scien*. 2004; 26(1): 135-145.
17. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm* 2007; 6:659-64.
18. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm* 2006; 4:645-53.
19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 240 de 30 de Agosto de 2000. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [internet]. [cited 2010 Dec 14]. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/4280>.

4.3 MANUSCRITO 3: O IDEÁRIO DA ENFERMEIRA ACERCA DA PROMOÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Manuscrito será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem, elaborado conforme as instruções para autores disponíveis em <http://www.scielo.br/revistas/reben>, em fevereiro de 2011.

O IDEÁRIO DA ENFERMEIRA ACERCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

THE NURSE IDEAS ABOUT HEALTH PROMOTION IN THE ELDERLY IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

EL IDEARIO DE LO ENFERMERO ACERCA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ANCIANO EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Gleide Magali Lemos Pinheiro **, Ângela Maria Alvarez ††

RESUMO

Estudo qualitativo que objetivou descrever as percepções da enfermeira da Estratégia de Saúde da Família acerca da promoção da saúde do idoso na atenção básica. Os dados foram coletados por meio de entrevista narrativa e submetidos à Análise de Conteúdo originando duas categorias: *Percepções acerca das políticas de saúde do idoso e Olhando para o seu processo de trabalho*. As enfermeiras evidenciaram concepções assimétricas relacionadas às políticas locais. Por outro lado, reconhecem a necessidade de incrementar ações de promoção da saúde do idoso, referindo expectativas positivas e, ao mesmo tempo, um olhar crítico sobre suas práticas gerontológicas. Tais percepções tendem a contribuir com a necessária reestruturação do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família.

Descritores: Enfermagem; Saúde do Idoso; Promoção da Saúde; Programa Saúde da Família; Enfermagem de Saúde Pública.

ABSTRACT

This qualitative study aimed to describe the perceptions of nurses working in the Family Health Strategy about the elderly health promotion in primary care. Data were collected through narrative

** Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Profª Assistente do Depto de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (DS/UESB). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa e Estudos do Envelhecimento (GREPE/DS/UESB). Jequié/BA. gleidemlp@gmail.com.

†† Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pelo PEN/UFSC. Profª do Depto de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI/UFSC). Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI). Florianópolis/SC. alvarez@ccs.ufsc.br.

interviews and submitted to Content Analysis originating two categories: *Perceptions about the elderly health policies* and *Looking at your work process*. The nurses highlighted asymmetric conceptions related to local policies. On the other hand, they recognize the need to increase actions of health promotion in the elderly, referring to positive expectations and, at the same time, a critical view of their geriatric practices. Such perceptions tend to contribute to the necessary restructuring of nursing work in elderly care in the Family Health Strategy.

Descriptors: Nursing; Health of the Elderly; Health Promotion; Family Health Program ; Public Health Nursing

RESUMEN

Estudio cualitativo que objetivó describir las percepciones del enfermero de la Estrategia de Salud de la Familia acerca de la promoción la salud del anciano en la atención básica. Los datos fueron recolectados por medio de la entrevista narrativa y sometidos a Análisis de Contenido originando dos categorías: *Percepciones acerca de las políticas de salud del anciano* y *Mirando para su proceso de trabajo*. Los enfermeros evidenciaron concepciones asimétricas relacionadas a las políticas locales. Por otro lado, reconocen la necesidad de incrementar acciones de promoción a la salud del anciano, refiriendo expectativas positivas y, al mismo tiempo, una mirada crítica sobre sus prácticas gerontológicas. Tales percepciones tienden a contribuir con la necesaria reestructuración del trabajo del enfermero en la atención al anciano en la Estrategia de Salud de la Familia.

Descriptor: Enfermería; Salud del anciano; Promoción de la Salud; Programa Salud de la Familia; Enfermería en Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) emergiu no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) como principal alternativa de substituição ao modelo de atenção à saúde com base na reestruturação da atenção básica, visando, sobretudo, responder as demandas sociais com práticas de promoção da saúde. Depois de mais de uma década de implantação, a ESF tem-se mostrado uma proposta diferenciada no que se refere à organização da unidade, com forte inserção comunitária, e a estrutura do processo de trabalho, com a instituição de práticas democratizantes e socializadoras centradas no usuário.

Desde a sua implantação no ano de 1994, a ESF vem estimulando

a materialização de ações de promoção da saúde com trabalho em equipes multiprofissionais, elegendo a família como foco do cuidado e a comunidade como cenário principal de intervenção. Essa atuação pressupõe o envolvimento de todos os profissionais na mobilização dos usuários, estimulando-os ao exercício do autocuidado com (co)responsabilização social, visando ao cuidado integral das pessoas nas diferentes fases do ciclo vital.

Até o ano de 2006, o cuidado ao idoso na atenção básica figurava no âmbito dos programas de controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus. Nesses programas, geralmente a atenção dispensada aos usuários estava centrada nas normas prescritas pelo Ministério da Saúde (MS) para controlar os sintomas e prevenir as complicações, sem considerar a individualidade recomendada pelos princípios norteadores da ESF.

Com a atualização da Política Nacional de Saúde do Idoso em 2006, quando então foi denominada Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a atenção a esse grupo passou por significativas transformações, culminando com a publicação dos Cadernos de Atenção Básica à Saúde número 19⁽¹⁻³⁾. Todo esse aparato jurídico influenciou a organização da oferta de serviços de saúde a esse grupo etário, exigindo um olhar mais atento por parte das autoridades e profissionais de saúde.

Não se pode negar que a prioridade ao idoso no âmbito do sistema de saúde, notadamente na atenção básica, é cada vez mais necessária. Estudos sobre envelhecimento alertam quanto à necessidade de investir em ações de promoção da saúde e prevenção de complicações como forma de reduzir os custos para o sistema de saúde diante das projeções demográficas que preveem um crescente número de idosos longevos. A questão crucial está na possibilidade de reduzir o impacto das incapacitações ocasionadas pelas doenças prevalentes na velhice com ações que contribuam para um envelhecimento bem sucedido, preservando a autonomia pelo máximo de tempo possível.

Na esteira do discurso de promover a saúde do idoso vem a preocupação com a estrutura e o funcionamento dos serviços na rede pública, incluindo aí a organização do processo de trabalho. Assim, é imprescindível considerar a tendência mundial de aumento da longevidade ao organizar serviços e planejar as ações de saúde, de modo que os profissionais estejam preparados para distinguir características peculiares da velhice das de uma patologia⁽⁴⁾.

É consenso entre os estudiosos e pesquisadores das políticas de saúde do Brasil que a mudança no modelo de atenção à saúde, com a

superação da biomedicina, deve ser acompanhada da reorganização dos serviços e dos modos de promover saúde. Considerando os princípios norteadores da ESF, a estruturação do processo de trabalho deve estabelecer relações mais flexíveis entre profissionais e usuários.

As práticas de cuidado desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde na perspectiva de melhorar a qualidade de vida do idoso devem consistir em ferramentas que estimulem a possibilidade de encontrar caminhos para enfrentar a multiplicidade de fatores envolvidos no processo saúde/doença, com vistas a propiciar mudanças reais. Assim, cumpre salientar que essas práticas devem ser orientadas e justificadas com base nos pressupostos teórico-filosóficos que norteiam o processo de envelhecimento, as políticas públicas, o processo de trabalho e a percepção dos profissionais engajados nessa proposta.

Com sua função psicológica de peculiar especificidade, o trabalho é um campo essencial do desenvolvimento humano, uma vez que fornece ao trabalhador a possibilidade de “sair de si”, dirigir-se ao outro e, assim, desenvolver-se como ser humano. O trabalhador sempre acrescenta algo seu, pessoal e coletivamente, ao trabalho realizado⁽⁵⁾.

Esse novo desenho do processo de trabalho em saúde exige a associação de conhecimentos técnicos, de configurações tecnológicas inovadoras e de novas micropolíticas fundamentadas em reflexões acerca da reestruturação produtiva e da transição tecnológica do trabalho. Considerar a percepção do trabalhador acerca dos objetos e dos sujeitos que figuram cotidianamente no ambiente de trabalho significa valorizar o componente subjetivo inerente às práticas profissionais.

A percepção é permeada por procedimentos internos que culminam com a atribuição de significados formados por ideias e conceitos sobre determinados objetos e fenômenos. Nesse sentido, “está relacionada ao fato de o indivíduo desenvolver tal processo, de acordo com um esquema de referência interna, preestabelecida e respaldada em suas experiências anteriores, conhecimentos prévios, contextos sociocultural(ais) e profissional no qual está inserido”^(6:1).

Assim, o processo de formação das percepções é influenciado pela junção das experiências pessoais e profissionais e pela interação mútua dos sujeitos em distintos cenários. O presente artigo teve origem na pesquisa de doutorado intitulada *Processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da Estratégia de Saúde Família* e tem como objetivo descrever como a enfermeira percebe a promoção da saúde do idoso na atenção básica.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório/descritivo de abordagem qualitativa, cujo cenário foi a rede de atenção básica do município de Florianópolis, que conta com 49 centros de saúde (CS) com ESF implantada, distribuídos em 5 distritos de saúde: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. A coleta de dados desse estudo ocorreu nos distritos sanitários do Centro e do Continente por apresentarem maior número de pessoas idosas.

Participaram deste estudo 17 profissionais (16 enfermeiras e 1 enfermeiro), que desenvolvem atividades com o idoso. Para compor a amostra, a proposta do estudo foi apresentada em reunião mensal da categoria, e posteriormente foi encaminhado convite via e-mail e realizado contato telefônico para agendar a entrevista. Desse modo, a amostra foi composta pelas enfermeiras que aceitaram participar do estudo, perfazendo 70% das que atuavam na ESF durante os meses em que ocorreu a coleta.

A pesquisa obedeceu à Resolução 196/1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos. Submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, foi aprovada mediante parecer exarado no processo protocolado sob nº 595/2010⁽⁷⁾.

A entrevista foi realizada no local de trabalho da enfermeira mediante sua autorização que, ao concordar em participar de forma voluntária, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma cópia do informante e outra da pesquisadora. Foi garantido à informante que os dados não seriam utilizados de forma indevida, respeitando-se a individualidade de cada uma. Desse modo, optou-se por codificar cada informante com a letra E, numa alusão a palavra “entrevista”, seguida de um número de acordo sequência cronológica da entrevista.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de fevereiro, março, abril e maio de 2010, utilizando-se a técnica de entrevista narrativa com roteiro de tópicos abertos sobre os quais as informantes deveriam discorrer com base em percepções e opiniões acerca de suas práticas cotidianas. As entrevistas foram gravadas e, depois de transcritas, foram encaminhadas às informantes para validação.

No que concerne às principais características das informantes, percebeu-se que em relação à formação complementar à graduação, 7 são especialistas em Saúde da Família e 7 em áreas afins, sendo 4 em Saúde da Mulher, 2 em Gerenciamento de Serviços de Saúde e 3 em

Educação em Saúde; 2 não referiram esse tipo de formação. De experiência profissional, o grupo tem uma média de 9,2 anos, variando entre 1 e 20 anos e, de tempo de atuação na ESF, apresentou uma média de 2,5, com uma variação entre 1 e 11 anos. Das 17 informantes, 16 são contratados efetivamente e apenas 1 tem contrato temporário.

Os resultados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo⁽⁸⁾ que possibilitou resgatar elementos que descrevem o trabalho da enfermeira com o idoso na ESF. A Análise de Conteúdo obedeceu aos estágios de: pré-análise, constituição do corpus, seleção das Unidades de Significância (USs), classificação e agregação em núcleos temáticos, dando origem a duas categorias temáticas e suas respectivas subcategorias: *Percepções acerca das políticas de saúde do idoso (Prerrogativas do Idoso e Concepções Negativas) e o Olhando para o seu processo de trabalho (Desinteresse pelo trabalho com o Idoso, Necessidade de incrementar atuação e Expectativas Profissionais)*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atual Constituição Brasileira, promulgada em 1988, que ampliou o conceito de saúde, colocando-a como resultante das condições de vida, ensejou a elaboração de políticas de saúde que vem sendo reformuladas para operacionalizar a materialização dos dispositivos constitucionais em consonância com os interesses e necessidades da sociedade. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) imprimiu um cunho social às políticas de saúde ao adotar os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação social e organização de serviços numa rede regionalizada e hierarquizada⁽⁹⁻¹⁰⁾.

As políticas públicas geralmente emergem num contexto em que as necessidades do homem clamam pela intervenção organizada do Estado. No que se refere à saúde do idoso, somente em meados da década de 1990, com a eclosão do envelhecimento populacional, observa-se proposições de políticas públicas direcionadas a esse grupo populacional. No que se refere à saúde, o marco é a PNSI, datada de 1999, que posteriormente passou por atualizações e vem contribuindo para orientar outros documentos oficiais que tratam da promoção da saúde da pessoa idosa⁽¹⁻²⁻³⁾.

Do ponto de vista técnico, as políticas de saúde são orientações gerais que devem ser consideradas na estruturação dos serviços de saúde e na organização dos processos de trabalho nesse setor. Em tal sentido, o conhecimento dos profissionais de saúde acerca das orientações para

implementar o SUS torna-se essencial para consolidar o modelo de atenção à saúde e cumprir os dispositivos constitucionais.

NA atenção ao idoso no âmbito da ESF, enquanto membro da equipe mínima da ESF, a enfermeira deve aproximar-se dos conceitos e princípios das políticas de promoção da saúde do idoso com vistas a alinhar suas práticas ao proposto nesses documentos. As práticas da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da ESF devem materializar-se na interação cotidiana com os sujeitos de sua ação, com base num olhar reflexivo para as políticas de saúde voltadas para esse grupo etário.

Nesse sentido, a categoria *Percepções acerca das políticas de saúde do idoso*, que é composta pelas subcategorias *Prerrogativas do idoso* e *Concepções Negativas*, retrata formas diferenciadas de a enfermeira exteriorizar suas ideias acerca do tema, apresentando nuances diversificadas, pautadas em suas percepções cotidianas.

Ao exteriorizar sua percepção acerca das políticas de saúde voltadas para o idoso, conforme se observa no conjunto de falas que compõe a subcategoria *Prerrogativas do idoso*, observa-se que a enfermeira resgata as prioridades concedidas ao idoso como um único elemento destas políticas:

Com uma política mais específica até a organização da unidade para receber o idoso ficou diferenciada. (E1); Agora ele tem um espaço mais privilegiado. (E2); [...] tem consultas prioritárias. (A3); Por se tratar do idoso priorizamos agendamento de exames e várias outras ações [...]. (E4); [...] a prioridade do idoso ajudou na redução das filas de exames de alto custo e de exames rotineiros. (E7); As políticas de atenção ao idoso [...] estão mais divulgadas, principalmente com essa questão da prioridade. (E8); [...] em vários lugares que você vai você consegue observar o respeito a prioridade do idoso. (E9); Procuramos dar prioridade para os idosos na questão da saúde, promoção, prevenção [...]. (E11) Existem muitas leis que beneficiam o idoso, como a do transporte, a do atendimento preferencial. (E13); Tentamos seguir as normatizações em relação ao atendimento prioritário. (E15); [...] vejo o que está se fazendo desde a questão da prioridade, de garantir o atendimento no domicílio quando ele não pode vir à unidade. (E17).

O termo prioridade pode ser definido como “preferência conferida a alguém, relativamente ao tempo de realização do seu direito,

com preterição do de outros”⁽¹¹⁾. O discurso das enfermeiras demonstra a preocupação em cumprir com a prioridade instituída na lei, no que se refere às suas práticas e aos encaminhamentos necessários para a provisão do cuidado no âmbito do sistema de saúde.

Mesmo reconhecendo que o conteúdo das políticas de saúde do idoso vai além dessa prioridade, não se pode negar que, ao buscar cumprir tal dispositivo, a enfermeira revela preocupação em garantir o acesso à assistência em outros níveis do SUS, resgatando o princípio da integralidade. A integralidade aparece no texto constitucional junto com a universalidade e a equidade, como princípios essenciais para a organização do modelo⁽¹²⁾. Dentre os três, “a integralidade tem sido de difícil execução e garantia efetiva para a população, tendo em vista que demanda mudanças na concepção de trabalho dos profissionais, na chamada ‘caixa-preta’ do consultório, onde as ações curativas permanecem completamente dissociadas da promoção da saúde e da prevenção”⁽¹³⁾.

Por outro lado, convém salientar que a preocupação em cumprir a prioridade prevista na lei não significa valorizar as necessidades de saúde do idoso, mas pode configurar-se numa preocupação em não ser questionada por uma população que, gradualmente, vem se conscientizando dos seus direitos de cidadão. Para a enfermeira, torna-se necessário olhar para as políticas de atenção ao idoso, interpretá-las, aliando as orientações ali contidas às necessidades de saúde individuais e coletivas do idoso identificadas, e, nessa interlocução, elaborar ações de cuidado com o intuito de integrar o idoso como sujeito no seu processo de trabalho.

Contraopondo-se o discurso da prioridade enquanto política, identificou-se o sentimento de descrédito nas políticas de saúde locais, conforme se observa nas unidades de análise que compõem a subcategoria *Concepções Negativas*:

Na prática não sinto mudança. (E1); O discurso está um pouco distante da prática [...] falta uma aproximação maior. (E2); Sinto necessidade de muitas coisas, [...] organizar melhor o serviço, melhorar o acesso dos idosos à unidade. (E3); [...] o município aqui tem muito programas, muitos recursos que poderiam dar condições de que o trabalho na ESF fosse mais intensivo, ma, fica tudo muito centralizado. (E4); O nosso Capital Idoso está muito novinho ainda, tem muito a caminhar. (E8); Tenho uma grande decepção com a política de saúde do idoso aqui. (E10); Percebo que as políticas voltadas para a saúde do idoso evoluíram muito na teoria [...] na prática ainda

temos muito que fazer porque temos que pensar em ações que proporcionem uma melhor qualidade de vida para os idosos. (E11); [...] o que está faltando é que tenhamos condições de proporcionar uma atenção com mais qualidade como está nas políticas. (E15); O Capital Idoso não tem a estrutura que deve ter. (E16); O Capital Idoso têm muitas coisas que não se sabe qual caminho seguir, tem alguns protocolos, mas na prática nem tudo funciona. (E17).

O sentimento de descrença referido pelos informantes está relacionado à falta de agilidade na resolução dos problemas identificados. Desde 2006 o município onde ocorreu a coleta de dados vem implementando uma política específica de promoção da saúde do idoso, denominada Capital Idoso, que surgiu da “finalidade primordial de promover, manter, recuperar a saúde, a autonomia e a independência da pessoa idosa, reduzir comorbidades e mortes prematuras, resultando assim, em qualidade de vida para o idoso e familiar”⁽¹³⁾.

As linhas de ações dessa política incluem: Gerontocultura, Assistência Clínica, Média Complexidade e Apoio ao Cuidador. Essas ações são oferecidas por meio de uma rede de suporte oficial que inclui a disponibilização de profissionais e serviços especializados visando a resolutividade das ações.

As dificuldades mencionadas pelas enfermeiras guardam uma relação com o fluxo dos problemas dentro do sistema, principalmente no que se refere à agilidade na solução dos problemas identificados no âmbito da ESF.

Tal situação não se coaduna com o discurso da descentralização das políticas de saúde no município, que prima por uma atenção efetiva, com resolutividade relativa em cada nível no sistema em integração com os demais. A priori, fica a percepção de que os princípios e diretrizes que orientam o programa municipal da secretaria de saúde local intitulado “Capital Idoso” estão bem estruturados no campo do conhecimento, considerando que sua proposta contempla as necessidades de saúde dos idosos, embora tenha um longo caminho a percorrer no campo operacional.

A descrença na resolutividade das políticas públicas tem-se tornado lugar comum nos discursos da população que, geralmente a relaciona à morosidade nos encaminhamentos para resolver os problemas dentro do sistema de saúde. Neste estudo, tal descrédito emergiu nas falas das enfermeiras nessa mesma perspectiva, situação

essa que encaminha para a necessidade de que o poder público desenvolva atividades de atualização com as enfermeiras para implementar mecanismos que aproximem os campos teórico/práticos.

Possivelmente a descentralização das decisões de acordo com as competências de cada nível do sistema, seja boa alternativa para a resolução desse problema. Para tanto, a circulação do conhecimento num fluxo contínuo e mais próximo dos profissionais que estão na ponta do sistema se constitui numa importante ferramenta, uma vez que a elaboração e implantação de políticas de saúde devem ocorrer em consonância com os problemas identificados no contexto.

A categoria *Olhando para o seu processo de trabalho* é composta por três subcategorias que numa relação antagônica revelam as concepções da enfermeira acerca do seu trabalho na promoção da saúde do idoso. A primeira subcategoria, *Necessidade de incrementar práticas profissionais*, apresenta um conjunto de falas no qual a enfermeira reconhece a necessidade de se empenhar para desenvolver ações mais específicas com a esse grupo.

Em relação à minha atuação na saúde do idoso, eu acho que faço muito pouco, às vezes posso até estar fazendo e não saber. (E2); Envolver o idoso, envolver os familiares, então eu acho que faço muito pouco. (E5); Eu vejo os idosos muito de pé, cuidando de netos e de bisnetos, de filhos drogados, ai eu acho que me esqueço de contemplar determinadas coisas que seriam para eles, para a saúde deles. (E8); Na maioria das vezes, o idoso vem aqui como mediador e eu atendo a necessidade do mediado, então eu acho que tenho falhado muito em olhar para o idoso que está ali. (E12); Vejo que a pessoa está entrando na terceira idade sem acesso ao serviço para promoção e proteção, só tem acesso ao curativo mesmo. (E15).

As unidades de análise descritas acima revelam que a enfermeira enxerga o idoso como um ser independente e ativo, que, em vez de ser cuidado está atuando como cuidador e, numa situação mais delicada, administrando os conflitos sociais no interior dos lares, como cuidar de pessoas quimicamente dependentes. O discurso das enfermeiras aventa a necessidade de analisar três temas: a percepção de que precisa melhorar sua atuação; a identificação do idoso como protagonista de sua vida; e a percepção de que é necessário incrementar sua atuação.

O reconhecimento da enfermeira de que é necessário aproximar-se mais do idoso por parece um discurso bastante oportuno diante da realidade atual e daquela por vir, na qual as projeções demográficas

preveem um número crescente da população idosa. Tais projeções exigem que as ações de promoção da saúde comecem cada vez mais precocemente para controlar a instalação de problemas evitáveis neste nível de atenção.

Nessa direção, relatar que o idoso só tem acesso “ao curativo” denuncia um discurso tergiversado pelos ideais do modelo biologicista que, ao diagnosticar um problema de saúde, não vislumbra a possibilidade de atuar na prevenção das complicações, que na maioria das vezes são danosas tanto para o idoso, quanto para os serviços de saúde.

Diante do atual perfil de saúde da população idosa, torna-se essencial investir em ações de prevenção visando a contribuir para “o prolongamento e a melhora da qualidade de vida, buscando aumentar o período de vida ativa, prevenindo perdas funcionais e recuperando incapacidades”⁽¹⁵⁾. É nesse entendimento que deveria pautar-se a percepção da enfermeira. Identificar nos problemas reais as possibilidades de propor ações específicas para evitar os problemas potenciais, afinando sua prática profissional com o discurso da promoção da saúde.

Reconhecidamente, o idoso de hoje apresenta características diferenciadas daquele de tempos atrás. A melhoria das condições de vida com a redução da extrema pobreza, o acesso a serviços de saúde, a exames especializados e a medicamentos cada vez mais específicos, contribuem significativamente para tal realidade. Outra questão de grande relevância é a evolução das políticas públicas que, num contexto democrático, reconhece os direitos do idoso, colocando-o como sujeito ao estimular sua maior inserção social por meio do exercício da autonomia e do protagonismo⁽¹⁶⁾.

A autonomia e o protagonismo têm emergido como temas importantes em trabalhos gerontológicos. Apesar de comumente estar relacionada ao comprometimento da capacidade funcional, a concepção de autonomia está por trás das políticas de promoção da saúde e se estende à questão social e ao poder decisório peculiar a cada indivíduo. Considerando as orientações das políticas de saúde do idoso, os profissionais da ESF devem implementar ações que valorizem as experiências e desenvolvam as potencialidades para o exercício do protagonismo social.

A percepção da enfermeira sobre o fato de que os idosos estão atuando mais como cuidadores de outros membros da família do que sendo cuidados por eles deve se constituir um estímulo para maior

aproximação do núcleo familiar no qual esse idoso está inserido, visando a identificar as possíveis fragilidades nas relações.

A segunda subcategoria, *Expectativas Profissionais*, apresenta um discurso no qual a enfermeira expõe ansiedades relativas à sua atuação na promoção da saúde do idoso, destacando o interesse em inseri-lo o idoso como sujeito no seu processo de trabalho:

Tenho boas expectativas em relação a minha atuação na atenção à saúde do idoso. (E1); [...] pretendo ampliar mais ainda meu trabalho. (E2); Tenho desejo de conseguir efetivar a consulta de enfermagem ao idoso. (E5); Em relação às ações de promoção à saúde do idoso, gostaria de fazer mais do que faço atualmente. (E6); Gostaria de receber encaminhamentos para que conseguir atuar diretamente na promoção da saúde do idoso. (E7); Fazer consulta de idoso, um atendimento mais individual. (E8); [...] penso que poderia atuar mais no acompanhamento domiciliar porque são muitos os idosos que têm dificuldade de acesso à unidade. (E9); Gostaria de ir mais a casa dos idosos, mas não temos disponibilidade para sair da unidade e fazer um acompanhamento mais sistematizado. (E10); Pretendemos fazer mais ações de educação em saúde porque, eu acho que estamos fazendo muito pouco. (E11); [...] nosso papel enquanto ESF deveria ser voltado à prevenção, e aqui apagamos o incêndio e tratamos aquela situação. (E12); Temos que ter um olhar diferenciado mesmo porque sabemos que a pessoa idosa fica mais susceptível, ela fica mais carente. (E15); [...] penso que não temos que carregar o idoso no colo e sim fazer com que ele se sinta valorizado. (E17).

Tais expectativas são justificadas e legitimadas pelas políticas de saúde que reconhecem a relevância e a necessidade do trabalho da enfermeira na equipe multiprofissional com o idoso e pela lei que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no Brasil⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, é socialmente esperado que a enfermeira tenha espaços para desenvolver atividades essenciais a um cuidado que contribua para propiciar mais qualidade de vida ao idoso

Atuar na promoção da saúde do idoso por meio de atividades de sua competência profissional, como a consulta de enfermagem, a visita domiciliar e as ações de educação em saúde, requer certa disponibilidade para sair da zona de conforto e buscar formas de resgatar e consolidar seu espaço de trabalho na ESF em consonância com o disposto na legislação. O entendimento de que o trabalho da

enfermeira é essencial na ESF poderá contribuir para mais facilmente inseri-la na ESF.

Apresentar expectativas positivas acerca de suas práticas evidencia seu senso crítico acerca do que está sendo feito e do que precisa melhorar. Ao exteriorizar a necessidade de expandir suas práticas para promover a saúde do idoso no âmbito da ESF, a enfermeira reconhece a necessidade de integrar esse grupo populacional como sujeito do seu processo de trabalho.

Contrapondo o conteúdo dessa subcategoria, emergiram discursos que seguem num caminho oposto, dando origem à terceira subcategoria, *Desinteresse em trabalhar com a pessoa idosa*, na qual a enfermeira relata não ter afinidade com um trabalho direcionado ao idoso:

[...] não é uma área com a qual eu tenha muita afinidade, que eu queira me dedicar, me especializar e poder oferecer um trabalho mais direcionado aos problemas deles. (E3); Acho complicado trabalhar com o idoso porque é um paciente difícil. (E4); Tem que ter muito jogo de cintura, porque ele já tem toda uma história construída, tem uma postura e às vezes não aceita orientações. (E13); Se eu tivesse de escolher com que demanda trabalhar na ESF, o idoso não seria a minha prioridade [...] é um público que exige muita energia e que dá pouco retorno (E14); [...] acho que tenho que aprender a lidar com eles, mas não é um público que me atrai. (E16).

A falta de identificação com determinados grupos no campo da saúde é facilmente observada em profissionais que optam por uma especialidade, situação que contrapõe o perfil exigido para atuar na ESF. A inserção profissional na ESF demanda formação generalista, comumente orientada por temas transversais à saúde coletiva. Desse modo, mesmo considerando a subjetividade do ser humano, não se espera que o profissional de saúde que atua em equipe multidisciplinar e numa estratégia que tem a família como foco de suas práticas, demonstre falta de afinidade com as pessoas idosas.

O Caderno da Atenção Básica do MS dedicado ao tema do envelhecimento e saúde da pessoa idosa destaca: “O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as

potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita⁽³⁾.

A preterição de determinados grupos de atendimento por parte de alguns profissionais de saúde tem sido relacionada à formação com base no modelo biologicista, na qual a atenção à saúde era orientada por especialidades. Estudos evidenciam que a dificuldade dos profissionais em aderir à proposta de atenção eleita na ESF tem forte influência de sua formação acadêmica, na qual, ainda hoje se observa que o conteúdo não acompanha as transformações exigidas pelo atual modelo de atenção.

Nessa perspectiva, a educação permanente, enquanto projeto voltado para a transformação social do trabalho, emerge como uma possibilidade de desenvolver ações de atualização com base nas questões que emergem no contexto das práticas profissionais. “A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”⁽¹⁸⁾.

A falta de afinidade relacionada ao trabalho com o idoso abordada pela enfermeira pode implicar afastamento gradual do idoso do seu processo de trabalho. Desse modo torna-se essencial que esses profissionais sejam sensibilizados e preparados para lidar com uma demanda que cada vez mais exigirá ações de promoção da saúde. Tal postura, além de não contribuir para a organização do processo de trabalho em saúde, fragiliza o trabalho da enfermeira com o idoso na ESF, contribuindo para enfraquecer a profissão.

CONCLUSÕES

Conhecer o ideário da enfermeira acerca da promoção da saúde do idoso no âmbito da ESF permitiu estabelecer uma interlocução com suas percepções e suas expectativas acerca de importantes aspectos que norteiam o cuidado prestado ao idoso na ESF.

Reconhecer o significado das políticas de saúde do idoso pode ser um dos passos para direcionar as práticas profissionais a partir do momento em que se busque relacionar tal conhecimento às necessidades apresentadas pelos idosos, aplicando-o às suas práticas profissionais. É importante que a enfermeira que atua na ESF se conscientize que um cuidado efetivo ao idoso na atenção básica exige aproximações sistemáticas das orientações políticas e do contexto sociocultural e histórico no qual o idoso está inserido

As perspectivas de um atendimento integral ao idoso que possa contribuir para materializar ações de saúde permeiam as percepções profissionais nas quais é possível identificar os pontos de aproximação e distanciamento com o tema. Em se tratando de áreas de abrangência da ESF, não se pode negar a necessidade de firmar parcerias com os diversos equipamentos sociais disponíveis, no intuito de corresponder à complexidade de fatores imbricados na melhoria das condições de vida do idoso.

O trabalho da enfermeira na ESF pode contribuir para ampliar os instrumentos necessários à integralidade da atenção ao idoso. Nessa direção, é imprescindível que ele busque agregar conhecimentos epidemiológicos à clínica na intenção de intervir de forma preventiva.

Entendemos que o processo de trabalho em saúde deve buscar o desenvolvimento de ações de atenção à saúde com vistas a contribuir para o envelhecimento saudável. Para construir modelos de trabalho em saúde é essencial combinar os discursos teóricos com as realidades cotidianas que vão emergindo a cada instante na interação profissional/usuário/comunidade. Para tanto, é preciso estabelecer um canal de comunicação no qual todos os sujeitos desse processo tenham espaço de intervenção, quer seja objetivamente, com seu trabalho, ou subjetivamente exteriorizando suas opiniões e percepções.

Nesse processo, torna-se ímpar refletir acerca da revisão das ferramentas de trabalho utilizadas na atenção básica e que, de algum modo, auxiliem na proposição de ações na esfera individual e coletiva, com caráter mais resolutivo, integral, universal, equânime, participativo e que considerem as necessidades de saúde da população⁽¹⁹⁾.

O presente estudo demonstrou que o trabalho da enfermeira numa proposta sistematizada na ESF se depara com triplo desafio: consolidar seu espaço de trabalho – que exige um exercício de aproximação das políticas de saúde e apropriação de práticas específicas à sua categoria; estabelecer relações mais próximas com as políticas de saúde locais, e sensibilizar aqueles que não se identificam com o trabalho voltado para o idoso.

A superação dessas situações pode contribuir para ampliar o espaço de atuação da enfermeira na atenção à pessoa idosa na ESF. Para tanto, é essencial que, na interação multiprofissional, a enfermeira reconheça e valorize a singularidade de sua prática com o idoso, que vem gradualmente integrando-se às demandas prioritárias da ESF.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica à Saúde – n.º 19. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Rodrigues NC, Ruth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV *et al*, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 106-110.
5. Clot Y. A função psicológica do trabalho. Petrópolis: Vozes; 2006.
6. Ferreira SMS. Novos paradigmas e novos usuários de informação. *Ciência da Informação* 1995; 25 (2): 1-5.
7. Brasil. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. In: Oliveira J, organizador. *Série Legislação Brasileira*. São Paulo: Saraiva; 1989.
10. Brasil. Lei n.º 8.080, 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. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
11. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [online]. [Cited 2011 Jan 27]. Available from: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=concep%u00e7%u00e3o>.
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. In: Oliveira J, organizador. *Série Legislação Brasileira*. São Paulo: Saraiva; 1989.
13. Albuquerque PC, Stoltz EN. Popular education in primary care: in

- search of comprehensive health care. *Interface Comunic Saúde* 2004. 8(15). 259-74.
14. Santa Catarina. *Programa de Saúde do Idoso – Capital Idoso*. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis 2010. In press.
 15. Veras RP (Org.). *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ.UnATI; 1999.
 16. Faleiros V. Cidadania e direitos da pessoa idosa. *SER Social* 2010. [online]. [Cited 2011 Jan 10]. Available from: http://www.red.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/250/1622.
 17. Ministério da Saúde (BR). Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1997; 08 jun.
 18. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2005. 10 (4). 975-986.
 19. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Elias Emerson; Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2007. 71-112.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do número de pessoas em condições crônicas decorrentes do processo de envelhecimento demonstra ser um fenômeno contundente no cotidiano da sociedade brasileira, que cada vez mais enfrenta o desafio de conviver com pessoas idosas e cada vez mais longevas.

A necessidade de reestruturar os serviços de saúde com mudanças no processo de trabalho parece ser um caminho que poderá contribuir para estimular uma melhor atenção ao idoso. Nessa direção, o acompanhamento das condições de vida e saúde do idoso na ESF, proporcionando-lhe maior inserção no ambiente familiar, apresenta-se como uma das estratégias que podem contribuir para um envelhecer ativo e que lhe permite desfrutar dos direitos que lhe são garantidos.

A ESF possibilita maior aproximação dos profissionais com os cenários nos quais ocorrem os problemas de saúde, permitindo identificar e reconhecer os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde/doença. Tal situação pode conferir aos profissionais de saúde maior segurança no planejamento de ações de promoção da saúde em áreas de abrangência da ESF envolvendo o idoso, a família e a comunidade.

Mesmo entendendo que a promoção da saúde da pessoa idosa requer práticas com perspectivas interdisciplinares, a enfermeira enfrenta o desafio de resgatar e consolidar o seu espaço de atuação com esse grupo populacional. A filosofia de intervenção multidisciplinar estabelecida pela ESF não determina a eleição de um profissional em detrimento de outro; pelo contrário, estimula que, na interação multidisciplinar, as competências peculiares a cada profissional sejam resgatadas com base num diálogo constante para realizar ações que atendam as necessidades da comunidade.

Os resultados deste estudo mostraram que a atuação da enfermeira com o idoso geralmente se limita aos programas estabelecidos pelo MS, principalmente aqueles relacionados a doenças crônicas degenerativas mais comuns, que não são específicos para esse grupo, mas, segundo os informantes, atende significativo número de pessoas idosas. Tais programas são direcionados para patologias e têm protocolos instituídos pelo MS, nos quais a orientação geral é manter o controle de sinais e sintomas como forma de evitar consequências mais graves.

No entanto, cabe ao profissional que atua na ESF o discernimento de seguir os protocolos considerando o indivíduo inserido no contexto sociocultural, em conformidade com os princípios do SUS. Desse modo, a atenção não deve atrelar-se unicamente aos problemas e às dificuldades, mas considerar também as potencialidades, valorizando o processo de aprendizagem ao longo da vida do idoso. A ideia primordial é que a atenção seja focalizada no idoso e não no procedimento em si.

No que tange ao trabalho da enfermeira direcionado à pessoa idosa, é imprescindível que ela encontre novas possibilidades de estabelecer olhares diferenciados para a multiplicidade de fatores e contextos envolvidos no surgimento de problemas de saúde prevalentes nesse grupo e nos cuidados decorrentes dessa condição, visando propor ações para promover a saúde e o bem-estar de idosos e familiares. E essa possibilidade se apresenta como uma das alternativas para consolidar o processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso, contribuindo para sistematizar suas ações.

Os temas discutidos nos artigos apresentados neste relatório de pesquisa demonstram a conformação do trabalho da enfermeira da ESF na atenção ao idoso sob a óptica das informantes e com base na realidade do estudo. Se por um lado esses temas evidenciam algumas contradições com a filosofia do modelo em construção, por outro revelam o interesse das enfermeiras por intervir em situações que emergem dos contextos nos quais atuam. Desse modo, esse quadro pode servir como um convite à reflexão acerca das possibilidades de reestruturar e consolidar o espaço desse profissional no campo da saúde coletiva.

Algumas dessas possibilidades foram apontadas quando se discutiu a configuração do trabalho da enfermeira, destacando-se a consulta de enfermagem, o trabalho com grupos e a visita domiciliar como instrumentos de intervenção de maior relevância para consolidar o trabalho da enfermeira que se fundem aos princípios/diretrizes da ESF para alcançar seus objetivos. É importante enfatizar que a enfermeira dispõe de regulamentação legal para desenvolver essas atividades. Além disso, tanto a Política Nacional de Atenção Básica quanto a municipal preveem a inserção da enfermeira na saúde por meio de tais atividades.

A constatação de que o programa municipal da Secretaria de Saúde local intitulado “Capital Idoso” não prevê a consulta de enfermagem como estratégia na atenção ao idoso não deve servir de pretexto para não realizá-la: pelo contrário, deve constituir-se como um ponto de questionamento às autoridades locais, considerando o perfil demográfico que aponta para um número crescente de idosos.

É preciso compreender que a busca pela consolidação de práticas de promoção da saúde implica disponibilizar-se para lidar com situações conflituosas entre atores que figuram nos distintos cenários, inclusive com aqueles da mesma categoria profissional que resistem às mudanças. Deve-se considerar ainda que embora algumas enfermeiras, informantes deste estudo, não implantem a consulta de enfermagem com vistas à integralidade, elas o fazem para atender ao programa hiperdia, conforme referido por praticamente todas as participantes do estudo. Porém, foi evidente o esforço de algumas enfermeiras, que mesmo diante do desestímulo conseguem superar as limitações e os problemas para realizar a consulta de forma efetiva com os idosos de sua Unidade. Já outras informantes revelam claramente seu desinteresse por questões relacionadas ao idoso.

Esse desinteresse exige reflexões acerca da sua inserção na ESF, que propõe a prática de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças direcionadas a todos os grupos populacionais de forma indistinta. A priori, parece que tal atitude, além de não contribuir para a organização do processo de trabalho em saúde, enfraquece a inserção da enfermeira na ESF.

O lidar com a violência intrafamiliar emergiu como um desafio para a enfermeira, que, mesmo reconhecendo suas limitações devido à amplitude do problema, demonstrou o comprometimento de buscar soluções. Considerando a dimensão atribuída ao fenômeno da violência, a enfermeira não pode ser a única responsável pelas soluções possíveis, sendo esse um momento oportuno para considerar sua complexidade, buscando apoio externo e valorizando o trabalho interdisciplinar.

Em relação à violência doméstica contra o idoso e os princípios norteadores da ESF, cujo foco se volta para a promoção da saúde, a enfermeira deve desenvolver ações de educação em saúde que sensibilizem o idoso, sua família e a comunidade sobre formas de preveni-la. Para tanto, é necessário que ela tenha acesso às ações de qualificação profissional com tal finalidade.

Ao apresentar expectativas profissionais em relação à sua atuação com o idoso na ESF, a enfermeira se coloca disponível para abarcar as necessidades de saúde desse grupo como objeto de intervenção de suas práticas. Como foi visto, alguns informantes referiram que não se identificam com o trabalho com o idoso, fato preocupante considerando as projeções demográficas que clamam pela instituição de ações de promoção da saúde voltadas para as necessidades desse grupo, cuja longevidade exigirá ações cada vez mais individualizadas e mais

complexas.

A polissemia presente no discurso da enfermeira demonstra sua percepção acerca das transformações pelas quais passa o setor saúde em decorrência das mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico. Assim, é possível crer nas possibilidades de reconfigurar o processo de trabalho na ESF, no qual a enfermeira possa intervir de acordo com suas competências profissionais, correspondendo às necessidades emergentes com vistas a contribuir para consolidar seu trabalho na ESF. Entende-se que o município deve buscar o desenvolvimento de ações de sensibilização e atualização, dando condições para que a enfermeira se sinta preparada e consciente quanto à necessidade de absorver as demandas de saúde do idoso.

Ao desvelar o processo de trabalho da enfermeira na ESF, o presente estudo levantou questões que clamam por olhares mais específicos por parte dessa profissional sobre sua atuação na ESF como, por exemplo, buscar meios de ampliar sua capacidade de abraçar novas e diversificadas demandas e a necessidade de criar novas práticas de intervenção no âmbito do SUS.

Embora reconheçam algumas limitações no seu trabalho cotidiano, as informantes que se identificam com o trabalho para o idoso demonstram expectativas positivas. Entretanto, é preciso compreender que o processo de trabalho em saúde é dinâmico e multidimensional, permitindo incorporar práticas e saberes numa construção dinâmica. Dessa forma, é imprescindível que a enfermeira esteja aberta às possibilidades de aproximar-se das diferenciadas tecnologias e de mudar suas práticas com vistas a incorporar novas práticas e saberes.

De fato, foi possível conhecer o processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da ESF no município de Florianópolis/SC, identificando instrumentos e estratégias utilizadas por essa profissional. Assim, confirmei a tese de que tal *processo de trabalho vem estruturando-se a partir das interações da enfermeira com o idoso, sua família e comunidade, fundamentado em suas percepções acerca das políticas de saúde voltadas a esse grupo etário.*

Concluindo, este estudo, que se limita ao contexto da vivência das enfermeiras participantes, pretende contribuir com a área da Enfermagem Gerontológica nas dimensões da assistência no âmbito da ESF, na formação de recursos humanos e capacitação profissional, na produção do conhecimento e de novos estudos para a atualização do tema. Sugere-se mobilização e sensibilização das enfermeiras para uma atuação efetiva com a população idosa de forma a atender a necessidade de uma mudança de paradigma que contribua para constituir o processo

de trabalho da enfermeira assumindo suas responsabilidades enquanto integrante de uma equipe na ESF.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. A enfermagem e as políticas de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, n. 1, p. 53-62, jul. 1997.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BOTH, Agostinho. Longevidade e educação: fundamentos e práticas. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1446-1455.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n.º 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 n.º 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, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n.º 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: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>>. Acesso em: 07 setembro 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a. Disponível em:

<<http://www.control.rn.gov.br/normas%20tecnicas/nob96.pdf>>. Acesso em: 07 agosto 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b. Disponível em: <<http://www.control.rn.gov.br/normas%20tecnicas/nob96.pdf>>. Acesso em: 07 agosto 2009.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996c**. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1996c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 05 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=18541&word=idoso>>. Acesso em: 07 abril 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos Demográficos**. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 07 abril 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS 01/2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>>. Acesso em: 07 abril 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 11 abril 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS 01/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 07 abril 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 11 abril 2009.

_____. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. 2002. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: <<http://www.cicts.uevora.pt/paienv.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 11 junho 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2009.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela vida em defesa do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde da Família**. 2009a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>>. Acesso em: 12 setembro 2010.

_____. **Deliberações finais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/legislacao-pfdc/docs_idoso/Deliberacoes_IConf_nac_dir_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 12 setembro 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos Demográficos**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2010.shtm>. Acesso em: 30 novembro 2010.

CABRAL, Benedita. A superação da desigualdade na velhice – mais uma questão social do século XXI. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS. **Anais...** Coimbra, 2004. p. 01-08. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/Lab2004>>. Acesso em: 12 agosto 2009.

CALLAHAN, C. M.; MCHORNEY, C. A. Successful aging and the humility of perspective. In: **Annals of Internal Medicine**. Indianapolis/USA, v. 193, n. 5, p. 389-462, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas In: CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

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.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa; FECK, Marcelo Pio de Almenida. Qualidade de vida em idosos. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Qualidade de vida na velhice**; Enfoque

multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007. p. 61-81.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Bookman, 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. São Paulo: Annablume, 2003.

HAYFLICK, Leonard. **Como e por que envelhecemos**. Tradução de Ana Beatriz Rodrigues e Priscilla Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som** – um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 90-113.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber** – Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte/Porto Alegre: UFMG/Artemed, 1999.

LUDCKE, Menga. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas.** São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Elias Emerson; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público.** 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Machiori. Qualidade de vida: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.** São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

NOGUEIRA, Roberto Peixoto. Transformações no Mundo do Trabalho e suas Implicações nos Cursos de Engenharia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENSINO DE ENGENHARIA, XXVIII, 2000. **Anais...** Ouro Preto: COBENGE, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Associação Mundial de Saúde. Carta de Promoção à Saúde de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE, Ottawa, 1986. **Anais...** Ottawa, 1986.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 09 setembro 2009.

_____. Declaração de Santafé de Bogotá. In: **Conferência Internacional de Promoção da Saúde.** Santafé de Bogotá, Colômbia,

9-12 de novembro de 1992. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>>. Acesso em: 9 setembro 2009.

PARAHYBA, Maria Isabel; VERAS, Renato. Diferenças sociodemográficas do declínio funcional em mobilidade física entre idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1257-1264, jul/ago. 2008.

PEDUZZI, Marina. A articulação de enfoques quantitativos e qualitativos na avaliação em saúde: contemplando a complexidade dos objetos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 7, p. 126-128, 2000.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2 ed. Pinheiros: Anablume, 2008.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: *Projeto Epidoso*. **Caderno de Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 793-798, mai-jun. 2003.

RODRIGUES, Nara Costa; RAUTH, Jussara. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 106-110.

SAAD, P. M. Resenha de Wong. In: RODRIGUEZ, Laura (Org.). O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 18, nº 1, p. 167-171, jan-dez. 2001.

SANTOS, Milton. **Técnica espaço tempo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SCHWARTZ, Yves. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho e Educação/Revista do NETE.**, n. 7, p.

38-46, jul./dez. [1999] 2000.

TURNER, V. Social Dramas and Stories about Them. In: MITCHELL, W. T. **On Narrative**. Chicago: University of Chicago Press, 1981. p. 137-164.

_____ (Org.). **Terceira idade**: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ.UnATI, 1999.

_____ (Org.). Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e suas necessárias transformações In: VERAS, Renato P. **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UERJ, UNATI, 2001, 11-32.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A reforma do sistema de saúde. Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physis**, v. 15, sup., p. 225-64, 2005.

WOOD G. L. B.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação, crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
 Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax. (048) 3721.9787
 e-mail: pen@ccs.ufsc.br

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I – Identificação:

Pseudônimo: _____

Sexo: Masc. () Fem. ()

Tempo de Formação: _____

Especialização: Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

Mestrado: Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

Doutorado: Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

Tempo de atuação na ESF: _____

Tempo de atuação nessa ULS: _____

II – Tópicos de Narração (gravador ligado):

Comentar sobre o processo de trabalho na atenção à saúde do idoso considerando os seguintes itens:

1. Aproximação com a ESF;
2. Ações de atenção à saúde do idoso que você realiza na ESF;
3. Situações que potencializam e/ou limitam a sua atuação na atenção ao idoso;

4. Impressões acerca da inserção das políticas de atenção ao idoso na ESF;
5. Expectativas sobre sua atuação profissional na atenção ao idoso.

IV – Espaço para que o informante faça considerações/reflexões finais (o gravador deverá estar desligado).

APÊNDICE B – Ofício Validação da Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787
e-mail: pen@ ccs.ufsc.br

Prezado informante,

Você está recebendo a transcrição de sua entrevista conforme acordamos por ocasião da coleta de dados. No decorrer da transcrição, optamos por colocar algumas falas na 1ª pessoa do plural quando você descreveu ações coletivas substituindo “a gente” por “nós”. Entretanto, nas falas em que você descreveu ações e opiniões individuais, preservamos a 1ª pessoa do singular.

Visando uma entrevista mais fluida, os questionamentos feitos ao final da entrevista para esclarecer dúvidas em relação a alguns pontos abordados por você foram transcritos logo após a sua fala sobre o assunto, evitando uma possível repetição de tópicos.

Durante a transcrição, evitamos colocar nomes de profissionais, associações, instituições disponíveis na área de atuação do CS, de comunidades, de grupos comunitários e de igrejas, cumprindo o compromisso em manter o sigilo e anonimato, conforme disposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado antes da entrevista.

Para fins de validação, possíveis modificações/complementações podem ser feitas com caneta esferográfica nos locais que desejar modificar/complementar. Solicitamos que rubriche as páginas iniciais e assine em local indicado na última página.

Desde já, agradecemos a sua valiosa colaboração com o nosso trabalho!

Gleide Magali Lemos Pinheiro (Pesquisadora/doutoranda PEN/UFSC)
Ângela Maria Alvarez (Orientadora/Professora PEN/UFSC)

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax. (048) 3721.9787
e-mail: pen@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de uma pesquisa conduzida por Gleide Magali Lemos Pinheiro, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), orientada pela Prof^a Dr^a Ângela Maria Alvarez.

Após ser esclarecido(a) sobre a pesquisa e no caso de aceitar fazer parte dela, assine no final deste documento, que está em duas vias: uma é sua e a outra é da pesquisadora. Em caso de dúvida o(a) sr(a) poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pelo telefone (48) 3721-9206.

Título da Pesquisa: Processo de trabalho da enfermeira na atenção à saúde do idoso no âmbito da Estratégia de Saúde da Família

Pesquisadora: Gleide Magali Lemos Pinheiro

Orientadora: Prof^a Dr^a Ângela Maria Alvarez

Fui orientado(a) de que participarei de uma pesquisa que tem como objetivo geral conhecer o processo de trabalho da enfermeira na atenção à saúde da pessoa idosa no âmbito da ESF; e como objetivos específicos: descrever o processo de trabalho da enfermeira da ESF na atenção ao idoso; identificar os desafios que emergem no contexto da ESF para concretizar o trabalho da enfermeira na atenção ao idoso; apresentar as percepções e expectativas da enfermeira da ESF acerca da promoção da saúde do idoso na atenção básica; analisar o processo de

trabalho da enfermeira na atenção à saúde do idoso na ESF, com vistas a compreender a conformação do seu trabalho dirigido a esse grupo etário.

Estou ciente de que a pesquisadora coletará dados através de entrevista gravada, e que ela somente utilizará as informações obtidas para os propósitos científicos (elaboração da tese e de artigos para publicar em periódicos), garantindo o sigilo sobre quaisquer informações que possam identificar-me. Compreendo que a entrevista será agendada e realizada no local e horário que me forem favoráveis. Entendo, ainda, que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo futuramente para mais informações.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso negar-me a participar dela, sem que isso acarrete qualquer efeito negativo a mim ou a meus familiares. Também estou ciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar. Compreendo que os resultados desta pesquisa serão dados a mim, caso os solicite, e que se tiver alguma dúvida poderei fazer contato com a pesquisadora pelos telefones (inclusive a cobrar) (48) 91158935/ (48) 32346241.

Este termo vai assinado em duas vias, ficando uma com o informante e outra com a pesquisadora.

Florianópolis/SC, _____ de _____ de 2010.

Assinatura da Pesquisadora _____

(Gleide Magali Lemos Pinheiro)

RG ou CPF da pesquisadora _____

Assinatura do sujeito da pesquisa _____

RG ou CPF _____

ANEXOS

ANEXO A – Resolução Normativa 06/PEN/2009

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/fax. (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

Instrução Normativa 06/PEN/2009

Florianópolis, 02 de dezembro de 2009.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora em exercício do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 02/12/2009 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.
2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e coorientador, já no formato final para encaminhamento a periódicos científicos.

3. A inclusão desses artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

4. Orientações gerais:

a) Todos os artigos deverão ser apresentados nas normas do periódico à que foi ou que será submetido, sendo necessário explicitar o nome do periódico.

b) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem)

como B2 ou superior para Doutorado e B3 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

c) Os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

d) A impressão final, após avaliação da Banca Examinadora, deverá seguir as normas de formatação da UFSC.

Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 01/PEN/2008, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 02/12/2009

ANEXO B – Parecer do CEP/UFSC

Certificado

Page 1 of 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 595

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 584 GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 595 FR: 317280

TÍTULO: Processo de trabalho da enfermeira na atenção à saúde do idoso no âmbito da Estratégia de Saúde da Família

AUTOR: Angela Maria Alvarez, Gláucia Magalhães Lemos Pinheiro

FLORIANÓPOLIS, 22 de Fevereiro de 2010.



Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PROPE/UFSC