



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

AMANDA MARIA SOUZA DE OLIVEIRA

**A ENFERMEIRA NO CUIDADO DOMICILIAR A IDOSOS: DESVELANDO OS
SENTIDOS DO VIVIDO**

SALVADOR

2013

AMANDA MARIA SOUZA DE OLIVEIRA

**A ENFERMEIRA NO CUIDADO DOMICILIAR A IDOSOS: DESVELANDO OS
SENTIDOS DO VIVIDO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em enfermagem na Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de Pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tânia M^a de Oliva Menezes

SALVADOR

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de
Saúde, SIBI - UFBA.

O48 Oliveira, Amanda Maria Souza de
A enfermeira no cuidado domiciliar a idosos: desvelando os
sentidos do vivido / Amanda Maria Souza de Oliveira. –
Salvador, 2013.
107f.
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Tânia Maria de Oliva Menezes.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2013.

1. Idoso. 2. Enfermagem. 3. Visita Domiciliar. I. Menezes,
Tânia Maria de Oliva. II. Universidade Federal da Bahia. III.
Titulo.

CDU 616-083

AMANDA MARIA SOUZA DE OLIVEIRA

A ENFERMEIRA NO CUIDADO DOMICILIAR A IDOSOS: desvelando os sentidos do vivido

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em enfermagem na Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de Pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovada em vinte e dois de fevereiro de dois mil e treze.

BANCA EXAMINADORA

Tânia Maria de Oliva Menezes Tânia Maria de Oliva Menezes
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Célia Pereira Caldas Célia Pereira Caldas
Pós-Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Larissa Chaves Pedreira Larissa Chaves Pedreira
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Adriana Valéria da Silva Freitas Adriana Valéria da Silva Freitas
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Aos meus pais Odemar e Conceição, por todo amor em que sempre me envolveram, sendo exemplos de honestidade e de ser-com os outros no mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela sua sabedoria que me orienta em todos os momentos, e que permitiu a condução deste estudo serenamente;

À minha irmã Fernanda Souza, pelo companheirismo ao longo da nossa existência, e apoio em momentos de incerteza;

À meus avós maternos Reginaldo Pereira de Souza e Lindaura Souza, e paternos Osmário de Oliveira e Carlinda Cerqueira de Oliveira, raízes da minha existência, e referências de amor e caridade;

À Aloísio Sthéfano, por todo o carinho e apoio em minhas decisões, auxiliando no desenvolvimento deste estudo.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Tânia M^a de Oliva Menezes, por todo o conhecimento compartilhado. Por todas as orientações acadêmicas e pessoais, que me guiaram nos anos de desenvolvimento deste estudo, sendo um exemplo de responsabilidade profissional e ética;

À Prof^a Dr^a Larissa Chaves Pedreira, por ter despertado em mim o interesse pela pesquisa científica, me abrindo a essa possibilidade de ser. Por todo o apoio fornecido para o meu crescimento profissional, desde a graduação;

À Prof^a Dr^a Acylene Ferreira, pela significativa contribuição para a construção deste estudo, através dos esclarecimentos sobre a Fenomenologia heideggeriana;

À Prof^a Dr^a Adriana Valéria Freitas, pelas sugestões e contribuições que aperfeiçoaram este estudo;

À Prof^a Dr^a Célia Pereira Caldas pelo conhecimento fornecido através de suas publicações científicas, e pelas contribuições específicas para este estudo.

À todas as minhas amigas que compartilharam comigo as dificuldades, alegrias e crescimento durante o curso do mestrado;

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso – NESPI, pelas discussões que possibilitaram aprofundamento na área gerontológica;

Às enfermeiras participantes deste estudo, pela disponibilidade e contribuição para o alcance do objetivo proposto;

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFBA, pelo apoio e contribuições para que este estudo;

À todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a construção deste estudo.

O mundo da presença é mundo compartilhado.
O ser-em é *ser-com* os outros.

Martin Heidegger

OLIVEIRA, Amanda M^a Souza de. **A enfermeira no cuidado domiciliar a idosos: desvelando os sentidos do vivido**. 2013. 109f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

RESUMO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa traz que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem um papel fundamental no enfrentamento das necessidades de saúde dos idosos e de seus familiares, através do cuidado domiciliar. Assim, a enfermeira da ESF deve utilizar a visita domiciliar como um dos recursos possíveis para a abordagem ao idoso dentro do seu contexto familiar e comunitário, considerando as especificidades do processo de envelhecimento e visando o cuidado integral. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem metódica fenomenológica proposta por Martin Heidegger, que objetivou compreender os sentidos do vivido pela enfermeira da Estratégia de Saúde da Família no cuidado ao idoso no domicílio. Fizeram parte do estudo 13 enfermeiras, com idade entre 25 e 38 anos, que atuam nas Unidades de Saúde da Família do município de Catu, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos na pesquisa. A coleta dos depoimentos foi realizada através de entrevista semi-estruturada com os sujeitos do estudo, e teve início após aprovação do projeto no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o protocolo nº 36768/12. A análise e interpretação dos depoimentos foram realizadas com base nas obras de Martin Heidegger, e deu-se em dois momentos: o momento compreensivo e a hermenêutica. A compreensão vaga e mediana das entrevistas transcritas possibilitou a abertura para as unidades de significação: As enfermeiras não encontram o seu papel na visita domiciliar e preferem atender à pessoa idosa na USF; As enfermeiras utilizam boa parte do seu tempo em atividades administrativas e se sentem impotentes por não possuírem conhecimento suficiente para assistir à pessoa idosa no domicílio; As enfermeiras formam vínculo com a pessoa idosa e seus familiares, favorecendo o cuidado; As enfermeiras se sentem satisfeitas profissionalmente ao conseguir produzir, mesmo diante das dificuldades, mudanças positivas no cotidiano da pessoa idosa. A partir das unidades de significação acima citadas, elaborou-se a unidade de significado “O vivido pela enfermeira nos modos da ocupação e preocupação com o ser-idoso: o sentido de ser enfermeira cuidando do idoso no domicílio na ESF”. No modo de ser da ocupação, considerando a temporalidade como o horizonte onde o ser se manifesta, a enfermeira encontra-se nos modos impróprios do porvir e do vigor de ter sido, além de decair de modo alienante na atualidade. No modo de ser da preocupação, ao realizar a visita domiciliar a enfermeira mostra-se envolvida com o ser-idoso e seus cuidadores familiares. Ela é ser-com os outros na antecipação libertadora, fornecendo subsídios para que o ser-idoso e seus familiares possam existir de forma própria e autônoma. A visita domiciliar à pessoa idosa se configura como uma ferramenta útil na assistência a esses indivíduos, diante da aproximação da enfermeira com o cotidiano dos mesmos, e do vínculo que se forma e favorece o cuidado. Dessa forma, as enfermeiras da ESF devem estar capacitadas para a realização de uma visita domiciliar de qualidade à pessoa idosa e sua família, permitindo que esta, mesmo dentro de limitações físicas e cognitivas, tenha uma vida de qualidade, e possa contar com um suporte formal de referência.

Palavras-Chave: Idoso; Enfermagem; Visita domiciliar; Filosofia em Enfermagem.

OLIVEIRA, Amanda M^a Souza de. **The nurse in home care for the elderly: unveiling the meanings of lived experience.** 2013. 109f. Dissertation (Masters in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2013.

ABSTRACT

The National Health Policy for the Elderly brings the Family Health Strategy (FHS) has a key role in addressing the health needs of the elderly and their families through home care. Thus, the nurse should use the FHS home visit as a possible resource for approaching the elderly within their family and community context, considering the specificities of the aging process and seeking comprehensive care. This is a descriptive study with phenomenological methodical approach proposed by Martin Heidegger, who aimed to understand the meanings of lived by Nurse Family Health Strategy in elderly care at home. Study participants were 13 nurses, aged 25 and 38, who work in the Health Units from the city of Catu, who met the inclusion and exclusion criteria established in the research. The collection of interviews was conducted through semi-structured interviews with the study subjects, and began the project after approval by the Ethics Committee of the School of Nursing, Federal University of Bahia, under protocol No. 36768/12. The analysis and interpretation of the interviews were conducted based on the works of Martin Heidegger, and came in two moments: the moment understanding and hermeneutics. A vague understanding and median of transcribed interviews allowed the opening for units of meaning: The nurses do not find their role in home visit and prefer to meet elder at USF; Nurses use a good part of their time on administrative activities and feel powerless because they lack sufficient knowledge to assist the elderly at home; Nurses form bond with the elderly and their families, fostering care; Nurses feel fulfilled professionally to be able to produce, despite the difficulties, positive changes in everyday elder. From meaning units mentioned above, drew up the unit of meaning "The nurse experienced by modes of occupation and concern for the elderly-be: the sense of being a nurse caring for the elderly at home in the FHS". In order to be the occupation, considering the temporality as the horizon where being manifested, the nurse is unfit modes of the future and the effect has been, and decay so alienating today. In order to be of concern when conducting home visits the nurse shows up involved with being elderly-and their family caregivers. She is being with others in anticipation liberating, providing subsidies to the elderly-be and their families may exist in its own way and autonomous. The home visits to the elderly is configured as a useful tool in assisting these individuals, at the approach of the nurse with the same routine, and the bond that forms and favors caution. Therefore, nurses should be trained FHS to conduct a home visit quality to the elderly and their families, allowing this, even within physical and cognitive limitations, have a quality life, and can count on support formal reference.

Key-Words: Elderly; Nursing; Home visit; Philosophy in nursing.

OLIVEIRA, Amanda M^a Souza de. **La enfermera en la atención domiciliaria a las personas mayores: desvelar los significados de la experiencia vivida**. 2013. 109f. Disertación (Máster en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal da Bahia, Salvador, 2013.

RESUMEN

La Política Nacional de Salud para la Tercera Edad trae la Estrategia Salud de la Familia (ESF) tiene un papel clave para abordar las necesidades de salud de las personas mayores y sus familias a través de la atención domiciliaria. Por lo tanto, la enfermera debe utilizar la visita domiciliaria como un recurso posible para acercarse a las personas mayores dentro de su contexto familiar y comunitario, teniendo en cuenta las especificidades del proceso de envejecimiento y la búsqueda de atención integral. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque fenomenológico metódico propuesto por Martin Heidegger, que tuvo como objetivo comprender los significados de la Estrategia de Salud vivida por la enfermera de la familia en el cuidado de ancianos en el hogar. Los participantes del estudio fueron 13 enfermeras, con edades entre 25 y 38 años, que trabajan en las Unidades de Salud de la ciudad de Catu, que cumplían los criterios de inclusión y exclusión establecidos en la investigación. La colección de entrevistas se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas con los sujetos de estudio, y comenzó el proyecto después de la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, bajo protocolo n ° 36768/12. El análisis y la interpretación de las entrevistas se llevaron a cabo sobre la base de la obra de Martin Heidegger, y se produjo en dos momentos: el momento y la comprensión hermenéutica. Una idea vaga y medio de entrevistas transcritas permitió la apertura de las unidades de significado: Las enfermeras no encuentran su papel en la visita a la casa y prefieren reunirse anciano en la USF; Las enfermeras utilizan gran parte de su tiempo en actividades administrativas y se sienten impotentes porque no tienen el conocimiento suficiente para ayudar a la persona mayor en el hogar; Las enfermeras forman vínculo con las personas mayores y sus familias, el fomento de la atención; Las enfermeras sienten realizado profesionalmente para ser capaz de producir, a pesar de las dificultades, los cambios positivos en las personas mayores todos los días. Desde que significa unidades mencionadas anteriormente, elaboró la unidad de significado "La enfermera experimentada por los modos de ocupación y la preocupación por el ser anciano: El sentido de ser una enfermera de cuidado de ancianos en casa en el ESF". Con el fin de la ocupación, teniendo en cuenta la temporalidad como el horizonte, donde se manifiesta, la enfermera es modos impropios del futuro y el efecto ha sido, y decaimiento tan alienantes hoy. Con el fin de ser motivo de preocupación cuando se realizan visitas domiciliarias la enfermera aparece involucrado con ser ancianos y sus cuidadores familiares. Ella es estar con otros en previsión liberadora, la concesión de subvenciones a la. Mayor-ser y sus familias puedan existir en su propio camino y autónomos. La visita a domicilio a las personas mayores se configura como una herramienta útil para ayudar a estas personas, ante la cercanía de la enfermera con la misma rutina, y el vínculo que se forma y favores precaución. Por lo tanto, las enfermeras de la ESF deben ser entrenados llevar a cabo una visita a la casa de calidad para las personas mayores y sus familias, lo que permite esto, incluso dentro de las limitaciones físicas y cognitivas, tienen una vida de calidad, y cuenta con el apoyo referencia formal.

Palabras clave: Ancianos; Enfermería; Visita domiciliaria; Filosofía en Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AVD	- Atividade Básica da Vida Diária
AIVD	- Atividade Instrumental da Vida Diária
Cebes	- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA	- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIBIC	- Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PSF	- Programa de Saúde da Família
SciELO	- Scientific Electronic Library Online
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
USF	- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 A FACTICIDADE SOBRE O ENVELHECIMENTO.....	16
2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO.....	16
2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	19
2.3 A ENFERMEIRA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA.....	24
2.3.1 As novas conformações de família: a enfermeira da ESF e a pessoa idosa no contexto familiar.....	30
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	38
3.1 TIPO DE ESTUDO	38
3.2 LÓCUS DO ESTUDO.....	39
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	40
3.4 COLETA DE DEPOIMENTOS	41
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA	43
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	45
4 RESULTADOS	47
4.1 AS ENFERMEIRAS NÃO ENCONTRAM O SEU PAPEL NA VISITA DOMICILIAR E PREFEREM ATENDER À PESSOA IDOSA NA USF.....	47
4.2 AS ENFERMEIRAS UTILIZAM BOA PARTE DO SEU TEMPO EM ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E SE SENTEM IMPOTENTES POR NÃO POSSUÍREM CONHECIMENTO SUFICIENTE PARA ASSISTIR À PESSOA	

IDOSA NO DOMICÍLIO	55
4.3 AS ENFERMEIRAS FORMAM VÍNCULO COM A PESSOA IDOSA E SEUS FAMILIARES, FAVORECENDO O CUIDADO	63
4.4 AS ENFERMEIRAS SE SENTEM SATISFEITAS PROFISSIONALMENTE AO CONSEGUIR PRODUZIR, MESMO DIANTE DAS DIFICULDADES, MUDANÇAS POSITIVAS NO COTIDIANO DA PESSOA IDOSA.....	71
5 O VIVIDO PELA ENFERMEIRA NOS MODOS DA OCUPAÇÃO E PREOCUPAÇÃO COM O SER-IDOSO.....	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE A	102
APÊNDICE B	104
APÊNDICE C	105
ANEXO A	106

1 INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa é uma realidade na sociedade de diversos países, principalmente os mais desenvolvidos, onde a qualidade de vida e as tecnologias contribuem para o aumento na expectativa de vida. O Japão, por exemplo, convive com esse perfil demográfico há alguns anos, já que nesse país a expectativa de vida ao nascer era de 79 anos em 1990, e em 2009, esse indicador saltou para 83 anos, enquanto os brasileiros, nesse mesmo ano, ainda possuíam 73 anos de expectativa de vida (WHO, 2009).

Esses dados revelam que, nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o envelhecimento populacional é algo recente e reflexo da redução nas taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida (BRITO, 2008).

Diante do aumento do número de idosos, surge a necessidade de direcionamento das ações dos profissionais de diversas áreas para atender as especificidades desse grupo populacional. Os profissionais de saúde têm essa realidade do envelhecimento refletida nas demandas dos serviços em que atuam, onde os idosos estão cada vez mais presentes, seja por doenças crônicas não transmissíveis, ou por alterações comuns no processo de envelhecimento, e resultantes do estilo de vida.

Dessa forma, os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, da atenção primária à terciária, estão em contato com o idoso e devem estar preparados para atendê-los dentro de suas especificidades.

A atenção básica é tida por muitos estudiosos do campo da Saúde Coletiva como o ponto crucial para a reformulação do modelo de assistência vigente, pois, através dela, pode-se romper com o modelo hospitalocêntrico, reorganizando o fluxo assistencial e a demanda, a fim de reduzir a sobrecarga hospitalar e por serviços especializados (VIANA; DAL POZ, 2005). Nesse contexto, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual deve configurar-se como norteadora dessa reformulação, abrangendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

A equipe da ESF é responsável por uma população de até 4.000 pessoas de todas as faixas etárias, sendo recomendada uma média de 3.000 pessoas (BRASIL, 2011). Assim, o número de idosos sob cuidados da enfermeira é expressivo, e requer a atenção desta, para quais estratégias irá adotar na sua prática profissional. Segundo Silvestre e Costa Neto (2003), o cuidado comunitário ao idoso deve pautar-se na valorização do vínculo com a família e com as Unidades de Saúde da Família, de forma a garantir e representar o vínculo do idoso com o

sistema de saúde. Além disso, os profissionais da ESF devem atentar para as alterações físicas normais, sabendo identificar precocemente as patológicas e intervir sobre fatores de risco a que os idosos podem estar expostos na comunidade e no próprio domicílio.

Assim, ao realizar a visita domiciliar à pessoa idosa a enfermeira deve ter noções básicas de geriatria e gerontologia que permitam uma assistência direcionada a essa população. Entretanto, a capacitação dos profissionais das ESF para a atuação adequada e resolutiva nos domicílios ainda é incipiente. Ainda de acordo com Silvestre e Costa Neto (2003), apesar da atenção à saúde do idoso compor a matriz curricular de todos os cursos de especialização em saúde da família, esta ainda está muito distante de atender as reais necessidades do país.

O meu interesse por esse tema surgiu a partir de duas pesquisas, quais sejam: Iniciação Científica, Oliveira e Pedreira (2009)¹; Iniciação Científica, Oliveira e Pedreira (2010)² e Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, Oliveira (2010)³. Sendo este último um estudo sobre os idosos dependentes e seus cuidadores, no qual o campo de coleta foi o domicílio de idosos atendidos por um programa público de Assistência Domiciliar, onde pude entender como é complexa e ao mesmo tempo rica e valiosa a visita domiciliar da enfermeira.

O vínculo que se estabelece entre o idoso, sua família e a enfermeira mostrou-se fundamental para o desenvolvimento de uma proposta terapêutica resolutiva e voltada para as reais necessidades destas pessoas. Além disso, a ausência de suporte formal para apoiar o idoso e seus cuidadores no domicílio foi um dos aspectos evidenciados como causadores de sobrecarga dos cuidadores familiares, repercutindo negativamente sobre o cuidado ao idoso e sobre as relações familiares.

A partir destes estudos, voltei meu olhar cotidiano para a importância da atenção domiciliar a idosos, e assim, durante a experiência de quatro meses em uma Unidade de Saúde da Família (USF)⁴, percebi como essa modalidade de cuidado ainda tem pouca expressão no planejamento das enfermeiras. Dessa forma, após ter analisado o cuidado domiciliar sob a

1 Projeto de Iniciação Científica vinculado ao CNPq e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC da Universidade Federal da Bahia, intitulado: “O tempo ontológico do idoso com incapacidade funcional”.

2 Projeto de Iniciação Científica vinculado ao PIBIC da Universidade Federal da Bahia, intitulado: “Como vivem os idosos com dependência no domicílio e seus cuidadores”.

3 Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: “Cuidadores de idosos dependentes no domicílio”, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

4 Experiência como discente da Disciplina Estágio Curricular Supervisionado II da Escola de Enfermagem da UFBA – EEUFBA.

ótica dos idosos e seus cuidadores, neste projeto, propus-me a direcionar esse cuidado para o vivido pela enfermeira que atua na ESF.

A fim de identificar o estado da arte acerca desta temática, realizei um levantamento bibliográfico na base de dados LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, nos meses de abril e maio de 2011 e na SciELO – Scientific Electronic Library Online em março de 2012.

Na base LILACS, foram cruzados os descritores: visita domiciliar e idoso, o que resultou em 26 publicações entre teses, dissertações e artigos científicos, sendo que 16 foram produzidos por enfermeiras e apenas nove abordavam sob a perspectiva da ESF. Além disso, os objetos de estudos estavam relacionados, em sua maioria, à educação em saúde, com 30% dos estudos levantados, e apenas 9% abordavam o acompanhamento domiciliar.

Na base de dados SciELO, foram realizados os seguintes cruzamentos com os respectivos resultados: idoso e enfermagem (376 artigos); idoso e assistência domiciliar (38 artigos); idoso e estratégia de saúde da família (34 artigos); idoso e cuidado domiciliar (27 artigos); idoso e atenção domiciliar (23 artigos); idoso e visita domiciliar (16 artigos).

Assim, apesar do destaque da enfermagem nessa temática, o número de publicações na área relacionada à saúde do idoso e visita domiciliar ainda é incipiente, apresentando uma lacuna a qual se faz necessário o desenvolvimento de mais trabalhos científicos sobre o cuidado domiciliar realizado pela enfermeira da ESF a este segmento populacional.

Diante do exposto, formulou-se a seguinte questão de estudo: Como se dá o vivido da enfermeira da Estratégia de Saúde da Família no cuidado ao idoso no domicílio? Sendo o objeto de estudo: o vivido da enfermeira da Estratégia de Saúde da Família no cuidado ao idoso no domicílio.

O objetivo desse estudo é: Compreender os sentidos do vivido pela enfermeira da Estratégia de Saúde da Família no cuidado ao idoso no domicílio. A sua justificativa está pautada no aumento da população idosa e na expansão da ESF no Brasil, sem a adequada abordagem desse segmento populacional no que tange a atenção domiciliar. Além disso, as enfermeiras possuem um papel central na ESF, diante da abrangência de suas ações, o que resulta na relevância da compreensão de como o cuidado é prestado à pessoa idosa por essas profissionais.

Esse contexto demonstra a relevância deste projeto, diante da necessidade de se compreender como se dá o vivido da enfermeira de Saúde da Família no cuidado ao idoso, temática ainda pouco explorada na literatura, apesar da sua importância para a melhoria da

atenção à saúde do idoso. Através desse estudo, e do entendimento do vivido pela enfermeira, pode-se ampliar o conteúdo teórico sobre essa temática e favorecer o desenvolvimento de estratégias que contribuam para a adequada abordagem ao idoso na ESF. Além disso, pode-se contribuir para a melhoria da ESF no município onde se dará a coleta de dados, mediante o conhecimento produzido sobre o cuidado ao idoso no domicílio prestado pelas enfermeiras que lá atuam.

2 A FACTICIDADE SOBRE O ENVELHECIMENTO

2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial, que acontece de formas distintas entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos primeiros, o processo de envelhecimento populacional deu-se de forma gradual, possibilitando a adaptação da sociedade e das políticas públicas às novas necessidades da população. Já nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a elevação do número de idosos teve início recente, e desenvolve-se de forma rápida, repercutindo na adaptação ainda frágil das políticas públicas voltadas a esse segmento populacional.

Segundo relatório do Banco Mundial (2011), a alteração demográfica de envelhecimento, que ocorreu em um período superior a um século na França, ocorrerá em duas décadas no Brasil.

As transformações no padrão etário da população, a partir da década de 1980, são resultantes da combinação entre a redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade no Brasil e aumento da expectativa de vida, o que leva a uma inversão do formato triangular da pirâmide populacional, de uma base alargada para uma base mais estreita e topo alargado, caracterizando o acelerado processo de envelhecimento (BRASIL, 2010).

A população idosa no Brasil chega, atualmente, a quase 22 milhões de pessoas, ou, 11,3% da população total (IBGE, 2011a), e projeções populacionais indicam que esse número chegará a 22,71% da população em 2050 (IBGE, 2008). Assim, o tamanho e a participação da população acima de 60 anos aumentará nas próximas décadas, e o país terá que atender uma sociedade mais envelhecida, com necessidades de geração de recursos e de construção de infra-estrutura que permitam um envelhecimento ativo (WONG; CARVALHO, 2006). Isso implica na necessidade de adequações das políticas sociais, com destaque para aquelas voltadas às demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (TELLES; GROISMANN, 2011).

A região Nordeste, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011b), apesar de ainda apresentar características de uma população jovem, caminha nesse processo de envelhecimento populacional, experimentando uma redução no percentual

de crianças menores de 5 anos, de 12,8% da população em 1991 para 8,0% em 2010, e um aumento na proporção de idosos, de 5,1% em 1991 para 7,2% em 2010.

O Estado da Bahia possui uma população de 14.016.906 habitantes, destes 9,9%, ou seja, 1.380.906 são idosos. E, a capital do Estado, Salvador, conta atualmente com um percentual semelhante de idosos, 9,2% ou 247.646 idosos (IBGE, 2011b).

Esse processo de envelhecimento populacional abriga dois fenômenos importantes: a feminização da velhice e o aumento do número de idosos mais idosos, o que Camarano (2002) refere como uma heterogeneidade do segmento populacional chamado idoso.

A maior mortalidade masculina, associada à longevidade feminina, leva a um maior número de mulheres na população idosa. No ano de 2010, dos 21 milhões de idosos, 55,5% eram do sexo feminino (CAMARANO, 2011). E, à medida que aumenta a idade dentro do segmento dos idosos, o número de mulheres torna-se maior. Entretanto, o fato das mulheres viverem mais do que os homens, resulta em estarem mais sujeitas a deficiências físicas e mentais do que a população masculina, bem como, maior probabilidade de ficarem viúvas e, em situação socioeconômica desfavorável (CAMARANO, 2011).

Apesar desses aspectos apontados, as mulheres idosas destacam-se socialmente por revelarem uma imagem da velhice mais dinâmica, já que participam de grupos de convivência, atividades de lazer e são mais gregárias do que os homens, resultado de uma liberdade geracional (BRITTO DA MOTTA, 2011). Dessa forma as peculiaridades de gênero estão presentes no envelhecimento populacional, repercutindo nos arranjos familiares, na liberdade experimentada pelas idosas, nos cuidados prestados aos idosos e pelos idosos, e nas questões de saúde e doença por estes apresentadas.

Sobre o aumento dos idosos mais idosos, Nasri (2008) destaca a importância de se observar esse envelhecimento dentro da própria população idosa, já que no ano de 2000, 17% dos idosos de ambos os sexos tinham 80 anos ou mais de idade, e a projeção para 2050 é de que este grupo, dos chamados idosos longevos, corresponderá, a aproximadamente 28%. Segundo Camarano (2011), em 1940 havia 170,7 mil pessoas acima de 80 anos, passando para 2,9 milhões em 2010.

Aliada à transição demográfica, com destaque para o aumento do número de idosos longevos, verifica-se também uma transição epidemiológica com maior acometimento da população por doenças crônicas não transmissíveis, as quais estão presentes em 9,3% dos indivíduos entre 0 a 14 anos, e entre idosos, este valor atinge 75,5% (IBGE, 2009).

A transição epidemiológica significa mudança no perfil de doenças que acometem a população. Em um país jovem, as doenças infecto-contagiosas são as mais frequentes, com possibilidade de resolução de cura ou morte, enquanto um país envelhecido apresenta um padrão de doenças crônicas, com a possibilidade de compensação ou não compensação (NASRI, 2008). Deste modo, as doenças crônicas não-transmissíveis, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, quando não controladas/compensadas levam à repercussões significativas na vida do idoso e de seus familiares, com destaque para a dependência funcional.

Além disso, as alterações provenientes da senilidade, como as demências, também se tornam cada vez mais presentes com o aumento do número de idosos, principalmente os longevos, pois o fator de risco mais associado ao surgimento da demência é a idade. A estimativa é que a prevalência de demência em indivíduos com 60 anos é de 1%, e aos 85 anos esse percentual atinge 30 a 50%, ou seja, o risco de desenvolvimento de demência dobra a cada 5 anos (MAGALDI, 2009).

Essa prevalência é extremamente significativa, já que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a demência faz parte do grupo das doenças mais importantes que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência, nos idosos.

Assim, diante dessa transição epidemiológica, com maior acometimento por doenças crônicas não transmissíveis e suas repercussões, os idosos constituem o grupo etário que mais utiliza os serviços de saúde, com taxas de hospitalização elevadas e necessidade periódica de avaliação e assistência médica (DUCA et al., 2010).

Segundo relatório do Banco Mundial (2011), o aumento da proporção de idosos na população e do uso dos serviços de saúde por esses idosos eleva os gastos com os cuidados à saúde, sendo um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas para o Brasil. Essas informações ratificam a urgente necessidade de criação de políticas públicas voltadas para atender às novas demandas de uma população em envelhecimento, e aperfeiçoamento das políticas já existentes, pois a rapidez com que ocorre esse fenômeno não permite mais protelar o desenvolvimento de intervenções específicas.

Para Polaro (2011), essas intervenções, principalmente no campo da saúde, devem assegurar o acesso aos serviços, sendo o cuidado ao idoso fundamentado nas modificações que ocorrem ao longo da vida, o que inclui os aspectos biológico, psicológico, social, cultural e espiritual, e necessitam de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação de patologias características do processo de envelhecimento.

Segundo a autora, o aumento da longevidade pode acontecer de forma benéfica, mas, também, pode resultar em uma velhice marcada por dependência, perda da autonomia e da qualidade de vida. A forma como a sociedade e o Estado se preparam e vivenciam o envelhecimento populacional são determinantes nesse processo.

2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu em 1988 como resultado de lutas pelo direito à saúde por parte dos cidadãos brasileiros através da sociedade civil organizada, trabalhadores de saúde, e do movimento sanitário com instituições originadas na década de 70, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979 (BRASIL, 2006a).

Foi através desses movimentos, que a 8ª Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, instituiu, no artigo 196, a saúde como um “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art.196).

Assim, o SUS foi criado em 1988 e, nos anos seguintes, regulamentado pelas Leis Orgânicas Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90. A primeira determina que a gestão, as ações e os serviços do SUS sigam princípios estruturantes, e estejam de acordo com as diretrizes estabelecidas na Constituição de 88. Já a Lei 8.142/90 define os conselhos e conferências de saúde como instâncias para a participação social, em níveis nacional, estadual e municipal (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Com base nessas leis que regem o SUS, o Ministério da Saúde desenvolve políticas, programas e estratégias de atenção à saúde, de forma a atender os cidadãos em suas diversas necessidades, e em níveis de complexidade diferentes, prezando, assim, pela universalidade do acesso, a equidade e a integralidade da assistência. Para isso, os serviços de saúde estão estruturados em atenção primária com as tecnologias de baixa densidade e baixo custo, a secundária com serviços ambulatoriais e diagnósticos e profissionais especializados, e a terciária, que envolve procedimentos de alta tecnologia e alto custo, como os de diálise e os oncológicos (BRASIL, 2007).

A atenção primária, ou atenção básica, é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b). Esse nível de atenção está organizado basicamente através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Desde 1998, o Ministério da Saúde adotou, o Programa de Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da atenção básica. Porém, inicialmente, foi criado como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco (PAIM et. al, 2011).

Após a avaliação de resultados positivos, esse programa, posteriormente tornou-se Estratégia de Saúde da Família - ESF, quando passou de um programa especial para uma estratégia de abrangência nacional, configurando-se em uma possibilidade de mudança do modelo assistencial, reorientação dos serviços de saúde a partir da Atenção Básica, e aumentando as possibilidades de expansão do conceito de saúde da família nesses serviços (CAVALCANTI, 2009).

Atualmente, o Brasil possui quase 32 mil Equipes de Saúde da Família responsáveis pela cobertura de 52,6% da população em 5.290 municípios do país, ou 95% de cobertura no país, com um ritmo de crescimento global de 3% ao ano (BRASIL, 2011).

O aumento na cobertura da ESF pode ser observado no maior conhecimento e utilização por parte de população desse serviço. Mais da metade dos brasileiros, ou 57%, referiram a atenção básica como seu serviço de saúde de uso habitual no ano de 2008, enquanto dez anos antes, em 1998, esse percentual era de 42%, em detrimento da diminuição no uso de serviços ambulatoriais de 21% para 12% no mesmo período (PAIM et. al, 2011). Dessa forma, percebe-se que, mesmo que lentamente, a proposta de reorganização dos níveis de complexidade do SUS a partir da atenção básica, está ocorrendo, com destaque para a ESF.

Para reorganizar o sistema de saúde e atender as demandas da atenção primária, a ESF baseia-se na atuação da Equipe de Saúde da Família. Essa equipe é composta basicamente por um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um técnico ou auxiliar de enfermagem, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, e pelos agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2011). Essa equipe deve atuar em um território delimitado, com a população

adscrita cadastrada na Unidade de Saúde, e reconhecimento das necessidades de saúde local, para o desenvolvimento de um planejamento estratégico (BRASIL, 2006c).

A ESF deve utilizar a interdisciplinaridade e a abordagem integral e humanizada, com base na realidade local e identificação das necessidades da população, além das ações coletivas na comunidade, atividades de grupo e a participação das redes sociais dos usuários (BRASIL, 2006b).

A fim de promover essa assistência integral e interdisciplinar, o Ministério da saúde criou em 2008, através da Portaria GM nº 154/2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF tem o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Para isso, deve basear-se na atuação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF (BRASIL, 2008).

A atenção básica é regulamentada, atualmente, pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da mesma, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

No que tange a atenção à saúde da pessoa idosa na ESF, esta não conta com um programa específico que considere as alterações características do processo de envelhecimento, sendo os idosos atendidos no programa de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes, a fim de cumprir as exigências desse programa (PINHEIRO, 2011).

Acrescido a esses fatores, Motta, Aguiar e Caldas (2011) trazem que os profissionais da ESF enfrentam os desafios decorrentes do envelhecimento populacional, com o aumento de idosos na unidade de saúde, com características específicas do processo de senescência e senilidade, competindo por atenção com crianças, mulheres gestantes, ou em idade fértil, e homens, num contexto onde coexistem doenças crônicas não transmissíveis, infecciosas e agravos, como a violência.

Assim, os profissionais da Equipe de Saúde da Família necessitam de mecanismos que garantam dentro dessa extensa demanda pela assistência, a atenção à saúde da pessoa idosa. Para isso, é necessário que o nível da Atenção Básica privilegie principalmente o caráter educativo e de proteção da vida e da saúde, com foco na qualidade de vida do idoso e de sua família (POLARO, 2011).

Nesse aspecto, a ESF possui ferramentas úteis para desenvolver medidas de educação e promoção da saúde não só para o indivíduo, mas para sua família, como é o caso da visita domiciliar, onde o profissional da estratégia tem contato com o idoso inserido em seu contexto familiar e comunitário, identificando as principais necessidades do binômio idoso/família.

Os profissionais da ESF também contam com o Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que traz as atribuições dos profissionais da Atenção Básica no atendimento à saúde da pessoa idosa. Esse Caderno aborda a avaliação global da pessoa idosa na Atenção Básica, avaliação do suporte familiar e social, dentre outros aspectos importantes no atendimento a pessoas acima de 60 anos (BRASIL, 2006b). A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é outro recurso disponível para os profissionais da Atenção Básica, onde pode ser realizado o registro e acompanhamento do calendário vacinal, pressão arterial, glicemia, e situações importantes que possam acometer o idoso.

Apesar dos recursos acima citados ainda serem pouco utilizados, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa acredita na relevância da ESF no cuidado ao idoso, através do enfrentamento das seguintes dificuldades: a) escassez de estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso, evidenciando-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a Atenção Básica por meio da ESF um papel fundamental (BRASIL, 2006d).

A importância da ESF, apesar da heterogeneidade de resultados entre as diversas localidades do país, pode ser comprovada pelo maior acesso dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis do que no modelo de Atenção Básica tradicional. Há, no entanto, a necessidade de assegurar aos idosos longevos e com incapacidade funcional o acesso às Unidades de Saúde da Família, pois estes utilizam esse serviço de maneira menos expressiva que os outros idosos (RODRIGUES et al., 2009).

Destaca-se, nesse aspecto, o papel dos ACS, que realizam o intermédio da relação entre o idoso, sua família e a equipe de saúde, já que registram os idosos que foram hospitalizados e identificam aqueles que requerem atendimento domiciliar (MOTTA, AGUIAR, CALDAS, 2011).

O atendimento domiciliar constitui-se em uma atividade que pode ser realizada na atenção básica a fim de prestar assistência às pessoas, que de forma temporária ou permanente

estão incapacitadas de se deslocar até serviço de saúde (ALENCAR; HENEMANN; ROTHENBUHLER, 2008). Para Leme e Dias (2007), o atendimento domiciliar envolve a visita domiciliar, a assistência domiciliar, e a internação domiciliar.

Segundo Duarte & Diogo (2000) o conceito de assistência domiciliar compreende as atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interprofissional no local de residência do cliente, através de visitas programadas em que procedimentos, geralmente de maior complexidade, são realizados. Já a atenção domiciliar é definida por Carletti e Rejani (1996 apud Duarte & Diogo, 2000, p.6) como:

[...] o serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por uma equipe interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia.

A partir desses conceitos, entende-se que a modalidade de atenção domiciliar é a forma de atendimento desenvolvida no domicílio pelos profissionais da ESF através da visita domiciliar, já que nem sempre são realizados procedimentos durante essas visitas. Rehem e Trad (2005) utilizando as definições de Duarte e Diogo (2000) destacam que essa é a principal diferença entre assistência e atenção domiciliar, pois esta última prescinde a realização de procedimentos.

No que se refere à visita domiciliar, segundo LEME e DIAS (2007, p. 686), esta é:

[...] o tipo de atendimento realizado pelo profissional de saúde e/ou equipe na residência do paciente com o objetivo de avaliar as suas demandas e as de seus familiares, bem como do ambiente em que vive, procurando estabelecer um planejamento assistencial voltado para a recuperação e/ou reabilitação. Busca-se com isso a autonomia e independência.

Considerando-se a visita domiciliar como uma das ferramentas fundamentais na ESF, os idosos longevos e que possuem incapacidades físicas ou cognitivas que os impedem de comparecer à Unidade de Saúde, bem como os que retornaram de uma internação hospitalar, podem ser favorecidos por esta modalidade de assistência. Destaca-se a situação dos idosos do Nordeste, os quais possuem pior condição funcional, em comparação com as demais regiões do país, o que leva a dificuldades no acesso aos serviços de saúde (IBGE, 2009).

Além de facilitar o acesso à assistência, a visita e o cuidado domiciliar ao idoso são fundamentais para a manutenção da sua autonomia e capacidade funcional. Um estudo realizado em um hospital universitário com 28 idosos revelou que estes, quando hospitalizados, apresentam declínio funcional no domínio motor, nas tarefas de autocuidado, do controle de urina, de locomoção, domínio cognitivo/social, que são recuperadas após o retorno ao domicílio (KAWASAKI; CRUZ; DIOGO, 2005).

Dessa forma, a ESF configura-se como uma possível medida alternativa para enfrentar a demanda por cuidados de longo prazo a idosos, sendo imprescindível o fortalecimento da capacidade da estratégia para fornecer assistência à população idosa no domicílio e em instituições residenciais (BANCO MUNDIAL, 2011).

Esse fortalecimento é fundamental diante da assistência ainda precária a esse segmento populacional. Um estudo realizado com profissionais da ESF em municípios do Rio de Janeiro revelou que estes demonstram um conhecimento incipiente para a atenção à saúde da pessoa idosa, o que dificulta a abordagem e levantamento de situações específicas do processo de envelhecimento. Essa situação demanda investimentos na capacitação, a fim de possibilitar a integração entre medidas preventivas, de reabilitação, considerando os determinantes socioambientais no processo saúde/doença dos idosos, bem como conhecimentos da geriatria e gerontologia (MOTTA, AGUIAR, CALDAS, 2011).

2.3 A ENFERMEIRA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece na Portaria nº 2.488/2011, que a enfermeira da ESF tem as seguintes atribuições específicas: realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; conforme protocolos, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, e, quando necessário, encaminhar usuários a outros serviços (BRASIL, 2011).

Ademais, a Portaria estabelece que a enfermeira deve cumprir uma carga horária semanal de 40h, e, além das atividades acima citadas, planejar, gerenciar e avaliar as ações

desenvolvidas pelos ACS; contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da USF (BRASIL, 2011).

Assim, as atribuições da enfermeira da ESF englobam desde a coordenação da equipe de enfermagem e de ACS, atividades gerenciais até o cuidado ao indivíduo, através da consulta de enfermagem, visita domiciliar e atividades na comunidade. E, como citado anteriormente, todas as fases do desenvolvimento humano devem ser contempladas pela assistência de enfermagem, o que inclui a atenção à saúde da pessoa idosa.

Nesse aspecto, a enfermeira da ESF deve realizar:

[...] atenção integral às pessoas idosas; assistência domiciliar, quando necessário; consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos, observadas as disposições legais da profissão; supervisão e coordenação do trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem; atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe; orientação ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos (BRASIL, 2006b, p.28).

Considerando as atribuições citadas, a assistência de enfermagem à pessoa idosa na ESF envolve não somente ações de caráter curativo, mas, principalmente, ações de prevenção a doenças e agravos, e promoção da saúde. Entretanto, para Polaro (2011), diante do número ainda significativo de idosos que apresentam doenças crônicas não transmissíveis, a assistência de enfermagem à pessoa idosa fragilizada na Atenção Básica deveria considerar a sua integralidade e possibilitar um acompanhamento periódico e contínuo, o que ainda não acontece na prática das USF, que despendem esforços na assistência curativa em detrimento à preventiva.

Nesse sentido, o cuidado ao idoso no domicílio torna-se cada vez mais necessário e eficaz, diante da possibilidade de realizar uma abordagem mais ampla dos fatores envolvidos no processo saúde-doença do mesmo. Entretanto, segundo Motta, Aguiar e Caldas (2011), a atenção domiciliar vai além da ida da equipe de saúde ao domicílio do indivíduo utilizando o modelo biomédico; envolve a compreensão do contexto familiar, socioeconômico e cultural, e a integração das redes de apoio existentes.

Assim, o cuidado domiciliar permite à enfermeira uma visão mais abrangente das condições de vida e saúde do idoso aí inserido em seu contexto social e familiar, favorecendo, assim, a prática do cuidar.

O termo cuidar é utilizado amplamente em textos, discussões e teorias de enfermagem como a essência da profissão, apesar de ser um termo amplo e de assumir várias conotações. No dicionário da língua portuguesa, a definição de cuidar é ter cuidado, tratar de, assistir, cogitar, imaginar, pensar (FERREIRA, 2012). No campo da enfermagem, Waldow e Fensterseifer (2011) definem o cuidar como uma atitude de consideração, de conhecimento, de amor, de solidariedade e de preocupação primordial, sendo uma obrigação moral do profissional que deve solidarizar-se, ou seja, perceber a vulnerabilidade do outro, sua necessidade de cuidado.

Nessa perspectiva, o cuidado assume uma abordagem ampliada, já que as necessidades de cuidado adentram diversos campos e dimensões do ser. O cuidado, então, acontece quando se atende às necessidades de saúde, além das que foram demandadas pelo indivíduo, ou seja, busca-se atender a necessidades de diversas ordens, e para isso, é fundamental que se considere o ser no contexto em que este está inserido. Segundo Collière (1999, p. 28-9):

Cuidar é, pois, manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação.

Assim, cuidar perpassa por uma essência existente nas práticas, que deve envolver todos os fatores que levam ao prosseguimento da vida, no seu caráter individual e coletivo. Já o tratar refere-se a uma ação isolada, que visa à resolução de um agravo específico, sem considerar outros fatores intervenientes ou não, mas que dizem respeito ao indivíduo que sofre o agravo (COLLIÈRE, 1999). Essa diferença básica entre cuidar e tratar deve ser entendida pelas enfermeiras para a melhoria da prática profissional.

Entretanto, como citado anteriormente, a atenção a pessoa idosa no âmbito da ESF ainda agrega um caráter curativo, direcionando a assistência à identificação e tratamento de patologias, o que descaracteriza a proposta da ESF. Um estudo realizado com enfermeiras da ESF no Estado de Santa Catarina, acerca da atenção a pessoa idosa, revelou que a prática destas está voltada para as queixas e doenças dos idosos, reforçando o modelo biomédico, fugindo do cuidado integral e evidenciando as fragilidades do trabalho da enfermeira na ESF (PINHEIRO, 2011).

Para Waldow (2010), a enfermagem brasileira ao longo dos anos passou a direcionar a assistência para ações curativas com ênfase no cuidado técnico e em tecnologias avançadas, dando menos visibilidade ao cuidado humano, o qual envolve ética, princípios, valores e relacionamento interpessoal.

Para que a assistência prestada transcenda a abordagem meramente técnica, curativa, e torne-se adequada às amplas necessidades dos indivíduos, as enfermeiras devem ter o cuidar como o cerne da profissão, e, diante das especificidades de cada pessoa, realizar uma abordagem diferenciada, seja nas consultas de enfermagem, visitas domiciliares, ou outras formas de assistência.

A compreensão do cuidado como a essência da práxis de enfermagem, considerando o ser humano em sua integralidade, baseando-se na ética e moral como sustentáculo para uma assistência que contemple as multidimensões da pessoa humana, demanda da enfermeira uma aproximação dessa integralidade do ser, necessitando, para tanto, ir além da ação técnica, promovendo o crescimento de quem cuida e de quem é cuidado (NUNES; SILVA; PIRES, 2011).

Entretanto, é preciso ressaltar que considerar o cuidado não significa rejeitar a abordagem técnica e científica, e sim, entendê-lo como um processo de interação entre os envolvidos, onde ciência, arte e tecnologia convergem para as ações de enfermagem (WALDOW, 2010). Dessa forma, o conhecimento técnico e científico deve aliar-se a uma relação interpessoal terapêutica entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, para que se possa prestar um cuidado integral. Parte do cuidado profissional, a técnica, só pode ocorrer numa dinâmica terapêutica sensível, onde a construção relacional do profissional com o ser cuidado possibilita o desenvolvimento do mesmo como pessoa no mundo (GONÇALVES, 2010).

Nessa discussão sobre o cuidado em enfermagem sob a perspectiva ampliada do ser humano, Oliveira e Carraro (2011, p. 376-80) discorrem:

Repensamos a cada dia sobre o cuidado de enfermagem não como um cuidado que se aprenda por meio de manuais e rotinas estáticas, mas um cuidado reflexivo que considere o outro, as coisas presentes e ausentes no cotidiano, que pense no agora já modificado, ou seja, um cuidado próprio, dinâmico e inacabado.

Assim, o cuidado prestado pela enfermeira deve pautar-se nas características próprias da vida, a qual não é estanque, e considerar que as necessidades humanas também não o são; pelo contrário, compreendem todo o dinamismo inerente aos processos vitais. Sendo assim,

compreender o ser cuidado através de uma abordagem integral é uma das possibilidades de alcançar esse cuidado dinâmico.

Nesse processo de cuidar, deve-se buscar o cuidado que estimula a independência do ser, que explora suas potencialidades, chamado por Heidegger de cuidado autêntico, o qual favorece a potencialidade existencial do ser cuidado de vir a ser (WALDOW, 2010). Em se tratando do cuidado à pessoa idosa, esse estímulo à independência e autonomia é fundamental, e norteia as políticas e discussões sobre a saúde da pessoa idosa na busca por um envelhecimento saudável e sem dependências.

Diante dessa perspectiva, é importante que a enfermeira atue juntamente com a Equipe multiprofissional da ESF, instruindo a comunidade sobre os fatores de risco a que os idosos podem estar expostos no seu domicílio e fora dele, desenvolvendo ações de promoção da saúde para esse grupo populacional e identificando os aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais que podem influenciar o bem estar da pessoa idosa e sua família. Além disso, a Equipe deve compreender a importância da manutenção do idoso no ambiente familiar e comunitário, para o seu bem estar físico e mental (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Para Aires e colaboradores (2006), na ESF deve haver discussões sobre as necessidades de saúde dos idosos e promoção de atividades de educação permanente dos profissionais da equipe multidisciplinar, a fim de direcionar a atuação destes para as reais demandas desse grupo de indivíduos.

Ainda para essas autoras, a enfermeira tem papel fundamental na Equipe de Saúde da Família, pois, deve avaliar as necessidades do idoso, família e cuidadores, considerando a realidade de cada um deles. Para isso, necessita de um conhecimento científico sobre o processo do envelhecimento humano, além de ser capaz de promover a qualidade de vida através de ações educativas junto ao idoso, família e cuidadores, e por meio das visitas domiciliares aos mesmos, implementar um cuidado domiciliar que vise atender as necessidades do idoso no seu contexto familiar.

Sobre a utilização da visita domiciliar pela enfermeira da ESF, esta permite um conhecimento acerca da realidade do idoso, bem como a identificação das suas necessidades básicas e da dinâmica familiar, favorecendo a melhoria da assistência e o fortalecimento do vínculo entre a enfermeira, o idoso e sua família (ROCHA et al., 2011). Diante dessas possibilidades, e da ausência de um programa específico para a assistência ao idoso na ESF, a visita domiciliar constitui-se em uma ferramenta de grande utilidade para que a enfermeira possa direcionar a atenção e cuidado à saúde da pessoa idosa.

Entretanto, para além das necessidades do idoso é imprescindível compreender as vivências da enfermeira da ESF, suas possibilidades e limitações cotidianas. Um estudo realizado em Centros de Saúde de Portugal revelou que as enfermeiras enfrentam dificuldades na realização da visita domiciliar aos idosos, como a rotatividade das enfermeiras, levando a uma descontinuidade temporal e a comunicação deficiente entre a equipe de profissionais (PEREIRA; COSTA, 2007).

Assim, a assistência prestada pela enfermeira é influenciada pelas limitações que encontra na realização das atividades que planeja. A ausência de recursos materiais, qualificação profissional e capacitação específica para a geriatria e gerontologia são outros fatores que também contribuem para limitar a atuação da enfermeira da ESF na atenção à pessoa idosa (ROCHA et al., 2011). E, no que tange a visita domiciliar, um fator que interfere na disponibilidade dos profissionais da ESF para a realizarem é que a atenção domiciliar convive com uma gama extensa de outras atividades desenvolvidas pelas equipes (REHEM; TRAD, 2005).

Dessa forma, a identificação e compreensão desses fatores limitantes são fundamentais para redefinir a assistência de enfermagem ao idoso na ESF, de modo que garanta o seu espaço de maneira efetiva, e permita a abordagem direcionada ao processo de envelhecimento humano.

Outro ponto de fundamental compreensão são as novas configurações familiares existentes, as quais tornam o cuidado prestado no domicílio por parte de cuidadores formais e profissionais de saúde, cada vez mais, imprescindível. O envelhecimento populacional ainda aliado às doenças crônicas degenerativas e à dependência, e a incorporação da mulher ao mercado de trabalho levam à necessidade de políticas sociais e de saúde que considerem essa nova realidade, como, por exemplo, as modalidades de cuidado domiciliar (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

2.3.1 As novas conformações da família: a enfermeira da ESF e a pessoa idosa no contexto familiar

O conceito de família, segundo Lenoir (1998), encontra-se, de forma geral, perpassando pela idéia de instância de reprodução biológica e social, e permeado de pré-noções que os indivíduos estabelecem na sociedade. Essas pré-noções resultam na seguinte

concepção de família: “conjunto homogêneo dotado de coesão resultante da semelhança entre os agentes que o compõem, sendo um todo coerente, estruturado e unido”. Essa é a noção de família idealizada socialmente, e que leva a rejeição de tudo que se opõe ou a ameace.

Entretanto, muitas são as famílias que não mais agregam todos esses valores socialmente desejáveis, pois as estruturas familiares modificam-se de acordo com as suas necessidades econômicas e contexto social. Assim, existem famílias compostas por apenas dois indivíduos, quando um casal opta por não ter filhos, bem como, existem famílias extensas, onde mais de uma geração de indivíduos convive no mesmo ambiente domiciliar. Nesse último exemplo, a convivência intergeracional leva a experiências diversas, desde conflitos e desarmonia entre os membros, o que pode ir de encontro ao conceito de família estabelecido, até ajuda e troca de experiências entre os mesmos.

A solidariedade entre gerações no espaço privado, ou seja, no seio familiar, baseia-se inicialmente na relação afetiva existente entre os indivíduos que o compõe, o que direciona para a ajuda mútua e retoma o conceito de família citado anteriormente. Para além dessa solidariedade, que está mergulhada nas relações familiares, há a solidariedade associativa, baseada na frequência dos contatos, a solidariedade funcional que se relaciona à reciprocidade na ajuda, e a solidariedade consensual que mede a concordância nas opiniões entre os indivíduos (ROSSI apud ATTÍAS-DONFUNT, 1996).

Assim, nas famílias multigeracionais a solidariedade está presente na ajuda entre os seus membros no cotidiano. A ajuda financeira, por exemplo, é fornecida por muitos avós a seus netos, ou ainda de pais para filhos, sendo verificada essa tendência do mais velho contribuir para o sustento do mais jovem, caracterizando o idoso, muitas vezes, por sua importância econômica na família e na sociedade. O prolongamento dos anos de estudo, que leva ao ingresso cada vez mais tardio do jovem no mercado de trabalho, resulta nesse suporte financeiro dos mais velhos por um tempo também prolongado.

Para Britto da Motta (2000), o suporte financeiro que os idosos fornecem para suas famílias é tão significativo na sociedade, que suas aposentadorias e pensões representam o sustento de uma família e, não apenas do idoso, sendo necessário, inclusive, reforçar essa importância na esfera pública a fim de ratificar a necessidade da regulação adequada desses benefícios.

Além disso, os idosos, com destaque para as mulheres idosas, contribuem na criação dos netos e bisnetos, levam para as escolas, cursos e cuidam no espaço doméstico, revelando como a solidariedade entre gerações ocorre em um fluxo quase que unidirecional, já que os

mais jovens, em muitos casos, contribuem com os mais velhos apenas quando estes estão em situação de dependência.

Segundo Fonseca (2005), esse cuidado parece ocorrer em uma direção única, porque ele está caracterizado como uma dívida que será paga a longo prazo, servindo para reforçar a obrigação que os filhos e netos têm para com o adulto ou o idoso quando este estiver mais idoso, e “marcar o lugar desse idoso na rede familiar”. Assim, há apenas esperança dessa reciprocidade, porém não há a garantia de que existirá esse retorno.

Entretanto, apesar da existência da solidariedade entre gerações não se pode afirmar categoricamente que viver em um domicílio multigeracional garante, no caso dos idosos, um envelhecimento de qualidade ou demonstra o quanto as relações familiares são equilibradas e afetuosas (DEBERT, 2004). Algumas famílias vivem nessa condição por terem uma situação econômica que não lhes permite a quebra do vínculo entre os membros.

Assim, os filhos ao casarem não têm uma estabilidade financeira para saírem do domicílio dos pais, e constituem o seu núcleo familiar nesse ambiente, o que segundo Britto da Motta (2010), é reflexo da reestruturação produtiva e dificuldade de inserção no mercado de trabalho.

Além disso, segundo a autora, o convívio multigeracional também é consequência de relações afetivas instáveis que, quando desfeitas, levam à reaproximação das gerações. Destaca-se, nesses casos a dita “geração pivô” constituída pelos idosos mais jovens que acumulam responsabilidades no domicílio multigeracional, sendo ao mesmo tempo cuidadores dos seus pais, idosos mais velhos, e dos filhos e netos. Essa configuração contemporânea da família resulta em um convívio intergeracional, muitas vezes, conflituoso.

A origem dos conflitos de gerações está na necessidade que cada geração tem de perpetuar as suas conquistas, valores e moral para os seus sucessores, como garantia de continuidade e transmissão cultural, porém, estes, muitas vezes, não estão dispostos a essa reprodução e a contestam, criticando tradições e propondo mudanças. Assim, se as gerações não estiverem abertas à possibilidade de mudança e adaptação do seu legado cultural, diante das redefinições da nova geração, surgem os conflitos intergeracionais (FORACCHI, 1972).

Dessa forma, nas famílias onde há a convivência multigeracional há a possibilidade de conflito, diante dessa reafirmação de valores por cada geração, o que não exclui a solidariedade entre os seus membros. O conflito que pode parecer prejudicial ao ideal de família, torna-se uma relação possível e esperada quando pessoas de diferentes gerações buscam conviver com valores fundamentais, porém divergentes para cada uma delas.

Segundo Birman (1995), é essa convivência entre gerações que permite a transmissão da cultura ao longo do tempo. Para este psicanalista a cultura é transmitida e não ensinada, tendo o idoso papel fundamental nesse processo. Em algumas sociedades tribais o prestígio dos mais velhos está, exatamente, no seu saber cerimonial, ou seja, na sua capacidade de transmitir aos mais jovens as tradições dos rituais.

A família extensa vivencia essa transmissão cultural através da evocação da memória dos mais velhos de maneira mais intensa do que as famílias nucleares, onde a memória cultural é encontrada em registros impressos e digitais, justamente pela escassez de convívio multigeracional. Assim, a solidariedade e o conflito entre as gerações estão imbricados em um processo de transmissão do legado cultural e da reafirmação de valores entre os indivíduos.

Para Britto da Motta (2002), é imprescindível uma reflexão acerca das relações e situações geracionais, bem como da influência do gênero e da classe social para que se faça uma análise social do envelhecimento. Certamente, a vivência do envelhecimento pelos indivíduos se dá de formas distintas, de acordo com sua condição social, gênero, e outros fatores influentes como etnia, por exemplo. Assim, uma mesma geração de pessoas vivencia o envelhecimento em um determinado contexto histórico e temporal, porém suas percepções individuais sobre esse processo serão diferentes.

É importante ressaltar que o envelhecimento nem sempre foi considerado objeto de análise social e de reflexão, até porque a velhice, segundo Birman (1995) não é uma concepção absoluta, e sim interpretações sobre o percurso da existência, que sofrem influência da história e do tempo. Assim, tornou-se alvo de estudos quando, na modernidade, instituiu-se a reprodução biológica e de riqueza como fundamental para a sociedade. Nesse contexto, onde a capacidade de produção e reprodução eram supervalorizadas, a velhice passou a ser observada, como um momento deplorável da vida, quando a existência perdia o seu valor e significado social, e a única coisa que se podia esperar era a morte.

Diante deste quadro, o idoso era considerado um fardo para os mais jovens que tentavam produzir riquezas para o crescimento do Estado e, ainda tinham que prover suprimento para os mais velhos, assim, a velhice passou a constituir um problema social e objeto de estudo. Porém, o que a configura como problema social não é o peso do idoso na sociedade, e sim em que período histórico e tipo de sociedade isso ocorre, pois essa construção social da velhice como problema não ocorreu em outros tipos de sociedade, como as tribais, onde o idoso também era sustentado pelos mais jovens.

Na América do Sul, a tribo dos Suyá, por exemplo, realiza uma cerimônia que representa a passagem da fase adulta para a velhice, e é marcada, dentre outros rituais, pela inversão no uso dos termos pai e filho. O velho chama o jovem de “meu pai” e o jovem chama o velho de “meu filho”, caracterizando a dependência do velho em relação ao jovem que passa a ser o responsável por sua alimentação (SEEGER, 1980). Então, se nessa sociedade há a dependência dos idosos em relação aos mais jovens, por que isso não se configura como um problema social? Daí a importância de entender as características da sociedade, já que é esta que constrói os seus problemas sociais.

Na sociedade tribal, como foi dito anteriormente, o velho tem o saber cerimonial, e por isso é respeitado e sustentado pelos mais jovens diante da sua perda de força física. Entretanto, na sociedade moderna não se atribui valor a esse saber cerimonial, até porque não existem mais rituais e, a cultura pode ser registrada e transmitida através de livros. O conceito de geração, nessa sociedade, está ligado à oposição ao que está vigente, e as práticas de uma geração só são reproduzidas se muito bem justificadas após momentos de crise (DEBERT, 1999).

O que se valoriza na modernidade é a capacidade de produção, e como os velhos não a possuem, já que passam por um processo contínuo de perdas, não têm contribuições para a sociedade, apenas ônus. Foi essa visão da sociedade moderna que colocou o idoso na condição de problema social.

Na sociedade contemporânea o idoso vê-se à margem não apenas pela exclusão do mercado de trabalho, mas por fatores como as tecnologias digitais, o mundo virtual e informatizado que, atualmente, faz parte do cotidiano dos mais jovens e são considerados básicos para a realização de diversas atividades, como transações bancárias, compras, atividades de lazer e objetos de uso doméstico. O mundo que parece incompreensível para os idosos o distancia de muitas possibilidades que são fornecidas para a sociedade imediatista, e o coloca novamente em uma condição de dependência para com os jovens, onde a solidariedade pública entre gerações faz-se imprescindível para a inserção do idoso nesse meio.

Para Debert (1999), nessa sociedade contemporânea onde a obsolescência das tecnologias é veloz e os conhecimentos anteriores tornam-se obstáculos à adaptação ao novo, há, no entanto, uma tendência à quebra do estereótipo do envelhecimento como uma fase de perdas e finitude. O envelhecimento seria considerado um momento de diversas possibilidades, onde novas formas de saber e se relacionar são postas àqueles que já possuem

uma experiência de vida, que talvez não tenha sido satisfatória, e têm a possibilidade de mudança nessa nova fase do curso de vida pós-moderno.

Assim, o papel do idoso no espaço público e privado vem ganhado novas características na contemporaneidade. A família do idoso é marcada por muitas idosas como chefes de família, que partilham suas aposentadorias e pensões com os filhos e netos, e algumas que moram sozinhas, por opção ou não, vendo essa situação, não como abandono ou solidão e, sim, como uma possibilidade de independência que não possuíam quando casadas (BRITTO DA MOTTA, 1998).

Dessa forma, o contexto do envelhecimento na contemporaneidade, revela a substituição do estereótipo do idoso inativo pelo idoso dinâmico, envolvido em atividades fora do seu domicílio e suporte financeiro da família (BRITTO DA MOTTA, 2000). Entretanto, esse novo estereótipo convive com a realidade de muitos idosos incapacitados e dependentes de cuidados. Assim, as enfermeiras da ESF deparam-se com as novas conformações de família, constituídas por indivíduos de gerações diferentes que convivem no mesmo domicílio, vivenciando momentos de conflitos e de solidariedade, com idosos ativos e idosos dependentes.

A enfermeira que adentra um domicílio deve estar preparada para as diversas possibilidades que poderá encontrar e saber conduzi-las, de forma a contribuir para a conduta e cuidado prestado. Se a enfermeira ignora a importância das relações intergeracionais e da influência do gênero na conformação familiar, ela se priva de uma compreensão mais profunda acerca de certos fenômenos que, muitas vezes, interferem na adesão a um tratamento, ou no sucesso do mesmo, explicando-os de forma superficial o que impede a sua resolução.

O papel que o idoso assume em sua família irá repercutir no seu autocuidado, na maior ou menor adesão a tratamentos, e medidas de promoção à saúde, pois o tempo que ele reserva para si pode ser diminuído em decorrência de suas tarefas como mãe, pai, avô ou avó. Nesse aspecto, destaca-se a questão das mulheres que, na maioria das famílias, são escolhidas como cuidadoras preferenciais, e já idosas ainda cuidam de seus maridos, muitas vezes, não dedicando um tempo para o cuidado de si mesmas.

Oliveira (2010), em um estudo realizado com cuidadoras de idosos dependentes no domicílio, relata que muitas cuidadoras de idosos são também idosas, devido ao fato de se atribuir essa função primeiramente ao cônjuge, e depois a filhas e noras. Refere ainda, que essas cuidadoras demonstravam uma sobrecarga adicional ao cuidado, pelo fato de já

possuírem problemas de saúde, os quais não tinham tempo de cuidar, diante da exaustiva e prolongada tarefa de cuidadoras.

Não só o papel de cuidadora como cônjuge, mas o cuidado aos netos e filhos também sobrecarrega as idosas, pois a dificuldade para se inserir e se manter no mercado de trabalho faz com que muitos jovens e adultos dependam de seus pais mais idosos, os quais possuem a aposentadoria como renda fixa e, por isso são o estio da família. Além disso, alguns idosos, mesmo aposentados ainda trabalham para complementar a renda familiar, o que causa uma sobrecarga e desgaste físico, interferindo na sua saúde e bem estar. Daí a importância, da enfermeira que realiza a visita domiciliar atentar para esta dinâmica familiar, e estruturar o seu plano de cuidados com base nas necessidades que idoso possui, e no contexto familiar em que está inserido.

Torna-se complicado solicitar a uma idosa que tenha adesão a um programa de controle da hipertensão, através de caminhadas diárias, restrição de sal nos alimentos e redução do stress, se ela é responsável por cuidar dos netos, cozinhar para toda a família, e ainda lava roupa para complementar a renda, pois os filhos estão desempregados. Certamente, será difícil para essa idosa conseguir aderir ao programa, pois diante de tantas preocupações, isso não será prioridade para ela. Segundo Fonseca (2005), as circunstâncias socioeconômicas variadas levam os indivíduos a terem visões do mundo também variadas, priorizando algumas coisas em detrimento de outras que considere menos importantes.

Esse é um exemplo simples do que a enfermeira da ESF se depara ao visitar o domicílio de muitas famílias multigeracionais, e que torna o seu trabalho complexo, pois cuidar no contexto domiciliar e comunitário envolve a compreensão dos diversos fatores envolvidos no processo saúde-doença dos indivíduos, que vai muito além do diagnóstico e tratamento de patologias, considera os fenômenos sociais, culturais e econômicos, que estão imbricados nesse processo.

Para Martins et al. (2007), cuidar no domicílio é uma das tarefas mais desafiadoras para a equipe de saúde devido as suas características de instituição informal, que difere do hospital, e por isso mesmo, este ambiente é permeado por aspectos de significância para os seus moradores que podem não ser compreensíveis para quem não reside nele, mas que devem ser considerados pela equipe de saúde.

A enfermeira que trabalha com a saúde da família, ao interagir com os indivíduos que a compõe, necessita compreender que as suas relações são dinâmicas e ultrapassam o que está

à mostra, envolve fatos antigos e dívidas de reciprocidade futuras, sendo importante para a sua compreensão uma adequada fundamentação teórica (FONSECA, 2005).

Surge daí a necessidade de capacitação para que os profissionais, que realizam a visita domiciliar na ESF, compreendam a influência da dinâmica familiar e das relações intergeracionais e de gênero na saúde dos indivíduos que assistem, pois a graduação nos cursos de saúde não abarcam todos esses aspectos sociais e antropológicos, que envolvem o estudo do indivíduo no contexto familiar.

Outro aspecto de grande relevância para a enfermeira da ESF é a identificação de redes de apoio dentro e fora da família do idoso para que a equipe de saúde possa estabelecer vínculos de corresponsabilidade no cuidado a esse idoso, principalmente ao idoso dependente, quando se faz necessário reconhecer o papel de cada membro nesse processo de suporte informal, e capacitá-los para que a prestação de cuidados seja adequada.

Nos casos de idosos dependentes, além do suporte informal, fornecido pelos familiares, amigos e vizinhos, o suporte formal prestado pelos profissionais de saúde contribui para a manutenção do equilíbrio familiar, já que atenua a sobrecarga do familiar cuidador através de orientações sobre a melhor forma de cuidar, favorecendo a redução de conflitos diante do stress do cuidado cotidiano.

É importante que a enfermeira da ESF ao adentrar o domicílio dos idosos identifique os papéis que cada membro da família assume, e a partir dessa identificação direcione seu plano de cuidados, incluindo todas as relações que envolvem o idoso. Além de identificar o papel dos outros membros da família, o papel que o idoso assume na família, como dito anteriormente, é fundamental para a compreensão do cotidiano do idoso e de suas condições de vida.

O idoso que é o estio financeiro de uma família tem uma representatividade diferente do idoso que é dependente de cuidados e economicamente dos familiares. Da mesma forma, o idoso que vive apenas com o seu cônjuge terá uma vivência do envelhecimento diferente do idoso inserido em uma família multigeracional. Entender que o cotidiano desses idosos é diferente e, que isso reflete na sua saúde, é um ponto chave para um atendimento de qualidade e eficaz na ESF.

Ações intersetoriais, envolvendo outros segmentos que não apenas o setor saúde, também são estratégicas na atuação do sistema formal. A inclusão da população idosa em atividades de grupo, por exemplo, possibilitam o contato com indivíduos da mesma geração do idoso e de outras gerações também, resultando em um intercâmbio de informações e

conhecimentos natural na convivência intergeracional, e que é estimulante e saudável para todos os envolvidos. Assim, os profissionais da ESF devem promover atividades que vão além do controle da hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, atividades intersetoriais que acolham a família multigeracional do idoso e fortaleçam a noção de saúde da família.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem metódica fenomenológica proposta por Martin Heidegger (2006).

Fenomenologia é um modo de investigar, é falar de algo tal como esse algo se mostra (HEIDEGGER, 2012). O termo fenomenologia significa deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra a partir de si mesmo, ou seja, o fenômeno:

[...] o que não se mostra diretamente e na maioria das vezes e sim se mantém velado frente ao que se mostra diretamente e na maioria das vezes, mas ao mesmo tempo, pertence essencialmente ao que se mostra diretamente e na maioria das vezes a ponto de constituir o seu sentido e fundamento (HEIDEGGER, 2006, p. 66).

Assim, a fenomenologia busca desvelar o sentido do fenômeno que não se mostra diretamente, a fim de chegar aquilo que a coisa é, ir às coisas mesmas, e explicar as estruturas em que a experiência do vivido se constrói (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008). Ou seja, a fenomenologia “deve fazer ver o que se esconde, trazer à luz o que está na sombra, trazer a claro o que está em recesso” (PASQUA, 1993). Dessa forma, o método fenomenológico permite sair do ôntico, do mais óbvio e posto em evidência para chegar ao ontológico, à essência, ao que não se mostra diretamente, indo assim às coisas mesmas.

Para isso, a fenomenologia não se preocupa em explicar ou encontrar relações causais para os fenômenos, e sim em descrevê-los, pois é através dessa descrição que se chega à compreensão dos mesmos (CARVALHO; VALLE, 2002). Por meio da descrição se compreende o ser humano como ser-no-mundo, bem como, suas vivências e experiências individuais e coletivas, de forma a captar e apreender o vivido das pessoas (RIBEIRO, 2011). Para Carvalho e Valle (2002, p.845):

A descrição de experiência por quem vivencia um fenômeno é o caminho para a compreensão dele, e a linguagem é uma das formas que se abrem para essa compreensão.

Dessa forma, a abordagem fenomenológica heideggeriana propõe a busca pela essência do ser e do vivido, considerando o fenômeno do tempo, que não é o tempo vulgar,

por isso mesmo Heidegger denomina temporalidade, essencial para que se alcance esse entendimento.

Além do tempo, existem outras estruturas existenciais como a espacialidade, o ser-com-o-outro, a disposição, a compreensão, o cuidado, a queda e o ser-para-a-morte, que permitem superar a compreensão ôntica, do ente, para se chegar a uma compreensão ontológica, o entendimento do ser, da essência (MOREIRA, 2010).

Dessa forma, é através da metodologia fenomenológica, que libera o nosso olhar para a análise do vivido, que se pode mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos, que se mostram e se expressam de si mesmos na entrevista fenomenológica (CAPALBO 1991 apud CARVALHO, 1991, p.6).

3.2 LÓCUS DO ESTUDO

O lócus do estudo foram as USF vinculadas ao município de Catu, o qual está localizado na BR-110, à 78 km da capital do Estado da Bahia, em uma área de 416 km², e, segundo dados do IBGE (2011), possui 51.077 mil habitantes e destes, 9%, ou, 4774 mil são idosos.

O município de Catu surgiu em 26 de junho de 1868, com o nome de Santana do Catu, sendo simplificado posteriormente em 1931. Desde o Decreto estadual n.º 11.089, de 30 de novembro de 1938, o município é formado por três distritos: Catu (sede), Bela Flor e Sítio Novo (IBGE, 2011c). A maioria da população, ou 42.747 habitantes, reside na zona urbana, enquanto 8.328 habitantes estão na zona rural do município (IBGE, 2011b).

Dentre as regiões de assistência à saúde do Estado da Bahia, o município de Catu faz parte da macrorregião Nordeste, inserido na microrregião de Alagoinhas na 3ª Diretoria Regional de Saúde (BAHIA, 2012). A gestão dos serviços de saúde é municipal, e segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município conta com 451 profissionais de saúde distribuídos em 55 estabelecimentos de saúde, dispondo de 55 leitos SUS de um total de 109 leitos (BRASIL, 2012).

Dos 55 estabelecimentos acima citados, 15 referem-se às Unidades Básicas de Saúde onde estão alocadas as Equipes de Saúde da Família. As Unidades de Saúde da Família (USF) são as seguintes: USF de Pedras; USF de Santa Rita; USF de Barão de Camaçari; USF de Bela Flor; USF de URBIS; USF de Bom Viver; USF de Gravito; USF de Sítio Novo; USF de

Pau Lavrado; USF do Pioneiro; USF de Estanques; USF de Rua Nova; USF de Alexandre Ferreira; USF de Boa Vista; USF de Planalto.

Dessa forma, o município possui um quadro de 15 Equipes cadastradas, incluindo as Equipes dos três distritos pertencentes ao município e das comunidades rurais. Como cada equipe possui uma enfermeira, o município conta com 15 enfermeiras que atuam na ESF.

A escolha desse município como campo do presente estudo se justificou pelo fato de ser considerado envelhecido, já que a Organização Mundial de Saúde considera uma população envelhecida, quando esta é composta por um número de idosos superior a 7% de sua população total. O número de 15 enfermeiras também é significativo para um estudo de abordagem qualitativa, sendo então, relevante para o estudo.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Do total de 15 enfermeiras que compõem o quadro da Atenção Básica do município de Catu, 13 fizeram parte do estudo, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiras cadastradas na ESF do município de Catu; que atuassem na Estratégia há mais de seis meses, considerando esse período mínimo para que o profissional reconheça o perfil populacional do seu território e elabore planos de intervenção; e que aceitassem participar da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Os critérios de exclusão foram: enfermeiras que atuassem na Estratégia de Saúde da Família há menos de seis meses.

Segue a caracterização de cada participante do estudo de acordo com o instrumento de coleta de depoimentos utilizado:

E1: sexo feminino, 26 anos. Graduiu-se em Enfermagem no ano de 2009, e concluiu a Pós-graduação na área de UTI Neonatal e Pediatria em 2011. Há dois anos e seis meses atua na ESF do município de Catu.

E2: sexo feminino, 25 anos. Graduiu-se em enfermagem no ano de 2009, e cursa Pós-graduação na área de UTI e Emergência. Há três anos atua na ESF do município de Catu.

E3: sexo feminino, 25 anos. Graduiu-se em enfermagem no ano de 2009, e concluiu a Pós-graduação na área de Enfermagem do Trabalho em 2011. Há dois anos atua na ESF do município de Catu.

E4: sexo feminino, 28 anos. Graduou-se em enfermagem no ano de 2008, e cursa Pós-graduação na área de Enfermagem do Trabalho. Há três anos e seis meses atua na ESF do município de Catu.

E5: sexo feminino, 31 anos. Graduou-se em enfermagem no ano de 2007, e não possui Pós-graduação. Há quatro anos atua na ESF do município de Catu.

E6: sexo feminino, 29 anos. Graduou-se em enfermagem no ano de 2010, e cursa Pós-graduação na área de UTI e Emergência. Há seis meses atua na ESF do município de Catu.

E7: sexo feminino, 38 anos. Graduou-se em enfermagem no ano de 2010, e concluiu a Pós-graduação na área de Saúde Coletiva em 2011. Há dez meses atua na ESF do município de Catu.

E8: sexo feminino, 31 anos. Graduou-se em enfermagem no ano de 2008, e concluiu a Pós-graduação na área de UTI em 2010. Há três anos atua na ESF do município de Catu.

E9: sexo feminino, 29 anos. Graduou-se em enfermagem no ano de 2011, e cursa Pós-graduação na área de UTI e Emergência. Há dez meses atua na ESF do município de Catu.

E10: sexo feminino, 27 anos. Graduou-se em enfermagem no ano de 2009, e cursa Pós-graduação nas áreas de Enfermagem do Trabalho e Emergência. Há dois anos atua na ESF do município de Catu.

E11: sexo feminino, 30 anos. Graduou-se em enfermagem no ano de 2004, e concluiu a Pós-graduação na área de Enfermagem do Trabalho em 2006. Há três anos e seis meses atua na ESF do município de Catu.

E12: sexo feminino, 27 anos. Graduou-se em enfermagem no ano de 2008, e concluiu a Pós-graduação na área de Saúde da Família em 2011. Há quatro anos atua na ESF do município de Catu.

E13: sexo feminino, 27 anos. Graduou-se em enfermagem no ano de 2009, e cursa Pós-graduação na área de Saúde da Família. Há um ano e cinco meses atua na ESF do município de Catu.

3.4 COLETA DE DEPOIMENTOS

A coleta de depoimentos na pesquisa fenomenológica é o encontro entre o sujeito que conhece e vivencia um fenômeno e o pesquisador que o desconhece (CARVALHO; VALLE,

2002). Através desse encontro, busca-se os depoimentos que levarão à descrição e posterior compreensão do fenômeno em estudo.

Para Heidegger (2012, p.17), “a fala faz com que o ente se manifeste, se torne acessível. [...] tem a possibilidade de desocultar, colocar aí à vista o que antes estava oculto, encoberto”. Assim, tendo a fala como meio para o acesso ao fenômeno, a coleta dos depoimentos deu-se através da entrevista fenomenológica com os sujeitos do estudo. Por meio dessa entrevista pode-se apreender a maneira do indivíduo vivenciar o mundo:

[...] é uma maneira acessível ao cliente de penetrar a verdade mesma de seu existir, seja ela qual for, sem qualquer falseamento ou deslize, sem qualquer conceito ou impostura (CARVALHO, 1991, p. 35).

Para que se alcance a essência dessa vivência é fundamental que o pesquisador consiga criar um ambiente empático durante a entrevista, de forma a captar as emoções e reações do entrevistado através da linguagem, dos gestos e expressões reveladas no decorrer da entrevista.

Dessa forma, deve haver uma comunhão entre o entrevistador e o entrevistado, um ouvir olhando para o entrevistado, e envolvendo-se com ele, impregnando-se dos seus gestos e de sua forma de dizer as coisas, abolindo preconceitos e perspectivas (CARVALHO, 1991).

Segundo Moreira e Cavalcante (2008), a entrevista fenomenológica objetiva apreender a experiência vivenciada na perspectiva do sujeito do estudo, devendo constar de uma pergunta inicial ampla dividida em perguntas menores que podem auxiliar na descrição do fenômeno, mas que não sofrem a influência de conceitos pré-estabelecidos pelo pesquisador.

Neste estudo, a realização da entrevista fenomenológica deu-se através de um instrumento para coleta dos depoimentos (APÊNDICE B) que foi um formulário, contendo questões objetivas de caracterização do profissional e uma questão aberta inicial.

O contato inicial no lócus do estudo foi realizado com o secretário de saúde e a coordenadora da Atenção Básica do município de Catu, a fim de expor os objetivos da pesquisa e solicitar a autorização para a realização da mesma (APÊNDICE C). Após essa autorização e aprovação do comitê de ética, realizou-se, através da coordenação da Atenção Básica do município, o contato individual com cada enfermeira. Nesse contato foi explicado do que se tratava a pesquisa e como se daria a participação dos sujeitos. A partir desse contato e do aceite da enfermeira em participar da pesquisa, as entrevistas foram agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade e conveniência para cada enfermeira, assim como para a pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas nos meses de junho e julho de 2012, de forma reservada, no consultório de enfermagem da Unidade de Saúde da Família de cada enfermeira entrevistada. Todas as enfermeiras haviam disponibilizado previamente um horário ou turno do seu dia para a realização da entrevista, de forma que não houve interferência nos atendimentos, e conseqüentemente, não ocorreram interrupções durante a mesma.

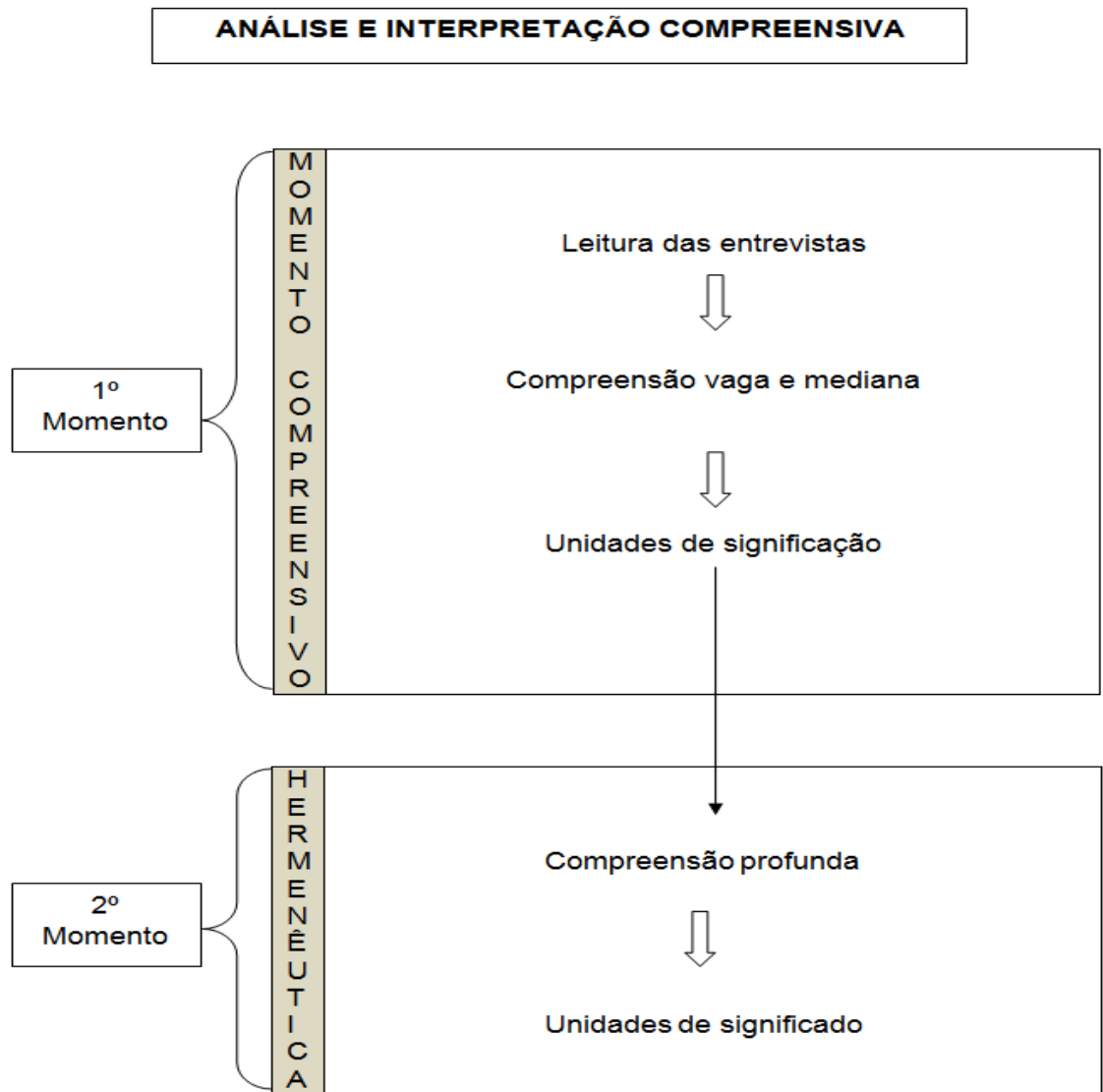
Antes de iniciar as entrevistas, as enfermeiras foram novamente informadas acerca dos objetivos da pesquisa, sendo realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, e esclarecimento de qualquer dúvida que houvesse. Após a assinatura do TCLE pela entrevistada e pela pesquisadora, uma via do mesmo era entregue à entrevistada, e iniciavam-se as entrevistas. Todas as entrevistas foram registradas com o uso de gravador, sendo posteriormente transcritas na íntegra. Elas foram encerradas no momento em que foi alcançado o desvelamento dos sentidos do vivido pela enfermeira no cuidado ao idoso no domicílio.

3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

A análise e interpretação dos depoimentos seguiram a abordagem fenomenológica proposta por Martin Heidegger (2006), apresentando dois momentos: momento compreensivo e momento da análise hermenêutica, conforme o plano de análise que segue abaixo.

O momento compreensivo busca apreender e destacar o fenomenal, através da compreensão vaga e mediana daquilo que é expresso nas entrevistas, de modo a constituir as unidades de significação. Assim, o que se mostrou ônticamente através das repetidas leituras das entrevistas transcritas pôde ser apreendido nesse primeiro momento, e agrupado nas unidades de significação que são a manifestação, aquilo que se anuncia, mas não se mostra diretamente.

Segundo Heidegger (2006), “toda compreensão guarda em si a possibilidade de interpretação, isto é, de uma apropriação do que se compreende”, assim, seguiu-se o momento interpretativo.



Neste segundo momento, as unidades de significação passaram por uma compreensão profunda, a hermenêutica.

O termo hermenêutica deriva de interpretar, interpretação, intérprete, e está relacionado com o deus Hermes, o mensageiro dos deuses segundo a Mitologia Grega. A hermenêutica tem assim a tarefa de tornar acessível o ser-aí em seu caráter ontológico, aclarar a alienação de si mesmo que o ser aí é atingido. (HEIDEGGER, 2012). Portanto, a hermenêutica representa o momento interpretativo que desvela o(s) sentido(s) do ser que se mostra a partir da compreensão vaga e mediana, sendo direcionado pelo conceito do vivido, que foi o fio condutor desta análise interpretativa.

Para subsidiar esse segundo momento, foram utilizadas obras de Martin Heidegger, com destaque para Ser e Tempo, obra publicada em 1927, e que divide-se em duas secções:

“Análise preparatória dos fundamentos da pre-sença” e “Pre-sença e temporalidade”. Essas seções compõem o perfil de uma ontologia fundamental, estudando, numa analítica baseada no método fenomenológico de Husserl, o homem do ponto de vista de seu ser (NUNES, 2002).

Assim, chegou-se à unidade de significado, a qual traz o desvelamento dos sentidos do vivido pela enfermeira da ESF no cuidado domiciliar a idosos.

O momento compreensivo e a hermenêutica estão imbricados um ao outro, já que “toda interpretação que se coloca no movimento de compreender já deve ter compreendido o que se quer interpretar” (HEIDEGGER, 2006). Dessa forma, a compreensão interpretativa envolve o desvelar do fenômeno, que não se mostra diretamente, necessitando ir além do ôntico, a fim de manifestar-se o sentido do ser (RIBEIRO, 2011). Para Heidegger (2006), o sentido é justamente aquilo que pode articular-se na interpretação.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a coleta dos depoimentos teve início após aprovação do projeto no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o protocolo nº 36768/12 (ANEXO A), com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, que regula esse tipo de pesquisa (BRASIL, 1996).

Assim, os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa e entrevistados somente após a assinatura do TCLE. Como os sujeitos do estudo foram profissionais submetidos à Coordenação da Atenção Básica e à Secretaria Municipal de Saúde de Catu, foi solicitada a autorização desses setores para a realização da coleta de depoimentos.

Foram considerados os riscos potenciais para os participantes da pesquisa, como o desconforto causado pela entrevista ao abordar temas relacionados às suas vivências e ao serviço onde atuam esses profissionais. A identidade e o anonimato das entrevistadas foi preservada através da identificação de cada uma delas pela letra “E” seguida da numeração correspondente à ordem de entrevista (ex.: E1; E2...). Além disso, os princípios éticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça foram todos avaliados e respeitados durante o desenvolvimento da pesquisa.

Todo o material coletado será armazenado por um período de cinco anos, sendo desprezado após esse tempo. Os resultados produzidos neste estudo serão divulgados em meio científico (congressos, jornadas, simpósios e publicações).

4 RESULTADOS

Foram entrevistadas 13 enfermeiras, com idade entre 25 e 38 anos, a maioria concluiu a graduação há três anos, e possui ou cursa pós-graduação, sendo que apenas três relacionadas à Saúde da Família e Saúde Coletiva. O tempo de atuação na ESF variou de seis meses a quatro anos.

A compreensão vaga e mediana das entrevistas transcritas possibilitou a abertura para as unidades de significação: 1. As enfermeiras não encontram o seu papel na visita domiciliar e preferem atender à pessoa idosa na USF; 2. As enfermeiras utilizam boa parte do seu tempo em atividades administrativas e se sentem impotentes por não possuírem conhecimento suficiente para assistir à pessoa idosa no domicílio; 3. As enfermeiras formam vínculo com a pessoa idosa e seus familiares, favorecendo o cuidado; 4. As enfermeiras se sentem satisfeitas profissionalmente ao conseguir produzir, mesmo diante das dificuldades, mudanças positivas no cotidiano da pessoa idosa.

A partir das unidades de significação acima citadas, elaborou-se a unidade de significado “o vivido pela enfermeira nos modos da ocupação e preocupação com o ser-idoso: o sentido de ser enfermeira cuidando do idoso no domicílio na ESF”. Essa unidade de significado será discutida no capítulo 5.

4.1 AS ENFERMEIRAS NÃO ENCONTRAM O SEU PAPEL NA VISITA DOMICILIAR E PREFEREM ATENDER À PESSOA IDOSA NA USF.

Essa unidade envolve o modo de realização da visita domiciliar pelas enfermeiras, quais as ações realizadas, e o direcionamento da assistência de enfermagem durante essa visita.

O ponto de partida para a realização da visita domiciliar é a solicitação por parte do agente de saúde da microárea a que pertence o idoso, ou através de um familiar que procure a USF referindo a necessidade da visita. A partir dessas solicitações a enfermeira agenda e realiza a visita domiciliar.

O agente geralmente traz pra gente. E aí, ele faz a visita junto com a gente. E, o familiar, às vezes, procura também pra gente fazer. (E02)

Eles normalmente falam com os agentes de saúde, ou o próprio agente de saúde identifica durante a visita que aquela pessoa, que aquele idoso não tá muito bem, que tá acontecendo alguma situação estranha na casa. (E03)

Quem geralmente traz pra gente são as agentes de saúde. Elas têm a relação de todos os idosos a partir de 60 anos, acamados. (E06)

O ACS vivencia os problemas e mora na comunidade em que desempenha o seu trabalho, conseqüentemente, realiza a interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado (BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005).

Assim, o ACS possui um papel de extrema relevância na captação dos idosos que necessitam de visita domiciliar, pois tendo ele um contato direto com a população da sua microárea, identifica, e é comumente informado sobre alterações nos padrões de saúde das pessoas idosas que dali fazem parte. Essa facilidade em captar mudanças nas necessidades da população, e comunicá-las aos demais membros da equipe de saúde da família, torna o papel dos ACS fundamental para a realização da visita domiciliar.

A facilidade é o agente, que é o elo da unidade com a comunidade. (E08)

Então, tem coisas que a gente não pode ir lá, mas o ACS através da comunidade traz isso pra gente. (E10)

[...] mas a gente tem essa facilidade relacionada ao agente de saúde também, porque aqui na área a gente tem agentes de saúde comprometidos. Eles estão tendo acesso rápido às informações, e passam pra gente. (E13)

Para Motta, Aguiar e Caldas (2011), é evidente a centralidade do trabalho dos ACS para a atenção aos idosos, pois os mesmos cadastram e acompanham as famílias, e fazem intermediação da relação entre idosos, famílias e equipes, além de registrarem os idosos que foram hospitalizados, ou retornaram de internação hospitalar, identificando aqueles que necessitam de visita domiciliar.

Diante da relevância do ACS para a triagem dos idosos que necessitam de visita domiciliar, capacitações e discussões sobre aspectos importantes do processo de envelhecimento devem ser promovidas a fim de aproximá-los dessa temática. As enfermeiras da ESF não vão em busca desses idosos, essa é uma tarefa delegada aos ACS, logo instruí-los

sobre as questões de maior relevância na atenção à pessoa idosa é imprescindível para a garantia do atendimento à quem realmente necessita.

Como critérios utilizados para o atendimento através da visita domiciliar está a necessidade de troca de receitas dos idosos hipertensos e diabéticos, para que eles continuem adquirindo medicações na USF, e a necessidade de procedimentos de enfermagem como realização de curativos e troca de sondas. Entretanto, o critério principal, e que norteia os anteriores é a impossibilidade do idoso comparecer à USF, pois os que têm a capacidade de locomoção preservada realizarão as consultas e procedimentos na unidade de saúde.

São pacientes que não podem ir no posto, né? Basicamente por isso que faz a visita domiciliar. (E08)

Assim, as visitas são agendadas, na maior parte dos casos, para idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. Esse critério é estabelecido devido ao pouco tempo disponibilizado para as visitas, geralmente de apenas um turno por semana. Assim, os idosos que podem ir à USF não são selecionados para a visita domiciliar. Essa priorização do atendimento apenas para idosos acamados revela a ausência de ações preventivas e de promoção à saúde, que devem ser norteadoras da assistência na ESF.

Uma revisão integrativa da literatura, sobre a percepção dos profissionais que atuam nas equipes de ESF quanto à assistência prestada aos idosos, encontrou resultados semelhantes no que se refere ao direcionamento das visitas para idosos acamados, e segundo os autores, problemas desse tipo poderiam ser resolvidos por meio de ações que garantissem uma melhoria no gerenciamento do cuidado com o idoso através do planejamento adequado do serviço, de forma a atender as necessidades dessa população (CARVALHO; ASSUNÇÃO; BOCCHI, 2010).

Aqui é rotina, não só pra acamado, mas quem tem dificuldade de locomoção também. (E03)

Na visita a gente dá prioridade aos idosos com dificuldade de locomoção. (E04)

Esses acamados, principalmente os sequelados de AVC, ou teve alguma complicação por conta do diabetes, que se encontra acamado, aí a gente sempre tá indo lá. (E12)

Nesse sentido, a visita domiciliar ao idoso muitas vezes acaba restringindo-se àqueles indivíduos que são hipertensos e diabéticos cadastrados, e por isso têm que ser acompanhados, numa reprodução do que ocorre na USF, onde o idoso só é visto e atendido no programa HIPERDIA.

[...] o que eu tenho observado é que a gente tem se prendido muito à questão do idoso hipertenso e diabético. E aí, as visitas se direcionam nesse sentido. (E03)

Então, minha vivência com os idosos, em especial na visita domiciliar, meu papel com eles em visita domiciliar, geralmente, é por HIPERDIA mesmo. (E08)

Resultados semelhantes são encontrados na literatura. Um estudo que entrevistou enfermeiras da ESF sobre a atuação com pessoas idosas também revelou que a prática dessas profissionais direcionava-se basicamente às consultas de enfermagem no programa HIPERDIA. Esse contexto demonstra que a enfermeira na ESF ainda tem suas ações pautadas no modelo biomédico, o que vai de encontro às recomendações contidas nos documentos oficiais de regulamentação do funcionamento da ESF (PINHEIRO, 2011).

A assistência de enfermagem acaba sendo eminentemente curativa. Não há espaço para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças ou agravos. O cotidiano das enfermeiras da ESF, no que tange à saúde da pessoa idosa, está restrito ao atendimento no programa HIPERDIA, ou seja, a visão do ser-idoso está voltada apenas aos indivíduos que apresentam uma patologia, mais especificamente hipertensão e diabetes.

O Programa HIPERDIA está estruturado para atender hipertensos e diabéticos, que podem ser idosos ou não. Apesar de o maior público ser de pessoas idosas, não existe um direcionamento para a saúde deste segmento populacional, justamente por não ser o foco do programa. Dessa forma, como as enfermeiras prestam atendimento à pessoa idosa basicamente através desse programa, não existe uma assistência voltada à especificidade de saúde desses indivíduos na visita domiciliar.

Porque na verdade a gente vê muito o paciente idoso como doente, né? [...] A gente não atende o idoso [...] só como uma pessoa idosa, que tem necessidades... Enfim. Como faz com a mulher, saúde da criança... (E02)

Na verdade, idoso você pensa logo hipertenso e diabético. (E13)

Por essa visão restrita a hipertensão e diabetes, as enfermeiras parecem não encontrar o seu papel na visita domiciliar à pessoa idosa, sentem-se mais direcionadas para a visita às puérperas. E percebem a visita domiciliar à pessoa idosa como um momento de maior possibilidade de atuação médica do que de enfermagem.

Eu não gosto assim, quando eu tô sem médico. Porque aí eu tenho que tenho que fazer a parte clínica e a parte de orientação do cuidado. Porque também eu fico muito de mãos atadas sem médico, né? Tem muita coisa que a gente não pode resolver. Aí quando tá sem médico eu não gosto muito não. A gente evita um pouco fazer esse atendimento. (E04)

Porque, às vezes, tem que trocar receita, avaliar se o paciente tá compensado de HIPERDIA, ou de outra doença que ele tenha, e aí precisa de receita médica. E, como a gente não tem como fazer, aí é bom ir com a médica. (E09)

Então, a médica que mais atende essa questão do idoso na visita, porque, às vezes, é hipertenso, acamado, então, ela vai lá fazer a visita. (E10)

Na visita domiciliar o médico tem mais contato, porque ele faz a visita pela manhã que é mais longa, e ele acaba tendo esse contato maior. [...] Não tenho aquele fixo, aquele que eu acompanho sempre. Mas o médico acompanha. (E11)

A visão das enfermeiras no que concerne à assistência na visita domiciliar, estando nos moldes do modelo biomédico, repercute na estreita possibilidade de atuação que elas veem para si próprias. Algumas vezes, a sua assistência limita-se a acompanhar o médico durante a visita domiciliar para aferir a pressão arterial e medir a glicemia do idoso.

Aí, chega lá o médico vai avaliar o paciente, faz o exame físico. Eu, enquanto enfermeira, tô dando suporte, verificando os sinais vitais, ajudando também a médica. Às vezes, a gente discute a situação, de como a gente agir com aquele paciente, ela me pede opinião. (E07)

Aí a gente vai, a médica faz a anamnese, a gente vê pressão, mede a glicemia, dá orientação, encaminha pra alguns especialistas a depender da necessidade do paciente. (E09)

Apesar de algumas enfermeiras entrevistadas reportarem que, algumas vezes, discutem o caso clínico do idoso com o médico, essa situação parece pouco comum, sendo frequente a

presença mais passiva da enfermeira durante a visita domiciliar junto com o médico. Essa situação reflete uma parcela de insegurança que acomete as enfermeiras da ESF pelo conhecimento restrito sobre a saúde do idoso. Essa insegurança derivada do desconhecimento resulta em uma atuação improvisada e que, em alguns momentos, foge ao papel da enfermagem, ou o limita de maneira significativa.

A médica faz mais o atendimento, mas eu sempre faço a outra parte de orientação, como é que tem que limpar a casa... Porque minha visita é junto com o médico. Então, eu sempre deixo que ele faça a avaliação física, e eu sempre deixo pra essa parte de humanização, dos cuidados, é... alimentação, é... não sei nem explicar. Isso do cuidado, da humanização mesmo. (E04)

Ampliar a visão das enfermeiras da ESF sobre as suas possibilidades de atuação durante a visita domiciliar à pessoa idosa requer capacitação na área geronto-gerátrica, pois só com o conhecimento elas sentir-se-ão seguras para prestarem uma assistência de qualidade, voltada às especificidades do processo de envelhecimento.

Entretanto, apesar das enfermeiras não perceberem claramente a sua atuação na visita domiciliar, revelam que esta modalidade assistencial, diferentemente da consulta de enfermagem na USF, possibilita uma atuação mais próxima da pessoa idosa, através da criação do vínculo, e do contato direto com a realidade de cada família.

A gente consegue esse vínculo na consulta, mas assim, o fato de você estar dentro da casa da pessoa, do idoso em si, proporciona mais você ter uma visualização melhor do cuidado. Quando você tá dentro da casa que você vê as condições de vida, o lugar onde dorme, a roupinha que ele usa... Eu acho que possibilita uma visualização melhor. Eu acho que esse vínculo que a gente cria com ele possibilita a gente ter mais essa visualização, entra mais no cuidado num todo com o idoso. (E02)

Entrar no domicílio do idoso possibilita o acesso ao seu mundo, é um mergulho na sua vivência cotidiana que estreita as relações interpessoais, e permite assim a criação do vínculo idoso-família-enfermeira. É através desse vínculo, e do conhecimento apropriado da realidade de cada família, que a enfermeira consegue elaborar estratégias de intervenção individualizadas, e, por isso mesmo, mais eficazes.

Autores, como Sakata e colaboradores (2007), corroboram com essa ideia, ao afirmar que a visita domiciliar é uma oportunidade de compreender melhor o modo de vida do

usuário, o ambiente e as relações intrafamiliares, incluindo problemas sociais, o que possibilita fornecer orientações mais voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário, além de se constituir em um mecanismo de criação de vínculo.

É através desse vínculo que a pessoa idosa sente-se confortável para expor o seu cotidiano, as suas relações com quem convive, bem como contar histórias do seu passado, fazendo do momento da visita domiciliar um espaço de troca de vivências, o que facilita a incorporação das orientações da enfermeira, já que a pessoa idosa também se percebe como alguém valorizado por seus conhecimentos e experiências.

Eu não tenho como saber se mora mais alguém com ela, que tá trazendo algum tipo de conflito, que aqui às vezes ela não quer falar. Mas dentro da casa, às vezes, elas se sentem mais à vontade. Então, elas chegam e se abrem de uma forma muito melhor do que aqui. (E03)

As orientações são diferenciadas quando eu vou pra visita domiciliar que eu tenho contato com ele direto. (E08)

Então, na casa dele, ele já se sente confortável, então ele vai falar mais coisas do que aqui no consultório. (E10)

A questão da visita domiciliar é muito diferente do atendimento na unidade, porque você cria um vínculo maior. Você chega na casa, aí você senta no sofá dele, ele te oferece uma água, você vai na cozinha [...] (E11)

A forma como falar é diferente de você atender ele aqui na unidade. Como a família te trata também é um pouco diferente, né? Tem várias, e várias mudanças de comportamento no atendimento. (E13)

No entanto, algumas enfermeiras apesar de acreditarem numa melhor assistência no domicílio, relatam que o atendimento na USF tem algumas vantagens para a realização do seu trabalho, pois possuem um suporte estrutural maior do que no domicílio. Vacinas, medicamentos, balança, e todos os impressos e materiais necessários para realizarem o atendimento estão ao seu alcance na USF, enquanto no domicílio, elas contam apenas com o que podem transportar, e com o que julgaram necessário levar, ou seja, caso haja necessidade de algum material não previsto, elas se sentem desestruturadas no seu atendimento.

Eu no posto fico mais à vontade, to mais estruturada do que na visita. (E08)

E aqui, assim, tem a facilidade porque eu tenho tudo que eu preciso aqui no posto, às vezes, na visita não tem condição. Porque é meio complicado, você fazer esse tipo de atendimento na casa. Falta alguns equipamentos que você precisa, e acaba que você não leva. Mas aqui na unidade a gente tem o que precisa. (E11)

Então, eu tenho uma grande dificuldade. Tem carro que não tem balança. Às vezes pela correria esquece uma fita pra tá olhando a circunferência abdominal, tá avaliando melhor o idoso. Então, assim tem uma grande diferença. Tem o esquecimento da gente também. (E13)

Diante da restrita disponibilidade de suporte material, a assistência de enfermagem à pessoa idosa durante a visita domiciliar está mais voltada para o fornecimento de orientações para estes indivíduos e seus familiares com base na realidade observada. São orientações relativas ao ambiente doméstico da pessoa idosa, cuidados com barreiras arquitetônicas e móveis, na prevenção de quedas, alimentação e higiene adequada, uso das medicações, e direitos do idoso.

Trabalha mais durante as visitas com educação em saúde pra prevenção de quedas, com o idoso, e com o todo, porque se eu não orientar o cuidador, ele acaba fazendo o contrário do que a gente manda. (E06)

[...] em relação aos cuidados no domicílio para evitar que esse idoso tenha quedas, ou que ele tenha algum ferimento proveniente de um tapete, de uma bancadinha de vidro... Então, a gente dá uma orientada. (E12)

A questão das pessoas que estão ao redor dele ter mais paciência, questão de piso, o acesso pra ir ao banheiro, nunca deixar sozinho, não deixar perto do fogão. Essas coisas básicas eu oriento, mas a questão profunda realmente, não. (E10)

O fato da enfermeira não dispor, durante a visita domiciliar, de uma série de materiais que possui na USF, parece levá-las a uma sensação de impotência na realização da mesma, e a uma desvalorização do seu trabalho. Este fato está novamente relacionado à presença do modelo biomédico na prática dessas profissionais, que sentem a ausência das tecnologias duras na realização da sua assistência, mesmo fazendo parte de um nível de atenção à saúde que deve utilizar muito das tecnologias leves.

As tecnologias de trabalho em saúde classificadas como leves são as tecnologias de relação do tipo produção de vínculo, autonomização e acolhimento, já as leve-duras são os saberes bem estruturados, como a clínica médica e a epidemiologia, e as duras correspondem às máquinas e estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

Obviamente, a assistência de enfermagem não deve se restringir às orientações e ao aspecto relacional, a avaliação global do idoso deve ser realizada, e a partir desta os encaminhamentos necessários. Porém, não deve haver desvalorização das tecnologias de produção de vínculo de confiança, pois estas tornarão as orientações para a pessoa idosa e sua família, cada vez mais completas, individualizadas e de melhor aceitação.

Segundo Merhy (2002, p.41):

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Dessa forma, a criação do vínculo e as relações interpessoais devem ser reconhecidas enquanto tecnologias fundamentais para a assistência à pessoa idosa na ESF, devendo, portanto ser utilizadas pela enfermeira durante a realização das visitas domiciliares.

4.2 AS ENFERMEIRAS UTILIZAM BOA PARTE DO SEU TEMPO EM ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E SE SENTEM IMPOTENTES POR NÃO POSSUÍREM CONHECIMENTO SUFICIENTE PARA ASSISTIR À PESSOA IDOSA NO DOMICÍLIO.

As enfermeiras, ao falarem de seu cotidiano na visita domiciliar, fazem um retorno às situações vividas e descrevem as dificuldades enfrentadas na busca por uma assistência adequada às necessidades da população idosa. Um dos pontos destacados como entraves para o atendimento de qualidade é a demanda de trabalho atribuída a essas profissionais, que envolve atividades assistenciais e administrativas, e que consome e requer boa parte do tempo delas na USF.

A gente tá remapeando pra tentar dar uma melhor assistência pra essa população, mas com a falta de médico, ou bem você supre aqui, ou bem você supre no domicílio. [...] Não que a gente não queira, não dá porque o tempo é mínimo. (E01)

Então, assim, eu gosto de orientar, mas, às vezes, a correria do dia a dia... O número de pacientes é muito grande. [...] Então, além desse lado de atendimento, de assistência, a gente tem o lado administrativo. Então, eu acho que é muita coisa pra uma pessoa só. (E05)

Situação semelhante foi encontrada em um estudo com enfermeiras da ESF de um município do Rio Grande do Norte, no qual elas relataram que a fim de melhorar a visita domiciliar e os cuidados prestados na mesma é necessário reduzir as demandas dos serviços desenvolvidos na USF, de forma a possibilitar maior disponibilidade para realizá-la (FARIAS; SANTOS; MENEZES, 2011).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, além das atividades assistenciais, as enfermeiras da ESF devem planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe, e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da USF (BRASIL, 2011).

Dessa forma, a carga horária semanal de 40 horas está dividida entre atividades que requerem, em boa parte, a atuação da enfermeira na unidade de saúde, resultando em pouco tempo disponibilizado para a visita domiciliar, bem como para outras atividades, como ações promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

A demanda administrativa, burocrática e também a assistencial ultrapassa a capacidade de resolução da enfermeira, fazendo com que ela priorize algumas atividades, geralmente as que elas são mais cobradas, ou que a população sente os resultados mais imediatos, como as ações curativas em detrimento das preventivas.

A questão no domicílio não tem acontecido, na verdade. A gente, infelizmente, tem ficado muito aqui na unidade pela questão da demanda. É como eu disse, às vezes, a demanda faz com que a gente fique um pouco acomodada. [...] Às vezes, a gente fica meio assim cansada do corre-corre, das cobranças, mas no fundo, a gente sabe que todo mundo precisa disso, e o idoso precisa de uma atenção redobrada. (E10)

O tempo é curto pra eu realizar toda a demanda de visita que eu tenho, que não é só de idoso. Então, eu utilizo esse tempo pra uma série de coisas. Essa é a minha maior dificuldade. (E11)

A partir desse último relato, percebe-se outra dificuldade enfrentada pelas enfermeiras, a demanda por visita domiciliar que engloba não só pessoas idosas, mas puérperas, recém-nascidos, e qualquer indivíduo que não possa comparecer à USF. Assim, além do pouco tempo disponibilizado para as visitas domiciliares, este deve ser partilhado entre um grupo, muitas vezes, extenso.

Na visita não é específico de idoso. É puérpera, é idoso, é acamado, independente de ser idoso, ou não. É como eu lhe disse, a gente tenta abraçar a população como um todo, mas, às vezes, falta braço. (E01)

Faço dia de sexta à tarde. Então, é um período curto, né? E, eu tenho que fazer outros tipos de visita, então, meu tempo não é só pra esse grupo. (E11)

Além disso, dentro dessa demanda parece haver uma priorização para outras áreas que não saúde do idoso, como saúde da mulher, por exemplo. Essa situação ocorre tanto na visita domiciliar, como nos atendimentos na USF.

[...] mas o que a gente foca mesmo aqui na unidade, eu não sei as outras colegas, mas é saúde da mulher. Porque a demanda é maior. Então, é pré-natal, é preventivo, criança ainda é pouco, mas planejamento familiar é bastante. Mas saúde do idoso mesmo... (E06)

Mas a questão é que a gente fica meio solto, a gente não tem tanta cobrança em relação a isso. Não saúde do idoso, que a gente tá sendo cobrado bastante, mas em relação a essas visitas. A gente prioriza mais o que? Alguma puérpera que não tem condições de vir aqui, ou, então, vacinas que estão atrasadas, curativos que o paciente não tem como vim aqui, então, a gente vai, né? (E10)

A prioridade para outros segmentos populacionais está presente não só na prática dessas enfermeiras, ela é reflexo da condução da estratégia pelos gestores e coordenadores, os quais fornecem capacitações em diversas áreas, principalmente saúde da mulher, porém não há direcionamento para a saúde da pessoa idosa, e por isso mesmo, a atuação nessa área, muitas vezes, não é cobrada e avaliada pelo gestor.

Gonçalves (2012) corrobora com esta idéia, ao afirmar que enfermeiras direcionam poucas ações específicas à pessoa idosa, devido à falta de mobilização dos gestores e de capacitação em gerontogeriatría das equipes da ESF, aliado ao fato de muitos governantes municipais não elegerem a atenção à pessoa idosa entre os programas prioritários na sua gestão.

As enfermeiras entrevistadas reportaram essa ausência de capacitação na área gerontogeriátrica durante a sua prática profissional, uma vez que a Atenção Básica oferece cursos sobre planejamento familiar, saúde da mulher, saúde da criança, porém, nada voltado à capacitação para saúde da pessoa idosa. Esse contexto resulta em lacunas no conhecimento dessas profissionais, levando à insegurança e dificuldades na assistência à pessoa idosa.

Eu já tive curso sobre planejamento familiar, sobre saúde da mulher, saúde da criança. Agora eu vou ter um sobre o teste do pezinho, mas saúde do idoso e saúde do homem a gente não tem. (E06)

Eu sinto falta. Acho que seria bom com um especialista da área, pra falar tudo direitinho. Acho que seria bom. Faz falta. (E09)

Segundo as enfermeiras, a necessidade de capacitação para a assistência à pessoa idosa é consequência não só da descontinuidade do estudo nessa área enquanto profissionais, mas resulta também de deficiências presentes na sua formação profissional.

No meu caso, acho que a matéria foi poucas horas. Uma visita técnica é totalmente diferente de você tá na prática o tempo todo com esses pacientes. (E01)

[...] eu não tenho muita experiência em saúde do idoso. Na faculdade, no meu caso saúde do idoso foi pouca coisa. (E06)

O meu conhecimento que eu tenho é da faculdade, minha pós não foi nessa área, e a minha experiência da vivência é da faculdade, que eu tenho certeza que é diferente de uma pessoa que fez uma especialização, ou tem experiência em geriatria. (E11)

A experiência da graduação restrita ao componente curricular Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso com carga horária reduzida, e com poucas oportunidades de assistência prática, leva à insegurança dessas profissionais no cuidado à pessoa idosa. Apesar de demonstrarem interesse em uma abordagem mais direcionada, indo além do atendimento

de hipertensos e diabéticos, as enfermeiras encontram na capacitação insuficiente uma barreira a essa assistência mais específica.

Nas queixas deles mesmo, sentia um pouco de dificuldade de tá aplicando. Falo assim do manual, de saber tudo direitinho. Tem algumas queixas que a gente não sabe mesmo o que fazer. Eu tenho dificuldade um pouco ainda na parte teórica para trabalhar com idoso. (E13)

Os conteúdos de geriatria e gerontologia nos cursos de graduação devem ser valorizados como fazendo parte de um projeto político-institucional e não apenas como questão pedagógica, diante das repercussões do envelhecimento populacional para a sociedade como um todo (MOTTA; AGUIAR, 2007).

A realidade do conhecimento incipiente na graduação torna as capacitações em saúde da pessoa idosa, fundamentais para a melhoria da assistência e desenvolvimento de um cuidado preventivo, sendo, inclusive, solicitadas pelas enfermeiras da ESF.

Sempre perguntam o que é que a gente quer lá na secretaria. Aí, sempre eu digo saúde do idoso, porque pouca coisa eu sei. Pouquíssima. (E06)

Os gestores devem atentar para a necessidade expressa pelas enfermeiras de serem capacitadas para outras áreas assistenciais, ampliando para além da saúde da mulher e saúde da criança, que são duas áreas de atuação importante da enfermeira na atenção primária, mas não abrangem a assistência na totalidade, já que a estratégia visa o cuidado da família como um todo.

Dessa forma, fica evidente a necessidade dos gestores refletirem e otimizarem a operacionalização das políticas públicas voltadas para a pessoa idosa, programando e realizando treinamentos direcionados e específicos para o cuidado a essa população e ampliando os recursos financeiros a fim de melhorar as ações de cuidado em saúde (ROCHA et al., 2011).

Além de promoverem um maior conhecimento, as capacitações são ferramentas úteis na mudança do perfil das pessoas idosas atendidas pela ESF. Elas estimulam mudanças na visão dos profissionais sobre o que vem a ser o cuidado ao ser-idoso, abolindo a visão restrita a hipertensos e diabéticos. Essa visão que ainda está presente no cotidiano da enfermeira, é resultado da sua rotina voltada para o atendimento à pessoa idosa apenas através do Programa

HIPERDIA, o que as faz seguir o roteiro para atendimento nesse programa, mas as deixam sem direção para atender esse segmento populacional em outro contexto.

Saúde do idoso a gente fica meio perdido, né? (E04)

Porque são coisas mais particulares, e quando não é uma coisa assim rotineira, tem coisas que às vezes foge da cabeça. Porque, a gente fica tão preso ao HIPERDIA que aquelas outras avaliações ficam um pouco esquecidas. (E03)

A visão da pessoa idosa doente faz parte do vivido dessas enfermeiras na ESF, e repercute no cuidado prestado, pois o ser-doente necessita de uma assistência em boa parte curativa, levando-as a deixar a preventiva para um segundo plano.

A mudança dessa perspectiva é fundamental, e, para isso, capacitações na área gerontogeriátrica são imprescindíveis, pois o conhecimento incipiente torna a visão dessas profissionais restrita ao ser-idoso doente. É possível observar nos depoimentos que as próprias enfermeiras reconhecem a importância da capacitação na mudança do olhar ao ser-idoso, e, conseqüentemente, no tipo de cuidado prestado.

A gente fez uma capacitação. A Secretaria disponibilizou pra gente, pra aprender o idoso em si, independente da doença. Porque, na verdade, o que a gente tinha antes aqui era o idoso como hipertenso, como diabético, como um doente mesmo. Aí, depois a gente teve essa capacitação, e aí a gente começou a ver, a introduzir a saúde do idoso. (E02)

É através do conhecimento que promove uma mudança no olhar dessas profissionais, que se torna possível outro tipo de atendimento à pessoa idosa na ESF. Um atendimento baseado nas alterações próprias do processo de envelhecimento, e que valoriza a prevenção como uma estratégia fundamental na garantia de um envelhecimento saudável e da qualidade de vida tão almejados nessa etapa do curso da vida.

Além de capacitações, as enfermeiras destacam a importância de se utilizar instrumentos padronizados de avaliação da saúde da pessoa idosa. Na ESF do município em que se realizou este estudo, dois meses antes de iniciar as entrevistas, as enfermeiras começaram a utilizar um instrumento de avaliação da acuidade visual, auditiva, capacidade funcional e cognitiva da pessoa idosa. A respeito da utilização desse instrumento relatam:

Antes a gente não tinha o formulário, então, nem sempre a gente focava diretamente, a gente ia no automático. Não vou lhe dizer assim: ah, eu fazia toda a evolução preocupada com a parte do idoso. Não. A gente fazia toda a evolução como um adulto (E 01).

Pelo menos a gente padroniza o que a gente vai perguntar ao paciente. Tem tudo anotadinho. (E 04)

Como a gente não tem essa prática, após a capacitação, esse instrumento que elas disponibilizaram pra gente, ajuda muito. (E12)

Antes do instrumento, as enfermeiras não sabiam que rumo seguir ao se depararem com a pessoa idosa, que requeria algo além do atendimento proposto no Programa HIPERDIA, e com o instrumento, elas conseguiram direcionar sua assistência. Assim, a disponibilização de um instrumento para a avaliação da saúde da pessoa idosa permite às enfermeiras realizarem um atendimento voltado para as demandas desses indivíduos, pois direciona a sua assistência às especificidades do envelhecimento, facilitando a abordagem.

Porém, aliada à utilização do instrumento de avaliação devem estar às capacitações a cerca da saúde da pessoa idosa, a fim de subsidiar a aplicação do mesmo, e viabilizar uma compreensão ampliada do processo de envelhecimento. Os gestores não devem apenas disponibilizar instrumentos, sem levar aos profissionais a finalidade de sua utilização, os benefícios, e repercussões destes para a saúde da população, pois isso resulta no desinteresse do profissional em aplicá-lo, caindo, muitas vezes, no desuso.

É o que pode ser percebido, quando se reporta à Caderneta de Saúde do Idoso, que comumente encontra-se nos armários das USF, sem que os profissionais se deem conta da sua importância, e a utilizem efetivamente. Destaca-se nesse aspecto, também, o Caderno de Atenção Básica nº 19 intitulado “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, que traz orientações específicas para o atendimento à pessoa idosa, porém não é utilizado pelas enfermeiras como recurso para a assistência a esses indivíduos.

Algumas entrevistadas reportaram que, apesar de saberem da existência desse Caderno, nunca despertaram o interesse em lê-lo, o que só ocorreu com a capacitação fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde sobre a assistência à pessoa idosa.

Tem aquele manual, e eu vou lhe dizer a verdade, ele foi o único que eu não li. Ele foi o único que eu vim pegar no dia que a gente fez a capacitação daquele formulário. (E 06)

A gente tem identificado muitos idosos, que a gente sabe pra onde conduzir eles, a partir desse instrumento. Você pode ler o manual todinho, mas se não tem um instrumento fica difícil de você tá aplicando. (E13)

Compreende-se, então, a necessidade de desenvolver estratégias de inserção, manutenção e ampliação do conhecimento sobre enfermagem gerontogeriatrica na ESF, de forma a favorecer a melhoria no cuidado à pessoa idosa na comunidade.

A partir das capacitações e utilização de instrumentos de avaliação da pessoa idosa, as enfermeiras puderam identificar alterações nesses indivíduos, e isso as fez deparar com outra dificuldade na assistência, que é a falta da rede de apoio para realizar os encaminhamentos necessários.

Vinha marcação mensal de um neuro pra cada PSF. Imagine, se eu sei que quando a gente faz o Mini Mental, e que a gente tem uma deficiência, a gente tem que encaminhar para uma avaliação neurológica, como eu vou garantir esse acompanhamento neurológico pra esse idoso? (E01)

Só que fica de certa forma limitado, porque, por exemplo, paciente que ele sofreu AVC, às vezes, ele precisa de uma fisioterapia, ele precisa de um outro tipo de atendimento que aí já não fica tão viável, né? (E05)

Segundo Polaro (2011), a cota disponibilizada de especialistas geralmente fica muito aquém da demanda, e a solução para esse problema foge ao alcance das enfermeiras, resultando em estresse devido às cobranças dos usuários, e insatisfação por não poder garantir continuidade ao tratamento, sendo, portanto um dos maiores entraves para o atendimento à pessoa idosa.

As enfermeiras afirmaram que há dificuldade não apenas para as especialidades médicas, mas também para outros profissionais que compõem o NASF e estão disponíveis para a USF, entretanto não realizam visitas domiciliares. Assim, elas se veem impotentes diante de algumas necessidades percebidas durante as visitas domiciliares, pois sabem da dificuldade em atendê-las, e reconhecem que não há continuidade na assistência.

A gente tem neurologista. É uma vaga muito difícil de se conseguir. Muito. Quando essa vaga vinha pra unidade era uma por mês, sendo que eu não tenho só um acamado pra avaliar. E, aí você fica, “Vou dar prioridade a qual deles?” (E12)

Vaga? Vem duas pra uma comunidade dessa enorme. Infelizmente a procura é bem maior que a oferta. Então, assim, a gente tenta se virar no que pode. Também a coleta de exames pra esses idosos acamados é difícil. (E13)

Esse obstáculo na garantia da continuidade da assistência, por deficiências no sistema de referência e contrarreferência, leva a pessoa idosa a esperar longo tempo para conseguir o atendimento que necessita, fazendo-a recorrer a uma unidade de emergência a fim de ter o seu problema resolvido o quanto antes, pois sem atendimento, seu estado de saúde deteriora-se rapidamente (GONÇALVES, 2010).

A dificuldade das enfermeiras da ESF em garantir a continuidade do atendimento se depara com o princípio da integralidade no SUS. Segundo Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012), a integralidade simboliza o reconhecimento das necessidades individuais, revelando que o direito à saúde não se limita a uma “cesta-básica” de serviços, mas deve abranger o que for essencial para um cuidado à saúde digno.

Dessa forma, é fundamental que a rede de serviços disponíveis para a equipe da ESF esteja estruturada de acordo com a realidade local, a fim de seguir o princípio da integralidade e garantir o direito à saúde dos cidadãos. Caso contrário existirá apenas a falsa ideia de estar prestando um atendimento voltado às necessidades da pessoa idosa, pois identificar as demandas é apenas um passo na garantia da qualidade assistencial, resolubilidade às mesmas é, sem dúvida, o ponto-chave nesse processo.

4.3 AS ENFERMEIRAS FORMAM VÍNCULO COM A PESSOA IDOSA E SEUS FAMILIARES, FAVORECENDO O CUIDADO.

Ao realizar a visita domiciliar, a enfermeira encontra um importante ator no processo de cuidado à pessoa idosa, a família, que pode facilitar, ou até mesmo dificultar a assistência desenvolvida no domicílio. A família figura entre os relatos das enfermeiras, seja pelo descaso com a pessoa idosa, pela sua importância durante as visitas, ou por fazer parte da assistência de enfermagem.

Realizar visitas domiciliares proporciona às enfermeiras conhecer de perto a realidade das famílias adscritas, e dessa forma, muitos contextos lhes são revelados. Durante as

entrevistas, as enfermeiras trouxeram a indignação que sentem ao adentrarem muitos domicílios, e presenciarem a negligência de familiares com a pessoa idosa.

[...] é que geralmente não tem a família que tome conta, ou tem, mas não quer tomar. A gente via assim o descaso com o próprio idoso. (E02)

E aí, a gente acha assim, um descaso muito grande das famílias por eles. Então, eu acho que ainda tá muito aquém do desejado, o cuidado com o idoso. (E03)

A negligência configura-se como “recusa ou omissão de cuidados básicos, devidos e necessários aos idosos, pela família ou instituições” (SILVEIRA; POMILIO, 2007, p. 5). As enfermeiras presenciam no seu cotidiano esse quadro de negligência por parte dos familiares, vivenciando o paradoxo no seu conceito de família como o meio preferencial para a convivência da pessoa idosa, e uma realidade em que a mesma não cumpre o seu papel na garantia de uma vida digna, privando seu familiar idoso de cuidados mínimos, porém indispensáveis a qualquer indivíduo.

E o que eu percebo, que a grande dificuldade do idoso é justamente a família. Tem vezes que a gente vai de surpresa. A família não gosta quando a gente faz isso, porque pega desprevenido, né? Aí geralmente tá sem tomar banho, tá sem se alimentar ainda, sem escovar os dentes. Mas, eu acho que o que é mais evidente é o descaso mesmo da família com o idoso, principalmente o idoso que é acamado, porque necessita de mais cuidados. (E04)

Sobre essa observação feita pela enfermeira E04, um estudo realizado com cuidadores em São Paulo identificou que pessoas idosas com níveis elevados de incapacidade funcional, logo mais dependentes de cuidados, estão mais sujeitas à sofrer negligência do que as que possuem dependência parcial (QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010). Assim, a maior demanda por cuidados, elevando a sobrecarga do cuidador é um fator potencializador das situações de negligência.

A negligência é observada também na resistência que alguns familiares têm em contribuir para a continuidade do cuidado, sendo indiferentes às orientações fornecidas pelos profissionais.

Pra gente eles não colocam não, mas a gente acaba vendo que nem sempre o que a gente fala eles aceitam. Na hora: “Tá. Tá bom. Vou

tentar.” Eles falam que vão tentar, que vão fazer, mas na realidade não tentam. Porque já tá com aquilo na cabeça que é aquilo mesmo, sabe? Que não vale à pena investir, se sacrificar. Eu sei que ser idoso hoje no Brasil é uma situação bem difícil. (E03)

Além da omissão da família no cuidado, as enfermeiras disseram ter conhecimento de casos de violência familiar caracterizada por maus-tratos psicológicos, como agressões verbais, que aterrorizam e humilham a pessoa idosa (SILVEIRA; POMILIO, 2007).

[...] vizinhos vieram dizer que uma idosa tava sofrendo maus tratos. Chegamos lá, informaram ao familiar. A filha foi lá revoltada. Porque ninguém queria ir lá com medo da família dela, e ainda mais que ela trancava e mandava ela não responder. (E13)

[...] tem gente que não tem paciência, acaba sendo agressivo. Não fisicamente, mas verbalmente... “Ah, sente direito!” Essas coisas assim. Tem um caso aqui na unidade de um idoso que o cuidador acaba tratando mal, dopando, e a gente já sentiu, e a assistente social já tá pra vim pra gente ver o que é que faz. (E06)

Apesar de identificar e se indignar com as situações de violência, as enfermeiras as diferenciam dos momentos de desgaste do cuidador familiar. Elas reportaram que entendem as dificuldades enfrentadas pela família no cuidado à pessoa idosa no domicílio, diante da sobrecarga diária que leva à impaciência e estresse na vida cotidiana.

Graças a Deus, situação de violência a gente aqui nunca teve. Psicológico a gente acaba não tendo como mensurar, mas, a gente percebe que acaba tendo um pouco, né? Porque não é fácil. A gente sabe que não é fácil. (E03)

Cuidar de uma pessoa idosa no domicílio requer dedicação do cuidador familiar, principalmente nos casos de dependência, quando a necessidade de auxílio para realizar as AVDs e AIVDs é elevada. Abdicar de atividades de lazer e trabalho extra domiciliar é comum entre os cuidadores familiares, pois a demanda de cuidados ocupa o seu cotidiano quase que integralmente. A enfermeira E06 reconhece essa sobrecarga física e emocional dos cuidadores familiares diante de um contexto novo, desgastante e que requer decisões, destacando que ela, mesmo com formação para o cuidado, encontra situações que não sabe lidar.

É desgastante, a gente entende. É como eu digo, é falta de preparo do cuidador. Que é estressante todo mundo sabe, principalmente o idoso

portador de Alzheimer, ou acamado. Às vezes, eu como profissional me deparo em situação que eu não sei resolver... (E06)

Essa compreensão das dificuldades enfrentadas pelos cuidadores familiares é fundamental para que as enfermeiras entendam comportamentos resultantes da impaciência e estresse vivenciados por eles, de forma a não julgá-los, e sim auxiliá-los nesse processo tão difícil. Segundo Oliveira e Caldana (2012), a enfermeira deve perceber as necessidades de ajuda sinalizadas pelos cuidadores, sem rotular um padrão de comportamento para seguirem, pois a cobrança dos profissionais para que os cuidadores sejam pacientes em seu dia a dia causam revolta nestes.

Dessa forma, a enfermeira pode atuar atenuando a sobrecarga do cuidador familiar, através de medidas de suporte para prestação de cuidados. Quando o cuidador é orientado sobre como lidar com as necessidades do idoso dependente, e tem um apoio do suporte formal para realizar as atividades cotidianas, ele sente maior facilidade para cuidar, e dessa forma, reduz o estresse diário (OLIVEIRA; PEDREIRA, 2010).

A redução da sobrecarga física e emocional promove o bem estar não só de quem cuida, mas também de quem é cuidado, favorecendo a homeostase familiar. Assim, como observado pelas enfermeiras entrevistadas, muitas famílias que foram acompanhadas através da visita domiciliar sofreram mudanças positivas, por meio das orientações fornecidas e de cobranças de melhoria da situação de cuidado.

Aí depois que a gente entrou lá, que a gente fez essa visita, que a gente vem conversando, que a gente vem cobrando também a questão do tratamento com o idoso, a gente conseguiu melhorar bastante. Hoje ele é outra pessoa, porque o idoso bem cuidado é bem diferente, né? (E02)

Aí, imediatamente sentei com o agente comunitário, a gente viu o que poderia fazer. [...] a assistente social foi novamente lá. Aí mudou toda a situação, né? A casa tava toda bonitinha, arrumada, limpa. A idosa, que antes queria ir embora, agora não quer mais sair do domicílio. (E13)

Percebe-se a importância da presença do profissional de saúde no domicílio, pois o respeito que os familiares têm por suas solicitações, e o receio de serem responsabilizados pelos atos de omissão de cuidado faz com que cumpram com deveres antes negligenciados, possibilitando um ambiente mais digno para a pessoa idosa.

Não se alimentava direito, e até sapo entrava na casa dele. Mas, depois o sobrinho dele passou a cuidar dele, e hoje a gente avalia a diferença do ambiente, tudo limpo, organizado, bem cuidado, a higiene pessoal dele também. (E07)

Entretanto, as enfermeiras devem atentar para os seus objetivos assistenciais durante a visita domiciliar, para que a mesma não se torne apenas um momento de cobranças e repreensões. Deve haver um limite entre o controle positivo associado ao acompanhamento dos usuários e que promove uma relação de confiança, e o negativo associado à ideia da vistoria e fiscalização, pois, este pode levar ao distanciamento entre profissionais de saúde e usuários (SAKATA et al., 2007).

Dessa forma, as enfermeiras devem utilizar de tecnologias relacionais na busca por melhorias para a pessoa idosa e sua família, fugindo de uma abordagem repressora. Segundo Tulio, Stefanelli e Centa (2000), o vínculo estabelecido na visita domiciliar, bem como o grau do relacionamento e envolvimento do profissional com a família, repercute diretamente no seu reconhecimento como profissional, e conseqüentemente, na aceitação das suas orientações.

Assim, considerando os relatos das enfermeiras, através do acompanhamento das famílias por meio da visita domiciliar, melhorias foram observadas nos domicílios, reforçando a necessidade de suporte formal por parte da família, e tornando as informações fornecidas pelas enfermeiras algo imprescindível para a melhoria no cuidado à pessoa idosa.

A gente vai, faz as visitas, orienta a família, porque também a família fica muito envolvida. Muda a rotina da família. Então, a família também precisa de uma orientação, de uma direção do que fazer com aquele paciente. Então, a gente tá orientando, a gente tá acompanhando na visita domiciliar. (E05)

Essa necessidade que os familiares possuem de ter um direcionamento para atender às demandas da pessoa idosa dependente de cuidados é identificada pelas enfermeiras, que aliado ao fato de terem pouco conhecimento para a avaliação global geriátrica, demanda boa parte da sua assistência no domicílio à orientação dos cuidadores, sendo um recurso extremamente útil para essas famílias.

A gente faz o atendimento ao paciente, chama o cuidador para que ele observe como é feito todo esse atendimento pra que ele repita. (E01)

Vou, converso com o familiar. Pergunto se ele tem alguma dificuldade de dar banho no parente, na mãe, no pai. (E03)

No momento da visita domiciliar, sempre o cuidador ele tá ao lado, e a gente passa as orientações. Como deve cuidar, a alimentação, a higiene física, a gente orienta a mudança de decúbito. A troca das fraldas. Tá observando ele todo. E, ele também vai passando pra gente a maneira que ele vem cuidando, que a gente reforça alguma coisa que tá certo, se não tá, o que precisa melhorar daqueles cuidados. (E07)

Os familiares devem receber orientações a cerca da patologia que a pessoa idosa apresenta, e como acompanhar o tratamento recomendado. Nesse sentido, a equipe da ESF tem papel fundamental, sendo necessário o treinamento da mesma para atender às pessoas idosas e seus cuidadores (NARDI; OLIVEIRA, 2008). Moreira e Caldas (2007) corroboram com essa ideia ao afirmarem que, apesar da ESF possibilitar o acompanhamento da família, necessita de capacitação adequada dos profissionais que nela atuam para garantir um atendimento qualificado.

As enfermeiras compreendem que essa orientação aos cuidadores familiares sobre formas de cuidar faz parte da assistência à pessoa idosa, e merece atenção especial, como expresso no relato da enfermeira E09:

O acompanhante que é o cuidador do idoso, porque também faz parte da saúde do idoso a gente capacitar, ou tentar orientar o acompanhante sobre as medicações, algumas coisas que o idoso não pode fazer sozinho. (E09)

A necessidade de orientação para cuidar da pessoa idosa é tão evidente, que uma das enfermeiras desenvolveu juntamente com a psicóloga do NASF, um projeto de capacitação para os cuidadores familiares do seu território.

Muitos cuidadores estão despreparados para cuidar daquele idoso. É tanto que a gente tá, vamos dizer assim, fazendo uma capacitação pra esses cuidadores. (E06)

Dessa forma, através de uma carência percebida no contato direto com a comunidade, a enfermeira elaborou um projeto que estimula a participação de outros profissionais da equipe, amplia sua possibilidade de assistência à pessoa idosa na ESF, além de promover o fortalecimento do vínculo e apoio formal às famílias.

Sendo assim, fica clara a necessidade da ESF promover a capacitação dos cuidadores familiares, contemplando ações de sensibilização da família para um maior envolvimento, e esclarecimentos sobre as questões comuns no processo de envelhecimento (NUNES; PORTELA, 2003). Para estas autoras, o entendimento das necessidades inerentes à pessoa idosa facilita o cuidado prestado pelos familiares, proporcionando o suporte físico e emocional necessário para que a pessoa idosa viva dignamente.

O familiar é colaborador, ele fica junto, a gente orienta [...] A orientação que é dada pra ele, eles vão absorvendo até pra saber como é que vão tá dando a medicação, fazendo o curativo, o que precisa incluir, ou excluir da dieta. (E12)

O reconhecimento do familiar como colaborador no processo de cuidado é evidente nos relatos das enfermeiras, as quais solicitam a presença de um membro da família, preferencialmente o cuidador direto, durante a realização da visita domiciliar. Isso se deve ao fato de que algumas pessoas idosas não sabem ler, ou tem algum comprometimento físico ou cognitivo que as impede de apreender e pôr em prática as orientações fornecidas pela enfermeira. Dessa forma, a presença do familiar transmite a ideia que, de alguma maneira, as informações foram assimiladas e poderão ser seguidas.

Se a gente for na casa e o idoso tiver sozinho, não dá certo, porque ele só não vai receber todas as orientações que a gente der [...] Aí, sempre tem que ter um acompanhante, um familiar, ou um cuidador pra poder tá junto com o paciente na hora da visita. (E09)

[...] o que eu exijo dos agentes de saúde quando eu preciso fazer uma visita domiciliar é que tenha um parente que fique mais tempo com o idoso naquela casa, porque já aconteceu de eu fazer a visita só com o idoso, e aí é terrível, porque ele sozinho, às vezes, não entende direito, não escuta direito. Então, é perdida aquela visita, né? (E11)

A presença de um familiar durante a visita domiciliar é importante não só para a continuidade do cuidado, mas também para direcionar a assistência à pessoa idosa, quando esta não for capaz de fornecer informações sobre si, e sobre suas necessidades.

Então, existem falhas, e falha também da família em visita domiciliar. Às vezes, a gente chega na casa não tem um familiar, tem um vizinho que foi deixado pra observar essa visita. (E13)

Neste relato da enfermeira E13, a família deixou um vizinho para receber a equipe da ESF, porém, a necessidade não é de haver alguém apenas para receber os profissionais, mas que esse alguém tenha proximidade com a pessoa idosa saiba suas condições de vida e saúde, a fim de facilitar e direcionar as ações assistenciais.

Em casa eu acho que fica mais amplo, porque a família fala: “Ó, não tomou hoje. Tomou o remédio. É desobediente, come sal escondido.” Essas coisas simples, mas que a família também vai tá integrada na consulta. Eu acho interessante. (E10)

Assim, os familiares têm um papel de destaque na visita domiciliar à pessoa idosa, pois além de serem alvo das orientações de cuidado, eles são fonte de informação sobre a rotina da pessoa idosa, seus hábitos, queixas e necessidades, e estão presentes cotidianamente no cuidado, sendo aliados das enfermeiras na busca por um cuidado adequado às reais demandas destes indivíduos.

Dessa forma, a análise do contexto atual revela que o cuidado à pessoa idosa no domicílio recai em grande parte, quando não totalmente, para as famílias, as quais cuidam, na maioria dos casos, sem nenhum preparo ou apoio formal. Diante dessa realidade, faz-se necessário, e urgente, organizar os serviços de atenção à saúde para prestar atendimento a essas pessoas, que devido a toda a sobrecarga física e emocional, sofrem em silêncio nos seus lares, como se a sua angústia não fosse legitimada pelo Estado e sociedade.

A Constituição Federal Brasileira (1988, p. 37) traz em seu art. 229 a obrigação da família, especificamente dos filhos, no cuidado à pessoa idosa afirmando que “[...] os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. Porém, logo em seguida, no art. 230 reconhece que esse é um dever também da sociedade e do Estado, ao declarar que “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.” (BRASIL, 1988, p. 37).

Além de incluir o Estado como responsável no cuidado à pessoa idosa, a Constituição Federal preconiza neste mesmo art. 230, parágrafo 1º, que o amparo à pessoa idosa deve ser realizado preferencialmente no seu lar. Dessa forma, o Estado deve reconhecer a necessidade de apoio para o cuidado à pessoa idosa, presente em muitos domicílios brasileiros, e partilhar dessa responsabilidade juntamente com a família e a sociedade, garantindo mediante políticas públicas, um suporte formal no domicílio para a pessoa idosa dependente de cuidados e sua família.

4.4 AS ENFERMEIRAS SE SENTEM SATISFEITAS PROFISSIONALMENTE AO CONSEGUIR PRODUZIR, MESMO DIANTE DAS DIFICULDADES, MUDANÇAS POSITIVAS NO COTIDIANO DA PESSOA IDOSA

Essa unidade aborda os sentimentos vividos pelas enfermeiras durante as visitas domiciliares, os quais em sua maioria são relacionados a experiências positivas. As enfermeiras afirmaram que o acompanhamento de pessoas idosas e suas famílias no domicílio é algo gratificante, pois elas conseguem perceber claramente as mudanças que o seu trabalho promove na vida desses indivíduos. A cada visita que realizam podem avaliar se através das orientações fornecidas, houve alterações no cuidado à pessoa idosa, e quando o retorno é positivo, as enfermeiras experimentam o sentimento de gratificação pelo seu trabalho.

A experiência do vivido eu acho que ela é muito gratificante, porque na grande maioria das vezes, quando a gente vê a satisfação, vê a questão que aquilo que você plantou, você tá colhendo mais tarde, que tá funcionando seu trabalho, né? É algo pra mim gratificante. (E01)

Experiência de você ficar satisfeito porque a família tá empenhada, porque a família colabora, entendeu? Porque ela contribui. (E05)

A repercussão positiva do trabalho para os indivíduos que o utilizam é fundamental para que o profissional avalie o seu potencial de atuação, e sinta-se útil dentro do seu campo de trabalho. Perceber que, mesmo com todas as dificuldades de capacitação, recursos materiais e sobrecarga de trabalho, o esforço para prestar uma assistência de qualidade resultou em benefícios para a comunidade, leva à satisfação das enfermeiras.

Para Oliveira e Spiri (2006), o trabalho desenvolvido com dedicação produz resultados gratificantes, pois a intervenção adequada resolve os problemas dos usuários que, em consequência disso, reconhecem o desempenho da equipe da ESF, aceitando as condutas e solicitando as visitas domiciliares.

Porque eles gostam, e é gratificante pra mim ver que, quando a gente vai uma vez ele tá de um jeito, quando a gente vai depois ele já tá com uma melhora grande, que entendeu tudo aquilo que você falou. E, até pro cuidador também ajudou. (E09)

[...] quando funciona direitinho, quando você vê o retorno, que ele aprendeu aquela medicação correta, ou então, ele seguiu aquela orientação sua de fazer uma caminhada, melhorar aquela alimentação, é gratificante. (E11)

As enfermeiras reconhecem que o sucesso do seu trabalho também é atribuído à pessoa idosa e seus familiares, pois, mesmo que elas prestem os cuidados necessários, se não houver seguimento das orientações fornecidas, dificilmente será alcançado um resultado satisfatório.

Tudo que a gente orienta, mudança de decúbito, hidratação, alimentação, ela faz tudo direitinho. Eu fico assim... Eu chego me arrepio, tá vendo? É a que eu faço mais questão de ir, porque eu me sinto bem. (E06)

Dessa forma, encontrar pessoas empenhadas nesse cuidado produz um sentimento de satisfação nas enfermeiras. Em contrapartida, ver o descaso com as orientações prestadas leva a um sentimento de pesar.

Mas tem alguns que você vai várias vezes, diz outras coisas, as mesmas coisas, e não muda nada. Aí a gente fica triste, né? Porque você tenta ajudar de algum jeito, mas nem a pessoa, e nem o cuidador tem muito interesse em ajudar. (E09)

A falta de adesão por parte da pessoa idosa, ou dos seus familiares às orientações fornecidas, repercute negativamente para a enfermeira, que experimenta uma sensação de indiferença para com o seu trabalho, o oposto da gratificação profissional.

Esse sentimento de gratificação do trabalho conduz a outra sensação, a da valorização e reconhecimento profissional. As enfermeiras sentem a importância que a pessoa idosa atribui a sua visita domiciliar, preparando-se para recebê-la e aguardando por esse momento, vivenciando um sentimento de aceitação.

A gente tem uma experiência boa aqui. A gente é muito bem recebida. Buscam muito a gente. Aqui de perto, qualquer probleminha que tenham com o idoso, eles buscam a gente. (E02)

[...] é como eu falei anteriormente, eles ficam ansiosos por essa visita, né? Então, se arrumam, fazem questão de receber bem, oferecem suco. (E08)

A necessidade de aceitação é inerente ao ser humano. Todos precisam sentir-se aceitos para experimentar satisfação e segurança nas experiências vividas, e na visita domiciliar, através da criação de um vínculo, os profissionais sentem-se aceitos pela comunidade (TULIO; STEFANELLI; CENTA, 2000).

As enfermeiras compreendem que a visita domiciliar é um momento de aceitação em que elas sentem-se valorizadas por serem aguardadas e recebidas com muito respeito e atenção, mas que também as pessoas idosas se sentem valorizadas por tê-las em suas casas, já que lhes dão esse reconhecimento como profissionais.

Mas a gente vê a gratificação do paciente de você se preocupar, de você agendar uma visita pra ele. O dia perfeito dele é aquele dia que você chega, sai do carro, e vai lá. “Boa tarde! Cheguei aqui pra saber como é que tá.” Ele se sente muito assim, motivado. (E10)

A ida até o domicílio é entendida pela pessoa idosa e seus familiares como um cuidado extra que os profissionais têm com eles, decorrente do vínculo e da importância que lhes dão, como destacado pela enfermeira E05:

A maioria das famílias são receptivas, gostam quando você vai porque se sentem cuidadas, se sentem acolhidas, vê que a unidade tem a preocupação com esse paciente. Já é um trabalho que é nosso mesmo, mas eles gostam muito. Eles se sentem cuidados. (E05)

Eles gostam, inclusive, porque eles se sentem mais valorizados. “Ah, a médica veio. A enfermeira veio.” Eles se sentem importantes. (E12)

Além da aceitação percebida pelas enfermeiras, outro ponto que as faz se sentirem acolhidas nos domicílios é a receptividade das pessoas idosas. As enfermeiras relatam que gostam de trabalhar com o público idoso, pois são mais receptivos do que os grupos de outras faixas etárias, e expressam seus sentimentos de forma intensa, tornando-se por isso mais próximos dos profissionais.

É um grupo que eu sempre gostei de trabalhar, é o grupo de idoso, porque eles são muito carinhosos. Eles assim, tudo agradecem, eles reconhecem muito tudo que a gente faz. É assim, aquele carinho. Então, a gente se sente muito gratificado em tá realizando essa visita pro idoso, porque eles reconhecem muito mais do que os outros grupos. (E07)

Tem visita de puérpera, mas a do idoso eu gosto bastante por causa disso, porque eles são muito acolhedores. Então, eu gosto muito de ter esse contato com eles por essa questão do acolhimento, da alegria deles, da vivência deles. (E08)

O carinho demonstrado pela pessoa idosa faz com que a enfermeira sintam-se acolhida ao adentrar o domicílio, um espaço que não é seu, e onde ela não tem domínio, como é o caso da USF. Assim, a receptividade e o acolhimento faz da visita domiciliar a pessoa idosa um momento agradável, em que as enfermeiras vivenciam experiências de fortalecimento de vínculo com a comunidade.

[...] aí quando a gente vai na casa, aí já chega: “Ainda bem que você veio me ver, já tava com saudade”. (E09)

[...] e eu amo, porque elas me abraçam, elas são verdadeiras assim, sabe? A gente sente bem o calor humano delas. (E10)

Ah, eu gosto de conversar com o idoso, né? A gente aprende muita coisa, eles são bastante agradáveis, são carentes. [...] E, assim, eles são muito amáveis, a maioria. (E11)

Uma forma da enfermeira vivenciar o sentimento de confiança e vínculo estabelecidos é através dessas demonstrações de afeto, pois a espontaneidade da pessoa idosa em seu ambiente domiciliar, e também da enfermeira que está fora do seu ambiente institucional, permite um estreitamento de laços, que o atendimento na USF não promove com facilidade semelhante.

Eu acho que é bem gratificante mesmo, porque a gente acaba criando um vínculo. Eu acho que o principal é o vínculo. (E02)

Eu já chego, já chamo pelo nome, porque já to lá há um tempo, então, já tenho uma certa intimidade com eles. (E08)

A visita domiciliar promove a proximidade nas relações entre a comunidade e a enfermeira, tendo como consequência o estabelecimento de um vínculo entre estes, o qual facilita a adesão da população ao serviço de saúde, faz com que a pessoa idosa se veja melhor cuidada, estimulando sua autonomia e participação no tratamento (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Essa proximidade com a população através da visita domiciliar é evidente nos relatos das enfermeiras, que percebem a importância desse vínculo para a assistência à comunidade, a

exemplo da enfermeira E11, que disponibiliza o número do seu telefone pessoal para que as pessoas idosas e seus familiares possam entrar em contato, caso necessitem.

De tá sempre alguém pra receber, de você ter o contato com a família, cria um vínculo, às vezes, pega o número do celular, às vezes, liga. Cria um vínculo, sabe? Aí você acaba se sentindo mais próxima do paciente, o paciente é melhor acompanhado. (E11)

O vínculo criado e a confiança da família nas enfermeiras, permitindo o acesso ao domicílio é reconhecido por essas profissionais, que referem a importância da comunidade ser receptiva e acreditar no trabalho desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família.

Eu gosto. Porque assim, quando a pessoa abre as portas da sua casa pra gente, ela tá abrindo porque ela confia, porque ela quer que a gente ajude de alguma forma. (E03)

Mas eu gosto dessa questão, de você chegar no lar e saber que a comunidade tá deixando você chegar até a sua casa, a casa deles, né? (E10)

A confiança das famílias é algo almejado pelos profissionais ao realizarem a visita domiciliar, os quais buscam desenvolver uma relação empática e sem pré-julgamentos, considerando ao adentrar o domicílio não apenas a competência técnica, mas as habilidades de relacionamento interpessoal e humanístico na relação profissional-paciente-família (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

O vínculo, a confiança, e todos os demais sentimentos positivos vivenciados pelas enfermeiras nas visitas domiciliares estão, em sua maioria, ligados a relações afetivas, o que provoca uma referência aos seus familiares, potencializando as sensações experimentadas nos domicílios, bem como o desejo de prestar um atendimento de maior qualidade às pessoas idosas.

Eu fico me colocando assim, se fosse meu pai eu não ia gostar, se fosse meu avó mesmo, eu não iria gostar. (E06)

Então, se a gente trata o paciente como alguém da nossa família, a nossa atenção vai ser muito melhor do que o normal. Se fosse minha vó, se fosse minha mãe, se fosse algum parente meu, eu ia tratar como? Não ia priorizar essa visita? Então, vamos priorizar essa visita. (E10)

A aproximação afetiva com a pessoa idosa também exacerba o sentimento de impotência que as enfermeiras têm em situações difíceis, que as envolvem emocionalmente, porém, nas quais não sabem como agir. Um estudo realizado com profissionais da ESF identificou que o vínculo estabelecido entre estes e a comunidade favorece a atuação da equipe, entretanto, pode conduzir a sentimentos de impotência pelo limitado poder de resolução, diante de solicitações da população (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

[...] essa parte de idoso e criança eu gosto bastante. Só que eu queria ter isso mais afluído. Ter mais condições de fazer as coisas [...] Só que são coisas que fogem, que eu não vou poder ajudar um e não ajudar outro. (E03)

Então, assim, você chega vê o paciente naquela situação, às vezes, com muitas limitações. A sensação, às vezes, é de incapacidade, de ser incapaz, entendeu? Então, assim você quer, às vezes, até fazer alguma coisa, mas você não pode. Porque você, às vezes, não tem nem o que falar pra família. (E05)

O sentimento de impotência abrange a impossibilidade de resolução de problemas identificados, bem como a incapacidade de agir em situações de agressão verbal e constrangimento para com a pessoa idosa. A enfermeira E06 relata uma dessas experiências em que se sentiu emocionalmente frágil e impotente, quando presenciou um familiar gritar com a pessoa idosa durante uma visita domiciliar, e ela não conseguiu agir de nenhuma forma, a não ser chorar.

[...] eu acabei ficando chocada, eu mesmo vou dizer que eu fiquei muito emocionada, tanto eu quanto a agente de saúde, porque eu olhava pra ela, ela chorava e eu também. Porque é uma coisa que você não pode fazer nada, você fica de mãos atadas. (E06)

O sentimento de impotência relatado pelas enfermeiras, diante de situações de violência verbal e negligência revela quão distante os profissionais de saúde estão das ações de notificação e denúncia da violência contra a pessoa idosa. O fato das equipes da ESF adentrarem diversos domicílios nas suas áreas de abrangência deve mobilizar os gestores, no intuito de capacitá-las para identificar as situações de violência e empreender as medidas cabíveis em cada caso.

Para Shimbo, Lambronicci e Mantovani (2011), a equipe da ESF tem poucas alternativas para intervir no problema da violência de forma efetiva, pois as formas

disponíveis são ações de difícil implementação, já que além de interferirem na dinâmica familiar, envolvem profissionais de outros setores, requerendo, portanto, um planejamento intersetorial capaz de mensurar a real dimensão desse problema.

Além da sensação de impotência, as enfermeiras vivenciam outros sentimentos negativos durante a visita domiciliar a pessoa idosa. Apesar de reportarem poucas situações nesse sentido, as enfermeiras citaram dentre elas a experiência de lidar com a pessoa idosa com dependência severa, com muitas limitações, como uma circunstância que não é bem enfrentada, a exemplo do relato da enfermeira E05:

Olha só, pra mim, às vezes, é um pouco traumática, porque o paciente que tá ali é porque ele não pode sair de casa. E se você tá indo até a casa dele, é porque o paciente tá numa situação debilitada, né? (E05)

Presenciar a situação de dependência em outrem produz no ser humano sentimentos variados por meio de um processo empático, como a compaixão pelo momento difícil que o outro pode estar passando, e a transferência daquele contexto para si e para pessoas próximas, o que pode causar desconforto, definido pela enfermeira E05 como algo traumático.

Entretanto, o sentimento percebido pela enfermeira como uma experiência negativa, traumática, envolve uma capacidade necessária nas relações entre profissionais de saúde e usuários, que é a empatia. Segundo Bussab, Pedrosa e Carvalho (2007, p. 20) a empatia:

“é geralmente concebida como um fenômeno que propicia ao sujeito ‘colocar-se no lugar do outro’ ou ‘sentir o que o outro sente, na perspectiva do outro’ ou, então, é apresentada como ‘uma resposta de uma pessoa ao estado afetivo de outra’”.

Um estudo realizado com usuários cadastrados na ESF da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, revelou que em relação à empatia, alguns usuários não estão satisfeitos quanto ao entendimento das suas necessidades específicas (DIAS et al., 2011). Esse dado requer atenção especial, pois segundo as autoras do estudo (2011, p. 230), “oferecer atendimento com acolhimento significa explorar a relação sujeito-sujeito, disponibilizando toda a capacidade de comunicação, de empatia, de dedicação e de compaixão para imprimir à ação uma centralidade na ordem do sentir”.

Dessa forma, as enfermeiras evidenciaram, através dos seus discursos, que a empatia faz parte dos processos de trabalho por elas desenvolvidos na ESF, tornando-os mais humanizados e acolhedores, reforçando a noção de vínculo entre elas e os usuários.

Além da situação de dependência da pessoa idosa, outra questão que leva a sentimentos negativos nas enfermeiras da ESF é a agressividade de filhos para com os pais idosos. Pelos laços afetivos que normalmente se estabelecem entre pais e filhos, as enfermeiras consideram-se surpreendidas por ofensas verbais de filhos proferidas a seus pais. São momentos que elas consideram inacreditáveis, diante do conceito que possuem de família, que aliado à ideia da pessoa idosa ser alguém carente e amável, produz um desconforto emocional significativo.

Ah, é pai e mãe você não vai... Aí acaba o cuidador com ele muito agressivo. E, eu vou dizer a você que muitas coisas ainda me deixam chocadas. Coisas assim, de eu falar, não vai acontecer, não vou ver, mas você acaba vendo. (E06)

Conforme observado no relato das enfermeiras, a visita domiciliar a pessoa idosa promove sentimentos diversos nessas profissionais. Elas sentem-se gratificadas pelo seu trabalho que faz a diferença, valorizadas e reconhecidas pela comunidade, e acolhidas pela pessoa idosa, porém, também experimentam sentimentos negativos que causam incômodo, mas, assim como as experiências positivas, esses sentimentos são entendidos como parte da construção e crescimento de um profissional.

5 O VIVIDO PELA ENFERMEIRA NOS MODOS DA OCUPAÇÃO E PREOCUPAÇÃO COM O SER-IDOSO: O SENTIDO DE SER ENFERMEIRA CUIDANDO DO IDOSO NO DOMICÍLIO NA ESF

A compreensão das unidades de significação permitiu a construção da unidade de significado “O vivido pela enfermeira nos modos da ocupação e preocupação com o ser-idoso”, a qual abriga uma discussão fenomenológica com base nas obras do filósofo Martin Heidegger.

A enfermeira da ESF em seu cotidiano, se mostra numa relação de cuidado à pessoa idosa, ela é ser-com o idoso. Quando se fala em cuidado, compreende-se este como algo inerente ao ser no mundo e que permeia a sua existência enquanto tal. Heidegger denomina o cuidado como cura, e considera que esta “[...] se acha do ponto de vista existencial a priori, ‘antes’ de toda ‘atitude’ e ‘situação’ da presença, o que sempre significa dizer que ela se acha em toda atitude e situação fática.” (HEIDEGGER, 2006, p. 260).

Portanto, o cuidado está presente nas ações e relações dadas no mundo da presença, ainda que sejam ações de cuidado deficiente, ou descuidado. A presença é cuidado. É isso que assevera Heidegger (2006), quando traz que em sua essência, o ser no mundo é cuidado. E esse cuidado se dá através do modo de ser da ocupação (ser junto a), e da preocupação (ser com).

O modo de ser da ocupação se dá na relação da presença com os entes intramundanos. Na ocupação, a relação da presença com os outros é ser junto, ou seja, ocorre apenas diante dos contatos necessários ao desenvolvimento dos afazeres cotidianos, não indo além desse aspecto.

Já a preocupação é um modo de ser no cuidado, em que a presença é o ser com os outros no cotidiano das relações interpessoais, é o relacionar-se entre presenças. Com isso, Heidegger (2006, p.181) afirma que “no ser-com e para os outros, subsiste, portanto, uma relação ontológica entre presenças”.

Considerando essa relação, a preocupação vai além do ser junto no mundo da ocupação, ela é o envolvimento da presença com outras presenças. É uma forma de se relacionar com o outro, de cuidar da existência do outro, que só se faz possível mediante uma relação envolvente e significativa, e tem como características básicas ter consideração para com o outro e ter paciência para com o outro (HEIDEGGER, 2006).

As enfermeiras, em sua prática, se encontram tanto no modo de ser da ocupação, como no da preocupação. A enfermeira da ESF encontra-se no modo de ser da ocupação quando lida com os manuais técnicos, e realiza procedimentos como, por exemplo, curativos e vacinação no domicílio. Enfim, quando lida com os entes intramundanos⁵, e não com presenças.

Segundo Heidegger (2006, p. 177), “O caráter ontológico da ocupação não é próprio do ser-com, embora esse modo de ser seja um *ser* para os entes que vêm ao encontro dentro do mundo como ocupação”. Assim, é o encontro da enfermeira com os instrumentos que utiliza na sua prática assistencial. Entretanto, nesse modo de lidar da ocupação, a falta de alguns entes intramundanos leva a enfermeira a deparar-se com dificuldades para prestar uma assistência de qualidade ao ser-idoso.

A esse modo de não estar à mão de um instrumento Heidegger (2006) denomina surpresa. Assim, a enfermeira lida no cotidiano da visita domiciliar com o que de modo algum “está à mão”, com a falta de recursos necessários ao seu trabalho, necessitando, muitas vezes, improvisar estratégias de cuidado diante do que lhe está disponível.

Assim, a surpresa derivada da ausência de uma rede de serviços especializados capaz de atender as demandas identificadas no domicílio, bem como da falta de conhecimentos específicos em geriatria e gerontologia resultam em um modo deficiente da assistência ao ser-idoso.

Para Heidegger (2006), nesse momento o ser se desentranha como algo simplesmente dado que não pode mover-se sem o que falta. A enfermeira se vê restrita nas suas possibilidades de atuação, ficando muitas vezes perdida, sem saber qual direção seguir. O “ficar sem saber o que fazer” é um modo deficiente da ocupação (HEIDEGGER, 2006).

Ainda no modo da ocupação, nem sempre o ser se dá conta das referências e instrumentos que utiliza. O fato de um recurso estar disponível suficientemente no cotidiano leva o mesmo a não ser notado, ou, não lhe é dada a devida importância. Porém, a ausência de qualquer um destes instrumentos imediatamente leva o ser a tomar conhecimento da existência e importância desse recurso para a continuidade do seu trabalho. É na falta que o instrumento é reconhecido como tal.

⁵ O ente simplesmente dado no mundo é designado por Heidegger como intramundano ou pertencente ao mundo (HEIDEGGER, 2006), a exemplo da casa, do livro, entre outros.

A falta de um manual disponível até então, leva a uma quebra nos nexos referenciais, a um deparar-se com o vazio, e “[...] só então é que se vê para quê e com quê estava à mão aquilo que faltava” (HEIDEGGER, 2006, p. 124).

Identificar uma possível demência em uma pessoa idosa, e não haver possibilidade de encaminhá-la ao neurologista, por exemplo, produz na enfermeira esse vazio, ao mesmo tempo em que toma conhecimento da aplicabilidade desse recurso para a sua prática assistencial.

Reconhecer esses vazios, esses momentos de deparar-se com o que falta, o que “de forma alguma está à mão”, é imprescindível para direcionar melhorias na operacionalização das estratégias assistenciais e políticas públicas já existentes, bem como a formulação de novas ações.

As dificuldades enfrentadas pela enfermeira na visita domiciliar a pessoa idosa vão além da dificuldade de lidar com o que falta. No seu cotidiano, a enfermeira eventualmente sente dificuldade em exercer o cuidar. A enfermeira se mostra [...] tal como ela é antes de tudo e na maioria das vezes, em sua cotidianidade [...] (HEIDEGGER, 2006, p. 54). E, na sua cotidianidade, ela não se mostra no cuidado específico à pessoa idosa, restringe-se basicamente ao atendimento a hipertensos e diabéticos, repercutindo na falta de habilidade para lidar com o que é característico do geronto-geriátrico.

Como as enfermeiras não realizam um tipo de atendimento direcionado ao ser-idoso, ou seja, o assistir se dá de maneira geral, não há uma intencionalidade, como estrutura das experiências vividas pela consciência, não há um dirigir-se-ao cuidado do ser-idoso. Heidegger, ao interpretar Hursel, define intenção como o dirigir-se-à, portanto, toda vivência, todo ato da consciência é intencionalidade (HEIDEGGER, 2007).

Assim, não havendo a intencionalidade do cuidado ao ser-idoso, a ausência do cotidiano assistencial a este segmento populacional, independente de patologias, leva a dificuldades no atendimento, pois se torna algo incomum na prática da enfermeira. Na cotidianidade, a enfermeira ocupa-se do ser-idoso hipertenso e diabético. Compreendendo a si própria a partir dessa lida cotidiana, a enfermeira não encontra possibilidade de abertura para outros modos de ser, além do modo de ser cuidando da pessoa idosa hipertensa e diabética.

Além da dificuldade em mostrar-se através de outros modos de ser, a enfermeira também compreende o ser-idoso a partir desses modos de ser específicos relacionados a patologias. O ser aí, em sua ocasionalidade, pode ser visto e apresentado sob perspectivas muito diferentes (HEIDEGGER, 2012). É diante dessa possibilidade que a enfermeira, em seu

cotidiano, pode direcionar a atenção para o ser-idoso sob diversas perspectivas: ser-doente; ser-saudável; ser-com-incapacidade, entre outras.

Entretanto, o cuidado ao ser-idoso está restrito ao ser-doente, refletindo a visão da enfermeira sob uma determinada perspectiva apenas, deixando de lado todas as outras possibilidades deste ser mostrar-se, e limitando a assistência na ESF a parcela da população idosa já acometida por uma patologia.

De uma determinada perspectiva, só é possível visualizar um lado, um aspecto da coisa, que se funde com os demais aspectos possíveis da sensibilidade, em cada caso, um diferente aspecto se apresenta em relação à posição do observador (HEIDEGGER, 2012).

Destarte, a enfermeira nunca poderá conhecer este ser como todo, só as partes, as matizes. O todo pode ser presumível, imaginado, criado. Assim, a enfermeira da ESF deve estar aberta para as diversas manifestações do ser, e, de acordo com a necessidade expressa, ou oculta, desenvolver um cuidado ampliado e integral ao ser-idoso na ESF.

As enfermeiras também apresentaram ocupação deficiente, pelo fato de estarem presas ao atendimento de crianças e gestantes preconizados por manual, e não estarem situadas em normas padronizadas de atendimento ao ser-idoso. Para Heidegger (2006), nós somos antes de tudo e na maioria das vezes aquilo que determinam que a gente seja.

A presença sempre se compreende a partir da possibilidade própria de ser ou não ser ela mesma. Estas possibilidades são escolhidas pela própria presença, ou em um meio que ela caiu ou já sempre nasceu e cresceu (HEIDEGGER, 2006). Assim, a enfermeira está lançada em um meio em que a compreensão do ser-idoso não está presente na cotidianidade, e que a leva a uma existência, enquanto profissional, distante das necessidades desse ser no mundo.

Ao se deixar levar por essa compreensão comum do meio em que está lançada, a enfermeira perde-se na publicidade do impessoal, não se posiciona propriamente no seu modo de ser, existindo na decadência. Para Heidegger (2006), a decadência é um modo de ser na cotidianidade que possui o caráter de perder-se no senso comum, incorporando a visão de mundo que já está dada no meio em que a presença está inserida. Assim, a enfermeira perde-se no modo impróprio de ser.

A compreensão do mundo através dessa visão pública é uma tendência da presença, pois, segundo Heidegger (2006), o modo de ser impróprio é tentador, já que leva a uma tranquilidade da presença diante de uma abertura capaz de lhe assegurar a certeza das possibilidades de seu ser.

Esse modo de “ser-no-mundo da decadência, tentador e tranquilizante é também alienante” (HEIDEGGER, 2006, p. 243). A enfermeira, ao se conformar com o que está dado, sem questionar ou propor novas possibilidades de ser no cuidado à pessoa idosa no domicílio, aliena-se na sua cotidianidade, transferindo a responsabilidade para outrem.

Assim, considerando a cotidianidade como o modo de ser em que a presença, de início e na maior parte das vezes, se mantém, ou seja, como “vive o seu dia” (HEIDEGGER, 2006, p.461), a enfermeira da ESF mostra-se em uma cotidianidade que não abriga o cuidado ao ser-idoso em sua totalidade. Isso ocorre por deficiências na sua formação enquanto graduanda, bem como depois que se torna profissional, quando está lançada no que está dado, sem perspectivas de mudanças.

As competências adquiridas na graduação em enfermagem, bem como as deficiências de conteúdo teórico e prático se apresentam na enfermeira da atualidade. “[...] Em seu ser fático, a presença é sempre como e ‘o que’ ela já foi. Explicitamente ou não, a presença é sempre o seu passado [...]” (HEIDEGGER, 2006, p. 57). Assim, a enfermeira em existindo é o vigor de ter sido.

No modo impróprio do vigor de ter sido, a enfermeira esquece que pode existir em outros modos de ser, e se detém a esse passado, considerando-o como algo que traz consigo e que influencia no seu cotidiano determinando o ser, e daí fecha-se a novas possibilidades. Porém, a enfermeira deve considerar as deficiências na graduação como algo inerente a sua existência, que fez parte da construção do seu ser fático, mas que sempre há a possibilidade de antecipar outros modos de ser. Essa possibilidade de antecipação permite a enfermeira existir nos modos próprios de ser.

Ainda considerando as ekstases da temporalidade⁶, a presença não está lançada numa sequência temporal existindo através das através das horas, dias e anos, onde o que ela foi não mais é, mas a presença é cuidado, porque baseia-se no vigor de ter sido para existir na atualidade, e projeta-se no porvir, antecipando-se em outras possibilidades de ser. Assim, as ekstases da temporalidade possibilitam as diversas manifestações do ser.

Nesse contexto, a enfermeira encontra-se no porvir impróprio, em que ela cria expectativas acerca de uma capacitação sobre saúde da pessoa idosa, e nesse esperar, não abre outras possibilidades de ser. A enfermeira aguarda que os coordenadores e gestores

⁶ Os fenômenos caracterizados de porvir, vigor de ter sido e atualidade são chamados por Heidegger (2006) de ekstases da temporalidade, e rompem com a sequência lógica de passado, presente e futuro que levam a uma compreensão imprópria do tempo. Na temporalidade o ser pode existir de forma autêntica no cuidado. O cuidado não é “um ente que ocorre e transcorre ‘no tempo’” (HEIDEGGER, 2006, p. 412).

promovam cursos e capacitações, estando sempre à espera do atendimento dessa necessidade, para abrir-se a um modo de ser próprio do cuidado ao ser-idoso.

Nesse porvir impróprio, a enfermeira encontra-se num modo de expectativa sem ação, pois não tem a iniciativa de se abrir a outras maneiras de aquisição de conhecimento, como por exemplo, a leitura do Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que é disponibilizado, mas não é utilizado. Assim, ao aguardar os acontecimentos, a enfermeira não antecipa suas possibilidades de ser.

Dessa forma, a dificuldade de direcionamento para a assistência ao ser-idoso se dá pela atualidade na decadência alienante, pelo vigor de ter sido de modo impróprio numa formação deficiente, e pelo porvir, também impróprio, que não antecipa as possibilidades de ser, mas aguarda a capacitação.

“Temporalidade é o fenômeno unificador do porvir que atualiza o vigor de ter sido” (HEIDEGGER, 2006, p. 410). O porvir é considerado primordial na temporalização, pois é através dessa ekstase que a presença, antecipando-se, pode vim a si através da abertura às possibilidades mais próprias de ser. Assim, a enfermeira deve antecipar as suas possibilidades existenciais, entendendo que o seu ser não está dado, sem perspectivas de mudança, mas que existindo ela sempre será esse poder-ser na temporalidade.

Na atualidade, além de estar na decadência, a enfermeira encontra uma maior cobrança por parte dos gestores para a atenção à saúde da mulher e saúde da criança. Diante de uma alta demanda de atendimento, a solicitação constante para que as enfermeiras alcancem uma produção satisfatória nessas áreas, e pouca, ou nenhuma exigência na atenção à saúde da pessoa idosa, resulta na priorização dos outros segmentos populacionais.

Para Heidegger (2006, p. 422) “a compreensão imprópria projeta-se [...] para o que é urgente e inevitável nos negócios dos afazeres cotidianos”. Assim, a enfermeira compreende a si mesma a partir das ações cotidianas, do que ela se ocupa com maior frequência.

Na compreensão imprópria do ser enfermeira, há projeção para as ocupações ligadas à saúde da mulher e da criança, bem como atendimento na USF. É a partir desses afazeres mais comuns no seu cotidiano, que esse ser se reconhece como sendo enfermeira. Nesse sentido, não há projeção às visitas domiciliares ao ser-idoso, por não ser uma atividade presente de forma intensa em seu cotidiano.

Considerando que de início e na maior parte das vezes, o ser-no-mundo se compreende a partir daquilo de que se ocupa (HEIDEGGER, 2006), a enfermeira na ESF compreende-se enquanto assistindo a mulheres e crianças, não se projeta para ser enfermeira

na ESF cuidando de pessoas idosas. Dessa forma, somente a partir do momento em que a cotidianidade da enfermeira abarcar tal afazer, ela passará a compreender a si própria enquanto enfermeira na ESF cuidando de pessoas idosas no domicílio.

Além da compreensão do ser, se faz necessário o entendimento daquilo com que se lida, a fim de clarificar o modo de ser da ocupação. “A falta da estrutura fenomenal daquilo com que se lida tem como consequência um desconhecimento da constituição existencial do modo de lidar” (HEIDEGGER, 2006, p.440).

Dessa forma, a enfermeira necessita reconhecer a abrangência das suas atribuições na ESF nas diversas faixas etárias, para que a partir desse reconhecimento seja possível esclarecer o seu modo próprio de lidar na ocupação de cuidar do ser-idoso. A presença pode apresentar diversos modos de ocupação, de ser-em, considerando-se ocupação como “o ser de um possível ser-no-mundo” (2006, p. 103). Entretanto, considerando a amplitude assistencial da ESF, a enfermeira na sua presença deve se fragmentar em modos de ser do cuidar que garantam a atenção à família como um todo.

Além dos modos de ocupação que se referem aos modos de ser-no-mundo junto aos entes, a presença também apresenta a preocupação, enquanto “ser como co-presença dos outros nos encontros dentro do mundo” (HEIDEGGER, 2006, p. 260). Em alguns momentos, ao se ocupar da pessoa idosa, a enfermeira também se preocupa. [...] Ocupar-se” da alimentação e vestuário, tratar do corpo doente é também preocupação [...] (HEIDEGGER, 2006, p.178).

A preocupação, esse ser com os outros no mundo da circunvisão existe através das relações interpessoais que se dão no cotidiano da presença, no mundo compartilhado. A preocupação pode ocorrer de forma deficiente, quando a presença é indiferente aos outros, ou no modo positivo, quando diz respeito ao cuidado.

Segundo Heidegger (2006, p.175) “na base desse ser-no-mundo, determinado pelo com, o mundo é sempre o mundo compartilhado com os outros. O mundo da presença é o mundo compartilhado”. Assim, a enfermeira na ESF compartilha com o ser-idoso que é ente envolvente, ela convive com ele. Essa “[...] convivência cotidiana mantém-se entre dois extremos da preocupação [...]”: a preocupação substituidora e a antecipação libertadora (HEIDEGGER, 2006).

A enfermeira na visita domiciliar se preocupa com o ser-idoso, bem como com os seus familiares, os quais normalmente estão presentes e envolvidos no processo de cuidado. No mundo compartilhado com essas presenças, a preocupação da enfermeira se dá pela

antecipação libertadora, a qual possibilita ao outro assumir o seu cuidado, auxiliando-o e permitindo a sua autonomia.

Heidegger (2006) afirma que na antecipação libertadora a presença não substitui o outro, mas antecipa as suas possibilidades de ser, a fim de lhe devolver o cuidado, ajudando-o a tornar-se transparente a si mesmo. Assim, a presença auxilia o outro a abrir-se a novos modos de ser.

Por meio da assistência que a enfermeira presta no domicílio, ela busca assegurar ao ser-idoso e a sua família a capacidade para cuidarem de si mesmos através das orientações que ela fornece sobre prevenção de quedas, nutrição, higiene, medicamentos, dentre outros.

Dessa forma, a enfermeira não coloca o ser-idoso e seu cuidador em um mundo de passividade, não os substitui nas suas possibilidades de ser, nem lhe retira essas possibilidades existenciais. Ao invés dessa preocupação substituidora, denominada por Heidegger como substituição dominadora, a enfermeira na visita domiciliar é ser-com a pessoa idosa e seus familiares na antecipação libertadora.

Há variações entre esses extremos da preocupação substituidora e a antecipação libertadora, mas as enfermeiras entrevistadas tendem para o polo da antecipação, de forma a não dominar o outro e deixá-lo dependente, e sim auxiliá-lo na possibilidade do modo de ser autônomo e próprio.

Esse modo de ser da preocupação, no qual essas enfermeiras encontram-se, é o modo mais autêntico do cuidado, pois possibilita ao outro meios de prosseguir na sua existência enquanto ser no mundo. Com base nas relações interpessoais, do ser-com os outros enquanto co-presença, a enfermeira pode exercer um cuidado que visa a promoção do outro como agente e co-partícipe no processo de cuidado, abrindo-lhe possibilidades para a antecipação no poder-ser mais próprio, através da autonomia.

O cuidado é possível, pois durante a visita domiciliar a enfermeira compartilha o mundo com o ser-idoso e seus familiares, sendo com eles, preocupando-se. Por meio desse mundo compartilhado, a enfermeira experimenta diversos modos de ser, como da impotência, do vínculo, da aceitação, dentre outros. Esses modos de ser variados conferem à visita domiciliar a pessoa idosa vivências tanto positivas, como negativas, de acordo com as possibilidades colocadas para a enfermeira no mundo compartilhado.

As relações de vínculo e confiança estabelecidas na visita domiciliar refletem o ser-com os outros, a preocupação que a enfermeira apresenta com o ser-idoso e sua família, demonstrando que ela não está junto a essas presenças apenas, mas que existindo é com elas

no mundo compartilhado. Dessa forma, o ser-idoso ao perceber que a enfermeira não se ocupa, mas se preocupa com ele, abre a possibilidade de ser no modo da confiança, e permite à enfermeira a abertura para o modo de ser da aceitação.

As experiências tidas como negativas, a exemplo do modo de ser da impotência, também são aberturas possíveis diante do que é colocado à enfermeira no mundo compartilhado. O não saber o que fazer diante de situações presentes na visita domiciliar decorre do contexto das relações familiares observadas, da negligência e maus tratos presenciados, bem como da surpresa do conhecimento que não está à mão.

Esse mundo em que a presença existe designa, segundo Heidegger (2006), o conceito ontológico da mundanidade, a qual é passível de modificação e transformação no conjunto de mundos particulares, sem perder o *a priori* da mundanidade em geral.

Assim, a enfermeira abriga as possibilidades de ser, e as apresenta em modos de ser variados, de acordo com o seu mundo particular, com os mundos particulares com que convive, e com a mundanidade em geral. A enfermeira deve sempre estar aberta a novos modos de ser, antecipando as suas possibilidades, como por exemplo, na busca por conhecimento acerca da saúde da pessoa idosa.

A partir da abertura ao poder ser mais próprio, a enfermeira poderá compreender-se em seu vivido na ESF cuidando de pessoas idosas no domicílio.

Assim, o sentido de ser enfermeira da ESF cuidando do idoso no domicílio é ser-com o idoso se mostrando na maioria das vezes em sua cotidianidade e decaindo a partir da mesma. No entanto, esse modo de ser não é imutável. A enfermeira tem a possibilidade de abertura diante do que é colocado no mundo compartilhado, emergindo a mundanidade passível de modificação e transformação, antecipando as suas possibilidades de ser a partir da abertura ao poder ser mais próprio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição demográfica pela qual o Brasil está passando tem como consequências o aumento da população idosa na atualidade, e de forma significativa nos próximos anos. O envelhecimento populacional repercute em diversos setores da sociedade, requerendo mudanças e adaptações dos mesmos à nova conformação demográfica do país.

O setor saúde é um dos mais afetados pelo aumento do número de pessoas idosas, pois muitas delas apresentam doenças crônicas não transmissíveis, que levam a repetidas internações hospitalares, e maior utilização dos serviços de saúde. Aliada a internação está a alta hospitalar, com o retorno da pessoa idosa ao seu domicílio, onde permanece, muitas vezes, sem nenhum tipo de suporte de atenção domiciliar que possibilite um acompanhamento do estado de saúde, bem como apoio formal aos cuidadores familiares.

Diante dessas alterações, torna-se fundamental direcionar as ações de saúde a fim de atender às especificidades desse segmento populacional. Políticas públicas de atendimento domiciliar devem ser elaboradas, devido ao grande número de pessoas idosas que possuem algum tipo de incapacidade física ou cognitiva, que as impossibilita de se deslocarem até as unidades de saúde, vivendo no domicílio desamparadas junto com os seus familiares.

A ESF é uma política pública que abarca a visita domiciliar como modalidade assistencial às famílias adscritas. A enfermeira, como membro da equipe de saúde da família, tem dentre suas atribuições, prestar um atendimento à pessoa idosa no seu contexto familiar através da visita domiciliar.

Este estudo permitiu compreender os sentidos do vivido pela enfermeira da ESF no cuidado ao idoso no domicílio, os quais estão relacionados à: impotência por não possuir conhecimento suficiente para assistir à pessoa idosa no domicílio; restrição na continuidade assistencial devido a uma rede de suporte deficiente; satisfação profissional ao conseguir, mesmo diante das dificuldades, produzir mudanças positivas no cotidiano do ser-idoso; formação de vínculo com o ser-idoso e seus familiares, favorecendo o cuidado.

Através da abordagem fenomenológica, pôde-se compreender que a enfermeira da ESF na visita domiciliar a pessoa idosa encontra-se no modo de ser da ocupação e da preocupação, estando, dessa forma, no modo de ser do cuidado conforme caracterizado por Heidegger.

No modo de ser da ocupação, considerando a temporalidade como o horizonte onde o ser se manifesta, a enfermeira encontra-se nos modos impróprios do porvir e do vigor de ter

sido, além de decair de modo alienante na atualidade. Nesses modos impróprios, a enfermeira não antecipa as suas possibilidades de poder ser, agindo de acordo com o que está dado no seu meio.

O existir de modo próprio provém da antecipação dessas possibilidades de ser. A enfermeira da ESF deve buscar ser de modo próprio, criando espaços para que outros modos de ser surjam e revelem novas formas de atuação profissional. Essa antecipação pode ocorrer através da busca por conhecimento relacionado à saúde da pessoa idosa, independente de capacitações promovidas pelos gestores, pois, assim, a enfermeira não aguardará o atendimento das suas necessidades vindo de outrem, mas suprirá as mesmas de forma autônoma.

Certamente, as capacitações promovidas pelos gestores sobre saúde da pessoa idosa na ESF são fundamentais e urgentes, como pode ser observado neste estudo. Porém, a construção do conhecimento também deve decorrer de iniciativas próprias das enfermeiras, diante das necessidades percebidas no seu cotidiano assistencial.

A partir dessa aquisição de conhecimento, a enfermeira poderá encontrar novas maneiras de prestar assistência à pessoa idosa no domicílio, bem como, trará para a sua cotidianidade o atendimento a esse segmento populacional que ainda encontra deficiências no seu atendimento.

Considerando que a presença compreende a si própria a partir dos seus afazeres cotidianos, ao incluir a assistência à pessoa idosa no seu cotidiano, essa atividade fará parte da mundanidade da enfermeira, que, então, compreender-se-á enquanto profissional que cuida não apenas de crianças e mulheres, mas também de pessoas idosas.

No modo de ser da preocupação, ao realizar a visita domiciliar a enfermeira mostra-se envolvida com o ser-idoso e seus cuidadores familiares. Ela é ser-com os outros na antecipação libertadora, fornecendo subsídios para que o ser-idoso e seus familiares possam existir de forma própria e autônoma. A enfermeira busca, através das orientações, possibilitar a essas pessoas o conhecimento necessário para facilitar o cuidado cotidiano. O fornecimento dessas orientações é favorecido pela visita domiciliar, pois esta permite uma assistência mais individualizada.

Ao adentrar o domicílio do ser-idoso, a enfermeira aproxima-se do seu mundo, pois visualiza as condições de moradia e higiene, as relações familiares, bem como a rede de apoio existente. No modo de ser da preocupação, essa aproximação, que favorece o direcionamento

das orientações, também leva a enfermeira vivenciar sentimentos diversos durante a visita domiciliar.

Sentimentos positivos estão relacionados ao modo de ser receptivo, em que o ser-idoso mostra-se quando a enfermeira chega ao seu domicílio, levando a uma sensação de aceitação e reconhecimento profissional pela enfermeira. Os resultados positivos, que podem ser observados através de visitas domiciliares subsequentes, também se traduzem em experiências agradáveis para a enfermeira, pois representa a efetividade do seu trabalho no cotidiano das famílias visitadas.

O termo gratificante foi bastante utilizado pelas enfermeiras para designar a visita domiciliar a pessoa idosa. Isso revela como esse momento da visita domiciliar produz vivências positivas para a enfermeira da ESF.

Os sentimentos negativos foram pouco citados, e estiveram relacionados a situações de negligência e violência verbal contra a pessoa idosa, observadas durante a visita domiciliar. Essas situações foram associadas pelas enfermeiras ao sentimento de impotência, gerando um desconforto significativo nessas profissionais.

Sendo com o ser-idoso no modo da preocupação, a enfermeira não o trata como um ente-intramundano que será reparado, mas como uma co-presença no seu mundo compartilhado. A partir dessa compreensão de mundo compartilhado, entende-se o vínculo que é formado entre a enfermeira e o ser-idoso, através do qual ela pode vivenciar os sentimentos positivos e negativos anteriormente citados.

Diante dessas vivências da enfermeira na visita domiciliar à pessoa idosa, percebe-se a necessidade de direcionamento nos cursos de graduação em enfermagem para a assistência à saúde da pessoa idosa na atenção básica, de forma a possibilitar um conhecimento mínimo a essas profissionais, que permita um atendimento de qualidade.

A rede de serviços disponível para os profissionais da ESF também necessita de uma reorganização, a fim de abarcar as demandas de consultas e exames solicitados para os usuários que ultrapassam a oferta desses serviços, sendo um entrave à continuidade da assistência.

A visita domiciliar à pessoa idosa se configura como uma ferramenta útil na assistência a esses indivíduos, diante da aproximação da enfermeira com o cotidiano dos mesmos, e do vínculo que se forma e favorece o cuidado. Dessa forma, as enfermeiras da ESF devem estar capacitadas para a realização de uma visita domiciliar de qualidade à pessoa

idosa e sua família, permitindo que o idoso, mesmo dentro de limitações físicas e cognitivas, tenha uma vida de qualidade e possa contar com um suporte formal de referência.

A partir do vínculo facilitado pela visita domiciliar, a enfermeira da ESF cria uma ponte entre a família assistida e o serviço de saúde. Essa ponte é favorável tanto à enfermeira, que tem um maior acesso às informações contribuindo para a assistência, bem como à família e à pessoa idosa, que contam com profissionais em que confiam e os acompanham de perto.

Face aos resultados encontrados, entende-se que a pessoa idosa, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, necessita de um cuidado gerontológico de enfermagem mais voltado para atender as diversas necessidades desse grupo populacional. Cada pessoa idosa visitada tem uma vivência única, e um contexto socioeconômico e familiar também singular, os quais juntos resultam em necessidades específicas e de diversas ordens, revelando a necessidade de uma assistência de enfermagem ampla, que permita contemplar essas diversas dimensões do ser-idoso.

REFERÊNCIAS

AIRES, M. et al. O cuidado domiciliar ao idoso no contexto do programa de Saúde da família. **Revista contexto & saúde**, Ijuí, v. 6, n. 11, p. 29-36, jul./dez, 2006.

ALENCAR, M. C. B.; HENEMANN, L.; ROTHENBULER, R. A capacidade funcional de pacientes, E a fisioterapia em um programa de Assistência domiciliar. **Rev. Fisioter. Mov.**, v. 21, n. 1, p. 11-20, jan/mar, 2008. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=1882&dd99=view> Acesso em 15 jan 2012.

ATTIAS-DONFUT, C. Solidarités et entraides entre générations. IN: SINGLY, François de. (Dir.). **La famille em questions: État de La recherche**. Paris: Syros, 1996. p. 167-178.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais Velho: implicações do envelhecimento populacional sobre o crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas, prestação de Serviços**. Washington DC: World Bank; 2011.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Plano Diretor de Regionalização**. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/. Acesso em 28 maio 2012.

BEZERRA, A. F. B.; ESPIRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.5, p. 809-815, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26303.pdf>

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. IN: VERAS, Renato (org.). **Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. p. 29-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=290750&NomeEstado=BAHIA. Acesso em 28 maio 2012.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Ministério da Saúde; Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 24 maio. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Aprimorando a Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde; Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2d_060511.pdf. Acesso em 23 out 2011.

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

_____. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Ministério da Saúde; Brasília, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em 22 set. 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9 – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf. Acesso em 23 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica; n. 19). Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 15 set 2011.

_____. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde; Brasília, 2006c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em 17 abr. 2010.

_____. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde; Brasília, 2006d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em 23 ago 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Res. CNS 196/96. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm Acesso em 08 out. 2010.

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

BRITTO DA MOTTA, A. Gênero e Envelhecimento. **Rev. Coletiva**. n. 5, jul./ago./set. 2011. Disponível em: http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=65&Itemid=76&idrev=8 Acesso em 23 maio 2012.

_____. A família multigeracional e seus personagens. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 31, n. 111, jun 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302010000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 jul 2011.

_____. Gênero e geração: de articulação fundante a “mistura indigesta”. IN: FERREIRA, S. L.; NASCIMENTO, E. R. (org.) **Imagem da Mulher na Cultura Contemporânea**. Salvador: NEIM: UFBA, 2002. p. 35-49.

_____. Relações de Famílias dos mais Idosos. **Anais do 24 Encontro Anual da ANPOCS**. Petrópolis, 2000.

_____. Reiventando fases: a família do idoso. **Caderno CRH**, Salvador, v.11, n. 29, jul./dez. 1998. Disponível em: <http://www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=223>. Acesso em: 17 jul 2011.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jun. 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 out. 2010.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**, Botucatu, v.16, n.40, p.249-59, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1812.pdf>. Acesso em 13 nov. 2012.

BUSSAB, V. S. R., PEDROSA, M. I., CARVALHO, A. M. A. Encontros com o outro: empatia e intersubjetividade no primeiro ano de vida. **Psicologia USP**, v. 18, n. 2, p. 99-133, dez. 2007. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/psicousp/v18n2/v18n2a07.pdf> Acesso em 27 nov. 2012.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. **Rev. Coletiva**. n. 5, jul./ago./set. 2011. Disponível em: http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=58&Itemid=76&idrev=8 Acesso em 23 maio 2012.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf Acesso em 23 maio 2012.

CAPALBO, C. Prefácio. In: CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: AGIR, 1991.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: AGIR, 1991.

CARVALHO, C. J. A.; ASSUNCAO, R. C; BOCCHI, S. C. M. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1307-324, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 nov. 2012.

CARVALHO, M. D. B.; VALLE, E. R. M. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 843-47, 2002.

CAVALCANTI, M. L. T. Comentários sobre a Estratégia de Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamann. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, supl.1, p.1338-40, set./out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 out. 2010.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

CORREA, A.K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 83-88, jan. 1997.

CRUZ-ORTIZ, M. et al . Mudanças no contexto do cuidado: desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1039-46, ago. 2011 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000400025&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 mar. 2012.

DEBERT, G. G. Diversidade Cultural e Mudança Social. IN: DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo: Edusp, 1 ed., 2004. p. 71-96.

_____. Os significados da velhice no curso da vida pós-moderna. **Revista da Universidade de São Paulo**, v.42, p. 70-83, 1999.

DIAS, O. V.; VIEIRA, M. A.; DIAS, J. P.; RAMOS, L. H. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 225-31, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/11.pdf>. Acesso em 27 nov. 2012.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

DUCA, G. F. D. et al. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1403-10, jul. 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 out. 2010.

FARIAS, P. H. S.; SANTOS, R. S.; MENEZES, R. M. P. Cuidados de enfermagem à pessoa idosa na atenção primária em saúde. **63º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Anais. Aben - Associação Brasileira de Enfermagem. Maceió, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário do Aurélio Online**. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/>. Acesso em 05 mar. 2012.

FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, ago. 2005 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 jul. 2011.

FORACCHI, M. M. O conflito de gerações. IN:_____. **A juventude na sociedade moderna**. São Paulo: Pioneira, 1972. p. 19-51.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-53, dez. 2006 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 nov. 2012.

GONCALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogerátrica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 507-18, 2010 . Disponível em http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 nov. 2011.

HEIDEGER, M. **Ontologia: (hermenêutica da faticidade)**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

HEIDEGER, M. **Ser e Tempo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009**. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708. Acesso em 29 ago 2011 (2011a).

_____. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1. Acesso em 24 out. 2011 (2011b).

_____. **Cidades@: Dados Básicos**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=290750>. Acesso em 05 jun. 2011(2011c).

_____. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1445. Acesso em 05 out. 2010.

_____. **Projeção da População do Brasil: População brasileira envelhece em ritmo acelerado**. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia>. Acesso em 04 out. 2010.

KAWASAKI, K.; CRUZ, K.C.T.; DIOGO, M.J.D. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. **Acta Fisiatr**. v. 12, n.2, p. 55-60, 2005. Disponível em:
http://www.actafisiatrica.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/735B90B4568125ED6C3F678819B6E058/editoracao_vl_12_num_02_55_60.pdf. Acesso em 20 set 2010.

LEME, L. E. G.; DIAS, M. H. M. S. Serviço de Assistência Domiciliária: objetivos, organização e resultados. In.: PAPALÉO NETO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. IN: CHAMPAGNE, Patrick et al.. **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 59-106.

LILACS - Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://lilacs.bvsalud.org/>. Acesso em: 15 abr 2011.

MARTINS, J. J. et al . Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, jun 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 jul. 2011.

MAGALDI, R. M. Demências. In.: AMARAL, J. R. G. (Org.) **Geriatría: principais temas**. São Paulo: CBBE, 2009, p.125- 39.

MERHY, E. E. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Esc. Anna Nery**, v.11, n.3, p. 520-25, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a19.pdf>. Acesso em 21 nov. 2012.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S.. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 maio 2012.

MOREIRA, V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n.4, p. 723-31, out/dez, 2010.

MOREIRA, V.; CAVALCANTE, F.S. O método fenomenológico crítico (ou mundano) na pesquisa em psico(pato)logia e a contribuição da etnografia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, ano 8, n. 2, p. 249-65, 2008. Disponível em: <http://www.revipsi.uerj.br/v8n2/artigos/pdf/v8n2a10.pdf>. Acesso em 13 nov 2011.

MOTTA, L. B., AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-72, mar./abr. 2007; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 ago. 2012.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-86, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 out. 2011.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 47-53, mar. 2008. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5263>. Acesso em 21 nov. 2012.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6 (Supl 1):S4-S6, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>. Acesso em 23 maio 2012.

NUNES, B. **Heidegger & Ser e Tempo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

NUNES, E.C.D.A.; SILVA, L.W.S.; PIRES, E.P.O.R. O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 19, n.2: 09 telas, mar-abr 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_05.pdf. Acesso em: 14 nov. 2011.

NUNES, L. M.; PORTELLA, M. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 109-21, jul./dez. 2003. Disponível em:

http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/v17n2_14idosofragilizado.pdf. Acesso em: 21 nov. 2012.

OLIVEIRA, A. M. S. **Cuidadores de idosos dependentes no domicílio**. 2010. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Enfermagem, Universidade federal da Bahia, Salvador, 2010.

OLIVEIRA, A. M. S.; PEDREIRA, L. C. **Tempo Ontológico no Ser Idoso com Incapacidade**. Salvador: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica; 2009. CNPq.

OLIVEIRA, A. M. S.; PEDREIRA, L. C. **Como vivem os idosos com dependência no domicílio e seus cuidadores**. Salvador: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica; 2010.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n.3, p. 675-85, jul/set 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/13.pdf>. Acesso em 16 nov 2012.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. PSF: experiência da equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2012.

OLIVEIRA, M.F.V.; CARRARO, T.E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 376-80, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200025&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 nov. 2011.

PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C. BAHIA, L., MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 1, maio 2011. Disponível em:

<http://www2.saude.ba.gov.br/divsep/arquivos/COAGRAVOS/GT%20%20C3%93bito%20Infanti%20l/Revista%20Lancet%20-%20S%C3%A9rie%20Brasil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

PASQUA, H. **Introdução à leitura do Ser e Tempo de Martin Heidegger**. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.

PEREIRA, E. G. A.; COSTA, M. A. M. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p.408-16, set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 abr. 2011.

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

POLARO, S. H. I. **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 160f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

QUEIROZ, Z. P. V.; LEMOS, N. F. D.; RAMOS, L. R. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 nov. 2012.

REHEN, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, suppl 0, p. 231-42, set/dez, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500024&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 maio 2012.

RIBEIRO, A. C. **Ser-adolescente que tem hiv/aids em seu cotidiano terapêutico: perspectivas para o cuidado de enfermagem**. 2011. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

ROCHA, F. C. V.; CARVALHO, C. M. R. G.; FIGUEIREDO, M. L. F.; CALDAS, C. P. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 186-91, abr/jun, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf> Acesso em 24 out. 2011.

RODRIGUES, M. A. P. et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 604-12, ago., 2009. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 set. 2011.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p.659-64, dez. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 nov. 2012.

SEEGER, A. Os velhos nas sociedades tribais. IN: _____. **Os Índios e Nós (Estudos sobre Sociedades Tribais Brasileiras)**. Rio de Janeiro: Campus, 1980. p. 61-79.

SHIMBO, A. Y.; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. F. **Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família**. *Esc. Anna Nery* v.15, n.3, p. 506-10, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a09v15n3.pdf>. Acesso em 26 nov. 2012.

SILVA, J. M. O.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. Fenomenologia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n.2, p. 254-7, mar/abr 2008.

SILVEIRA, N. D. R.; POMILIO R. **A violência contra o idoso**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: coordenadoria geral de especialização, aperfeiçoamento e extensão, São Paulo, 2007.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-47, jun. 2003. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 out. 2010.

TELLES, J. L.; GROISMANN D. **Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimentotellesdaniel.pdf>. Acesso em 20 out 2011.

TULIO, E. C.; STEFANELLI, M. C.; CENTA, M. L. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.2, n.2, p.71-9, jul./dez. 2000. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2102.pdf>. Acesso em 22 nov. 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**, Rio de Janeiro, supl.15, p.225-64, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 out. 2010.

WALDOW, V. R.; FENSTERSEIFER, L. M.. Saberes da enfermagem - a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 629-32, set. 2011 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300027&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 mar. 2012.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A.. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jun. 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 6 jun. 2011

WHO. World Health Organization. **Global Health Observatory, 2009**. Disponível em: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=720>. Acesso em: 29 jul 2011.

APÊNDICE – A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa:

A enfermeira no cuidado domiciliar a idosos: desvelando os sentidos do vivido.

Responsável pela pesquisa:

Amanda Mª Souza de Oliveira, enfermeira, portadora do RG 0897672682, cujo telefone de contato é (71) 88959281.

Apresentação do estudo:

O aumento do número de idosos no Brasil têm se acentuado nas últimas décadas, resultando em uma transição demográfica no país, acompanhada de maior uso dos serviços de saúde por esse segmento populacional. Entretanto, a assistência à saúde dos idosos ainda apresenta-se distante das necessidades dos mesmos e de seus cuidadores e familiares. Assim, a Estratégia de Saúde da Família é apontada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa como uma possibilidade de melhorar a assistência à saúde aos idosos, principalmente no que tange ao cuidado destes no domicílio.

Sendo a enfermeira uma das profissionais que compõe a Equipe de Saúde da Família, este estudo objetiva: Compreender os sentidos do vivido pela enfermeira da Estratégia de Saúde da Família no cuidado ao idoso no domicílio.

Assim, convido o Sr.(a), a participar desta pesquisa fornecendo informações através de uma entrevista com aplicação de um formulário, que deverá ser respondido sem a minha interferência ou questionamento, e que não determinará qualquer risco ou desconforto.

Sua participação é voluntária, não existindo despesas ou compensações pessoais. Caso aceite participar, poderá interromper a entrevista, se assim desejar, bem como, retirar o consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que isso implique em qualquer prejuízo a seu trabalho na Instituição.

A entrevista será marcada de acordo com a sua disponibilidade e realizada com privacidade, garantindo o sigilo de todas as informações fornecidas pelo Sr. (a), as quais serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgada as suas identificações.

A entrevista será gravada, e após o término ou durante a realização da mesma, o Sr.(a) poderá ouvi-la e, fazer qualquer alteração nas suas falas, se julgar necessário. Os riscos poderão estar diretamente relacionados ao desconforto gerado pela entrevista.

O Sr.(a) poderá solicitar, em qualquer etapa do estudo, esclarecimento de eventuais dúvidas. Esse esclarecimento poderá ser realizado por contato com a responsável por esse estudo, acima citada, ou através do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, situada na Rua Augusto Viana, Canela, em Salvador - BA, fone: (71)3283-7615.

Além dos esclarecimentos, o Sr.(a) também têm o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, se assim o desejar.

Comprometo-me a utilizar as informações fornecidas apenas para pesquisa, e a divulgar os resultados através de artigos científicos e congressos, nunca tornando possível a sua identificação.

Embora sua participação não traga qualquer benefício direto, proporcionará uma melhor compreensão a acerca da vivência da enfermeira da Estratégia de Saúde da Família no cuidado domiciliar a idosos, possibilitando uma melhoria na assistência à saúde do idoso.

Consentimento Pós-Infomação

Declaro que compreendi as informações acima fornecidas, que ficaram claros quais são os propósitos deste estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Assim, concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data ____/____/____ _____

Assinatura do entrevistado (a)

Data ____/____/____ _____

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE - B**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****I – IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Graduação em Enfermagem:

Ano de conclusão: _____

Pós-graduação:

 Não Sim / Ano de conclusão: _____

Área: _____

Estratégia de Saúde da Família:

Tempo de atuação: _____

II – QUESTÃO NORTEADORA

- Como você tem vivido o cuidado ao idoso no domicílio na Estratégia de Saúde da Família?

APÊNDICE – C

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DO CAMPO

Catu, 11 de janeiro de 2012

Ao
Secretário de Saúde do Município de Catu
Sr. Lauriano José Franco Reis

Prezado Secretário:

Eu, Amanda Maria Souza de Oliveira, mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, venho através desta solicitar a autorização para coleta de dados da pesquisa intitulada “A Enfermeira no cuidado domiciliar a idosos: desvelando os sentidos do vivido” sob a orientação da Profª Drª Tânia Mª de Oliva Menezes. A coleta de dados se dará nas Unidades de Saúde da Família cadastradas no município de Catu, mediante entrevista com as Enfermeiras destas unidades. Esclareço que, de acordo com as normas do CONEP, me comprometo a apresentar a V.Sa o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para dar início à coleta de dados. Informo, ainda, que de acordo com essas normas, caso V.Sa concorde em autorizar a coleta de dados, deverá fazê-lo em papel com timbre/logotipo e pôr o carimbo com sua função/cargo, além de, posteriormente, quando receber o parecer, declarar estar ciente do mesmo e comprometer-se a seguir a Resolução 196/96 no que se fizer necessário.

Estando certa do entendimento por parte de V.Sa., agradeço desde já a colaboração.

Cordialmente,


Amanda Maria Souza de Oliveira

ANEXO A - OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

PROJETO DE PESQUISA

Título: A ENFERMEIRA NO CUIDADO DOMICILIAR A IDOSOS: desvelando os sentidos do vivido

Área Temática:

Pesquisador: AMANDA MARIA SOUZA DE OLIVEIRA

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal da Bahia - UFBA

CAAE: 00831112.9.0000.5531

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 36768

Data da Relatoria: 18/04/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa e abordagem metódica fenomenológica proposta por Martin Heidegger (2006), com o Tema: "A ENFERMEIRA NO CUIDADO DOMICILIAR A IDOSOS: desvelando os sentidos do vivido" da aluna AMANDA MARIA SOUZA DE OLIVEIRA sob orientação da Profª Drª Tânia Maria de Oliva Meneses

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como objetivo primário "Compreender os sentidos do vivido pela enfermeira da Estratégia de Saúde da Família no cuidado ao idoso no domicílio" e repete esse objetivo como secundário. Então poderia excluir o objetivo secundário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descreve os riscos e benefícios de forma coerente como segue: Riscos - Desconforto causado pela entrevista ao abordar temas relacionados à sua vivência e ao serviço onde atuam essas profissionais. Benefícios-A partir da compreensão do vivido da Enfermeira da ESF no cuidado domiciliar a idosos torna-se possível traçar estratégias de melhoria para a atuação destas enfermeiras, para a ESF e, conseqüentemente, um melhor atendimento para a população idosa que utiliza esse serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consider-se o tema pertinente, relevante e atual, com referências atualizadas e condizente com o currículo da orientadora

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto, ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Catú. Não consegui abrir o TCLE. Apresenta os critérios de inclusão e exclusão: Critério de Inclusão: Enfermeiras cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Catú; que atuem na Estratégia há mais de seis meses, considerando esse período mínimo para que o profissional reconheça o perfil populacional do seu território e elabore planos de intervenção; e que aceitem participar da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Critério de Exclusão: Enfermeiras que atuem na Estratégia de Saúde da Família há menos de seis meses.

Recomendações:

TCLE analisado quanto aos aspectos éticos que apresenta-se dentro das exigências da Resolução 196/96.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O relator recomenda a retirada do segundo objetivo devido a duplicidade do mesmo. Isso não compromete a eticidade do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologou o Parecer de Aprovação emitido pelo relator.

SALVADOR, 14 de Junho de 2012

Assinado por:

DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA