

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

OLIVIA ALVES DA SILVA

**CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À PESSOA IDOSA**

CAMPO GRANDE

2014

OLIVIA ALVES DA SILVA

**CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À PESSOA IDOSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
para obtenção do título de Mestre Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Profa..Dra. Márcia Regina Martins Alvarenga

CAMPO GRANDE

2014

Nome: Olivia Alves da Silva

Título: Conhecimento de enfermeiros e médicos da estratégia saúde da família sobre as políticas públicas voltadas à pessoa idosa.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde, Educação e Enfermagem

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o resultado: aprovada.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS

Prof^a. Dr^a. Márcia Regina Martins Alvarenga – UEMS

Membro titular: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS

Prof^o. Dr^o. Rogério Dias Renovato - UEMS

Membro titular: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Prof^a. Dr^a. Maria da Graça da Silva – UFMS

Membro suplente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Prof^a. Dr^a. Renilda Rosa Dias - UFMS

Campo Grande, 05 de setembro de 2014.

DEDICATÓRIA

Primeiramente esta dissertação é dedica ao meu Amigo, Senhor e Salvador Jesus que é Autor e Consumador de todas as coisas, ao Deus dos Céus e da Terra, que me oportunizou a vivência desta experiência, concedendo a sabedoria do Espírito Santo para que pudesse escrever cada trecho contido neste trabalho.

Esta dissertação é dedicada a minha amada mãe e meu querido pai como uma pequena expressão de minha profunda gratidão por ter me concedido o apoio nas dificuldades, dúvidas e tristezas. Bem como companheirismo em momentos de regozijos advindos das conquistas experimentadas não somente nestes dois anos de estudo, mas em toda a minha vida, sinto-me honrada por investir suas vidas em mim e em meus irmãos com tanto empenho e dedicação,

Dedico ainda aos meus irmãos, cunhadas, sobrinhos e a família que não se constitui apenas por laços biológicos, mas aqueles que foram acrescidos no transcorrer da minha caminhada, pelos quais tenho profunda gratidão, carinho e respeito. Vocês em diversos momentos fizeram que a caminhada fosse mais suave.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Márcia Regina Martins Alvarenga que me conduziu a um desenvolvimento científico, tornando possível a construção deste estudo,

À Coordenadora do Programa de Mestrado Prof^a. Dr^a. Maria da Graça Silva por seu carinho e empenho para tornar este programa algo de excelência,

Às minhas professoras do estágio de docência Prof.^a Dr.^a Marisa Dias Rolan Loureiro e Prof^a. Dr^a. Maria Gorette dos Reis pela enriquecedora experiência,

A contribuição dos Professores Doutores Maria Amélia de Campos Olivieira, Fernanda Amendola, Rogério Dias Renovato,

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde e Necessidades da Pessoa Idosa pelas substanciais contribuições,

Aos Doutores em Geriatria e Gerontologia que contribuí na elaboração do instrumento de coleta de dados,

Aos Gerentes, Enfermeiros e Médicos das Unidades Básicas Saúde da Família,

Ao secretário do Programa de Mestrado Josenildo pela pró-atividade em ajudar na resolução de problemas, no apoio e carinho demonstrado,

A todos os profissionais do Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde,

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão de bolsa, pois oportunizou o desenvolvimento e permanência no programa,

A todos, muito obrigada!

AGRADECIMENTO ÀS COMPANHEIRAS DE MESTRADO

*À minha companheira de graduação Mayara Caroline Ribeiro Antonio que me encorajou a ingressar no mestrado, bem como ao longo da caminhada,
A todas as mestrandas da primeira turma que se constituíram como grandes amigas pelas quais tenho grande admiração e respeito,*

Obrigada!

AGRADECIMENTOS

A minhas madrinhas Odete, Márcia Moura e Ligia Thomé pela importância de suas influências em diversos momentos,

A Ma. Rosely Almeida Souza e Adriana Sanches Flores que me ajudaram em diversos momentos destes dois anos,

A minha igreja, os meus pastores, líderes e irmãos em Cristo que ajudaram nos momentos de dificuldades vivenciadas longe da minha família, além de terem me proporcionado muitas alegrias e crescimento espiritual frente minhas adversidades,

Obrigada!

Silva, O. A. Conhecimento de enfermeiros e médicos da estratégia saúde da família sobre as políticas públicas voltadas à pessoa idosa. [dissertação]. Campo Grande: Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2014.

RESUMO

Introdução: As políticas públicas brasileiras voltadas à pessoa idosa asseguram os seus direitos sociais e norteiam as ações dos profissionais da assistência social e da saúde, entre outras áreas do conhecimento. Com destaque para a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que direciona médicos e enfermeiros ao atendimento, avaliação e monitoramento da saúde, da capacidade funcional, da recuperação, da manutenção e da promoção da autonomia e independência dos idosos. **Objetivo:** Caracterizar o conhecimento de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família sobre as políticas públicas voltadas à pessoa idosa. **Percurso metodológico:** Pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por enfermeiros e médicos lotados nas Unidades de Estratégia Saúde da Família, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, e definidos por saturação conforme proposto por Fontanella e colaboradores (2011). Os profissionais foram caracterizados quanto à formação e capacitação; entrevistados quanto ao conhecimento sobre políticas públicas e a prática profissional no atendimento à pessoa idosa. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas e transcritas. Utilizou-se o método de análise de conteúdo de Bardin e como referencial teórico para análise das categorias a Política Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa. **Resultados e Discussão:** Foram entrevistados dez enfermeiros e sete médicos. Seis enfermeiros e três médicos possuem especializações direcionadas à Atenção Primária à Saúde. Três enfermeiros e médicos possuíam conhecimento do curso “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, ofertado pelo Ministério da Saúde, porém somente um enfermeiro cursou-o. A análise das entrevistas resultou em duas categorias para os enfermeiros “*Atendimento das Demandas de Saúde*” e “*Avaliação do Idoso Centrada na Doença*” e duas para os médicos “*Avaliação Biomédica do Idoso*” e “*Atendimento Biomédico do Envelhecimento*”. A categoria “*Atividades Multidisciplinares*” foi comum para ambos os profissionais. O “*Conhecimento de Enfermeiros e Médicos da Atenção*”

Primária sobre as Políticas Públicas” resultou com relatos nos quais apenas um médico e um enfermeiro citaram o Estatuto do Idoso. Quanto ao “*Trabalho e Atuação do Conselho Municipal de Defesa da Pessoa Idosa*” caracterizou-se pelo desconhecimento das duas categorias profissionais. **Conclusão:** Destaca-se o desconhecimento profissional acerca das políticas voltadas para o idoso, o predomínio da atenção à saúde marcada por ações centradas na patologia, falta de avaliações multidimensionais e na falta de articulação intersetorial e interdisciplinar. As falas caracterizam a superficialidade e o distanciamento de médicos e enfermeiros da Atenção Básica quanto às políticas e órgãos voltados para a defesa dos direitos dos idosos. Compreende-se que devem ser estudadas estratégias para enfrentamento e possibilidades de capacitação profissional da Atenção Primária, na área do idoso, por entender que este nível de atenção é a principal porta de entrada do idoso e indispensável para efetivação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e cumprimento de suas diretrizes.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Políticas Públicas. Pessoal de Saúde. Idoso. Pesquisa Qualitativa.

Silva, O. A. Knowledge of nurses and primary care physicians on public policies aimed at the elderly.[dissertation]. Campo Grande (MS), Brazil: Department of Biological and Health Sciences, Universidade Federal de MatoGrosso do Sul; 2014.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian public policies for the elder people protect their social rights. Also, they guide the actions of the professionals in the social and health care among the other areas of knowledge. The National Health Policy for elder people directs physicians and nurses to take care of them: the assessment, evaluation, monitoring and maintenance of their health, the functional capacity, recovery and the promotion of autonomy, besides their own independence. **Objective:** To characterize the knowledge of nurses and physicians of the Family Health Strategy focused on public policies for the elderly. **Methodological approach:** The exploratory and descriptive study with a qualitative approach. The search was consisted in nurses and physicians. They were working in the section of the Family Unit Health Strategy, in Campo Grande – Mato Grosso do Sul. It was defined by the saturation in accord to Fontanella and searchers, (2011). The professionals were characterized by vocational training; interviewed regarding knowledge of public policy and professional practice in serving the elderly. The interviews semi-structured were recorded and transcribed. It was used the Bardine's method of analysis contents as a reference theoretical framework for analysis of the categories to the National Health Policy for the Elderly. **Results and Discussion:** Ten nurses and seven physicians were interviewed. Six nurses and three physicians had specializations aimed at Primary Health Care. Three nurses and all the physicians had knowledge about "Aging and Health of the Elderly Course" that was offered by the State Department of Health, but only one nurse attended it. The analysis of the interviews resulted in two categories for the nurses: "Attending the Demands of Health" and "Evaluation of the Elderly Centered Disease". Also, two categories for the physicians: "Biomedical Evaluation of the Elderly" and "Customer Biomedical Aging". The category "Multidisciplinary Activities" was common for both professionals. "The Knowledge of the Nurses and Physicians in the Primary Care about Public Policies" resulted with reports in which only one doctor and one nurse mentioned in the elderly law. As far as, the "Work and Performance of the Municipal Council for Defense of the elder person" was characterized without knowledge by both professional groups. **Conclusion:** We

emphasize the professional unknown policies directed to the elderly. The power of the healthcare has been indicated by the actions that are focused on: pathology, lack of multidimensional assessment test and in the lack of inter sector coordination and interdisciplinary. The statement shows the distance of the physicians and nurses in the Primary Care attention that are involved the policies, and the lack of government's action for the rights to the elderly. It is understood that strategies and opportunities for vocational training in the Primary Care for the elderly, should be a subject of study. The level of attention is the main gateway to the elderly and indispensable for applying the National Health Policy to the Elderly Care, and it executes the elderly law.

Key words: Family health strategy. Public policies. Health personnel. Aged. Qualitative research.

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1 – Frequência absoluta e relativa dos indivíduos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de acordo com sexo e idade. Campo Grande, 2013. ...42
- QUADRO 2 – Enfermeiros da ESF segundo as variáveis de idade, sexo, ano de conclusão da graduação, natureza da instituição de ensino superior e titulação, tempo de serviço na ESF e especialização FIOCRUZ. Campo Grande, 2013.....51
- QUADRO 3 – Médicos da ESF segundo as variáveis de idade, sexo, ano de conclusão da graduação, natureza da instituição de ensino superior e titulação, tempo de serviço na ESF e especialização FIOCRUZ. Campo Grande, 2013.....52
- QUADRO 4 – Questões e categorias originadas das práticas da assistência de enfermeiros e médicos da ESF. Campo Grande, 2014.56

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 – Territórios das unidades de Estratégias Saúde da Família. Campo Grande, 2013.44
- FIGURA 2 – Esquema dos eixos temáticos para exposição dos resultados. Campo Grande, 2013.448

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AMI	Avaliação Multidimensional do Idoso
APS	Atenção Primária de Saúde
ATSI	Área Técnica de Saúde do Idoso
AVD	Atividades da Vida Diária
CAB 19	Caderno de Atenção Básica n.º 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa
CAB 28	Caderno de Atenção Básica n.º 28 – Acolhimento à Demanda Espontânea
CAOC	Coordenadoria de Apoio aos Órgãos Colegiados
CEDPI/MS	Conselho Estadual de Defesa dos Direitos Da Pessoa Idosa de Mato Grosso do Sul
CEI	Conselho Estadual do Idoso
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CIESS	Centro Ibero Americano de Estudos de Seguridade Social
CMDPI	Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CMI/CG	Conselho Municipal do Idoso de Campo Grande
CNDI	Conselho Nacional de Direitos do Idoso
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEMI	Conferência Municipal do Idoso
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível

DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Ensino a Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Municipal do Idoso
GPENSI	Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência Para Idosos
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Mato Grosso do Sul
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NMPG	Núcleo Multiprofissional de Pesquisa em Gerontologia
OISS	Organização Ibero-Americana de Seguridade Social
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PEI	Política Estadual do Idoso
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PLANURB	Instituto Municipal de Planejamento Urbano
PMI/CG	Política Municipal do Idoso de Campo Grande
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SAS	Secretaria de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica Saúde da Família
UEMS	Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNESP	Universidade Estadual de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Panorama demográfico e epidemiológico do envelhecimento no Brasil	23
1.2 Diretrizes internacionais da atenção ao idoso	25
1.3. Políticas públicas nacionais voltadas para o Idoso	29
1.4 As políticas sul-mato-grossenses para a pessoa idosa.....	36
2 OBJETIVOS	40
2.1 Objetivo Geral	40
2.2 Objetivos Específicos	40
3 PERCURSO METODOLÓGICO	41
3.1 Tipo de pesquisa	41
3.2 Local da Pesquisa	41
3.3 Participantes do estudo.....	43
3.4 Etapas da pesquisa.....	44
3.5 Aspectos Éticos.....	45
3.6 Coleta de Dados	45
3.7 Saturação dos Dados.....	47
3.8 A análise dos dados.....	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
4.1 Práticas da Assistência	55
4.1.1 Categoria – Atendimento das demandas de saúde	57
4.1.2 Categoria – Avaliação do idoso centrada na doença	64
4.1.3 Categoria – Atendimento médico ao idoso.....	71
4.1.4 Categoria – Avaliação biomédica do idoso	73
4.1.5 Categoria – Atividades multidisciplinares.....	76
4.2. Conhecimento das Políticas Públicas Voltadas à Pessoa Idosa.....	82

4.2.1 Trabalho e Atuação do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa	.84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
6 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	102
ANEXOS	107

1 INTRODUÇÃO

As transformações ocorridas nos setores econômicos e sociais dos últimos 50 anos e os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde contribuíram para um intenso processo de transição demográfica e epidemiológica que conduziu o Brasil a um rápido processo de envelhecimento populacional, evidenciado em vários estudos (ALVARENGA, 2008; MENDES, 2011; SCHMIDT et al., 2011; BANCO MUNDIAL, 2011; MORAES, 2012).

Diz-se que um país está envelhecendo quando o número de crianças, jovens e adultos cai e cresce o número de adultos por volta dos 60 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta dois limites etários para definir o envelhecimento: uma para países desenvolvidos, em que limite inicial é a idade 65 anos, e outra para países em desenvolvimento, como o Brasil, em que esse limite é reduzido para 60 anos. Essa distinção leva em conta as trajetórias de vida diferenciadas no processo de envelhecimento nesses países (CAMARANO, 2004).

Mesmo no Brasil existem divergências quanto a esses limites, a Constituição Federal considera idosa a pessoa a partir de 65 anos, enquanto a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) adotam como critério a idade igual ou superior a 60 anos. (BRASIL, 1996a, 2003, 2006a, 2013).

Entretanto, o envelhecimento não é um fato meramente cronológico. É a síntese de fenômenos biológicos, sociais, econômicos e culturais que resulta em aumento da expectativa de vida (CAMARANO, 2004; OMS, 2005). O processo de envelhecimento é produto da integração entre os potenciais de fortalecimento e desgaste (perda das capacidades biopsíquicas efetivas ou potenciais) que ocorrem ao longo da vida de indivíduos de distintos grupos sociais (ALVARENGA, 2008).

Conceitua-se como processo fisiológico ou natural do envelhecimento como senescência. O processo de envelhecimento tem se caracterizado por perdas significativas, porém não se qualificam como idosos doentes, já o conceito de envelhecimento bem sucedido destaca a perda fisiológica mínima, ou seja, um envelhecimento livre de danos causados por hábitos irregulares, ambientes inadequados e doenças no percurso da vida. Entretanto o envelhecimento

patológico ou a senilidade entende-se por alterações que foram produtos de traumas e patologias que ocorreram durante o ciclo vital (MORAES, 2008).

O envelhecimento é uma conquista das sociedades contemporâneas, mas também um desafio, não apenas para formuladores de políticas como também para aqueles que as programam. Para que haja a implementação das políticas do idoso na área da saúde, o Brasil dispõe de um sistema de assistência à saúde organizado através da Atenção Primária de Saúde (APS), que dispõe de uma rede de cuidados que se estende do nível primário aos demais níveis de especialização e complexidade (BRASIL, 2006b).

No Brasil a APS é nível primário de atenção. É o início do caminho trilhado pela população para adentrar ao sistema e usufruir dos serviços de saúde, como principal porta de entrada do usuário e centro da comunicação com a Rede de Atenção à Saúde, para os níveis mais especializados. Conta com um sistema de referência e contra referência de modo a tornar-se resolutive. De igual modo se aplica ao idoso, pois as ações desenvolvidas com os idosos iniciam-se neste nível de atenção, e que por sua vez, tem a ESF como a porta de entrada para todo o sistema de cuidados a eles prestados e por meio do qual este atendimento ao idoso se estrutura. (BRASIL, 2006b, 2012a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi formulada após o período concomitante em que se passava no país, de democratização e do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), ocorridas nas últimas décadas do século XX, que envolveram atores da área da saúde, de movimentos sociais e de organizações da sociedade civil (PAIM et al., 2011; VIANA; DAL POZ, 2005).

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no Brasil no ano de 1986, em que se aprovou o conceito de saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e delineados os fundamentos do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS). Estes conceitos de saúde como direito de todos e do sistema único foram incorporados à Constituição Federal do Brasil, que já vinha sendo formulada mediante ampla discussão na seção que dispõe sobre a saúde, nos artigos 196 ao 200 (BRASIL, 2013; PAIM et al., 2011).

A Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988 determina no artigo 196, que a saúde é direito de todos os cidadãos e dever do Estado, garantidos mediante políticas sociais e econômicas que reduzam riscos de doenças e agravos, e permitam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção,

proteção e recuperação. É considerado no artigo 198 que os serviços de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de maneira descentralizada, com atendimento integral priorizando atividades preventivas, mas sem que haja prejuízo dos serviços assistenciais, com a participação social (BRASIL, 2013)

Assim, o país caminhou para a criação do SUS sob a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080 em 1990, aprovada pelo Decreto n.º 7.508, 28 de junho de 2011 (BRASIL, 1990; 2011d).

O período anterior compreendido de 1988, o Brasil até então, dispunha de um serviço biomédico, curativo, intra-hospitalar, individual e privado, que após o movimento passou por uma transição marcada por entraves. Paim e colaboradores (2011) descrevem que estes entraves deviam-se ao apoio estatal destinado ao setor privado, presente na época, concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e subfinanciamento crônico do sistema de saúde.

O país, portanto, lançou mão de estratégias para operacionalizar as conquistas da reforma ocorrida. Estas estratégias objetivaram a organização e estruturação dos sistemas de saúde, de forma que esse sistema viesse a ser democrático, universal, igualitário, equânime e integral (BRASIL, 2012a).

Posteriormente a criação do sistema único, houve a diminuição de investimentos, diminuição de valores repassados aos prestadores público e privados que resultou em uma crise médica marcada pela desorganização de hospitais e ambulatórios, onde comumente eram observadas filas, atendimento desumanizado, pacientes nos corredores e mortes evitáveis. Optou-se, portanto por uma superação do modelo tradicional, baseado em uma proposta de vigilância a saúde ou produção social da saúde, de modo que houvesse uma redefinição de sujeito, de objeto, e formas de organização do processo de trabalho em saúde (COSTA et al., 2009; VIANA; DAL POZ, 2005).

Em 1991, o Ministério da Saúde instituiu primariamente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantados em alguns estados, como experiência positiva de intervenção junto à família e comunidade. Posteriormente, em 1994, criou-se o Programa Saúde da Família (PSF) com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), expandidos a todo o país em 1995, estes possuíam o enfoque diferenciado do modelo de assistência tradicional em vigor no país, pois assumia a responsabilidade de contribuir para a construção e consolidação do SUS, e ser um

modelo de reorientação assistencial para o atendimento a população (VIANA; DAL POZ, 2005).

Buscava-se estruturar a rede de assistência a partir da APS com uma atitude pró-ativa frente às situações de saúde da comunidade, adiantando-se ao processo saúde-doença, prevenindo os riscos de maneira integrada com a comunidade e descentralizada da visão biomédica, aumentando a resolutividade na assistência e na recuperação a saúde (COSTA et al., 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 648/GM de 28 de março de 2006 estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para o PSF e PACS, sendo substituída pela Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), após revisar diretrizes e normas anteriormente estabelecidas da organização da Atenção Básica (AB) para, não mais, PSF, mas sim Estratégia Saúde da Família (ESF) e PACS (BRASIL, 2012a).

A PNAB traz os princípios que caracterizam e subsidiam a AB (mesmo sentido de APS) e as ações em saúde pública como sendo:

...o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012a, p.19).

Os gestores e profissionais inseridos nesse sistema de saúde desenvolvem as ações de maneira descentralizada. É regida por princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, com vistas ao cuidado considerando o sujeito, sua cultura, sua inserção na comunidade com enfoque na atenção integral (VIANA; VAL POZ, 2005; COSTA et al., 2009; BRASIL, 2012a).

Para a adesão dos municípios ao programa lhes são exigidos requisitos que contribuem para a organização dos serviços municipais, tais como o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, existência de uma unidade básica de referência do programa, disponibilidade de profissional de nível superior para supervisionar e auxílio a ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa. Para assim, serem feitos os repasses financeiros pelos gestores federais e estaduais ao gestor municipal (VIANA; VAL POZ, 2005; BRASIL, 2012a).

No Brasil, existem modelos tradicionais de assistência à saúde, que se caracterizam como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e modelos de transição onde possuem Estratégias de ACS e Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF). Estas unidades devem ser dotadas de infraestrutura, recursos humanos necessários para sua efetivação de acordo com a modalidade e conformação do programa (BRASIL, 2012a). Embora muitos dos serviços tradicionais compostos por UBS transcenderam para o atual, se tornando ESF, há ainda posturas nas quais persiste a centralidade no cuidado biomédico e curativo.

Cada equipe de ESF deve ser responsável em média de 3.000 a 4.000 mil habitantes, sendo este último o máximo suportado por cada equipe. A ESF organiza-se por territórios geográficos bem delimitados e dispõe de equipe multidisciplinar para a operacionalização do sistema, composta minimamente de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS, podendo suportar cirurgião-dentista, auxiliar de serviço bucal e técnico de higiene bucal (BRASIL, 2012a).

A ESF ao atuar junto à população idosa sob sua responsabilidade requer equipes com competências que estão em consonância com a PNAB, que são as atribuições próprias da ESF, e ainda aquelas previstas em instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A atuação deve ser direcionada às peculiaridades do processo de envelhecimento normal e patológico, com atenção aos acontecimentos esperados em decorrência da idade e àqueles que fogem ao padrão previsto em cada etapa do envelhecimento, antecipando-se e intervindo de maneira adequada frente a intercorrências (BRASIL, 2006a, 2006b, 2012a).

Os profissionais da ESF devem prestar assistência de promoção, prevenção, cura e reabilitação a indivíduos idosos em variados contextos, por meio de

abordagem individual, intrafamiliar, comunitária, multidimensional e interdisciplinar, na unidade ou em visitas domiciliares, por demanda espontânea ou agendada de acordo com a necessidade do idoso (BRASIL, 2012).

É imprescindível que ambos profissionais, enfermeiro e médico, conheçam o perfil demográfico, epidemiológico, os fatores condicionantes e determinantes de morbimortalidade e de qualidade de vida da comunidade adstrita em todo o ciclo vital do ser humano, atentando-se para as vulnerabilidades, situações de risco e violação dos direitos da pessoa idosa, traçando estratégias de intervenção (BRASIL, 2006a, 2011a).

As estratégias e intervenções no processo de trabalho do enfermeiro da ESF requer uma atuação dinâmica, eficiente, com ações sistematizadas e consolidadas por meio do processo de trabalho, com a finalidade de se atender as necessidades dos idosos e comunidade. O desafio do enfermeiro é repensar sua prática e o modo de operar o trabalho, pois o essencial no atendimento ao idoso é a compreensão das características específicas do envelhecimento (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012).

Ademais o enfermeiro possui responsabilidades de planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS, contribui, participa e desenvolve atividades de educação permanente para a equipe de enfermagem e outros membros da equipe e participa do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento adequado da unidade (BRASIL, 2006a, 2011a, 2012a).

É atributo do médico, orientar o idoso, familiares e/ou cuidador sobre a adequada utilização dos medicamentos, na identificação de sinais e/ou sintomas que requeiram atendimento de saúde imediato, e realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar referente à atenção da pessoa idosa (BRASIL, 2006b).

Todavia, os profissionais de saúde não estão preparados para o trato com o idoso e o cuidado perpassa por tutela, negligência, particularidades e manifestações clínicas dos agravos e da saúde da pessoa idosa e diretrizes que direcionam a linha de cuidado, que não são compreendidas e observadas (SANTANA, 2012).

Pesquisa referente às ações e percepções dos médicos e enfermeiros sobre a atenção a saúde dos idosos, constatou que a assistência continua centrada no aspecto curativo e no atendimento à demanda. O atendimento integral à pessoa idosa mostrou-se insuficiente, pois o enfrentamento dos problemas de forma

interdisciplinar exige a capacitação dos profissionais para atuar frente às demandas atuais dos serviços primários (MARIN et al., 2008).

Estudo sobre a visão dos profissionais de saúde do PSF sobre a atenção integral às necessidades dos idosos residentes no município de Santos, SP, verificou que os profissionais esforçam-se para atender integralmente ao idoso, porém sentem-se inseguros, dada a inexistência de uma rede de suporte multiprofissional para o atendimento. Os profissionais têm receios ao lidar com situações de ordem psicológica e social dos idosos e a falta de coordenação entre os recursos sanitários e sociais gera descontinuidade de benefícios, levando os idosos à dependência. Constatou-se a necessidade de integralidade e agilidade no sistema para minimização das dificuldades enfrentadas pelos idosos (COSTA; CIOSAK, 2010).

Revisão integrativa sobre a percepção dos profissionais que atuam na ESF a respeito da assistência prestada aos idosos também mostrou que há concordância sobre o despreparo da equipe e a falta de estrutura organizacional e política da ESF para o atendimento ao idoso. As dificuldades envolvem a falta de planejamento do serviço e outros aspectos da assistência das equipes, tais como a adesão do idoso ao tratamento, o apoio dos familiares para a continuidade do cuidado, a inexistência de programas que priorizem os acamados e a falta de integralidade do cuidado ao idoso (CARVALHO; ASSUNÇÃO; BOCCHI, 2010).

Há pouca difusão de conhecimentos geriátricos e gerontológicos entre os profissionais da área da saúde. Na maioria dos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, os conteúdos sobre o processo de envelhecimento ainda não estão presentes e falta sintonia das instituições de ensino superior com a nova realidade demográfica e epidemiológica do País (WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012).

Os recursos orçamentários destinados ao SUS são insuficientes para monitorar de modo eficiente as condições de vida e saúde da população idosa e atender às necessidades das pessoas com perdas funcionais e incapacidade. Este é possivelmente um dos maiores obstáculos para o estabelecimento de serviços de saúde adequados às necessidades decorrentes do envelhecimento. A capacitação dos profissionais na assistência ao idoso requer novas tecnologias e o SUS necessita de investimentos na melhoria da qualidade da assistência para que sejam desenvolvidas ações integrais de saúde votadas à população idosa (CARVALHO; ASSUNÇÃO; BOCCHI, 2010).

Essas ações de enfermeiros e médicos, quando pautadas nas políticas, interferem positivamente na qualidade do serviço prestado. Entretanto, a falta de conhecimento dos profissionais pode refletir negativamente na saúde das pessoas para os quais a política se destina.

É notório que existe um intervalo de tempo entre a formulação de uma política e sua implementação. Estratégias são formuladas pelo Estado, trabalhadores e pela própria população para aumentar a eficácia e a eficiência dos serviços. Investimentos como cursos, capacitações, especializações e produção de materiais técnicos são realizados para colocar em prática o que foi idealizado. Portanto, a proposta desta pesquisa está pautada no conhecimento das políticas públicas voltadas à pessoa idosa e da atuação profissional do enfermeiro e do médico frente à assistência do idoso, de modo a descrever as experiências vivenciadas pelos profissionais. O estudo será norteado pelas políticas públicas brasileiras voltadas para o idoso.

1.1 Panorama demográfico e epidemiológico do envelhecimento no Brasil

De acordo com o último censo (IBGE, 2012) e com o Boletim sobre o Envelhecimento e Desenvolvimento na América Latina e no Caribe (2013), no ano de 2010 residiam no Brasil 190.755.799 habitantes. O Boletim revela que nesse mesmo período havia 20.588.920 (10,8 %) pessoas com 60 anos de idade ou mais. O índice de envelhecimento era de 44,8, esse índice evidencia o envelhecimento de determinada população e expressa a razão entre o número de pessoas de 60 anos ou mais de idade para cada 100 pessoas com menos de 15 anos de idade, o que revela o processo de envelhecimento sentido no país (IBGE, 2012).

Relatório elaborado pela equipe de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial (2011) constatou que o Brasil está envelhecendo rapidamente. A expectativa de vida, que era de cerca de 50 anos em 1950, aumentou para 73 anos em 2010. Nesse intervalo de tempo, as taxas da mortalidade e da fecundidade alteraram a distribuição da pirâmide etária, evidenciando um processo de envelhecimento decorrente principalmente da queda acelerada da taxa de fecundidade total. Diferentemente dos países que envelheceram paulatinamente, no Brasil o envelhecimento populacional será abrupto e o percentual de idosos duplicará nas próximas décadas, passando de 7% em 2011 para 14% da população geral em 2031 (IBGE, 2013).

O Fundo de População das Nações Unidas (2012) estima em 78 anos a expectativa de vida ao nascer no mundo no período de 2010 a 2015. Essa mesma expectativa é de 78 anos em regiões de desenvolvimento. Segundo o Relatório do Banco Mundial (2011), na América Latina e Caribe a expectativa de vida ao nascer é de 78 anos para as mulheres e de 72 para os homens. Especificamente no Brasil esta expectativa é de 77 e 71 anos, respectivamente.

Dados recentemente apresentados pelo IBGE (2013) revelam que o Brasil já possui taxa de fecundidade próxima de 1,6 filhos por mulher, abaixo da taxa de reposição. A razão de dependência total da população brasileira passou de 59,3 pessoas economicamente dependentes para cada 100 indivíduos em idade potencialmente ativa no ano de 2002, para 55,0, em 2012.

A transição demográfica é o processo de mudança social motivada pela passagem de altas taxas de mortalidade e fecundidade total, do predomínio de população jovem, para baixas taxas de mortalidade e fecundidade de maneira acelerada. Esta transição ocorre de forma diferenciada nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. O Brasil, por suas dimensões continentais, apresenta diversidades regionais nestas taxas (BANCO MUNDIAL, 2011; IBGE, 2012).

Em 1929, Thompson descreveu a transição demográfica como um fenômeno caracterizado por quatro fases. Na primeira, caracterizada por uma sociedade pré-moderna, altas taxas de natalidade que coexistem com altas taxas de mortalidade. Na segunda fase, própria de sociedades modernas, ocorre queda da taxa de mortalidade, mas a taxa de natalidade permanece sem variação, e há aumento da sobrevivência da população. Na terceira, que denominou a fase industrial madura, o processo de urbanização e implantação de políticas de contracepção ocasiona a diminuição da taxa de nascidos vivos e interrupção do crescimento populacional. Por último, na chamada fase pós-industrial, essas taxas estabilizam-se e permanecem reduzidas, com queda no padrão de crescimento da populacional (THOMPSON, 1929 apud KIELING, 2009; ALVES, 2002).

No Brasil, a transição de mortalidade iniciou-se nos anos de 1940 e as taxas de natalidade permaneceram estáveis até 1960, quando se inicia a queda. A taxa de nascidos vivos, que era de 43,3 por mil em 1960, atinge 21,8 por mil habitantes no ano de 1998 (ALVES, 2002).

À medida que as sociedades envelhecem, aumentam as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com grande impacto na vida de países, coletividades, grupos sociais e indivíduos, sobretudo os idosos.

Santos-Preciado e colaboradores (2003) traz o conceito de transição epidemiológica como um pressuposto de mortalidade, sendo este fator fundamental para a dinâmica das populações, juntamente com a fertilidade como uma variável explicativa, que interfere significativamente no resultado. Nesse contexto, observa-se a substituição de doenças infecciosas por doenças crônicas não transmissíveis e aquelas produzidas pelo homem e que se relacionam ao estilo de vida.

Os modelos tradicionais de transição epidemiológica focam a análise da mortalidade da população em três cenários. No primeiro coexistem mortalidade e pragas com altas taxas e flutuantes, porém há elevada taxa de crescimento da população, com baixa expectativa de vida ao nascer (entre 30 e 40 anos de idade). O segundo cenário caracteriza-se pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas graves e o aumento da expectativa de vida. Posteriormente, surgem as doenças crônicas causadas pelo estilo de vida caracterizando o cenário com mortalidade e fecundidade baixas. As doenças crônicas não transmissíveis, os acidentes e a violência gradualmente mudam os padrões de adoecimento das populações (SANTOS-PRECIADO et al., 2003; MACKENBACH 1994)

Schmidt e colaboradores (2011) revelam que as DCNT são responsáveis por 72% da morbimortalidade no Brasil, enquanto as doenças infecciosas respondem por 10% e os distúrbios materno-infantis, por 5 %. Das mortes no país atribuíveis às DCNT, destas, 58% são de patologias do aparelho circulatório, câncer, doença respiratória crônica e diabetes.

Por outro lado, a condição social dos idosos brasileiros está melhorando. Segundo dados atualizados do IBGE (2012), devido à implementação de políticas sociais, 80% estão cobertos pela previdência social e somente 10% estão abaixo da linha da pobreza. Entre as pessoas com mais de 60 anos, houve redução no analfabetismo de 27,7% para 23,6% entre homens e de 30,9% para 26,1% para as mulheres.

1.2 Diretrizes internacionais da atenção ao idoso

A história mostra que acontecimentos internacionais importantes precederam as políticas públicas brasileiras voltadas à pessoa idosa. Dentre estes

eventos destacam-se as Assembleias Internacionais sobre o Envelhecimento ocorridas em Viena e em Madri, nos anos de 1982 e 2002, respectivamente. Foram importantes para o reconhecimento do idoso como sujeito de direitos com importância econômica e social.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), as resoluções relacionadas ao envelhecimento começaram a serem formuladas em 1948 com o intuito de defender os direitos humanos da pessoa idosa e a posição que os idosos possuíam na sociedade, por meio de iniciativas da Comissão Internacional de Direitos Humanos (UNITED NATIONS, 1982).

A Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena em 1982, constituiu o primeiro fórum em âmbito mundial direcionado ao envelhecimento individual e coletivo. Seu intuito foi garantir o direito social e econômico da pessoa idosa, bem como identificar oportunidades para contribuição no desenvolvimento nacional, por reconhecer o aumento proporcional da parcela de idosos na população em todos os países e as implicações econômicas e sociais advindas desse fenômeno (UNITED NATIONS, 1982; CAMARANO, 2004).

A pauta tratava das transformações demográficas, do envelhecimento das sociedades, a relação com as questões de desenvolvimento e humanitárias, para dar respostas às necessidades específicas das pessoas idosas, permeando as preocupações demográfica ou macroeconômica voltadas às implicações políticas e socioeconômicas do envelhecimento populacional (UNITED NATIONS, 1982).

Resultou na aprovação do Plano Global de Ação, conhecido também por Plano de Viena (CAMARANO, 2004), um instrumento prático para formuladores de políticas, pois continha orientação prioritária, temas, objetivos e medidas concretas e adaptáveis, direcionadas aos diversos governos, destacando as prioridades básicas do envelhecimento individual e coletivo.

Foi direcionado aos países desenvolvidos, mas os países em desenvolvimento também passaram a incorporar suas recomendações. É considerado o principal componente internacional de estratégias integrais formuladas para responder aos problemas e às necessidades da pessoa idosa. Suas estratégias estavam relacionadas às áreas de saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, família, previdência social, bem-estar social, moradia e meio ambiente, trabalho e educação.

A partir da Conferência de Viena, o envelhecimento passou a fazer parte da agenda internacional de políticas públicas, ainda que timidamente. O Plano buscou desenvolver a compreensão sobre as consequências do envelhecimento populacional e as repercussões econômicas e sociais desse processo (UNITED NATIONS, 1982; CAMARANO, 2004).

O reconhecimento dos princípios formulados na Conferência de Viena estimulou a proposição de políticas e programas para a ação e garantia da segurança econômica e social das pessoas de idade, além de alternativas políticas compatíveis com orçamentos e metas dos países participantes do evento. Suscitou o estímulo à capacitação, ensino e pesquisa e fomentou o intercâmbio internacional de aptidões e conhecimentos para responder adequadamente ao envelhecimento da população mundial (UNITED NATIONS, 1982).

O guia de orientações e ferramentas disponibilizado pela ONU para profissionais e formuladores de políticas trouxe lições apreendidas após a adoção do Plano de Viena. Destacou ausência de capacidade em muitos níveis, organizacional e institucional, falta de habilidade, insuficiência financeira e de recursos humanos. Infelizmente, o Plano não obteve o sucesso esperado, pela baixa prioridade política dada aos assuntos do envelhecimento, o que afetou a habilidade dos países para implementar as políticas e programas adotados (UNITED NATIONS, 2008).

Passados 20 anos, a segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento foi realizada em Madri, no ano de 2002. Contou com a colaboração do Estado e da sociedade civil, além da participação de instituições governamentais e não governamentais no âmbito do conselho econômico e social da ONU (UNITED NATIONS, 2002).

Nesse período entre a Assembleia de Viena e Madri, surgiram novas tendências relacionadas ao envelhecimento, além de mudanças culturais, socioeconômicas e tecnológicas. O envelhecimento passou a ser mais pronunciado em países em desenvolvimento, tornando necessárias novas práticas, atitudes e políticas voltadas aos idosos (UNITED NATIONS, 2002).

A Assembleia de Madri aprovou uma Declaração com compromissos que direcionavam os países a executar um novo plano, com atenção especial voltada aos problemas decorrentes do processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento (UNITED NATIONS, 2002; CAMARANO, 2004).

O Plano de Ação de Madri estabelecia três orientações prioritárias: a participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; o fomento da saúde e bem-estar na velhice, com a promoção do envelhecimento saudável; e a criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (CAMARANO, 2004; CEPAL, 2012; WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012).

O novo Plano evocou a preocupação com a profunda transição demográfica sem precedentes, por trazer consequências sobre a dimensão do indivíduo, da comunidade regional, nacional e internacional, além de aspectos sociopolíticos, econômicos, psicológicos e culturais. Além disso, revelou as diferenças existentes no modo de envelhecer de países desenvolvidos e em desenvolvimento. O objetivo central em relação ao plano anterior não mudou: a garantia do direito de envelhecer com segurança e dignidade e a participação dos idosos em suas sociedades como cidadãos munidos plenamente de seus direitos (ONU, 2003).

Assim como o de Viena, o Plano de Madri possui metas, objetivos e compromissos, dentre os quais se destaca a plena realização de todos os direitos e liberdades dos idosos; a eliminação da pobreza; a capacitação dos idosos para participar efetivamente da economia, da política e da sociedade; os direitos socioeconômicos, culturais, políticos e civis dos idosos, com eliminação de todas as formas de discriminação e violência; a igualdade dos sexos e a eliminação da discriminação por esse motivo (UNITED NATIONS, 2002; ONU, 2003). Reconhece a importância decisiva das famílias para o desenvolvimento social; a interdependência, a solidariedade e a reciprocidade intergeracional; o direito a assistência à saúde, apoio e proteção social dos idosos, incluindo cuidados preventivos e de reabilitação; a necessidade de articulação entre os governos internacionais, a sociedade civil, o setor privado e os próprios idosos na efetivação prática do Plano de Ação.

Considera as consequências individuais, sociais e sanitárias do envelhecimento, particularmente nos países em desenvolvimento; a situação e as peculiaridades dos idosos pertencentes a povos indígenas e a necessidade de se tornarem sujeitos de decisões estão contidas no plano (ONU, 2003).

A efetivação do Plano exige mudança de atitudes, das políticas e de práticas, em todos os níveis e setores, pois as tendências do envelhecimento poderão gerar grandes possibilidades e ampliar a garantia de um envelhecimento seguro e digno. De modo que os formuladores de políticas reconheçam que

investimentos na etapa inicial da vida proporcionarão obtenção de uma velhice sadia e enriquecedora e a consequente preservação da participação dos idosos na sociedade como cidadãos de plenos direitos (ONU, 2003).

Os avanços advindos do Plano de Madri foram concernentes à contribuição dos idosos para com a sociedade, que já havia entrado em pauta no plano anterior, mas que teve maior amplitude no atual. Outro progresso importante foi o estabelecimento de parcerias com o setor privado e a sociedade civil para o financiamento e execução das políticas, e a dimensão da consideração de gênero, embora esta última tenha se restringido à vulnerabilidade feminina (CAMARANO, 2004).

1.3. Políticas Nacionais voltadas para o Idoso

O Brasil, em meio a importantes influências internacionais, tendo em vista a preocupação em desenvolver uma política específica à pessoa idosa, elaborou a Política Nacional do Idoso (PNI), possuindo como objeto norteador o Plano de Ação de Viena, elaborado na I Assembleia Internacional sobre o Envelhecimento.

A Política Nacional do Idoso (PNI) é uma política social destinada às ações específicas para a pessoa idosa, buscando criar condições para que sejam promovidas a garantia dos direitos sociais do idoso, para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. De acordo com a PNI, considera-se idoso a pessoa com 60 anos de idade ou mais (BRASIL, 1994, 1996a). Foi promulgada pela Lei nº 8.842, no dia 04 de janeiro de 1994, e regulamentada, em 1996, através do Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996. Esta Lei criou o Conselho Nacional, os Conselhos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal do Idoso, com sua implementação de fato, em 2003 (BRASIL, 1994, 1996a, 2003).

A política fundamenta-se na família, sociedade e estado para assegurar os direitos dos idosos e participação deste na sociedade enquanto cidadãos de direitos, atuando na defesa da dignidade, do bem-estar, e do direito à vida; no conhecimento da sociedade de todo o processo de envelhecer; no princípio da não discriminação de qualquer natureza. Como beneficiário desta política, o idoso deve ser visto como um agente transformador e, na aplicação dessa política, a sociedade e o poder público, devem atentar para a diversidade e as desigualdades existentes no país (BRASIL, 1994).

Competia à Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social, atual Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, a coordenação das ações da PNI, a participação na formulação, acompanhamento e avaliação, seguida da participação dos conselhos nacionais, estaduais, Distrito Federal e municípios, promover as articulações intraministeriais e interministeriais com vistas à implementação da política nacional do idoso e a elaboração de propostas orçamentárias no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso (CAMARANO, 2004; BRASIL, 2010).

Dessa maneira todos os ministérios deveriam elaborar propostas para o financiamento em consonância com o plano político, prevendo a sua aplicação nos seguimentos da saúde, trabalho, educação, previdência social, cultura, esporte e lazer.

O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), criado pelo Decreto n.º 4.227 de 13 de maio de 2002 e alterado pelo Decreto 4.287, de 27 de junho de 2002, que por sua vez foram estes, revogados pelo Decreto n.º 5.109 de junho de 2004, que dispõe sobre a criação, competências e composição do CNDI.

As competências do CNDI são direcionadas à supervisão e avaliação da PNI; elaboração e submissão à apreciações com intuito de aperfeiçoamento da legislação pertinente à PNI; acompanhamento da implementação da PNI nas três esferas de governo; estímulo e apoio técnico à criação de conselhos de direitos dos idosos nas três esferas governamentais; dispor de assessoramento aos conselhos estaduais, do Distrito Federal e municípios para a efetivação dos princípios contidos na PNI; zelo para que haja a efetivação da descentralização político-administrativa e participação de organizações que representam os idosos na implementação da política, dos planos, programas e projetos que visam o atendimento da pessoa idosa; e por fim, elaboração de regimento próprio (BRASIL, 2004).

Para a consecução da PNI, foram instituídas as seguintes diretrizes: tornar possível as formas de participação, a ocupação e o convívio entre as gerações; formulação, execução e avaliação das políticas, planos, programas e projetos, ampliando a participação dos idosos por intermédio das organizações que os representam; priorizar o atendimento ao idoso em suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar; descentralização político-administrativa; capacitação e educação continuada de profissionais de quaisquer áreas do conhecimento, com destaque para os que atuam na geriatria e gerontologia; priorizar

o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados e prestadores de serviços à comunidade e incentivar o desenvolvimento de pesquisas e discussões relacionadas ao envelhecimento (BRASIL, 1994; CAMARANO, 2013).

A PNI abarca todos os setores que estão imbricados ou que se interrelacionam com as consequências advindas do envelhecimento populacional, de modo que estas se atentem às transformações que o Brasil pode enfrentar no futuro para alcançar a promoção e assistência social, saúde, educação, cultura, esporte e lazer, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo e justiça, para estabelecer um plano político coeso em âmbito nacional.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8742 de 7 de dezembro de 1993, visa proteger socialmente a população como um todo, bem como o idoso, com vistas à garantia da vida, de reduzir danos e prevenir a incidência de riscos. Destaca-se a garantia do benefício de prestação continuada mensal de um salário-mínimo à pessoa idosa que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. A Lei ainda promove a vigilância socioassistencial, de modo a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias quanto à ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos. Esta política é de extrema importância devido ao seu caráter protetivo e de amparo para a redução das desigualdades sociais às quais os idosos podem estar sujeitos (BRASIL, 1993).

Estudo realizado pelo IBGE (2012) revela que 76,8% da população idosa recebe algum tipo de benefício da previdência social. Destes 59,7% são aposentados, 9,9% pensionistas e 7,2% aposentados e pensionistas.

A LOAS prevê ainda, de modo pormenorizado, o perfil para o enquadramento e a concessão dos benefícios que dela são referidos. Na seção que trata dos programas de assistência social estão compreendidas as ações integradas e complementares com objetivos definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais definidos pelos Conselhos de Assistência Social. Nesse sentido, os programas voltados ao idoso são articulados com o benefício de prestação continuada (BRASIL, 1993).

O Estatuto do Idoso instituído pela Lei n.º 10.741 de 1º de outubro de 2003, visa regulamentar os direitos assegurados aos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de modo que este não incorra prejuízos na sua proteção integral. Esta lei prevê sanções e penalidades garantindo-lhes a preservação de sua saúde física e

mental, aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003, 2006c).

Dentre suas diretrizes, destacam os direitos fundamentais dos idosos: o direito à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, a alimentos, saúde, educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização e trabalho, previdência social, assistência social, habitação e transporte. Prevê ainda medidas de proteção que devem ser aplicadas e quando os idosos se sentirem ameaçados ou quando tiverem seus direitos legais violados, explicita a política de atendimento ao idoso, o acesso à justiça e os crimes previstos em lei.

O Estatuto é um instrumento que foi construído com intensa participação dos idosos, órgãos representativos governamentais e não governamentais para a afirmação dos seus direitos e o alcance da autonomia. Contudo, não prevê meios orçamentários para a sua execução de fato e de direito (CAMARANO, 2013).

As políticas de saúde brasileiras visam assegurar atenção a todo o seguimento populacional, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a atenção integral, independente das diversidades, realidades e necessidades da coletividade e dos indivíduos, de forma equânime e universal (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foi criada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n.º 1.395/GM em 10 de dezembro de 1999, fundamentada nos princípios que regem a Constituição Federativa do Brasil, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. É uma política social, setorial, descentralizada, que visa à garantia dos direitos integrais à saúde das pessoas em processo de envelhecimento e da pessoa idosa dada à necessidade de uma política expressa para este seguimento populacional (BRASIL, 2013, 1990, 1999, 2010).

Dentre as ações previstas na PNI relacionadas ao setor da saúde encontravam-se: o provimento de acesso aos idosos a serviços direcionados à promoção, proteção e recuperação da saúde mediante o estabelecimento de normas específicas; a cooperação entre as esferas de governo e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria e o desenvolvimento de estudos e pesquisas voltadas a pessoa idosa (BRASIL, 1996a, 1999). Tem como bases:

A promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo da capacidade funcional dos idosos, prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. (BRASIL, 1999, p.7).

Conceitua a capacidade funcional como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Sendo assim, considera saudável o idoso que não necessita de ajuda ou supervisão na realização de suas tarefas de vida diária, que mantém a sua autodeterminação e tem preservada a sua independência física e mental (BRASIL, 1999).

A PNSI volta-se para a preparação adequada do país às necessidades das pessoas na faixa etária de 60 anos e mais, desde a adequação do ambiente, o provimento de recursos materiais e humanos capacitados a atender esta demanda crescente, definir e implantar ações de saúde específicas para o idoso. Tinha como diretrizes:

a) a promoção do envelhecimento saudável; b) a manutenção da capacidade funcional; c) a assistência às necessidades de saúde do idoso; d) a reabilitação da capacidade funcional comprometida; e) a capacitação de recursos humanos especializados; f) o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; g) o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999, p.7).

Em meio aos processos de revisão para a atualização da PNSI, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 399 no dia 22 de janeiro de 2006 que estabeleceu o Pacto pela Saúde do SUS, em que estão contidos os Pactos pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e de Gestão, com o intuito de dar suporte aos compromissos firmados pelos gestores estaduais e municipais (BRASIL, 1999, 2006d).

Dentre as metas do Pacto pela Vida está a saúde do idoso, tendo em vista o quadro demográfico apresentado no Brasil. O Pacto contém ações estratégicas traçadas pela Área Técnica de Saúde do Idoso (ATSI) com o propósito de concretizar o que já vinha sendo proposto pelas políticas, programas, instrumentos e ações nos diferentes níveis de gestão e de governo, em que se destaca a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Destacam-se os interesses e a promoção da saúde dos idosos, a consolidação da APS com objetivos de promoção do envelhecimento ativo e saudável, das ações de atenção integral e integrada à saúde

da pessoa idosa e de fortalecimento das ações intersetoriais com a participação popular e a educação permanente (BRASIL, 2010).

A PNSI de 1999 foi revista e revogada pela Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprovou a atual Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Juntamente com a aprovação da PNSPI, foi solicitada a revisão das implantações dos Centros de Referência em Assistência Atenção à Saúde do Idoso e das Redes Estaduais de Saúde do Idoso para maior adequação (BRASIL, 2006a).

Fazia-se necessário uma política atualizada de acordo com as transformações sociais, demográficas, epidemiológicas, culturais e econômicas ocorridas nos últimos tempos no Brasil e mundialmente. A nova política trouxe para o centro das discussões, a inclusão da condição funcional na formulação das políticas para a saúde da pessoa idosa. Reconhece a heterogeneidade do envelhecimento pela existência de pessoas idosas independentes e dependentes, mais frágeis ou em processo de fragilização. As especificidades devem ser pontuadas e as ações direcionadas adequadamente, a fim de se atingir o Envelhecimento Ativo e Saudável (BRASIL, 2010; ONU, 2003). O envelhecimento bem sucedido requer a interação harmoniosa entre a saúde física e mental, a independência financeira, capacidade funcional e o suporte social.

Dentre os propósitos estabelecidos busca-se recuperar manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos por meio de direcionamento de medidas coletivas e individuais de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos no SUS. Parte do conceito de saúde do idoso que se revela mais pela condição de autonomia e independência do que pela inexistência de patologias de origem biológica. Adota a promoção de saúde como uma das políticas que abarcam o conceito de envelhecimento que se inicia com práticas saudáveis desde o momento de pré-natal até a fase da maturidade (BRASIL, 2006a). São diretrizes desta política:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a, p.7).

Para o alcance dessas diretrizes compete aos gestores federal, estadual, Municipal e do Distrito Federal a articulação intersetorial, em conformidade com as atribuições comuns e específicas à saúde do idoso, para que sejam fornecidos os meios para viabilizar o alcance do propósito da política. Requer o compartilhamento de responsabilidades específicas, tanto no âmbito interno do setor de saúde quanto no contexto de outros setores como o Ministério da Educação, da Previdência e Assistência Social, do Trabalho e Emprego, da Justiça, do Esporte e Turismo, da Ciência e Tecnologia e a Secretaria do Estado e Desenvolvimento Urbano (BRASIL, 2006a).

Do mesmo modo que a PNSI recomendava o acompanhamento e a avaliação contínua para a mensuração dos alcances dos propósitos estabelecidos, a PNSPI busca investigar se a política tem concretizado os princípios em consonância com o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1999; 2006a).

Em 2006a, a ATSI norteada pela PNSPI e o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006d) elaborou a Caderneta da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica nº 19 (CAB 19) – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (conhecido como Caderno 19) a fim de instrumentalizar os profissionais de saúde na APS (BRASIL, 2006e).

Em busca da integralidade da assistência ao idoso, o Caderno de Atenção Básica foi objeto de capacitação para os profissionais de nível superior. A Caderneta auxilia na identificação de idosos frágeis ou em processo de fragilização, direciona o profissional para que se planeje, organize e acompanhe adequadamente as ações para esse seguimento (BRASIL, 2006b, 2006e).

O Caderno 19 também aborda aspectos das políticas: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Humanização (PNH), além de destacar as atribuições dos profissionais da APS. Apresenta instrumentos técnicos específicos para a avaliação física e funcional da saúde dos idosos na APS e atenta para as especificidades gerontológicas guiando suas ações para que sejam mais assertivas (BRASIL, 2006b, 2006d, 2010).

Tendo em vista o alcance das metas da política a ATSI disponibilizou, a partir de 2008, vagas para o curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa na modalidade de Ensino a Distância da Escola Nacional de Saúde

Publica/FIOCRUZ. Inicialmente destinadas às regiões norte e nordeste, em 2008 foram selecionado 83 profissionais e em 2009, 87 pessoas. Em 2010 se estendeu para todo o país, tendo sido selecionadas 854 profissionais, dos quais 28 eram do Estado de Mato Grosso do Sul (MS). Em 2011, foram selecionados para o curso 146 profissionais, sem que houvesse a participação de profissionais do estado de MS. E em 2012, foram selecionados 1000 profissionais, com a participação de 24 do MS (BRASIL, 2010). No total, houve a capacitação de 2.170 profissionais.

Foi proposto pela ATSI a adaptação do curso “*Gerencia em Salud para Personas Mayores*” para Gestão em Envelhecimento em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), CIESS (Centro Ibero Americano de Estudos de Seguridade Social), OISS (Organização Ibero Americana de Seguridade Social) destinado a qualificar profissionais de nível superior interessados na área do envelhecimento visando a implementação de políticas, programas e gestão de serviços direcionados a idosos (BRASIL, 2010). Esta especialização, no ano de 2012 chegou a 5ª edição, promovida na Cidade do México com a presença de 42 participantes da Brasil, Argentina, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Guatemala, México, Nicarágua, Peru, e Uruguai (OPAS, 2013).

A fim de reduzir a incidência de osteoporose e quedas, foram programadas por parte do Ministério da Saúde oficinas direcionadas a profissionais e pacientes para a proposição de diretrizes, e posterior aplicação em estados e municípios (BRASIL, 2010). Ações como Acolhimento, Assistência Farmacêutica, Atenção Domiciliar, Imunização e o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/AIDS estão sendo desenvolvidas em conjunto com outras áreas para o alcance do proposto pela PNSPI.

1.4 As políticas sul-mato-grossenses para a pessoa idosa

As políticas sul-mato-grossenses para a pessoa idosa tiveram início, de acordo com documentos oficiais, em 1997, por meio de aprovação da Lei Municipal de CG nº 3.329, de 12 de maio de 1997, que autorizava a criação do Conselho Municipal do Idoso (CMI/CG). Posteriormente criou-se o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa de Mato Grosso do Sul (CEDPI/MS), por intermédio da Lei Estadual n.º 1.914 de 3 de dezembro de 1998, que foi posteriormente alterada pela Lei n.º 2.073 de 07 de janeiro de 2000 (Política Estadual do Idoso - PEI) e Lei n.º 2.422 de 9 de abril de 2002. Depois de nove anos

de sua criação, o CEDPI/MS foi reorganizado pelo Decreto n.º 12.454 de 29 de novembro de 2007. Já o Conselho Municipal do Idoso de Campo Grande (CMI/CG) foi aprovado pelo Decreto nº 9.275, de 30 de maio de 2005 (MATO GROSSO DO SUL, 1997, 1998, 2000, 2005, 2007).

O Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa de Mato Grosso do Sul (CEDPI/MS) é vinculado à Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social (SETAS), na cidade de Campo Grande, com localização situada na Avenida Cândido Mariano, 713, no bairro Amambaí. As reuniões ordinárias do CEDPI/MS acontecem mensalmente. Se necessário, mediante convocação do presidente, ou ainda por convocação de um terço de seus membros, reúnem-se extraordinariamente.

A composição do CEDPI é de 20 membros titulares e respectivos suplentes. Onde dez são representantes do Governo Estadual (Assistência Social; Saúde; Educação; Esporte e Lazer; Justiça e Segurança Pública; Meio Ambiente; Cultura; Trabalho; Desenvolvimento Agropecuário; Habitação e Infraestrutura) e dez da sociedade civil.

O CEDPI/MS possui competências privativas exercendo o controle, acompanhamento e a fiscalização de programas e projetos, de âmbito estadual, sejam de iniciativa pública ou privada, que visem assegurar direitos e garantias de proteção social à pessoa idosa.

É de responsabilidade do CEDPI/MS aprovar, mediante propostas e recomendações das conferências municipais, a Política Estadual do Idoso e o Plano de Ação, elaborados por órgãos gestores, conforme diretrizes orçamentárias. Participar da elaboração de propostas orçamentárias (anual, plurianual e eventuais), de modo que sejam incluídas no orçamento do governo.

Dentre as ações do CEDPI/MS destacam-se: as Conferências Municipais e Estaduais; aprovação e elaboração de propostas; proposição de estudos e pesquisas para melhoria do atendimento das necessidades dos idosos; acompanhar serviços, programas e projetos, seja de caráter público ou privado da PEI; incentivar e apoiar a criação e o funcionamento dos Conselhos Municipais de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDPI); acompanhar a celebração e execução de acordos, convênios e similares entre os gestores estaduais, municipais e entidades públicas ou privadas que atendem o idoso; inscrever programas, propor e incentivar a realização de campanhas para divulgar as especificidades do idoso e de seus

direitos; eleger mesa diretora; propor alterações da legislação em vigor e os critérios para atendimento ao idoso.

Existem em Mato Grosso do Sul 28 CMDPI. O estado têm 79 cidades e segundo informações coletadas no CEDPI/MS no mês de abril de 2014, 35,4% (n=28) destas possuíam CMDPI, são elas: Amambai, Anastácio, Aquidauana, Batayporã, Campo Grande, Camapuã, Caracol, Chapadão do Sul, Coronel Sapucaia, Corumbá, Coxim, Dois Irmãos do Buriti, Dourados, Eldorado, Guia Lopes da Laguna, Iguatemi, Ivinhema, Jardim, Juti, Maracaju, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Rio Verde de Mato Grosso, Santa Rita do Pardo, São Gabriel do Oeste, Sidrolândia e Três Lagoas.

A fim de conhecer o panorama das pesquisas com pessoas idosas realizadas no Estado, foi realizada consulta no Diretório de Grupos de Pesquisas no Brasil da base Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em maio de 2014. Foram identificados dois grupos voltados especificamente para a saúde do idoso no estado de Mato Grosso do Sul, o Núcleo Multiprofissional de Pesquisa em Gerontologia (NMPG) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e o Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso (GPENSI) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) (BRASIL, 2014).

O NMPG/UFMS estuda o envelhecimento na perspectiva multidimensional e busca contribuir para o avanço do conhecimento e garantir a manutenção da capacidade funcional do idoso. Possui oito linhas de pesquisa, a saber: 1) Atenção à saúde bucal do idoso; 2) Atenção básica e saúde do idoso; 3) Disfunções motoras e cognitivas nas síndromes geriátricas: avaliação, prevenção e intervenção; 4) Utilização de medicamentos em idosos; 5) Nutrição e envelhecimento; 6) Qualidade de vida e atividade física na terceira idade; 7) Recursos terapêuticos no envelhecimento e 8) Senso de coerência.

O GPENSI/UEMS desenvolve pesquisas para identificar e monitorar o perfil de saúde-doença do idoso, em sua correlação com as necessidades sociais e de saúde. Possui quatro linhas de pesquisa: 1) avaliação das necessidades sociais de saúde da pessoa idosa; 2) políticas públicas voltadas à pessoa idosa e 3) tecnologias no cuidado à pessoa idosa; e 4) religiosidade e espiritualidade na população idosa: práticas educativas.

Não foram encontradas publicações sobre o conhecimento de enfermeiros e médicos ou de outros profissionais da rede de serviços de saúde do estado de Mato Grosso do Sul sobre as políticas públicas de saúde da pessoa idosa, o que motivou a realização desta investigação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o conhecimento de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família sobre as políticas públicas voltadas à pessoa idosa.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos profissionais que atuam nas Estratégias Saúde da Família (ESF);
- Descrever o conhecimento de enfermeiros e médicos sobre as políticas públicas voltadas à Pessoa Idosa;
- Identificar o conhecimento de enfermeiros e médicos sobre o Caderno de Atenção Básica n.º19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e sobre o Conselho Municipal de Defesa da Pessoa Idosa;
- Descrever como enfermeiros e médicos realizam a avaliação da saúde dos idosos;
- Verificar a ocorrência de atividades interdisciplinares desenvolvidas na ESF;

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Pesquisa exploratória, descritiva e de abordagem qualitativa.

Como princípios teóricos para a discussão dos resultados apresentados de modo a analisar as categorias expressadas optou-se pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, juntamente com o CAB 19, pois os dois documentos apresentam as diretrizes que norteiam as ações dos profissionais de saúde, bem como a intersetorialidade e interdisciplinaridade.

3.2 Local da Pesquisa

A investigação foi desenvolvida no âmbito da APS nas Unidades da Estratégia Saúde da Família, na cidade de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul (MS).

Localizado na Região Centro-oeste do Brasil, Mato Grosso do Sul faz fronteira com o Paraguai e a Bolívia, divisa com os estados de Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais, São Paulo e Paraná. Possui área de 357.145,532 km², densidade demográfica de 6,86 hab/km² e 79 municípios. Segundo dados do IBGE, em 2010 sua população era de 2.449.024 habitantes, com estimativa de ter alcançado o número de 2.587.269 habitantes no ano de 2013. Os idosos do estado correspondem ao quantitativo de 239.361 (9,7 %) habitantes, sendo 115.656 (4,7 %) habitantes do sexo masculino e 123.705 (5,0 %) habitantes do sexo feminino. O Índice de Desenvolvimento Humano de Mato Grosso do Sul é de 0,729 (IBGE, 2012).

O Estado está organizado em quatro macrorregiões sanitárias: Campo Grande (compreende as microrregiões de Aquidauana, Campo Grande, Coxim e Jardim); Dourados (microrregiões de Dourados, Naviraí, Nova Andradina e Ponta Porã); Três Lagoas (microrregiões de Três Lagoas e Paranaíba) e Corumbá (microrregião de Corumbá e Ladário) (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

De acordo com consulta realizada no mês de junho de 2014, no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, existem no município de Campo Grande 832.350 habitantes, 91 equipes de Saúde da Família (mês de referência Abril), e estimativa de população coberta por estas equipes de 656.040 habitantes, o que corresponde a 78,8 % de população coberta por estas equipes.

Realizou-se levantamento eletrônico no mês de agosto (2014), no Departamento de Informática do SUS – DATASUS (2014) para identificar o número de usuários atendido pela ESF, em Campo Grande, bem como o quantitativo de idosos conforme pode ser observado no QUADRO 1.

Conforme dados coletados no ano de 2010 do IBGE, Campo Grande é a capital do Estado, possui área total de 8.092,951 km², densidade demográfica de 97,2 hab/km², 786.797 habitantes dos quais 381.333 (48,5 %) são do sexo masculino e 405.464 (51,5%), do sexo feminino. O percentual de idosos é de 9,9% do total da população, o que corresponde a 26.196 (6,86%) mulheres e 21.908 (5,4%) homens idosos (IBGE, 2012; BRASIL, 2014).

Foi realizado levantamento eletrônico no mês de agosto (2014), no Departamento de Informática do SUS – DATASUS (2014) para identificar o número de usuários atendido pela ESF, em Campo Grande, bem como o quantitativo de idosos, sendo dispostos estes dados no QUADRO 1, para maior conhecimento do panorama do envelhecimento na cidade. .

QUADRO 1 – Frequência absoluta e relativa dos indivíduos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de acordo com sexo e idade. Campo Grande, 2014.

Variáveis	Pessoas cadastradas na ESF	
	N	%
Mulheres		
Inferior a 60 anos	299.899	45,7
60 anos e mais	44.334	6,8
Homens		
Inferior a 60 anos	277.944	42,3
60 anos e mais	33.863	5,2
Total	656.040	100,0

*Fonte: DATASUS (2014)

No estado de MS, de acordo com os dados do Censo do Sistema Único da Assistência Social (Censo SUAS)¹, que concentra as informações sobre os serviços assistenciais, dentre eles Centros de Referências de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), existem 124 CRAS, dos quais 19 estão localizados em Campo Grande, e 63 CREAS sendo três na capital.

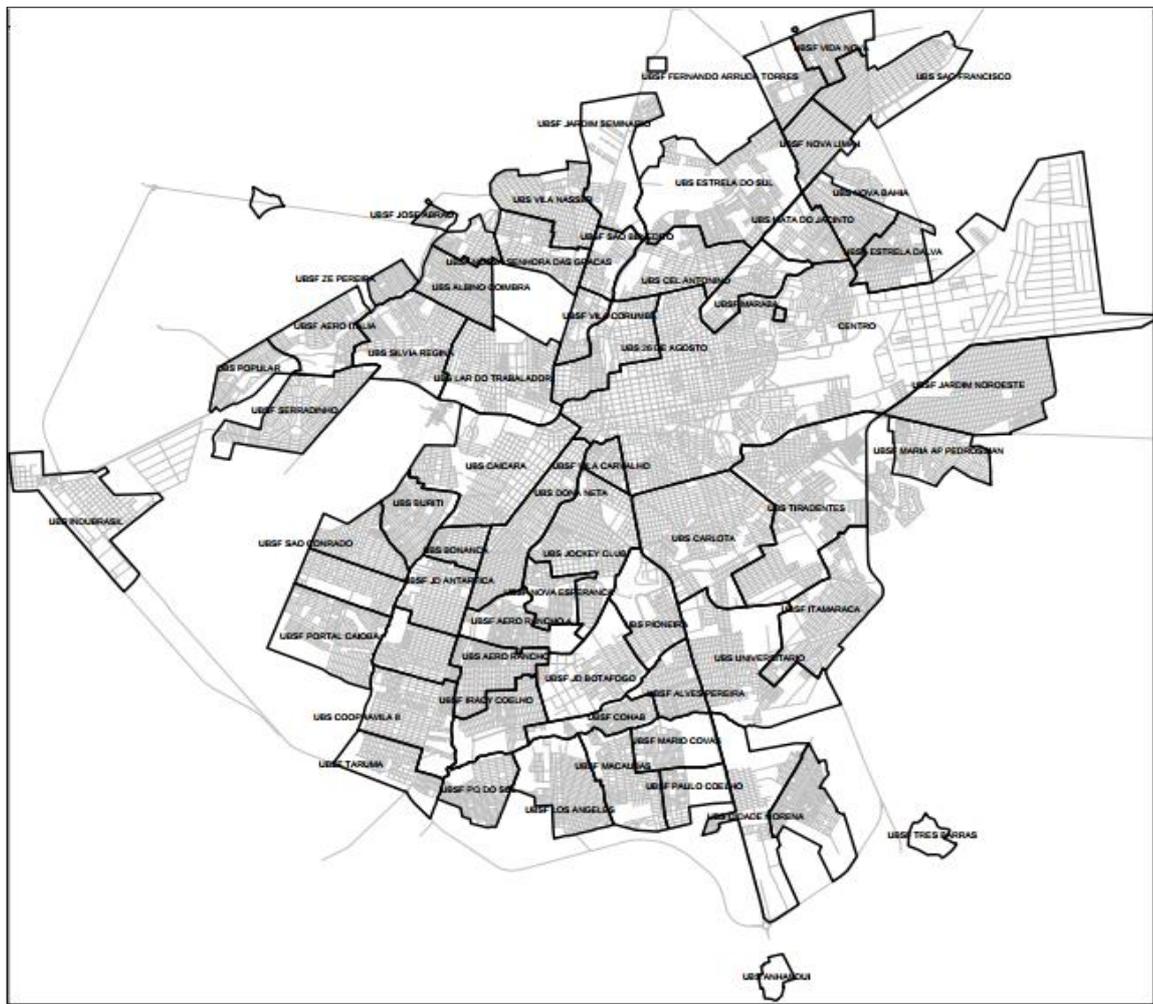
¹ Fonte: www.mds.gov.br/sagissl/censo2013

A cidade Campo Grande é dividida em distritos sanitários (sul, oeste, norte e leste). O Distrito Sanitário Sul é composto de duas regiões urbanas do Centro e Anhanduizinho, com delimitações geográficas das avenidas Marechal Deodoro (divisa com Distrito Oeste), Gury Marques (Distrito Leste), Mascarenhas de Moraes (Norte). Possui 10 Unidades de Saúde da Família (USF). O Distrito Sanitário Oeste compreende as regiões urbanas da Lagoa e Imbirussu com seis USF. O Distrito Sanitário Norte abarca duas regiões urbanas, sendo elas a Região Prosa e Segredo sendo composto por oito USF. Por fim, o Distrito Sanitário Leste é compreendido pela Região Urbana do Bandeira e possui um quantitativo menor de USF no total de três unidades.

3.3 Participantes do estudo

A população do estudo foi composta por enfermeiros e médicos que atuam nas Unidades da ESF das quatro regiões sanitárias do município de Campo Grande.

FIGURA 1 – Territórios das unidades de Estratégias Saúde da Família. Campo Grande, 2013.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – 2013.

O critério de elegibilidade dos profissionais foi estar lotado na ESF há pelo menos 12 meses completos, por acreditar que este já tenha se adaptado ao serviço, dinâmica e população adstrita. Foram excluídos aqueles que estavam afastados por férias e licença médica na época da coleta de dados.

3.4 Etapas da pesquisa

O instrumento para coleta de dados (APÊNDICE 1) foi elaborado após revisão da literatura e submetido à apreciação de quatro *experts*, sendo dois profissionais enfermeiros e dois médicos da área do envelhecimento e com titulação de doutor. Encaminhados por e-mail seguido de carta de apresentação no segundo semestre de 2013. O projeto de pesquisa juntamente com o instrumento também foi apreciado em duas oportunidades por professores que integram o GPENSI.

Realizou-se pré-teste para adequação do instrumento, visando identificar possíveis dúvidas pelos participantes pesquisados, sendo aplicados para dois enfermeiros e dois médicos das unidades de ESF de Campo Grande, observados os mesmos critérios de inclusão e exclusão. Após o pré-teste, os participantes foram questionados acerca da dificuldade em responder ao instrumento e se havia a necessidade de mudar alguma questão por falta de entendimento. O pré-teste foi de extrema importância, pois foi um exercício para a pesquisadora e guiou a forma de abordagem dos profissionais. Contudo, o instrumento seguiu sem nenhuma alteração ou sugestão por parte dos pesquisados.

Por tratar-se de pesquisa de cunho qualitativo, o número de participantes foi determinado pelo critério de saturação proposto por Fontanella e colaboradores (2011). Considerou-se saturado à medida que não surgiram mais categorias e obteve-se a compreensão do que se está sendo estudado.

3.5 Aspectos Éticos

Para o cumprimento das exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculados a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), foi encaminhado à SESAU pedido de autorização e parceria para a realização da pesquisa na cidade de Campo Grande (ANEXO 1). Posterior à parceria estabelecida com a SESAU o projeto de pesquisa foi submetido junto ao CEP/UFMS, obtendo parecer favorável sob n.º 282.229/2013 (ANEXO 2) e Carta de Aprovação (ANEXO 3).

Seguindo os preceitos da Resolução do CNS n.º 466/2012, solicitou-se aos participantes a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE 2).

3.6 Coleta de Dados

Após aprovação do CEP/UFMS e a realização do pré-teste, a coleta de dados teve início em setembro de 2013, realizada pela própria pesquisadora.

Seguiu-se o critério de aleatoriedade para a escolha da ESF que participaria do estudo.

Foi solicitada a gerente da Saúde Pública do município a lista de funcionários lotados nas unidades (médicos e enfermeiros). Munida da lista da

unidade e dos profissionais, foi realizado contato via telefone com os gerentes destas unidades, como sendo uma estratégia pré-estabelecida para facilitar a aproximação com os sujeitos pesquisados, caso não os encontrasse era realizado o primeiro contato com o próprio enfermeiro da unidade, contudo buscou-se esta interface entre o profissional e a pesquisadora por meio da gerência do serviço.

Ao chegar à ESF, o projeto de pesquisa, os objetivos, as autorizações e o instrumento foram apresentados primeiramente para a gerente do serviço. Obtida a autorização da gerência, iniciava-se o contato com a equipe médica e de enfermagem.

As entrevistas foram coletadas nas unidades de ESF em que os profissionais eram lotados. O sujeito pesquisado foi orientado quanto ao preenchimento do questionário (Parte 1), seguido de entrevista gravada(Parte 2).

A entrevista pautou-se em questões sobre a prática da assistência e o conhecimento das políticas voltadas à pessoa idosa:

1. *Em sua prática diária, como você realiza o atendimento ao idoso desde sua entrada na Estratégia Saúde da Família?*
2. *Como você realiza a avaliação da pessoa idosa?*
3. *Dentre as políticas públicas voltadas ao atendimento da pessoa idosa, quais são de seu conhecimento?*
4. *O Ministério da Saúde disponibiliza o Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Você o conhece?*
5. *Qual o seu conhecimento sobre o Caderno?*
6. *A Estratégia Saúde da Família é caracterizada pelo trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, quais atividades interdisciplinares você realiza referentes à atenção à pessoa idosa juntamente com outros profissionais da equipe?*
7. *Você conhece o trabalho do Conselho Municipal de Defesa da Pessoa Idosa de sua cidade?*
8. *Fale-me sobre a atuação do Conselho Municipal de Defesa da Pessoa idosa na sua cidade.*
9. *Gostaria de acrescentar mais alguma informação sobre o tema abordado?*

Não se utilizou de diário de campo ou de metodologia de observação do campo de estudo.

3.7 Saturação dos Dados

Para Fontanella e colaboradores (2011) ao se realizar uma pesquisa qualitativa, os pesquisadores devem ser transparentes quanto à técnica para a determinação da amostragem de um estudo qualitativo. Os autores sugerem aos pesquisadores qualitativos passos para o alcance da saturação de uma amostra.

- a) A técnica, de Fontanella e colaboradores (2011), se concretiza na medida em que se seguem os passos por eles sugeridos. Para o tratamento dos dados procedeu-se:
- b) Passo 1 – Reunião de todo o material coletado sem qualquer alteração: instrumento de coleta de dados, gravações em áudio, transcrições das gravações;
- c) Passo 2 – Imersão em cada registro com a finalidade de explorar e elencar as unidades de sentido para cada categoria pré-analítica ou ainda, o surgimento de alguma categoria, para discussão e agrupamento na etapa seguinte;
- d) Passo 3 – Compilação dos temas e tipos de enunciados das análises individuais de cada entrevista.
- e) Passo 4 – Etapa de compilação e agrupamento das categorias; surgimento de novas categorias; reunião dos temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria;
- f) Passo 5 – Codificação e nominação dos dados extraídos das entrevistas.
- g) Passo 6 – Visualização em tabelas dos temas e enunciados elencados.

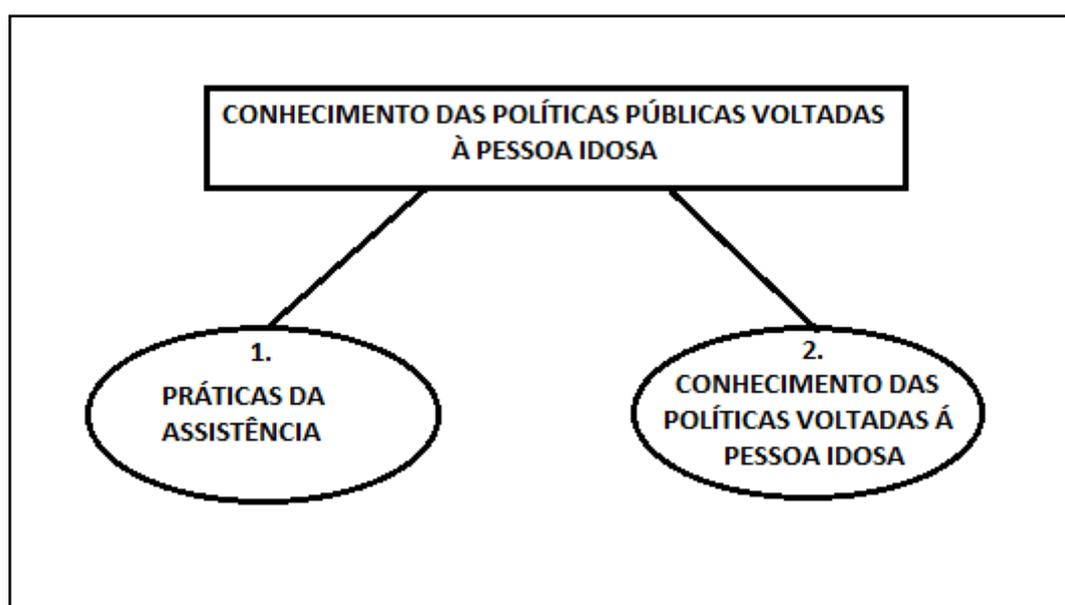
3.8 A análise dos dados

As gravações foram transcritas, submetidas à validação por parte dos entrevistados, por meio do retorno ao campo de coleta de dados e submetidos a audição e conferência do material transcrito. Posteriormente, o material empírico resultante foi submetido à análise de conteúdo de Bardin (2009). Este método envolveu a explicitação, a sistematização e a expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuar deduções lógicas e justificadas a seu respeito.

A análise de conteúdo de entrevistas segundo Bardin (2009) envolveu três fases. A primeira é pré-análise, em que houve a organização do material a ser analisado, seguida pela leitura flutuante do *corpus* obtido da transcrição das entrevistas. Na segunda, de exploração do material, realizou-se a codificação das entrevistas e das unidades de sentido que, por sua vez, redundam na composição das categorias expressas nas mensagens, com o aporte do referencial adotado. A terceira fase, de tratamento e interpretação dos dados, visa desvendar o conteúdo implícito e manifestado. São realizadas inferências e interpretações que descrevem os fenômenos analisados.

Os resultados foram dispostos em dois eixos temáticos pré-definidos, conforme esquema apresentado na FIGURA 2:

FIGURA 2 – Esquema dos eixos temáticos para exposição dos resultados. Campo Grande, 2013.



Para exposição dos trechos das falas dos entrevistados foram usados para ilustrar as categorias empíricas. Estabeleceu-se como codificação para a categoria de enfermeiros “**E1, E2...**” e para a categoria de médicos “**M1, M2...**”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa somaram 10 enfermeiros e sete médicos dos distritos sanitários das regiões norte, sul, leste e oeste das unidades de ESF. Quanto às recusas, um dos sujeitos entrevistados recusou-se a participar da entrevista devido ao uso do gravador. A média das entrevistas entre enfermeiros e os médicos foram de 6 minutos.

Os Quadros 2 e 3 apresentam as descrições do perfil de enfermeiros e médicos, respectivamente, extraídas do instrumento de coleta de dados (Parte 1), quanto a: idade, sexo, ano de conclusão da graduação, natureza da instituição formadora (pública ou privada), pós-graduação (modalidades: *latu sensu* ou *stricto sensu*), tempo de serviço na ESF, sobre seu conhecimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Caderno de Atenção Básica 19, e por fim, sobre o conhecimento e a participação na especialização disponibilizada pela FIOCRUZ em parceria com o Ministério da Saúde.

Todos os enfermeiros fazem parte do quadro efetivo do município por meio de concurso público. A média de idade foi de 40,1 anos, nove participantes eram do sexo feminino e um do masculino. O período de formação profissional variou de oito a 28 anos, com predomínio de oito provenientes de instituições públicas, seis enfermeiros possuem especialização voltada para a área da Saúde da Família, e destes uma possui Residência em Saúde da Família, e três não possuem nenhuma especialização. A média de tempo de serviço na unidade ESF foi de 9,2 anos, sendo o menor tempo de um ano e maior de 18 anos na mesma unidade. Sobre a especialização da FIOCRUZ na área do envelhecimento, três conheciam e destes dois fizeram o curso (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/FIOCRUZ, 2012).

Dos participantes da pesquisa, um era enfermeiro do Distrito Sanitário Norte, um do Distrito Sanitário Sul, quatro eram do Distrito Sanitário Leste e quatro do Distrito Sanitário Oeste. Os médicos entrevistados são na sua totalidade efetivados por concurso público. A média de idade foi de 41,5 anos, sendo quatro do sexo masculino e três do sexo feminino. O período de formação situou-se entre 5 a 28 anos. A natureza da instituição formadora compreende de cinco instituições públicas e duas particulares. Destaca-se uma formação internacional, Université Nationale da Rwanda da cidade de Butare (África). Quanto a capacitação, quatro médicos

possuem pós-graduação *latu sensu* na área da Saúde da Família e destes um possui Residência Médica na área da Saúde da Família; dois médicos não possuem qualquer tipo de especialização, e um possui pós-graduação *stricto sensu* (mestrado) em Saúde da Pública em *New York University*, com conclusão no ano de 2005.

Os médicos que participaram do estudo, um pertence ao Distrito Sanitário Norte, dois do Distrito Sanitário Leste e quatro do Distrito Sanitário Oeste. Foram entrevistados dois médicos do Distrito Sul que compuseram os sujeitos do pré-teste, e as unidades selecionadas não continham médicos que se enquadrassem nos critérios do estudo, principalmente no que diz respeito ao período pertencente na unidade.

A seleção destes profissionais se constituiu aleatoriamente de acordo com os critérios estabelecidos primariamente, sem que se uniformizasse ou limitasse o número de profissionais por unidade, mas conforme estes critérios associados ao método de saturação.

QUADRO 2 – Enfermeiros da ESF segundo as variáveis de idade, sexo, ano de conclusão da graduação, natureza da instituição de ensino superior e titulação, tempo de serviço na ESF e especialização FIOCRUZ. Campo Grande, 2013.

Sujeitos	Idade	Sexo	Ano de conclusão da graduação	Natureza da instituição formadora		Nível de instrução Pós graduação <i>latu sensu</i>	Tempo de serviço na ESF (anos)	Especialização FIOCRUZ			
				Pública	Privada			Conhece	Não conhece	Fez	Não fez
E1	32	F	2006	X			5		X		X
E2	38	F	1997	X		Especialização em Saúde Pública Residência Saúde da Família	15		X		X
E3	31	F	2004	X			2		X		X
E4	31	F	2003	X		Especialização em Urgência e Emergência Saúde da Família	6		X		X
E5	55	F	1995	X		Especialização em Enfermagem Em Saúde Pública Saúde da Família Baseada em Evidências	18	X			X
E6	46	F	2006	X		Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família Liderança em Enfermagem	5	X		X	
E7	34	M	2001	X		Especialização em Saúde e Comunidade Baseada em Problemas	9		X		X
E8	30	F	2005		X	Especialização em Infecção Hospitalar	1		X		X
E9	52	F	1986	X		Especialização em Saúde do Trabalhador Saúde da Família	18	X		X	
E10	52	F	1986		X		13		X		X

QUADRO 3 – Médicos da ESF segundo as variáveis de idade, sexo, ano de conclusão da graduação, natureza da instituição de ensino superior e titulação, tempo de serviço na ESF e especialização FIOCRUZ. Campo Grande, 2013.

Sujeitos	Idade	Sexo	Ano de conclusão da graduação	Natureza da instituição formadora		Nível de instrução		Tempo de serviço na ESF (anos)	Especialização FIOCRUZ			
				Pública	Privada	Pós Graduação <i>latu sensu</i>	Pós graduação <i>stricto sensu</i>		Conhece	Não conhece	Fez	Não fez
M1	29	F	2009	X		Residência em Medicina de Família e Comunidade		4		X		X
M2	27	F	2009		X			3	X			X
M3	43	M	2003	X		Especialização Medicina de Família e Comunidade Baseado em Problemas		10		X		X
M4	49	M	2006		X			2		X		X
M5	47	M	1992	X		Especialização Medicina de Família e Comunidade		6		X		X
M6	56	F	1986	X		Especialização Planejamento Familiar Terapia Familiar e de Casais Dependência Química e Saúde Mental		1 ano e 4 meses	X			X
M7	40	M	1998	X			Mestrado em Saúde Pública	3	X			X

Costa e colaboradores (2013) realizaram estudo do perfil profissional de nível superior da ESF com 114 pessoas entre enfermeiros, médicos e odontólogos. Constataram que 80,0% (n=76) dos entrevistados eram mulheres, destas 51,3% (n=43) eram enfermeiras corroborando os achados de Campo Grande em que há o predomínio do sexo feminino na categoria de enfermagem e maior percentual de homens entre médicos.

Outra pesquisa realizada por Zanetti e colaboradores (2010), sobre o perfil socioprofissional e formação dos profissionais das ESF, constataram que na categoria sexo há predomínio feminino de 85,5 %, e este quantitativo deve-se as agentes comunitárias de saúde (ACS) e a enfermeiras. Resultados semelhantes foram observados em outros estudos sobre o perfil de enfermeiros e médicos da ESF em que há a feminilização da categoria profissional (MARQUI et al., 2010; FARIA; DAVID; ACIOLI, 2012; CORRÊA et al., 2012).

A pesquisa realizada em Campo Grande evidenciou a formação profissional entre 1986 e 2009, período de transformações nas bases curriculares dos cursos de ensino superior da saúde. Época em que houve a aprovação de legislações que deveriam influenciar substancialmente a formação profissional brasileira, tais como: a promulgação da Constituição Brasileira que estabeleceu a formação de um sistema de saúde regionalizado, hierarquizado e descentralizado; a criação do SUS; a homologação da Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as Diretrizes da Educação Nacional (BRASIL, 1996b); e a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação na área da saúde, em 2001.

Apesar de tantas mudanças, destaca-se que os profissionais entrevistados não tiveram a formação com vista à integralidade, qualidade, eficiência, resolutividade e humanização do atendimento a indivíduos, famílias e comunidade, na perspectiva da criança, adolescente, adulto e idoso como preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais, pois as mesmas datam de novembro de 2001, (BRASIL, 2001, 1996b).

Fiuza e colaboradores (2012) pesquisaram as necessidades educacionais de profissionais da ESF. Dos 375 entrevistados, 19,0% (n=71) eram médicos, 48,5% (N=182) enfermeiros e 32,5% (n=122) cirurgiões dentistas. A investigação revelou alta incidência de especializações *latu sensu* na área de Saúde da Família e demais áreas. O estudo destacou ainda que 25,0% dos profissionais médicos e enfermeiros referiram ter realizado algum tipo de curso à distância como forma de atualização

profissional, sendo menor a adesão pelos cirurgiões dentistas. Observou-se que 75,0% optam pela participação em congresso como forma de se atualizarem, destes 52,3% médicos e 23,1% enfermeiros.

Dentre as diretrizes da atual PNSPI destaca-se a *“formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa”* com a finalidade de concretizar o proposto pela política. A ATSI e o setor de Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ, 2012) elaboraram o curso de aperfeiçoamento “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” na modalidade de Ensino a Distância (EAD) (BRASIL, 2010).

Investigou-se, em Campo Grande, se os profissionais conheciam o curso “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” e se cursaram o mesmo. Destaca-se que três enfermeiros tiveram o conhecimento sobre o curso de capacitação de saúde do idoso, sendo que dois enfermeiros relataram ter feito, porém confirmados nominalmente somente um o fez, e dos médicos, três tiveram conhecimento, sem que houvesse adesão de profissionais ao curso. Segundo o Programa de EAD da ENSP/FIOCRUZ, 2170 profissionais participaram do Curso de Aperfeiçoamento “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” na modalidade EAD em todo o Brasil. Em Mato Gross do Sul, 2,4% (n=52) profissionais realizaram o curso (ENSP/FIOCRUZ, 2012).

A diretriz “f” da PNSPI determina que os implementadores desta política devam investir na formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa. Contudo há estudos que tem demonstrado a necessidade de capacitação profissional para atender as novas demandas em saúde na área do idoso (CARVALHO; ASSUNÇÃO; BOCCHI, 2010; WILLIG; LENARD; MÉIER, 2012). Fiuza e colaboradores (2012) destacam a necessidade dos profissionais se especializarem na área saúde do idoso.

Com relação ao conhecimento de médicos e enfermeiros quanto às políticas e práticas dos profissionais na ESF, as respostas se organizaram nos dois eixos temáticos pré-definidos. O primeiro eixo temático diz respeito às “Práticas da Assistência” e foi composto pelas questões 1, 2 e 6, enquanto o segundo eixo “Conhecimento das Políticas” foi determinado pelas questões 3, 4, 7 e 8.

4.1 Eixo Temático: Práticas da Assistência

Os resultados do eixo temático “Práticas da Assistência” foram dispostos no Quadro 4 para os profissionais, enfermeiros e médicos. Foram identificadas duas categorias para enfermeiros e duas para médicos. Houve uma categoria que convergiu para ambos profissionais. Primeiramente serão discutidas as categorias que emergiram dos enfermeiros e posteriormente dos médicos. Finaliza-se este eixo temático com a categoria convergente, “*Atividades Multidisciplinares*”, sendo discutida em conjunto.

QUADRO 4 – Questões e categorias originadas das práticas da assistência de enfermeiros e médicos da ESF. Campo Grande, 2014.

Práticas da Assistência		
Questões	Categorias	
	Enfermeiros	Médicos
Questão 1 - Em sua prática diária, fale-me como você realiza o atendimento ao idoso desde sua entrada na Estratégia Saúde da Família.	Categoria 1 – Atendimento das Necessidades de Saúde.	Categoria 1 – Atendimento Médico do Idoso
Questão 2 - Como você realiza a avaliação da pessoa idosa?	Categoria 2 – Avaliação do Idoso Centrada na Doença	Categoria 2 – Avaliação Biomédica do Idoso
Questão 6 - A Estratégia Saúde da Família é caracterizada pelo trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, quais atividades interdisciplinares você realiza referentes à atenção à pessoa idosa juntamente com outros profissionais da equipe?	Categoria 3 – Atividades Multidisciplinares	

4.1.1 Categoria – Atendimento das Necessidades de Saúde

A primeira categoria foi extraída da indagação “*Em sua prática diária, fale-me como você realiza o atendimento ao idoso desde sua entrada na Estratégia Saúde da Família?*”.

Buscou-se conhecer como acontece o atendimento ao idoso desde o momento que este entra na ESF. É importante compreender na prática diária, o fluxo do idoso, os caminhos percorridos, as formas de abordagens e as atividades desenvolvidas na perspectiva do profissional, tendo em vista que a PNSPI tem como porta de entrada para o idoso no sistema de saúde a APS e preconiza na diretriz “b” que a atenção ao idoso seja integral e integrada (BRASIL, 2006a).

Nas falas dos entrevistados foi possível compreender que o fluxo do atendimento do idoso na ESF possui o foco nas consultas agendadas, pré-consulta, consultas de programas de hipertensos e diabéticos, ou inseridos no contexto patológico, devido ao diagnóstico de hipertensão e diabetes, visita domiciliar (a acamados e hipertensos).

...O atendimento do idoso ele é feito nas consultas... de rotina, geralmente nas consultas... de programas hipertensos, diabético é... não especificamente para o idoso, é muito difícil, ou em visita domiciliar. E1

...Os atendimentos... a maioria são agendados e aqueles que não vem na unidade nós vamos na residência fazer, o atendimento do idoso, do hipertenso, do acamado... E2

Ele passa pela pré-consulta, atendimento médico, por enfermeiras,.. ele é atendido primeiro ele, o paciente idoso, e aí é atendido individual. E8

...Atendimento desse idoso? Se ele veio pra consulta, passa pela pré-consulta... consulta médica e... ele tem a prioridade no atendimento, é visto como um todo porque as vezes ele é hipertenso, mas é idoso, mas ele é hipertenso, ele é um diabético ...e ele é idoso. E10

Egry (2008) cita que a APS ao atender as necessidades de saúde em âmbito individual e coletivo, gera impacto na população. De acordo com a mesma autora, o cuidado efetuado pelo profissional da APS possui como foco o problema de saúde do usuário ou comunidade, assim, tendo como desfecho deste cuidado o atendimento de suas necessidades de saúde. Os problemas de saúde conforme Egry, “*são somente aquelas necessidades que alcançaram um alto grau de legitimação, normatização e consenso*” (EGRY, 2008, p. 26), tais como as doenças crônicas não transmissíveis.

As falas de enfermeiros sobre os atendimentos prestados aos idosos advêm majoritariamente de necessidades de saúde e/ou problemas de saúde, sugerindo um atendimento à demanda, ou consumo destes serviços por idosos que procuram a unidade de saúde, não havendo relatos de direcionamentos à realização de atividades de prevenção ou promoção de saúde.

Para Stotz (s/d) as necessidades de saúde podem ser determinadas pela condição social e biológica, e ainda, o autor refere que estas necessidades podem ter caráter operacional, no sentido de se utilizar desta, para adoção de um objeto de atenção à saúde. Frente a isso, o autor define necessidades como aquelas que são sentidas de modo individual, e que se determinam biológica e socialmente, e a atenção a estas necessidades, quando satisfeitas de modo social, tornam-se a marca de seu reconhecimento.

Nesse sentido, as necessidades dos pacientes são reconhecidas nos espaços de articulação entre serviços de saúde e população dos territórios onde estes serviços situam-se. Nestes espaços se busca atender as necessidades de saúde, partindo-se da compreensão pela equipe das heterogeneidades das comunidades e territórios, pois elas direcionam os processos de trabalho em saúde (EGRY et al., 2009).

Campos e Bataiero (2007) realizaram estudo bibliográfico buscando conhecer as necessidades de saúde apreendidas pelos serviços de saúde e conceitos utilizados para implementar as práticas de saúde destes serviços, publicados no Brasil. Selecionaram-se 73 artigos e os distribuíram em três categorias conforme os objetivos apresentados.

A categoria “centralidade da oferta ou demanda de ações nos serviços saúde” esteve presente em 61,6% (n=45), dos quais 80,0% (n=36) desta categoria centralizavam as ofertas e/ou demandas em ações direcionadas para as doenças; a

segunda “a administração ou planejamento de serviços de saúde” foram destaques em 28,8% (n=21); e 9,6% (n=7) tinham como centro “as necessidades de saúde, no sentido abstrato ou operacional”.

Ainda na mesma categoria “centralidade da oferta ou demanda de ações nos serviços saúde”, 100% (n=45) dos artigos abordaram as necessidades nos serviços de saúde como sinônimo de necessidades de cuidado de agravos, e referindo-se a necessidades de saúde como institucionalmente determinadas, prescindindo da leitura de necessidades dos indivíduos que ocupam o território de abrangência dos serviços de saúde (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Com finalidade de qualificar profissionais de saúde para o atendimento das demandas que surgem em saúde pública o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde lançou um Caderno de Atenção Básica n.º 28 (CAB 28) de normas e manuais técnicos - “Acolhimento a Demanda Espontânea” (BRASIL, 2011b). Este CAB apresenta um padrão mais adequado de fluxo que os usuários deveriam percorrer nas UBS.

Assim, entende-se que o primeiro contato do usuário deva ser a recepção, porém, quando não acolhidas ou satisfeitas, o usuário precisa de um espaço adequado para a escuta, seguido de direcionamento para espaço desta escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde, e em alguns casos, conforme disposto no caderno de intervenções (BRASIL, 2011b).

Baseado em observações nas unidades aonde foram realizadas as pesquisas, esta abordagem de definição do cuidado é oferecido pela gerente do serviço, ou ainda pela enfermeira, que assume a responsabilidade por dar solução às necessidades da população. Ao médico é incumbida à oferta do cuidado ao problema de saúde, com vista a investigação ou de prescrição médica do idoso já portador de alguma patologia, seja ela aguda ou crônica. Foi possível compreender que os enfermeiros entrevistados direcionam o atendimento do idoso na unidade partindo do acolhimento de demanda imediata a ser sanada.

Os relatos observados seguem lógica semelhante à encontrada em estudo realizado para a compreensão do processo de trabalho dos profissionais de uma ESF no reconhecimento das necessidades de saúde da população. A partir das falas as autoras elaboraram fluxogramas, tornando-se explícita a prática de um processo de trabalho voltado para o usuário e a patologia instalada. As autoras compreenderam que a oferta de assistência persistente nesta unidade era biológica,

centrada na figura do médico, individual, curativista, com intervenções guiadas por instrumentos tradicionais em saúde pública, com a consulta de enfermagem, pelos conhecimentos em vigilância epidemiológica e grupos (GRAZIANO; EGRY, 2012).

Os profissionais precisam se atentar para aspectos promocionais e preventivos das políticas, para ofertarem atendimento na perspectiva da diretriz “a” da PNSPI que aborda a “*promoção do envelhecimento ativo e saudável*” ao idoso. Esta diretriz compreende o cerne da PNSPI (BRASIL, 2006a). Propõe que os profissionais de saúde precisam se atentar a atividades promocionais e preventivas primárias, no que se refere a menor carga possível de DCNT, a manutenção da capacidade funcional (física e mental) e a autonomia do idoso para a sua devida participação na sociedade.

A primeira diretriz da PNSPI é resposta ao compromisso firmado na Assembleia Mundial de Envelhecimento, 2002, em Madri. Porém trata-se de uma política lançada pela OMS no ano de 2005, também em resposta ao referido Plano de Ação (BRASIL, 2006a; OMS, 2005; UN, 2002). É, portanto, uma das políticas de maior importância frente a saúde promocional do idoso, que recentemente tem sido implementada por meio das academias ao ar livre e com o auxílio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012a).

Atualmente para o cumprimento desta diretriz tem sido feito um maciço investimento em políticas para uma conscientização dos diversos grupos etários desde o pré-natal aos demais ciclos, com a qualificação da APS e ênfase nas DCNT em idosos. Porém o trecho da fala do profissional (**E4**), reflete a dificuldade para este idoso que chegou a terceira idade sem que esteja envolvido em um contexto patológico. Há, portanto, uma inexistência de relatos dos enfermeiros quanto a abordagens preventivas ou de promoção de saúde, atendendo-os como os demais que procuram a unidade. Ressalta-se a abordagem de cumprimento de metas atribuídas as UBSF para o controle e redução de casos de Diabetes e Hipertensão, inserindo-os em programas do governo, tal como se observa na fala deste profissional.

...Quando surge idoso que não entre nesse grupo ainda assim consultamos de igual modo, pode estar participando da reunião, mas os enfoques, o que conseguimos direcionar mais é através disso mesmo, as visitas, consulta e a reunião. E4

Graziano e Egry (2012) buscaram compreender quais as capacidades e as limitações do processo de trabalho da enfermagem para reconhecer as necessidades de saúde da população. Os resultados mostraram que a assistência oferecida seguia a lógica biológica, médico-centrada, individual e curativista. As autoras compreenderam que o processo de trabalho da enfermagem se caracterizava por atividades centradas na doença, em sua maioria, e as intervenções utilizadas por instrumentos tradicionais em saúde pública como a consulta de enfermagem, pelos conhecimentos em vigilância epidemiológica e grupos.

Já o enfermeiro (**E6**) menciona duas formas de atendimento ao idoso na ESF a partir da demanda espontânea e programada, detalha o atendimento por ele prestado a esse idoso, porém a atenção perpassa o âmbito de necessidades e problemas do idoso, carecendo de atividades de promoção e prevenção.

*O idoso da entrada de duas formas aqui na unidade,... a demanda espontânea e a demanda programada. A espontânea começa pelo acolhimento, então é acolhido, é verificado qual que é a necessidade desse idoso e feito a consulta voltada para essa necessidade. A programática é feito o atendimento voltado para o idoso dentro do envelhecimento. Se esse idoso possui o cartão, são feitas as avaliações dentro que está previsto, se faz a avaliação física, todo o processo de enfermagem é aplicado. Avaliamos também a questão da violência, dependendo do problema que ele apresenta. **E6***

O atendimento a demanda espontânea nos serviços de saúde é entendido como “assistência demandada a partir de uma experiência de sofrimento e de uma leitura de ser possível encontrar alento para tal sofrimento num serviço de saúde” (MATTOS, 2004, p. 1413).

O direcionamento do enfermeiro e demais profissionais para o acolhimento e atendimento ao idoso conforme a Política Nacional de Humanização, contida no CAB 19, necessita voltar-se de modo bem peculiar para o processo de envelhecimento, cujo acompanhamento possui especificidades fisiológicas e patológicas que precisam ser percebidas (BRASIL, 2006b).

Dentro deste contexto questiona-se como pode ser efetivado o acolhimento da pessoa idosa? Para responder a esta questão o CAB 19, orienta que o enfermeiro deve compreender as especificidades presentes nos idosos e conhecer a legislação que trata sobre este assunto, pois somente assim dar-se-á um atendimento humanizado (BRASIL, 2006b).

O CAB 28 conceitua a agenda programada e vincula a indicação desta agenda a grupos específicos. Tal conceito pode ser aplicado ao idoso, dada a sua especificidade advinda do envelhecimento. O conceito é descrito como:

“... o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de riscos e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam da consulta com a marcação do retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem...” (BRASIL, 2011b, p.35).

A PNH conceitua o acolhimento, como sendo o reconhecimento das necessidades reais, subjetivas e individuais. Caracteriza-se como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, buscando atender todos os que procuram espontaneamente ou de maneira programada os serviços de saúde (BRASIL, 2010, 2011b).

Aqueles que procuram a unidade com atividades agendadas devem ser recebidos pelos profissionais e adequadamente direcionados, assim como os que entram na unidade rotineiramente para atividades que lhes são ofertadas sem que haja o devido agendamento. Há também que se considerar que os trabalhadores devem ter capacidade de escutar de forma qualificada a demanda que surge espontaneamente, de modo a identificar os riscos e vulnerabilidades com a finalidade de resolver e respaldar o usuário mediante a sua necessidade apresentada (BRASIL, 2011b).

Para Mendes (2011) os sistemas de atenção à saúde se traduzem em respostas sociais, determinadas de modo organizado, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades, devendo ser articuladas pelas necessidades de saúde da população decorrentes das situações demográficas e epidemiológicas singulares.

Para atender às necessidades de saúde, há de se considerar as características da população, sejam elas, demográficas, epidemiológicas e/ou

socioeconômicas. O quantitativo de famílias adstritas e de ofertas de serviços públicos de uma região incide fortemente sobre os aspectos ou formas de acolher dos profissionais de uma UBSF, pois usuários em áreas desprestigiadas, desfavorecidas econômica e socialmente fazem maior uso destes serviços (BRASIL, 2011b).

Para (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 609) atender necessidades de saúde significa:

“...tomar como objeto do processo de trabalho, as necessidades dos indivíduos das diferentes classes sociais, que habitam um determinado território, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal”.

Estas informações confirmam o relato do enfermeiro **E7**, que atua em uma região da periferia da cidade, onde a demanda é acentuada:

*...Devido à demanda, nós procuramos ser mais objetivos dando mais atenção a queixa do paciente, de acordo com a queixa do paciente se faz o exame físico mais direcionado, e depois as orientações e os encaminhamentos necessários. **E7***

Diferentes estudos evidenciam ainda que idosos proporcionam uma acentuada demanda, seja ela espontânea ou programada em saúde, tendo em vista que os mesmos utilizam mais os serviços de saúde por serem acometidos por doenças crônicas não transmissíveis e surge a necessidade de adequação a esta demanda (LIMA-COSTA et al., 2011; VIRTUOSO et al., 2012; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

Costa e Ciosak (2010) investigaram a visão dos profissionais sobre a atenção integral às necessidades de saúde de idosos na ESF, em Santos/SP, e concluíram que a ESF tem capacidade de ofertar atenção integral às necessidades de saúde dos idosos, entretanto é indispensável que os profissionais de saúde proporcionem resolutividade ao se depararem com os problemas de saúde da população idosa.

Quando os profissionais entendem o conceito de “necessidades em saúde” os serviços de saúde se organizam enquanto sistema, e programam a prestação da assistência respondendo resolutivamente a população (EGRY, 2008).

4.1.2 Categoria – Avaliação do Idoso Centrada na Doença

Da pergunta, aos enfermeiros, “*Como você realiza a avaliação da pessoa idosa?*” emergiu a categoria **Avaliação do Idoso Centrada na Doença**.

Observou-se nas falas o modo superficial de descrição da avaliação realizada, sem que se pormenorizasse ou que se aproximasse ao proposto pela PNSPI e pelo CAB 19.

O profissional deve ter conhecimento do processo de envelhecimento e realizar a avaliação do idoso considerando as peculiaridades e as adaptações socioculturais em que os mesmos estão inseridos (BRASIL, 2006a, 2006b).

A consulta de enfermagem é realizada seguindo os mesmos preceitos, direcionada às especificidades dos idosos, com procedimentos individuais e coletivos, de acordo com os protocolos e normas técnicas do governo. Além disso, requer do enfermeiro o desenvolvimento de atividades de ensino, instrução e aconselhamento na terapêutica medicamentosa, no cuidado apropriado ao idoso potencialmente frágil ou frágil, e se possível, manter ou recuperar a autonomia e capacidade funcional comprometida (BRASIL, 2006a, 2011a).

Evidenciou-se o predomínio de avaliação centrada na doença ou na necessidade que o idoso apresenta no momento em detrimento de uma abordagem integral.

...não conforme o protocolo manda. É muito difícil na saúde pública seguir o protocolo certinho, você viu a demanda da unidade? E1

*...de acordo com a **queixa principal**, a demanda. Começa tudo pela queixa do paciente, se ele vem com alguma queixa, e se ele não vem com nenhuma avalia-se dentro dos riscos de um idoso, que é o risco de queda, da desidratação, da alimentação inadequada... E5*

*... Primeiro uma conversa, um bate papo, uma anamnese que seria bem sucinta e um exame físico direcionado. De acordo com a **queixa do paciente**. Comuns anos você va conhecendo*

os pacientes e ficando mais fácil, mais prático, rápido, da mais atenção aos idosos. E7

Os próximos relatos mostram que a avaliação dos profissionais enfermeiros é norteadada pelo conceito de envelhecimento marcado por patologias.

...normalmente na primeira consulta. fazemos aquela atuação, vê se é hipertenso, diabético, se tem necessidades, normalmente na primeira consulta ou se ele muda, vamos supor, ele é um idoso que hoje ele está bem fisicamente e amanhã ele tem alguma queda, alguma coisa, aí alteramos o cadastro dele... E2

...avaliação específica? Não fazemos... Não! Sempre dentro deste contexto, de hipertenso e diabético, ou de outros programas de saúde, mas especificamente para o idoso, não tem. E3

A grande maioria dos idosos que eu atendo, é hipertenso e diabético... fazemos a avaliação, do paciente em si, como paciente hipertenso e diabético. eu não tenho atendimento do paciente idoso, eu quase não tenho atendimento da pessoa idosa específica para mim, mas eu faço o atendimento do paciente hipertenso e diabético, algum paciente acamado, ou paciente que não tem como vir até a unidade em visita domiciliar, daí fazemos orientações a família, ao paciente tipo cuidado, risco de queda, no domicílio, Mas especificamente paciente idoso, quase não faço esse tipo de atendimento. eu atendo mais quando possui alguma patologia. E8

Olha... depende... às vezes ele vem pra fazer uma avaliação sobre o diabetes, ou avaliação do pé diabético, ou ele vem pra um preventivo. Na verdade a gente não avalia o idoso como um todo. E9

...Ele é agendado para mim vem para consulta e é visto como um todo, como eu te falei... ele é idoso, mas ele pode ser hipertenso, pode ser diabético, pode ter um problema mental, pode ter uma depressão., por ser idoso, por morar sozinho.

E10

Do enfermeiro são exigidas habilidades para lidar com essa demanda, superando o modelo biomédico ainda hegemônico, realizando ações de promoção da saúde e bem-estar, prevenindo e controlando doenças prevalentes no idoso (TOMASI et al., 2011).

Para Oliveira (2012), as equipes de ESF têm pautado suas atividades no cumprimento de programas ministeriais instituídos pelo governo, tais como grupos de hipertensos e diabéticos. Dados da OPAS (2011), confirmam o achado, pois alegam que o sistema de saúde e seus profissionais movem-se na lógica do atendimento às condições agudas que foram hegemônicas no século XX e não conseguem entender que as necessidades de saúde do século XXI são representadas pelas condições crônicas que exigem novas formas de avaliação e acompanhamento.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 discorre que os serviços públicos de saúde devem prestar atendimento integral, ao priorizar as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistencialistas, neste parágrafo não se refere explicitamente ao idoso, mas a todo cidadão brasileiro no uso de sua cidadania, possuidor e alvo de direitos e ações de cidadania brasileira (MATOS, 2004). Já o Estatuto do Idoso, no capítulo IV, reafirma esse direito do idoso à atenção integral, deve ser garantido pelo SUS para que se ofereça uma amplitude de serviços em todos os níveis de atenção ao idoso (BRASIL, 2003, 2013).

Existem três sentidos atribuídos à integralidade, quais sejam o sentido organizacional, o de práticas de saúde e o último que está relacionado aos desfechos para solucionar os problemas de saúde (MATTOS, 2004). Enquanto práticas de saúde busca-se olhar o paciente de modo holístico, não reduzido a determinadas patologias apresentadas no momento da busca pelos serviços de saúde.

O âmbito organizacional da integralidade dos serviços de saúde visa, de modo ampliado, estabelecer e aumentar as percepções das necessidades dos

grupos, com a adoção de melhores formas de respostas à estas necessidades. Diante das respostas do governo aos problemas de saúde da população com vistas a integralidade, devem incorporar meios de ofertar a promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação nas três esferas da atenção (FONTOURA, 2006).

O cuidado integral, como prática de saúde, precisa estar presente no tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades. Há de se realizar a gestão do cuidado integral do usuário de modo que se coordene, no conjunto da rede de atenção, por meio de uma equipe multiprofissional, interdisciplinar, com trabalho desenvolvido em consonância (MATTOS, 2004; BRASIL, 2012a).

A PNAB (2012a) estabelece que a APS por ter maior contato com os usuários, deve ofertar, na esfera de cuidados, atenção integral, aos usuários de modo que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

O Estatuto do idoso enfatiza o dever do SUS em garantir a atenção integral, no sentido de articular ações preventivas com as assistenciais à saúde da pessoa idosa em todos os níveis (BRASIL, 2003). Com o estímulo das ações intersetoriais para efetivação da integralidade da atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2006c).

Existem dois eixos de grande importância para o direcionamento do atendimento integral e integrado do idoso na PNSPI; o primeiro é enfrentar as fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde, e o segundo é a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006a).

O CAB 19 destaca que para o enfermeiro realizar atenção integral ao idoso e a consulta, importa que este, inclua a avaliação multidimensional rápida, bem como aplicação de instrumentos recomendados para uma avaliação mais detalhada ou global (BRASIL, 2006b). A PNSPI reflete a necessidade dos profissionais detectarem precocemente os comprometimentos funcionais do idoso, com a utilização de instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Avaliação global da pessoa idosa na APS enfatiza a funcionalidade do idoso, sua autonomia e independência, assim como sua qualidade de vida, de maneira que

não seja diagnosticada apenas a presença de doenças, mas o grau de comprometimento destas, nas atividades básicas da vida diária (BRASIL, 2006b).

Santos e colaboradores (2013) explicam que a funcionalidade engloba todas as funções corporais, o desempenho atividades e participação individual ou coletiva. Já a incapacidade, contrariamente, é considerada conjunto de deficiências, limitações para a realização de atividades ou restrições na participação individual ou social e, nesse sentido, estão relacionadas variáveis de todas as formas que implicam na condição social e familiar do indivíduo.

Para estes autores a avaliação da funcionalidade visa detectar precocemente as patologias incapacitantes, que podem interferir na autonomia e na independência do idoso. Portanto, a avaliação funcional no idoso realizada pelo enfermeiro é de suma importância, por permitir visualizar com precisão a severidade de doenças e o impacto que as comorbidades podem gerar no idoso, tornando-se um objeto de prevenção e promoção de saúde (SANTOS et al., 2013).

Permite o estabelecimento de um balanço entre perdas e recursos disponíveis para compensação. A avaliação quantifica a capacidade funcional do idoso, os problemas de saúde e psicossociais, assim, se estabelece o planejamento do cuidado e gerenciamento dos recursos necessários a curto, médio e longo prazo do idoso na APS (BRASIL, 2006b).

Pela ótica da PNSPI, a ESF ao proporcionar o cuidado à população idosa, tem de se fazer com vistas a responder às necessidades específicas do idoso. Há de se considerar as distintas histórias de vida dos idosos, o grau de independência apresentado ao adentrar os serviços, abordar de maneira específica o processo de envelhecimento. Contudo, é preciso considerar a realidade sociocultural e familiar, arranjos e apoios na comunidade em que se inserem estes idosos (BRASIL, 2006a).

Há alta prevalência de DCNT entre idosos (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; TOMASI, E. et al., 2011; BRASIL, 2011c). Por esta razão, no CAB 19 são listadas as afecções cardiovasculares com atenção especial para a hipertensão arterial e também a diabetes e suas complicações. Existem ainda, os déficits sensoriais com atenção para o auditivo e visual, afecções osteoarticulares e déficits cognitivos, que se não forem sistematicamente diagnosticadas no idoso podem torna-lo incapaz para as AVD.

Para se operacionalizar a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa o sistema de saúde deve disponibilizar-se de estrutura onde o usuário é foco

das práticas de cuidado, com base em seus direitos garantidos por lei, necessidades, preferências e habilidades. Além destes, o estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes precisam ser instituídos para aumentar e facilitar o acesso a todos os níveis de atenção, e sejam fornecidas condições essenciais, tais como infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para o desempenho de uma boa qualidade técnica entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2006a, 2006b, 2006c).

Para as autoras Willig e Lenardt (2012) a capacitação e formação específica em Geriatria e Gerontologia no Brasil são deficitárias e a legislação do país voltada ao idoso mostra-se estruturada e avançada na teoria, entretanto se apresenta incipiente no que tange à implementação na prática.

Foi possível visualizar nos discursos de dois profissionais (**E5** e **E6**) que sugerem uma aproximação da avaliação da pessoa idosa com conhecimentos e perspectivas da abordagem ampliada da enfermagem clínica, mas que estas são permeadas pela prática fragmentada, com conduta deflagrada pela queixa clínica do paciente. Além desta ênfase, o enfermeiro **E6** se refere à aplicação de “instrumentos” contidos na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para avaliar o idoso (BRASIL, 2012b).

*De acordo com a queixa principal, a demanda. Começa tudo pela queixa do paciente, se ele vem com alguma queixa e se ele não vem com nenhuma queixa avalia-se dentro dos riscos de um idoso, que é o risco de queda, da desidratação, da alimentação inadequada... **E5***

*A avaliação da pessoa idosa para ser realizada eu aplico os instrumentos, especificamente os que existem no cartão do idoso, que é o minimal, a avaliação de vida diária, é o IMC, aplicamos a avaliação dos problemas de saúde quando é hipertenso, diabético, faz monitoramento, então aplicamos instrumentos. **E6***

Conforme a PNSPI, a ESF possui grande relevância para a saúde das pessoas idosas, dada a capacidade de controle social e intervenção por meio da vigilância em saúde, busca ativa, revelando a presença de idosos, famílias frágeis e

em grande de vulnerabilidade social. Atingindo o proposto pela PNI, tendo por finalidade de melhoria da saúde das pessoas idosas com incapacidade com a ampliação da participação dos idosos na sociedade, promovendo um envelhecimento com dignidade e cidadania (BRASIL, 1996a, 2006a).

Primariamente o enfermeiro (**E6**) cita avaliar idosos conforme instrumentos contidos na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2012b). Porém foi possível identificar que o município possui a Caderneta de Saúde do Idoso de Campo Grande (CAMPO GRANDE, 2007), onde contém avaliação nutricional, odontológica e cognitiva. Contudo não possui a avaliação das atividades básicas de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Estas são elementos constituintes da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde. Havendo por alguns profissionais a complementaridade, pela utilização das duas cadernetas.

A avaliação do idoso na perspectiva apenas da Caderneta do Idoso não garante uma assistência de qualidade. A Caderneta do Idoso identifica de modo individual, idosos frágeis ou em processo de fragilização com a finalidade de se priorizar ações de recuperação, promoção e de atenção, evitando-se um desfecho de dependência deste idoso, desse modo trata-se de um instrumento de caráter complementar, sendo assim não pode ser o único instrumento a ser utilizado na atenção ao idoso (BRASIL, 2012b).

Em sua totalidade pode-se atribuir que é de conhecimento dos enfermeiros, que o Ministério da Saúde disponibiliza instrumentos para facilitar e munir os profissionais para uma atuação de qualidade. Entretanto, há um distanciamento dos instrumentos e escassez de estudos voltados a utilização do caderno como facilitador da avaliação do idoso integral e multidimensional do idoso.

Carvalho, Assunção e Bocchi (2010) realizaram um estudo de revisão integrativa para compreender as percepções de enfermeiros sobre a assistência integral ao idoso na APS. Apresentaram como considerações a necessidade de despertar os profissionais de saúde da ESF para as reflexões sobre a assistência prestada ao idoso.

Contudo, a própria PNSPI reconhece a incipiência, ou seja, que há muito que trilhar para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde dos idosos brasileiros (BRASIL, 2006a).

4.1.3 Categoria – Atendimento Médico ao idoso

A assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção. Assim, tal comportamento restringe o atendimento médico a complicações advindas de afecções crônicas. Realizou-se a entrevista a partir da questão “*Em sua prática diária, fale-me como você realiza o atendimento ao idoso desde sua entrada na Estratégia Saúde da Família?*”.

A visão médica do atendimento do idoso permeia os sentidos da consulta em si, com ênfase nos aspectos patológicos, da prioridade, pois ele entende que este idoso em suas consultas deve ser atendido primeiro. Além destas características, torna-se possível inferir que o médico tem conhecimento do atendimento ao idoso apenas dentro do consultório, não sendo relatado por este profissional como é o percurso deste usuário no interior da unidade onde está inserido. Isso revela um distanciamento da figura do médico junto à sua equipe ESF.

Na verdade é de uma maneira global, vendo o paciente como um todo, se ele tiver alguma dificuldade de linguagem ou de audição eu peço para vir alguém da família... M1

Bom, o idoso tem a prioridade no atendimento, então ele é atendido, orientado, quanto às medicações, o idoso também recebe a visita domiciliar, acho que é isso no geral. M2

Não o idoso aqui ele é atendido de uma forma universal. Não somente baseado no problema de saúde que tem específico, seja hipertensão, diabetes ou qualquer outra doença, ele é atendido como um todo. Tem uma priorização do atendimento de acordo com a divisão da nossa agenda, no horário de chegada. É baseado só nisso. M3

Bem o atendimento do idoso até seguindo o Estatuto do Idoso, sabemos que tem que ser diferenciado. O idoso tem uma prioridade no atendimento. Então é frente ao universo do idoso, dos pacientes todos que atendemos na estratégia da família. M4

Primeiro eu converso com o paciente, vejo a história, tanto clínica quanto social, se mora sozinho, ou se tem alguém por perto para estar cuidando. Esse seria o primeiro passo. M7

Veigas e Penna (2013) realizaram estudo nos municípios do Vale do Jequitinhonha, no estado de Minas Gerais, para compreender a construção das práticas de integralidade no trabalho em saúde na perspectiva de profissionais das equipes de ESF, bem como das equipes de apoio e gestores. Os resultados relacionados ao médico da ESF destacam que este se encontra quase todo o período na unidade, confinado ao consultório, prestando atendimento a demanda de consultas médicas. Confirmando assim, o enraizamento na cultura médica dominante, consulta e consultório, com a postura predominantemente desvinculada, não apenas com relação ao idoso, mas do funcionamento da unidade de saúde.

Há também atendimentos sem que se priorizem os idosos, ou rotina da unidade para o atendimento dispensado a esta clientela, mas é percebido na fala que o profissional dispensa uma atenção e um envolvimento maior (médico e comunidade), evidenciando o conhecimento deste para com a sua área adscrita e comprometimento junto ao serviço.

Aqui na verdade não tem um protocolo específico para ser atendido o idoso. Você vai atendendo. O que temos feito é mais em relação às doenças crônicas, hipertenso e diabético e também procuramos ficar atentos ao estado de vulnerabilidade desse idoso. Porque aqui a área é muito, muito vulnerável e tem muito idoso, que os filhos deixam aqui no bairro e eles ficam morando sozinho, geralmente esses idosos são hipertensos, diabéticos, tem alguma doença crônica, de uso contínuo de medicação. É basicamente é isso, não tem nada orientado, algo de mais específico voltado para o idoso. M5

O médico a seguir traz a questão do acolhimento que ocorre em sua unidade, mas não detalha como é realizado.

Geralmente o atendimento é integral, tem o acolhimento, lá na frente. Aí quando ele chega na sala da consulta fazemos o seu

atendimento completo. Avaliamos a lucidez, a integridade física, a mobilidade, tudo que no caso engloba o exame clínico o geral. M6

Ao médico lotado na ESF compete o atendimento do idoso na sua integralidade, a realização de consultas clínicas com a inclusão de avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, bem como avaliar o quadro clínico e emitir diagnóstico, prescrever aos idosos medicamentos quando estes se fizerem necessários, solicitar exames complementares, encaminhá-los a serviços de referência. Cabe ao médico atender ao idoso nas urgências geriátricas, pequenos procedimentos cirúrgicos, encaminhá-lo e referenciá-lo de acordo com a necessidade, para outros serviços da rede de atenção e de internação hospitalar ou domiciliar e se corresponsabilizar pelo acompanhamento do plano terapêutico. Compete, também, realizar e participar de atividades de educação permanente com todos os membros da equipe; do gerenciamento de materiais necessários ao funcionamento e gerenciamento da unidade (BRASIL, 2006c, 2012a).

4.1.4 Categoria – Avaliação Biomédica do Idoso

A questão: “*Como você realiza a avaliação da pessoa idosa?*”, permitiu conhecer como esta ocorre, tendo em vista que este atendimento difere da abordagem clínica aos demais indivíduos da comunidade, pois a avaliação geriátrica ampla (AGA) requer uma estratégia diferenciada, multidimensional e interdisciplinar por incluir outros profissionais, tais como o enfermeiro, odontólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutrição, psicólogo. Portanto, há uma ênfase dada à funcionalidade e a qualidade de vida do idoso, com o envolvimento do trabalho interdisciplinar, visando preservar e recuperar a funcionalidade, caso esta esteja comprometida (MORAES, 2008).

A categoria emergida **Avaliação Biomédica do Idoso** a partir das falas dos médicos possibilitou observar maior preocupação quanto à investigação clínica, bem como o lado social (**M1, M3, M5**).

O exame físico geral, o exame mental para ver se ele tem algum déficit de memória, avaliação social, se ele tem suporte familiar, como que é esse suporte da família, se tem alguém

que cuide dele, porque tem muitos idosos que não tem. Amparo social, aí conversamos com a assistente nesses casos para alertar a família. M1

Ele é avaliado como um todo, na parte física da patologia, na parte de risco dele. Não só com relação ao risco patológico, mas também social, em relação aos familiares, se tem um familiar que explica receitas, essa orientação, quando tem dúvida de uso de medicamento solicitamos ou a agente de saúde, ou a assistente social para visitar em casa e conversar com os familiares, quando tem essa dúvida solicitamos a presença de um familiar, é feito dessa maneira. M3

É... (silêncio 6 segundos), normalmente eu avalio o paciente não só em relação a doença, mas como um todo, o estado social dele também, como está convivência na família, se tem algum problema com os filhos, se é amparado. Basicamente não vemos somente o estado da doença, e sim como está a situação familiar também, o fator emocional . M5

Dentre todas as abordagens médicas supracitadas é observada a aproximação entre o profissional médico e o assistente social. Dada a preocupação com a vertente social do envelhecimento. Portanto torna-se complexo inferir que os médicos realizam a AGA, considerando que para esta abordagem envolve além de outros profissionais, técnicas sistematizadas para sua efetivação.

A Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI) permite que o Assistente Social avalie o contexto social deste idoso atendido na ESF, de modo amplo das situações sociais, com o objetivo de sugerir intervenções ou alternativas indispensáveis para solucionar os problemas que demandam dos usuários (SANCHEZ; MOTTA, 2009). Nas unidades de saúde o Assistente Social possui função de gerência, ou este pode ser solicitado ao NASF, por ser integrante desta equipe.

As demais falas traçam a avaliação na perspectiva biomédica, porém associada ao enfoque na patologia do paciente idoso.

*Bem, a avaliação, tem que ser bem completa, porque temos que buscar desde a do estilo de vida do idoso, hábitos e costumes... ver no que este idoso trabalhou durante toda a vida... tem que ser uma abordagem diferenciada, tem que gastar um pouco mais de tempo tem que conseguir estabelecer uma boa relação médico-paciente, caso contrário não consegue extrair uma boa história, e conseqüentemente fazer uma anamnese e um bom atendimento. **M4***

*Pelo atendimento questionamos quanto as perguntas que fazemos, vemos na hora o raciocínio, saúde mental, se toma alguma medicação, se tem alguma doença crônica, como é o acompanhamento dele no dia a dia, na família, tudo interfere no caso, fazemos todas essas perguntas, e termina para o exame clínico. **M6***

*Primeiro a história. Segundo partimos para especificamente exames físicos, mais voltados pra pessoas idosas que tem, por exemplo, relacionado com doenças crônicas, usualmente aqui na nossa área seria hipertensão e diabetes. **M7***

Para Moraes (2008) o diagnóstico multidimensional do idoso engloba, não somente, o idoso, mas a família e a sua inserção na comunidade.

Outro termo bastante comum na área de avaliação do idoso é a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) que se refere ao conjunto de informações sobre o estado clínico, psíquico, funcional e social do idoso (PAIXÃO JR; REICHENHEIM, 2005). Podendo ser avaliado: o equilíbrio e a mobilidade; a cognição; as possíveis deficiências sensoriais; as condições emocionais ou presença de sintomas depressivos; a disponibilidade e adequação de suporte familiar e social; as condições ambientais em que os idosos se encontram; as Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), permitindo a avaliação da capacidade funcional do idoso; o estado e risco nutricionais, comumente encontrados em idosos (COSTA; MONEGO, 2003). Considera-se uma busca ativa de problemas que podem gerar situações complexas, sobretudo em idosos frágeis. Assim, a AGA é:

“um conjunto de técnicas, procedimentos e ambientes operacionais, onde a avaliação abrangente e estruturada se associa aos métodos clássicos não padronizados de avaliação de saúde das diversas especialidades” (PAIXÃO JR; REICHENHEIM, 2005, p. 8).

Há, portanto, uma lacuna entre o previsto na política e protocolos de avaliação geriátrica. Nenhum médico citou as atribuições preconizadas ao atendimento do idoso em consulta, ou a avaliação que compreenda a funcionalidade do idoso.

Conforme a diretriz “f” da PNSPI que aborda a necessidade de profissionais com formação em geriatria é premente nos serviços de APS, visto que estes idosos não estão sendo contemplados com avaliação específica que consideram o processo de senescência e senilidade da pessoa. Faz-se necessário instituir a avaliação multidimensional do idoso para que ocorra substancial modificação da saúde desta parcela da população (BRASIL, 2006a; MORAES, 2008).

Estudo desenvolvido por docentes da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) e três preceptores da secretaria de saúde, juntamente com 12 alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), realizou acompanhamento domiciliar em idosos de USF, de forma a mensurar o impacto de medidas, e descrever a percepção de acadêmicos quanto ao acompanhamento. Cada aluno aplicou individualmente a AGA e acompanhou um idoso, com ênfase dada a capacidade funcional, com posterior discussões e proposição de Projeto Terapêutico Singular (PTS) não medicamentoso. Ocorreu o alcance do interesse do acadêmico pela atenção à saúde integral do idoso, facilitando o processo de integração ensino-serviço (BOAS et al., 2012).

Trabalhos como estes desenvolvidos juntamente com as ESF, não só facilitam o processo de aprendizagem, mas despertam os futuros médicos para a abordagem ampliada da saúde de idosos e auxiliam no conhecimento e a implantação da PNSPI.

4.1.5 Categoria – Atividades Multidisciplinares

Para verificar a ocorrência entre os enfermeiros e médicos de práticas interdisciplinares desenvolvidas na ESF foi direcionada aos profissionais a seguinte indagação *“A Estratégia Saúde da Família é caracterizada pelo trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, quais atividades interdisciplinares você realiza*

referentes à atenção à pessoa idosa juntamente com outros profissionais da equipe?”.

Este questionamento possibilitou identificar que não são realizadas atividades interdisciplinares e sim multidisciplinares, embora se use o coletivo “a gente”, isto não significa que se envolva toda a equipe. É percebido nas falas o individualismo, distanciamento e a fragmentação: “*passo para...*”, “*faço*”. Há também, uma imagem distorcida por parte dos profissionais quanto à atribuição do NASF nas unidades de ESF.

...é a visita domiciliar, a consulta de enfermagem quando tem alguma alteração passamos para o médico avaliar, o odontólogo também, quando tem alguma alteração, é nesse sentido mesmo. E1

...Grupos de hipertensos, grupos de diabéticos, atividades na comunidade, chamamos o pessoal idoso. As minhas agentes tinham um trabalho de artesanato com os idosos na área também, para desenvolver um pouco o mental deles, envolvia eles, não era específico para eles. E2

...costumamos fazer com todos os profissionais mesmo, a visita, o grupo, temos o NASF aqui, que dá um apoio para nós... Então, por exemplo, o idoso com problema de AVC ou alguma outra incapacidade encaminhamos sempre para o fisioterapeuta, eles acompanham, o psicólogo. Além dos profissionais da unidade, o odontólogo principalmente, o serviço social, o médico, fazemos essa ligação com o pessoal do NASF. E4

Nós trabalhamos aqui, mais com o médico e com o serviço social... o NASF está chegando, mas não tive a oportunidade de trabalhar com eles. Nós trabalhamos mais com o médico e com o serviço social... sempre que você necessita de uma alguma coisa específica de cada categoria, você passa a visita, discute nas reuniões, faz atividade educativa, visita domiciliar,

passa por mim, e se precisar no mesmo momento eu passo para o odonto ou para o médico... entendeu?E7

Aqui não fazemos muito essas atividades, mas uma ação fazemos sim, a uns 2 meses atrás fizemos uma ação, o idoso e a atividade física, uma atividade de promoção a saúde, mas não fazemos especificamente, não é uma coisa que fazemos como rotina. Não é assim todo mês tem uma atividade desenvolvida para o idoso fazemos aleatório, eu não desenvolvo nada específico mesmo. E8

Na verdade trabalhamos em visitas domiciliares, geralmente vai toda a equipe, o atendimento odontológico geralmente é feito na residência, se precisar de um curativo, o técnico vai, depende do que cada um necessita, as vezes não tem necessidade da equipe toda ir naquela residência.E9

A minha área fica muito distante da unidade, eu faço grupos com os idosos em igrejas na área, faço esse trabalho, e lá você acompanha o idoso, faço a palestra do idoso, mas ele é hipertenso, faço a consulta de enfermagem, faço a palestra e levo a dentista para fazer a palestra... E10

Eu trabalho interdisciplinar com a educadora física, para eles terem uma atividade física, a parte de trabalhos manuais ela faz, fisioterapia com o pessoal do NASF para ter um suporte maior, assistente social quando é necessária, a enfermeira para checar nas visitas domiciliares como está sendo o cuidado desse idoso, até mesmo visita médica fazemos, acabo observando essas coisas todas. Depende da necessidade de cada paciente de poder solicitar novos profissionais... M1

Então nós temos um programa que é realizado na comunidade, que são só para os idosos, lá eles tem atividades de lazer, nós aproveitamos para ter as atividades de diabetes e hipertensos

juntos. Então lá eles dançam, fazem atividades educativas também. **M2**

*Temos uma professora de educação física, com atividade física voltada para os idosos, o NASF que dá um apoio psicológico, nutricional, fonoaudiólogo, fisioterapia, a odontologia e a enfermagem, é essa que dispomos. **M3***

*Se o paciente, por exemplo, tiver problemas crônicos se precisar de atenção mais minuciosa, eu posso solicitar a enfermeira ou as agentes comunitárias de saúde para visitar domiciliarmente. Aqui, por exemplo, acontecem as quedas em casa ou em alguma coisa e nós sempre ficamos sabendo, aí fazemos visitas domiciliares, comigo sempre é marcado visita. É reservado, por exemplo, hoje quinta-feira à tarde, sempre está reservado para visita domiciliar, comigo médico. né? Mas as enfermeiras ou agentes comunitárias de saúde são mais flexíveis, então se acontece qualquer horário durante o dia eles fazem visitas e eles ou elas me dão um parecer se precisa de alguma coisa. **M7***

Há no Brasil a perspectiva de um sistema de saúde que desenvolva a capacidade de trabalhar em equipe interdisciplinar (BRASIL, 2006a, 2006c). A PNAB procura favorecer este aspecto ao estabelecer, em seus fundamentos e diretrizes, que o trabalho deve ser desenvolvido de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, e que este deve ser um cuidado integral dispensado ao usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. Para a PNAB presença de diferentes profissionais, se torna essencial para que se tenham ações compartilhadas com enriquecimento no âmbito das competências, ampliando a capacidade do cuidado da equipe como um todo (BRASIL, 2012a).

Quando os profissionais comprometem-se a articular-se, e compartilhar os saberes a centralidade da atenção volta-se para um processo de cuidado centrado no usuário e o cuidado passa a reger e organizar a intervenção de modo ético-político, mas também técnico-científica (BRASIL, 2006c, 2012a).

O CAB 19 contempla além das atribuições do enfermeiro no que tange ao desenvolvimento do trabalho interdisciplinar. Prevê que o gerenciamento do cuidado ao idoso deve ser realizado com vistas ao cuidado interdisciplinar por meio do Processo Terapêutico Singular (PTS), logo toda a equipe precisa ser envolvida neste processo.

O gerenciamento do cuidado a pessoa idosa permite que sejam identificadas as demandas e os serviços necessários para o seu atendimento; visa planejar em conjunto com os idosos, familiares e cuidadores como se fará a utilização destes serviços; coordenar a prestação dos serviços que se fizerem necessários; estabelece uma comunicação eficiente entre todos os envolvidos permitindo, o culminando no desenvolvimento de um cuidado integrado; e por fim, coordena a qualidade do cuidado prestado revisando a utilização dos recursos, o estabelecimento e a utilização de protocolos e analisando as respostas obtidas (BRASIL,2006c).

Já o PTS constitui-se no plano de ação que considera todos os fatores envolvidos no processo de adoecimento, e busca uma estratégia de intervenção, pactuada com o usuário, que transcende o cuidado medicamentoso, a prescrição de exames, mas que considera o ambiente, a família, o trabalho, os recursos da própria comunidade e outros aspectos de relevância para o alcance dos êxitos no cuidado ao idoso (BRASIL, 2006c).

A PNSPI vê como um de seus desafios a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, e reconhece que a prática de cuidados às pessoas idosas exige uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, considere a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido (BRASIL,2006a).

Há necessidade de se compreender que interdisciplinaridade representa:

“...o grau mais avançado de relação entre disciplinas, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas. Nesse caso, seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas, que passariam, também, a compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum e esforçando-se para decodificar o seu jargão para os novos colegas (FURTADO, 2007, p. 242).”

Quando abordado o tema sobre a interdisciplinaridade entre os enfermeiros da ESF, muito se falou do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O NASF

objetiva a ampliação da abrangência e o escopo de ações da APS, dando a ela maior resolubilidade. É constituído de equipe multiprofissional que tem uma atuação pautada na integralidade e matriciamento das equipes da ESF, da APS e Academia da Saúde. Visa o compartilhamento de práticas e saberes em saúde nos territórios sobre responsabilidade e vinculados (BRASIL, 2012a).

Mediante as falas pode-se observar a finalidade atribuída pelos profissionais da ESF ao serviço prestado pelo NASF embora façam parte da APS, não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

*Bom, temos o NASF, que é apoio, que nos atende com vários profissionais. Fazemos dois grupos de educação em saúde, grupo de hipertensos e diabéticos e dentro desse grupo colocamos algumas atividades com os profissionais do NASF ou de dentro da equipe mesmo, é as vezes o médico da alguma palestra de algum assunto, e tem os profissionais do NASF, conforme solicitamos. A unidade não tem esta política de atendimento voltado só para o idoso, não tem! **E3***

*Costumamos fazer com todos os profissionais mesmo, a visita, do grupo, temos o NASF aqui, que nos dá um apoio. Fazemos além dos profissionais da unidade, o odontólogo principalmente, o serviço social, o médico essa ligação com o pessoal do NASF, que tem Terapeuta Ocupacional, psicólogo... **E4***

*Fazemos a avaliação funcional do idoso, a avaliação nutricional, isso é parceria com o NASF e junto com a equipe também. O monitoramento da clínica, da avaliação dos exames laboratoriais junto com o médico, isso é feito. **E6***

...Levo a glicemia, levo o aparelho, faço a consulta de enfermagem, faço a palestra e levo a dentista pra fazer a palestra, chamo a equipe do NASF que a gente tem terapeuta,

nutricionista, educador físico e acompanhamento, fazemos atividade física com esse idoso... E10

Aqui nós temos o atendimento pelo odontólogo, que faz o seguimento do profissional, nós temos os profissionais do NASF que vem nos dar apoio, tem nutricionista, tem fisioterapeuta, tem fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional. Todos esses profissionais fazem parte da equipe e dependendo daquilo que vemos a necessidade nós direcionamos o paciente... M4

Tem o apoio do NASF... e volta e meia temos atividades para os idosos, eles colocam o idoso para fazer atividade no pátio, tem o professor de educação física deles, e a gente participa junto, da uma palestrinha, as principais doenças que atinge o idoso e ... usamos o o NASF para fazer uma visita compartilhada, põe a fisioterapeuta junto, a fonoaudióloga, e estamos juntos também, para fazer as orientações para a família..., basicamente isso, apoio do NASF. Até que ajuda muito. M5

4.2. Conhecimento das Políticas Públicas voltadas à Pessoa Idosa

Tal como se mostra na PNSPI é notória a morosidade na implementação política, no que se refere à diretriz que trata da qualificação e capacitação dos profissionais para o atendimento do idoso. A própria PNSPI reconhece a incipiência, ou seja, que há muito que trilhar para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde dos idosos brasileiros (BRASIL, 2006a).

Este eixo temático visa discutir o conhecimento dos profissionais sobre as políticas voltadas ao idoso com base na questão abordada no instrumento “*Dentre as políticas públicas voltadas ao atendimento da pessoa idosa, quais são de seu conhecimento?*”. As falas demonstraram o desconhecimento sobre o tema

abordado. Alguns profissionais associaram as políticas públicas com os programas do Ministério da Saúde (Hiperdia) ou com o fato de atender o idoso com prioridade.

Não sei te dizer. E1

Não! E2

Não sei! (falou bem baixo). E3

As políticas públicas?... me fala uma de exemplo aí... deixe eu ver se eu não estou fora do contexto. E4

Dentro das políticas públicas... eu não sei o que isso quer dizer, mas é... você pode me falar, me dar um exemplo? E5

Especificamente do idoso, não conheço, não tem, não lembro de nenhuma, mas eles entram nos programas de hipertensão.

M1

Então! O idoso tem os benefícios de prioridade, muitos acabam tendo que ser ajudados por parentes. M2

É o atendimento, as doenças crônicas, acredito eu, ao diabetes porque tem muito idoso aí. M5

É... como assim? Política?... pelo menos por exemplo, aqui... nós temos o atendimento seria priorizado né, e se tiver qualquer pessoas idosas, atendemos primeiro, desde o atendimento lá na frente, na admissão até chegar aqui, por exemplo na minha consulta também. As pessoas idosas sempre tem a prioridade. M7

Dentre as diretrizes da PNSPI, duas delas “f” e “g”, respectivamente, são de fundamental importância para a discussão: a “*formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa*” e a “*divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS*”. Elucidadas de modo conjunto, visam traçar estratégias para prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de

profissionais que atuam na ESF e no PACS, para atuar na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006a).

De acordo com relatos ao longo do texto foi possível visualizar os esforços do governo, juntamente com a ATSI para capacitar e desenvolver instrumentos para munir os profissionais a fim de que estes prestem um atendimento adequado ao idoso (BRASIL, 2006c).

É grande o desafio, em diversas áreas no setor da saúde, para formação e educação permanente no SUS, ao promover os cursos de capacitação na modalidade EAD para a implementação da política, contudo o interesse é tímido por parte do profissional, mesmo que o profissional reconheça a necessidade de se especializar na área do envelhecimento para atender a demanda crescente dos idosos nos serviços de saúde (FIUZA et al., 2012).

No referente à formação ainda há instituições que não adequaram suas matrizes curriculares para a abordagem do processo de envelhecimento e desvincula-lo das associações a comorbidades, buscando um olhar promocional e preventivo a começar no pré-natal e englobando as demais faixas etárias para a obtenção de um envelhecimento bem sucedido (WILLIG; LENARDT; MÉIER, 2012).

4.2.1 Trabalho e Atuação do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa

É primordial que o profissional saiba, não somente a legislação do idoso, mas os órgãos envolvidos na garantia de seus direitos. Diante do exposto, os profissionais (médicos e enfermeiros) foram arguidos com as seguintes questões: **“Você conhece o trabalho do Conselho Municipal de Defesa da Pessoa Idosa de sua cidade?”**, caso a resposta fosse positiva ele deveria responder a próxima questão, **“Fale-me sobre a atuação do Conselho Municipal de Defesa da Pessoa idosa na sua cidade”**.

Das respostas obtidas das entrevistas, dos enfermeiros, 70,0% (n=7) não conhecem e entre os médicos, 57,1 % (n=4) não conhecem o trabalho, isentando-se de responder a questão sobre a atuação do conselho. Houve predomínio do desconhecimento sobre a temática.

As falas (**E4, E5, E7, M3, M4, M6, M7**) refletem distanciamento existente entre unidade executora de serviços (ESF) junto ao idoso e órgão conforme a inciso

“X”, responsável por zelar para que haja o cumprimento dos princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso.

Muito pouco. A única coisa que eu sei é que podemos entrar em contato com eles no caso de uma pessoa que esteja muito em risco, que não tenha assistência, mas nunca chegamos ou pelo menos no meu caso, na minha área, nunca cheguei a ter contato não. E4

Se eu conheço o trabalho como assim? Eu sei que ele existe, eu sei que ele atua, mas eu não sou participante, mas eu sei que existe esse conselho, eu sei que se a pessoa está sofrendo alguma lesão... tendo seus direitos desrespeitados você pode encaminhar, sabemos, e muitas vezes vem para acompanharmos pacientes que foram notificados no 24 horas que chegaram que sofreram algum tipo de violência. E5

Olha, eu acho que quando você percebe que algum idoso está em risco você faz aquela notificação de violência... negligência. As notificações eu acho que vão parar no conselho do idoso, não vão? Deve ter lá uma equipe muito organizada especializada para tratar desse assunto. Agora não sei se eles vem, fazem uma visita domiciliar, qual que é a resolutividade deles, fazemos as notificações solicita alguma orientação, mas eu acho que o serviço social sabe mais disso aí... E7

Conhecer uma... atividade que eles executam, essas coisas não, sabemos que tem como acioná-lo, tem algum idoso de risco, alguma coisa assim... chamamos a assistente social, a gerente, acionamos, mas saber, isso não temos conhecimento. M3

Não, não poderei te falar por que acho que para falar de algo, tem que ter um conhecimento bem específico. Não posso dizer, então não posso fazer um comentário porque poderia estar sendo muito superficial. M4

*Especificamente não sei, mas sei que quando encaminhamos, por exemplo, em caso de maus tratos, encaminhamos para o conselho tutelar, temos a resposta sim. eles mandam, vem alguém averiguar, o que está acontecendo, não conhecemos, no caso, conhecer, não conheço as pessoas que trabalham, mas de nome, sei que do trabalho que fazemos e precisamos da ajuda deles, encaminhando eles, nos dão um retorno. **M6***

*Por enquanto eu não sei. **M7***

A história e legislação da criação do Conselho Municipal do Idoso no Município de Campo Grande teve início no ano de 1997, com aprovação da Lei Municipal de CG nº 3.329, de 12 de maio de 1997, que autorizava a criação do Conselho Municipal do Idoso (CMI/CG), cuja sua criação tinha a finalidade de auxiliar a Administração Pública na orientação, planejamento e interpretação das questões relacionadas ao idoso, porém as atribuições, organização, composição paritária, funcionamento, forma de nomeação de titular e suplente e prazo de duração de mandato ficaria aos cuidados do Poder Executivo (CAMPO GRANDE, 1997).

Neste ano referido, no município não havia nenhuma legislação vigente acerca da PEI, sendo somente posterior a criação da PEI (2000), que se aprovou o Decreto nº 9.275, de 30 de maio de 2005, dispendo sobre a criação do Conselho Municipal do Idoso (CMI) e demais providências. Este decreto criou o CMI como sendo um órgão colegiado, permanente, paritário e deliberativo para auxiliar o Poder Executivo nas mesmas formas da antiga lei de 1997 (MATO GROSSO DO SUL, 2005).

O CMI/CG um é órgão vinculado a Secretaria Municipal de Governo, localizado na rua Hélio de Castro Maia, no número 279, Jardim Paulista, junto ao espaço predial do Instituto Municipal de Planejamento Urbano (PLANURB), na Coordenadoria de Apoio aos Órgãos Colegiados (CAOC).

A composição do CMI/CG é de dezoito membros com seus respectivos suplentes, sendo estes de órgãos ou entidades voltados a execução da Política Municipal do Idoso no Município de CG, nomeados pelo prefeito da cidade com tempo de mandato de dois anos podendo ser reconduzidos por período semelhante. Os representantes da sociedade civil são compostos por quatro representantes de

instituições que defendam os interesses dos idosos, três de entidades ou instituições que prestem serviços a idosos e dois representantes de trabalhadores da área.

As reuniões são ordinárias, realizadas mensalmente, na primeira segunda-feira do mês, com duração máxima de três horas, aberta a toda a sociedade civil e interessados nos assuntos relacionados ao idoso. Nas plenárias compete deliberar assuntos que foram encaminhados ao CMI/CG para análise; baixar normas de sua competência, necessárias à regulamentação e implementação pela PMI/CG; através do CMI/CG são criadas e comissões, estabelecidas competências, composição, procedimentos e prazo de duração cabendo ao plenário decompor a mesma de acordo com o prazo ou duração; realizar a eleição do presidente e Vice-Presidente; Convocar a Conferência Municipal do Idoso (COFEMI); e acompanhar a o gerenciamento do Fundo Municipal do Idoso (FMI) (MATO GROSSO DO SUL, 2005).

Possui como competências:

I – acompanhar, supervisionar, divulgar, fiscalizar e avaliar a consecução da Política Municipal do Idoso; II – promover a integração entre órgãos e entidades responsáveis pela operacionalização dessa política; III – prestar assessoramento ao Poder Executivo nas questões relativas ao processo de envelhecimento; IV – promover sessões de estudos, debates e pesquisas relativas ao processo de envelhecimento; V – realizar, a cada dois anos, a Conferência Municipal do Idoso, objetivando avaliar as questões relativas ao idoso e traçar diretrizes de atuação; VI – propor aos Poderes Executivo e Legislativo a execução de programas e projetos, que visem assegurar s direitos dos idosos; VII – deliberar sobre consultas que lhe forem solicitadas no âmbito de sua competência; VIII – receber sugestões oriundas da sociedade e opinar sobre denúncias que lhe forem encaminhadas, dando ciência aos órgãos competentes do Poder Público; IX – promover mecanismos de cooperação e intercâmbio com organismos similares em nível municipal, estadual e nacional; X – zelar pelo cumprimento dos princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso; XI – promover estudos e pesquisas das dificuldades e necessidades dos idosos, propondo alternativas de solução aos problemas detectados; XII – elaborar e aprovar seu regimento interno (MATO GROSSO DO SUL, 2005, p. 2-3).

O CMI/CG possui uma atuação um tanto quanto distante do apresentado nas falas dos enfermeiros e médicos. A atuação deste órgão tem se pautado em realizar visitas sistemáticas a instituições governamentais e não governamentais, recebe denúncias de indivíduos idosos que estão com seus direitos infringidos, que seguidamente são encaminhadas à Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) para os devidos fins. Contudo as denúncias recebidas contras instituições são fiscalizadas por intermédio das comissões interiormente estabelecidas.

De acordo com o Estatuto do Idoso é de responsabilidade dos profissionais de saúde comunicar os casos de idosos em situações de direitos infringidos à unidades que podem ser chamadas de unidades sentinelas, tais como previstas em lei, sejam elas, autoridade policial, Ministério Público, CMI, CEI e CNI. Sendo sim, é de responsabilidade do conselho, dentre estes órgãos, não apenas receber denúncias das variadas demandas dos idosos, mas se posicionar em defesa dos mesmos (BRASIL, 2003).

O CMI/CG desde a aprovação do decreto de sua criação, em 2005, possui nove anos de atuação junto ao município, limitando-se a fiscalizações de instituições, deixando aquém o artigo 19 do Estatuto que diz respeito às suspeitas e confirmações de maus tratos.

O CEDPI/MS, assim como o CMI/CG, tem atuado no recebimento e encaminhamento aos órgãos de competência, as petições e denúncias formuladas por qualquer pessoa ou entidade, de violação dos direitos do idoso, além de fiscalizar de forma sistemática e contínua, para que sejam cumpridas as diretrizes estabelecidas no Estatuto do Idoso.

O CMI/CG recebe ligações dos profissionais quando o idoso é acometido por situações de prejuízo de seus direitos, estas ligações são encaminhadas à SAS, para a tomada das devidas providências, este aciona o CRAS ou o CREAS, conforme a gravidade do acometimento, porém as denúncias podem advir de outras unidades, sendo apuradas. Já casos que possuem relação com instituições voltadas ao atendimento do idoso, a exemplo as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), são encaminhados conselheiros e estes são direcionados para realizar a fiscalização e tomada das devidas providências e discutidas nas reuniões do respectivo conselho.

Os profissionais inseridos nos serviços municipais de saúde, bem como em instituições privadas ou filantrópicas, e sociedade civil, principalmente os idosos, necessitam ser informados quanto aos caminhos percorridos para a efetivação dos direitos, com a finalidade de viabilizar os trâmites do idoso que tem seus direitos infringidos ou usurpados. Porém, faz-se necessário maior aproximação do CMI/CG junto às unidades haja vista que fiscalizam e acompanham a implementação da política pública do seguimento, tendo em vista que esta política não tem sido implementada de modo assertivo junto a comunidade que envelhece.

É preciso, enquanto profissional, ampliar a ótica do conselho, partindo-se da concepção de que este órgão é fiscalizador do Estatuto do Idoso, por conter diretrizes voltadas especificamente para a saúde do idoso, diretrizes estas, que não têm sido efetivadas e que precisam ser implementadas. Os relatos em categorias anteriores apontaram que o cuidado ao idoso não tem transcendido o cuidado da patologia, sendo necessário repensar a atenção especial dada às doenças que afetam os idosos, pois estas embora contempladas em programas, se estudadas a fundo, não tem recebido a abordagem merecida, caso contrário a saúde deste seguimento estaria em outro patamar. Logo os serviços de saúde não tem ofertado o cuidado integral à saúde do idoso, abordando os aspectos preventivos e de promoção da saúde.

5 CONCLUSÃO

Concluimos fundamentado na análise dos dados coletados, que a prática assistencial de enfermeiros e médicos da ESF de Campo Grande, são permeadas pelo conceito de envelhecimento vinculado a patologias, fragmentada, limitada, a atender e avaliar idosos a partir de patologias e programas instituídos pelo governo. Poucos possuem uma visão ampliada, próximo ao desejado pela política e instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Destacamos o desconhecimento das políticas voltadas para a pessoa idosa, sejam elas a PNI, o Estatuto do Idoso e a PNSPI, refletindo a dificuldade de instituir suas diretrizes. Portanto, não há a divulgação destas políticas e nem a capacitação profissional. Por conseguinte os idosos tornam-se sujeitos de uma abordagem sem que se considerem seus direitos constituídos por estas diretrizes.

Mediante os achados, acreditamos que seja premente a necessidade de se repensar novas formas para capacitar médicos e enfermeiros para a aquisição do conhecimento profissional sobre as práticas assistenciais e políticas voltadas para o indivíduo que envelhece. Tanto os que estão em processo de formação, tendo em vista a implementação das Diretrizes Curriculares nos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, quanto para os profissionais que não foram contemplados com estas disciplinas, atualmente tão necessárias para o desempenho junto aos serviços primários de saúde.

É necessário novas estratégias para avaliar a implementação das políticas junto aos profissionais que atuam com os idosos a fim de que seus direitos sejam efetivados e haja maior qualidade na prestação de serviços a eles destinados.

6 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

As implicações deste estudo tornaram-se relevantes para identificar a atuação de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde, no município de Campo Grande, no atendimento ao idoso.

Destaca-se o desconhecimento das políticas voltadas para a pessoa idosa, bem como dos mecanismos que o município possui para atender o idoso de forma integrada.

Apesar de existirem estudos de revisão bibliográfica e integrativa sobre as políticas públicas voltadas para o idoso, não foram encontradas pesquisas no estado de Mato Grosso do Sul que descrevesse o conhecimento das mesmas na ótica de enfermeiros e médicos.

Entretanto, ressalta-se a limitação desta pesquisa uma vez que entrevistamos somente dez enfermeiros e sete médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família, portanto não se podem inferir estes resultados para outros profissionais (enfermeiros e médicos) que atuam em outras áreas e níveis de atenção da saúde.

São amplas as possibilidades de estudo nesta área, haja vista que poucos são os que contemplam a saúde do idoso e as políticas. Acreditamos que para estudos futuros seria pertinente a ampliação e validação do instrumento utilizado para a aplicação em outras regiões, buscando o conhecimento local dos profissionais para traçar metas para a adequação na implementação da política.

Observamos a necessidade de divulgar a PNSPI para os profissionais de saúde, gestores e usuários. Devemos pensar em como capacitar os enfermeiros e médicos de forma significativa para que estes possam atuar de forma a considerar as principais diretrizes da PNSPI no atendimento ao idoso. Capacitação esta, que deveria iniciar com gestores, serviços que ofereçam o matriciamento às ESF, utilizando-se de cursos presenciais e atividades práticas instituídas para avaliação e implementação por estes profissionais.

Esperamos que os resultados deste estudo sensibilizem ou despertem os profissionais para o aprofundamento teórico do objeto pesquisado e melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa.

Desse modo, o estudo permitiu ampliar a visão acerca da prática assistencial de enfermeiros, médicos e outros profissionais envolvidos no processo de trabalho

com os idosos, buscando formas de se implementar e assegurar os direitos políticos sociais da área da saúde para o cidadão que envelhece, proporcionando a eles uma assistência baseada em direitos.

Assim, os saberes e a práxis de enfermagem devem ser baseados nas diretrizes das políticas proporcionando a promoção do envelhecimento ativo e saudável, assistir ao idoso de modo integrado e interdisciplinar, desmistificando o idoso como sinônimo de doença.

Acreditamos que o papel docente em enfermagem seja o de investigar as demandas da realidade demográfica instaurada no país, contribuindo com o conhecimento do discente e assim desenvolver estudos científicos das dimensões do processo de envelhecimento, projetos de práticas assistenciais integrativas e interdisciplinares subsidiada pela PNSPI e demais políticas para o idoso.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. R. M. **Avaliação da capacidade funcional do estado de saúde da rede de suporte do idoso atendido na Atenção Básica**. São Paulo: EEUSP, 2008.

ALVES, J. E. D. **A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica**. Escola Nacional de Ciências Estatísticas – IBGE, Rio de Janeiro, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BOAS, P. J. F. V. Acompanhamento domiciliar de idoso de unidade da saúde da família de Botucatu. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36 (1, Supl. 1), p. 161-165, 2012.

BRASIL. 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**. Poder Executivo. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes da educação nacional... **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília, DF, 23 dez. 1996b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm>. Acesso em: 12 nov. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/110060/politica-nacional-do-idoso-lei-8842-94>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília, DF, 2011d.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília, DF, 1996a.

_____. Decreto nº 4.227, 13 de maio de 2002. Cria o Conselho Nacional de Direitos do Idoso – CNDI, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília, DF, 2002.

_____. Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional de Direitos do Idoso – CNDI, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Portaria Gabinete Ministerial nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011a.

_____. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília, DF, 2006e.

_____. Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1999.

_____. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006a.

_____. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília, DF, 2006d.

BRASIL. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado 2013. 1966 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 02 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento**, Brasília, DF, 2006e. 24 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**, Brasília, DF, 2012b. 24 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006d. Caderno de Atenção Básica, n. 19, p. 191.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização, Brasília: Ministério da Saúde**, 2010. p. 242.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF, 2011b. Caderno de Atenção Básica, n. 28, v. 1, p. 56.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Brasília, 2011c. p. 145.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, p. 110, 2012a. Série Especial Legislação em Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção a Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. In: Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12, Brasília, 2010, p. 44.

BRASIL. Ministério da Ciência. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). **Diretório de Grupo de Pesquisa no Brasil**. [citado 2014 maio 29] Disponível em: <<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0803404X4EQZ7G>> . Acesso em: 29 maio 2014.

_____. Ministério da Ciência. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ. **Diretório de Grupo de Pesquisa no Brasil**, 2014. [citado 2014 maio 29] Disponível em: <<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0870406V5GQX7J>> . Acesso em: 29 maio 2014.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). Ministério da Saúde. **.Net, DataSUS**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>. Acesso em: 06 maio 2014.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Os Novos Idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604 p.

CAMARANO, A. A. **Estatuto do Idoso: avanços com contradições**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. 63p.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU). Coordenadoria Geral de Assistência à Saúde. Coordenadoria de Assistência e Programas de Saúde. Gerência Técnica Saúde do Idoso. **Caderneta saúde do Idoso de Campo Grande**. Campo Grande, MS, 2007. p. 28.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007.

CARVALHO, C. J. A.; ASSUNÇÃO, R. C.; BOCCHI, S. C. M. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto a assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1307-1324, 2010.

CORRÊA, A. C. P. et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v.14, n. 1, p. 171-180, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a20.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. Avaliação geriátrica ampla (AGA). **Revista da UFG [on line]**, v. 5, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/aga.html#IDADE>. Acesso em: 30 jun. 2014.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira Medicina Família Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n.27, p. 90-96, 2013.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444, 2010.

EGRY, E. Y. (Org.) **Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica**. Guia para Pesquisadores. São Paulo: EEUSP, 2008. 96 p.

EGRY, E. Y. et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 43, n. (Esp2), p. 1181-1186, 2009.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe, 11., 2013, [Costa Rica]. **Boletín...** [Costa Rica]: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2013. Disponível em: < http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/51631/P51631.xml&xsl=/celade/tpl/p38f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt>. Acesso em: 30 nov, 2013.

BANCO MUNDIAL. Envelhecimento em um Brasil mais velho. **Sumário Executivo...** Washington, D.C.: Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento, 2011.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA/ FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (ENSP/FIOCRUZ). Programa de educação a distância da ENSP/FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.ead.fiocruz.br/curso/index.cfm?cursoid=917>>. Acesso em: dez. 2012.

FARIA, M. G. A.; DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S. O. O perfil de enfermeiros fluminenses da ESF segundo um programa de educação permanente à distância **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, dez; v. 20, n. esp1, p. 591-595, 2012. n. 16, p. 67-79, 2012.

FIUZA, T. M. et al. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Florianópolis, v.7, n. 24, p. 139-146, 2012.

FONTANELLA, B. J. B et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FONTOURA, R. T. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 532-537, 2006.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio**. Nova York. Resumo Executivo, 2012. Disponível em: < <http://mozambique.unfpa.org/drive/sumarioenvelhecimentoecxx.pdf>>. Acesso em: 30 nov 2013.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n. 22, p. 239-255, 2007.

GRAZIANO, A. P.; EGRY, E. Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, v. 3, p. 650-656, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores Sociais Municipais. Uma Análise dos Resultados do Universo do Censo Demográfico 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf> Acesso em: 14 jan. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). População brasileira deve chegar ao máximo (228,4 milhões) em 2042. IBGE, 2013. Disponível em:

<<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=2455&busca=1&t=populacao-brasileira-deve-chegar-maximo-228-4-milhoes-2042>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

KIELING, R. I. **Janela de oportunidade demográfica**: um estudo sobre os impactos econômicos da transição demográfica no Brasil. Porto Alegre: UFRS, 2009.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 9, p. 3689- 3696, 2011.

MACKENBACH, J. P. The epidemiologic transition theory. **Journal of Epidemiology and Community Health** , v.48, p. 329-332. 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1059977/pdf/jepicomh00199-0001b.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2014.

MARIN M. J. S. et al. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**. [online], Rio de Janeiro, v. 11, n.2, p. 245-258, 2008. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2013.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Lei nº 3.329, de 12 de maio de 1997. Autoriza o Poder Executivo a criar o Conselho Municipal do Idoso – CMI e dá outras providências. **Diário Oficial de Campo Grande**, Poder Executivo, Campo Grande, MS, 13 maio. 1997, p. 27.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Lei nº. 2.073, de 07 de janeiro de 2000. Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mp.ms.gov.br/portal/cao/padrao/exleg.php?id=199>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Decreto nº 9.275, de 30 de maio de 2005. Dispõe sobre a Criação do Conselho Municipal do Idoso – CMI, e dá outras providências. **Diário Oficial de Campo Grande**, Poder Executivo, Campo Grande, MS, 31 maio. 2005, p. 1-2.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Decreto nº 12.454, de 29 de novembro de 2007. Reorganiza o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, e dá outras providências. Poder Executivo, Campo Grande, MS, 29 nov. 2007, p. 4.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Resolução nº 073/SES/MS. Aprova as decisões da Comissão Intergestores Bipartite Estadual. **Diário Oficial de Mato Grosso do Sul**. Poder Executivo, Campo Grande, MS, 17 de ago. 2012, p.4.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Poder Executivo. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 3 out. 2001, p. 131.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. 1. Ed. [S.l.]: Coopmed Editora Médica, 2008. 700 p.

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

OLIVEIRA, M. A. C. **(Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 3, p. 401-405, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

OPAS. **A Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAUDE (OPAS). Especialización “Gerencia em Salud para Personas Mayores” 5ª Edição. Campus Virtual de Salud Pública. Acercando El conocimiento a la práctica. Disponível em: <<http://ciess.campusvirtualsp.org/?q=node/5>>. Acesso em: 28 nov. 2013

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002. Tradução de Arlene Santos. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. 49 p. Série Institucional em Direitos Humanos.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [Philadelphia], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, may. 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext)>. Acesso: 20 dez. 2012.

PAIXÃO JR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2005.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 47, n. 1, p. 213-220, 2013.

PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ, A. M.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, ago. 2012.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. RIPSA. <Disponível em: <<ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/idb/A/sheet001.html>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

SANCHEZ, M. A. S.; MOTTA, G. M. S. A entrevista social no processo de avaliação geriátrica ampla. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v.12, n. 1, p. 25-33, 2009.

SANTANA, J. A. Envelhecimento populacional e política de saúde: contribuições para a reflexão acerca dos desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da agenda da política de saúde pública brasileira. **VÉRTICES**, Campos dos Goytacazes, v.14, n. 3, p. 85-101, set./dez. 2012.

SANTOS, S. S. C. et al. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v 66, n. 5, p. 789-793, 2013.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. **Salud Pública De México**,v. 45, n.1, p. 140-152, sep. 2003.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [Philadelphia], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, may. 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext)>. Acesso em: 20 dez. 2012.

STOTZ, E. N. **Os desafios para o SUS e a educação popular**: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde [online]. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/STOTZ.pdf (s/d). Acesso em: 12 jun. 2014.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4395-4404, dez. 2011.

VEIGAS, S. M. F.; PENA, C. M. D. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 133 –141, 2013.

UNITED NATIONS. Word assembly on ageing, 1. **Report...**New York: United Nations, 1982.

UNITED NATIONS.The Madrid international plano of action on ageing. **Guiding gramework and toolkit for practitioners & policy makers**. New York: United Nations, 2008. 68 p.

UNITED NATIONS. World assembly on ageing, 2.,. **Report...**New York: United Nations, 2002. Disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/51/PDF/N0239751.pdf?OpenElement>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento.

VIRTUOSO, J. F. et al. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):23-31, 2012.

WILLIG, M. H.; LENARDT, M. H.; MÉIER, M. J. A Trajetória das Políticas do Idoso no Brasil: Breve Análise. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 17, n. 3, p. 574-577, jul. 2012.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciência e Cuidados de Saúde**, v. 9, n.3, p. 448-455, 2010.

APÊNDICE – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado(a) a participar voluntariamente da pesquisa **CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À PESSOA IDOSA.**

O objetivo deste estudo é descrever o conhecimento de enfermeiros e médicos da Atenção Primária sobre as Políticas Públicas voltadas à Pessoa Idosa. Será utilizado um questionário semi-estruturado contendo dados sociodemográficos caracterizados pela idade, sexo, categoria profissional, formação e história profissional, conhecimento referente ao conhecimento dos profissionais acerca das Políticas Públicas voltadas a Pessoa Idosa e instrumentos utilizados pelos profissionais para avaliar e acompanhar a Saúde do Idoso.

O estudo envolverá apenas enfermeiros e médicos das Unidades de Estratégia Saúde da Família dos municípios de Campo Grande, Dourados e Três Lagoas.

Primeiramente, o(a) senhor(a) responderá, de próprio punho, um questionário questões fechadas referentes a sua formação profissional. Em seguida, irei entrevistá-lo(a) com o uso de gravador de áudio para que responda questões abertas sobre sua percepção das políticas públicas. Posteriormente irei transcrever, na íntegra, sua entrevista. Todo material coletado ficará sob os meus cuidados por um período de no máximo 5 (cinco) anos, sendo destruídas após. Estimo que o tempo de participação será cerca de 30 (trinta) minutos.

Durante a coleta de dados caso o(a) senhor(a) venha a se sentir constrangido ou desconfortável, poderá recusar-se ou desistir da participação a qualquer momento.

Sua colaboração é muito importante e sua participação é voluntária.

Os benefícios resultantes da pesquisa serão apresentados no término da pesquisa. Divulgados aos sujeitos pesquisados por meio de relatórios enviados às secretarias das cidades sedes do estudo, assim como no meio acadêmico e científico por meio de publicação de artigos científicos e em congressos.

Este estudo está vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande, para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar os responsáveis pela pesquisa para qualquer esclarecimento.

Para dirimir dúvidas ou caso queira denunciar alguma prática anti-ética do pesquisador, ligue para o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS no telefone (67) 3345-7187.

Conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) me foi ofertado pelos pesquisadores uma cópia assinada deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu _____ declaro que li e entendi este formulário de consentimento, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que, concordo em participar desse estudo.

Rubrica do Sujeito da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador

Responsáveis:

Olivia Alves da Silva (67) 91226902 olivia_ufms@hotmail.com

Márcia Regina Martins Alvarenga (67) 81256436 mrmalvarenga@gmail.com

Comitê de Pesquisa da UFMS (67) 3345-7187

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande – MS.

CEP 79090-900 –Fones: (67) 3345-7353 – Campus Universitário

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/UFMS - Unidade 12

Pós-Graduação em Enfermagem

_____ de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Data do preenchimento [____/____/____]

Nº: [_____]

PARTE 1: CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

1. Categoria Profissional: Enfermeiro [____] Médico [____]

2. Idade: [_____]

3. Sexo: Masculino [____] Feminino [____]

4. Vínculo empregatício:

a) () Contrato

b) () Concurso

5. Instituição de Ensino Superior de formação:

a) () Pública/Bacharelado. Instituição: _____

b) () Pública/Licenciatura. Instituição: _____

c) () Privada/Bacharelado. Instituição: _____

d) () Privada/Licenciatura. Instituição: _____

6. Ano em que concluiu a graduação: [_____]

7. Tempo de serviço nesta instituição: _____

8. Função que exerce atualmente: _____

9. Cidade: _____

10. Durante o curso de Graduação:

Você pode marcar **uma** ou **mais respostas**.

() Teve alguma disciplina específica relacionada à Geriatria.

() Teve algum conteúdo relacionado à Geriatria

() Teve alguma disciplina específica relacionada à Gerontologia.

() Teve algum conteúdo relacionado à Gerontologia

11. Qual sua maior titulação?

() Graduação.

() Especialização Latu Sensu / Residência

() Mestrado

() Doutorado

12. Quais às áreas em que você se especializou?

Caso possua apenas Ensino Superior, **pule** para a questão número 14.

13. Você já ouviu falar do curso de capacitação na modalidade de ensino a distância sobre envelhecimento do Ministério da Saúde com a FIOCRUZ?

Sim [___] Não [___]

14. Já fez? Sim [___] Não [___]

15. Qual o ano em que fez? [_____]

PARTE II: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS EM RELAÇÃO ÀS POLÍTICAS VOLTADAS A SAÚDE DO IDOSO

1. Em sua prática diária, fale-me como você realiza o atendimento ao idoso desde sua entrada na Estratégia Saúde da Família.
2. Como você realiza a avaliação da pessoa idosa?
3. Dentre as políticas públicas voltadas ao atendimento da pessoa idosa, quais são de seu conhecimento?
4. O Ministério da Saúde disponibiliza o Caderno de Atenção Básica 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Você conhece?

Sim [___] Não [___]

Caso a resposta seja **não, pule** para a questão de número **06**.

5. Caso a resposta seja sim, qual seu conhecimento sobre o Caderno?
7. A Estratégia Saúde da Família é caracterizada pelo trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, quais atividades interdisciplinares você realiza referentes à atenção à pessoa idosa juntamente com outros profissionais da equipe?
Você conhece o trabalho do Conselho Municipal de Defesa da Pessoa Idosa de _____?

Sim [___] Não [___]

Caso a resposta seja **não, pule** para a questão de número **09**.

8. Fale-me sobre a atuação do Conselho Municipal de Defesa da Pessoa Idosa na sua cidade:
9. Gostaria de acrescentar mais alguma informação sobre o tema abordado?

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PREFEITURA DE CAMPO GRANDE – MS



Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de Gestão e Políticas de Saúde

Autorização

Prezado Senhor,

Informamos que está autorizada a pesquisadora Olivia Alves da Silva a realizar a pesquisa intitulada “Percepção de Enfermeiros e Médicos da Atenção Primária sobre as Políticas Públicas Voltadas à Pessoa Idosa” em Unidades de Estratégias de Saúde da Família.

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Pareceria para a Pesquisa na Área da Saúde, onde está pontuado que a mesma iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética.

Campo Grande, 13 de maio de 2012.

Atenciosamente,

Handwritten signature of Elizete da Rocha Vieira in blue ink.

Elizete da Rocha Vieira
Diretora de Gestão e Políticas de Saúde

Handwritten signature of Regina L. Portioli Furlanetti in blue ink.

Regina L. Portioli Furlanetti
Coordenadora de Convênios de Coop.
Mútua

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFMS

UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de Enfermeiros e Médicos da Atenção Primária sobre as Políticas Públicas Voltadas à Pessoa Idosa

Pesquisador: Olivia Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 13029513.7.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 282.229

Data da Relatoria: 11/04/2013

Apresentação do Projeto:

Vide relatório anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Vide relatório anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide relatório anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide relatório anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide relatório anterior.

Recomendações:

Vide relatório anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diligência anterior atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: ((67) 33)45-7-187

Fax: ((67) 33)45-7-187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br

UFMS



Continuação do Parecer: 282.229

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 23 de Maio de 2013

Assinador por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: ((67) 33)45-7-187 **Fax:** ((67) 33)45-7-187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

Página 02 de 02

ANEXO 3 – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP/UFMS



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa / CEP/UFMS



Carta de Aprovação

O protocolo CAAE 13029513.7.0000.0021 da Pesquisadora Olívia Alves da Silva intitulado “Conhecimento de Enfermeiros e Médicos da Atenção Primária sobre as Políticas Públicas voltadas à Pessoa Idosa”, foi revisado por este comitê e aprovado em reunião ordinária no dia 11 de julho de 2013, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.


Edilson dos Reis

Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 12 de agosto de 2013

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

